



Prof. dr. ir. Daan Dohmen

GENERATION NOU

Digitale transformatie (in de zorg) als versneller



Digitale transformatie in de zorg

Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij
de openbare aanvaarding van het ambt
van hoogleraar

aan de Open Universiteit op
vrijdag 16 december 2022

door prof. dr. ir. D.A.J. Dohmen

Meneer de rector magnificus,
geachte decaan,
zeer gewaardeerde collega's familie, vrienden, online en in de zaal,

*'Het welpje kan spelen en onderzoeken zolang hij weet dat de leeuw er ligt...
dankjewel dat je mij dit gunt.'*

Met deze tekst eindigt mijn proefschrift 'De e van e-Health'. Het was een eerbetoon aan mijn vader aan wie ik het proefschrift destijds opdroeg. Nu, tien jaar later, sta ik hier. Mijn vader, de leeuw, is er helaas niet bij omdat hij dit jaar overleden is aan de gevolgen van pancreas carcinoom. Nu de leeuw er niet meer ligt, is het hoog tijd dat het welpje zijn rol overneemt, om te zorgen dat een nieuwe generatie welpjes kan spelen en onderzoeken. Deze nieuwe generatie zal cruciaal zijn voor de toekomst van onze maatschappij én de toekomst van onze zorg die daarin zo'n belangrijke rol heeft. Want in mijn ogen hebben de uitdagingen waar wij voor staan nieuw leiderschap nodig. Immers, de beslissingen die deze nieuwe leiders gaan nemen, zullen bepalend zijn voor hoe onze toekomst eruit komt te zien. En hoe we de reeds ingezette digitale transformatie sturen, ook in de zorg, zal hierin cruciaal zijn.



DE MAN OP HET BANKJE

Alvorens naar de toekomst te kijken, wil ik met u kijken naar de uitdagingen waar we voor staan en deze helpen duiden. Om dat te doen, neem ik u mee naar 1984, naar een gebeurtenis die mijn ouders mij later in geuren en kleuren hebben verteld. Een gebeurtenis die voor mij illustratief is voor een aantal ontwikkelingen in onze maatschappij. Ik was vijf jaar en was met mijn ouders eventjes naar ons dorp gelopen.

De wintertijd was net ingegaan en het was al vroeg schemerig. We liepen door de straten terwijl ik kletste met mijn ouders. Kleine regendruppels vielen als een waas over ons heen. De gure wind maakte dat het extra koud aanvoelde. Echt Nederlands herfstweer, zouden we kunnen zeggen.

We liepen door een parkje toen we in het glinsterende licht van een lantaarnpaal een gedaante op een bankje zagen zitten – ietwat onderuitgezakt en met een blikje in zijn hand. De man had een oude jas om zich heen geslagen om zich te beschermen tegen het gure herfstweer. Toen we dichterbij kwamen, zag ik dat hij een smoezelige baard had, vieze, ruwe handen en een ongezond gebit. Het was duidelijk dat hij al lange tijd buiten leefde en je zou hem kunnen omschrijven als zo'n echte ouderwetse zwerver.

We stopten. Ik had mijn vaders hand vast en keek naar hem omhoog. Toen keek ik weer naar de man op de bank. Mijn vader en moeder knikten me toe, alsof ze wisten wat ik ging doen. Ik liet langzaam de hand van mijn vader los en deed een stap naar voren. Gesterkt door het feit dat mijn ouders hier stonden, liep ik naar de man op het bankje. Hij hoorde mijn voetstappen en keek verschrikt op, maar zag al snel dat ik een kind was. Ik keek hem in zijn ogen en liep verder. Bij het bankje aangekomen kroop ik op zijn schoot. Mijn kleine armpjes sloeg ik om hem. En daar, midden in dat park, gaf ik hem een kus.

Even zaten we samen stil. Toen kroop ik van hem af en liep terug naar mijn vader en moeder, die stokstijf stilstaand hadden gekeken naar wat er gebeurd was. De man keek ons aan, over zijn wangen liep een traan. Hij keek dankbaar, alsof die ene kus voor hem betekende dat iemand voor hem zorgde.

Toen ik bezig was met de voorbereidingen voor mijn oratie, dacht ik eraan hoe illustratief deze gebeurtenis is voor veel van de dilemma's waar we vandaag de dag voor staan.



DRIES DE MAATSCHAPPIJ

Armoede

Allereerst is er de man op het bankje. Zijn naam weet ik niet, maar laten we hem Dries noemen. Dries is een kwetsbare man. Hij is oud, hij is alleen en hij leeft in armoede. Tegenwoordig zijn er helaas steeds meer mensen die me aan Dries doen denken. Ze leven niet allemaal op straat, maar zijn er in diverse vormen om ons heen. Allereerst zijn er steeds meer mensen die net als Dries in armoede leven. In de augustusraming van het Centraal Planbureau (CPB) van dit jaar bleek dat het totaal aantal arme personen in Nederland is gestegen naar bijna 1,1 miljoen, van wie 301.000 kinderen¹. Dat is maar liefst 6,7% van onze bevolking en 9,2% van alle kinderen in Nederland. Ik begin bewust met deze groep, omdat armoedeproblematiek lang niet alleen gaat over armoede in termen van inkomen. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) duiden in diverse publicaties hoe armoedeproblematiek zorgt voor een algehele kwetsbaarheid. Armoede kan leiden tot eenzaamheid, zorgt voor een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid en is de basis van kansenongelijkheid².

Een element dat direct invloed heeft op de genoemde percentages armen in Nederland, is het koopkrachtbeleid. Juist hier zien we het effect van keuzes die gemaakt worden door onze leiders. Het SCP en CPB be-

cijferden samen dat zonder de recent aangekondigde koopkrachtmaatregelen het aantal armen in 2023 zou toenemen tot 1,3 miljoen. Naar aanleiding daarvan besloot het kabinet tot extra koopkrachtmaatregelen, waardoor het aantal mensen in armoede zou moeten dalen tot het niveau van 2017 (830.000 mensen, oftewel 4,9% van de bevolking). De vraag is wat er gebeurt als het steunpakket in de toekomst (deels) weer wordt ingetrokken. Ook wordt in dit onderzoek slechts gekeken naar één aspect – economisch kapitaal – terwijl bekend is dat sociale ongelijkheid wordt bepaald door nog drie elementen: persoonskapitaal (fysieke en mentale gezondheid, zelfvertrouwen), sociaal kapitaal (sociale netwerken) en cultureel kapitaal (bekendheid met maatschappelijke codes). Als ook deze elementen in ogenschouw genomen worden, dan is te zien dat ondanks gericht beleid in de periode 2014-2020 de structurele ongelijkheden tussen zes sociale groepen niet ingrijpend zijn veranderd³. Nog steeds is het zo dat er grote contrasten zijn tussen groepen met veel en weinig hulpbronnen. Zeker als je bedenkt dat dit jaar de 500 rijkste mensen weer bijna 5% rijker zijn geworden⁴. Los van het feit dat ik schrik als ik hoor dat in een welvarend land als Nederland bijna 1 miljoen mensen in armoede leven (waarvan ruim 160.000 mensen hulp krijgen van de voedselbank), is dus duidelijk dat structurele ongelijkheid invloed heeft op sociale cohesie en de manier hoe

mensen tegen onze maatschappij en onze leiders aankijken. En daar stopt het niet. Een grotere sociale ongelijkheid blijkt een rem te zijn voor economische groei⁵. Ook weten we dat er een systematische relatie is tussen armoede en gezondheid, ook bekend als de *social gradient in health*⁶. Uitvoerig onderzoek in Engeland liet in 2010 al zien dat mensen in de armste woonwijken gemiddeld zeven jaar eerder doodgaan dan mensen in de rijkste wijken en zelfs zeventien jaar in slechtere gezondheid leven⁷. In Nederland zien we vergelijkbare getallen⁸ waarbij de coronapandemie deze waarschijnlijk verder verslechterd hebben⁹. Kortom, het is een situatie die niet langer houdbaar is.

Vergrijzing

Terug naar Dries. Want naast een arme man, is Dries ook een oude man. En juist als gevolg van de vergrijzing is er een zo mogelijk nog grotere uitdaging die op ons afkomt. In 2019 presenteerde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) cijfers over de impact van de vergrijzing¹⁰. Deze cijfers laten de ontwikkeling zien van de volksgezondheid en zorg als we als maatschappij op de huidige voet doorgaan en niets extra's doen of veranderen. De cijfers spreken boekdelen. Waar het aantal 75-plussers in 2019 nog 1,4 miljoen mensen bedroeg, groeit dit aantal tot 2040 naar 2,6 miljoen, een groei van 86%. Voor 90-plussers is de groei zelfs 151%. Deze stijging is mede het ge-

volg van de levensverwachting, die in 2021 steeg tot 79,7 voor mannen en 83,0 voor vrouwen¹¹. Dat brengt een aantal uitdagingen met zich mee.

Eenzaamheid

Allereerst is er met deze stijging van de ouderdom ook een stijging van de eenzaamheid. Althans, die gedachte heerst bij de meeste mensen. En onder ouderen heerst inderdaad eenzaamheid. De groep ouderen die zich sterk emotioneel eenzaam voelden (een hechte band misten) was in 2019 met 10,9% de grootste groep in het onderzoek 'Sociale samenhang en welzijn' van het CBS¹²⁻¹³. Zoals wij echter in 2017 al zagen – toen ik deel uitmaakte van de commissie Eenzaamheid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving – is eenzaamheid allang niet meer iets van alleen ouderen¹⁴. Sterker nog, in 2021 constateerde het CBS dat de grootste groep die zich sterk emotioneel eenzaam voelt, bestaat uit jongeren tussen de 15 en 25 jaar¹⁵. Dit is zeer waarschijnlijk een direct gevolg van de coronacrisis en keuzes die daarin gemaakt zijn, alhoewel dit bij de voornoemde data van het CBS niet als zodanig benoemd is. Wel is in de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2020 van de GGD'en, CBS en RIVM te zien hoe het totaal aantal mensen dat eenzaam of zeer ernstig eenzaam is al sinds 2012 aan het stijgen is. In totaal geeft in dit onderzoek 46,6% van de personen van 18 jaar en ouder

aan zich eenzaam te voelen met 75- en 85-plussers als grootste groepen¹⁶.

Chronische aandoeningen

Los van de eenzaamheid, is het natuurlijk prachtig dat we met z'n allen ouder worden. Maar dit komt wel met een prijs. En die prijs is gelegen in de volksgezondheid. Zo stijgt het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen tot 2040 naar 6,5 miljoen. Het aantal mensen met artrose stijgt naar 2,74 miljoen. En het aantal mensen met dementie stijgt naar verwachting met bijna 100% naar 337.000. En daar blijft het niet bij. Deze problematiek werkt door in de zorgvoorzieningen voor deze oudere groep mensen. Zo stijgt het aantal staaroperaties onder 75-plussers naar 122.000 per jaar, het aantal bezoeken aan de eerste hulp van 85-plussers naar 302.000 per jaar en het aantal mensen dat intensieve dementiezorg in een instelling voor beschermd wonen moeten krijgen, naar bijna 200.000. Al met al leidt dit ertoe dat de totale kosten aan ouderenzorg bij ongewijzigd beleid zullen stijgen van 19 miljard euro in 2018 naar 43 miljard euro in 2040. Dat is maar liefst 59% van de totale 174 miljard euro aan zorg in 2040, oftewel 9.600 euro per persoon per jaar die we dan aan zorg betalen. Om deze uitgaven in een context te plaatsen: dit is ruim twaalf keer zoveel als we in 2023 uitgeven aan defensie en bijna vier keer zoveel als we dat jaar

aan onderwijs in de rijksbegroting hebben staan¹⁷. Als we de inkomstenkant van onze rijksbegroting als uitgangspunt nemen, moeten we die zorgkosten voor het grootste deel ophoesten met belastingen en zorgpremies – iets wat met ons huidige welvaartsniveau onmogelijk is.

Leefstijl

De vergrijzing heeft dus een belangrijk aandeel in de toenemende zorguitgaven, maar is niet de enige factor. De demografische ontwikkeling, zoals bevolkingsgroei en vergrijzing, is namelijk 'slechts' verantwoordelijk voor een derde deel van de groei van de zorguitgaven. De andere twee derde van de uitgavenstijging (58,5 miljard euro) is het gevolg van andere ontwikkelingen, zoals een veranderend zorggebruik als gevolg van medische technologie en welvaartsstijging¹⁸. En juist hier zit een derde belangrijk knelpunt. Als we kijken naar Dries in de toekomst, zien we dat de uitgavengroei tot 2040 vooral gelegen is in de behandeling van Dries' kanker(s), gevolgd door endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten. Ook zorgkosten voor psychische stoornissen, waaronder dementie, en hart- en vaatziekten groeien harder dan de totale uitgaven. Deze drie groepen zijn dan ook de diagnosegroepen die in 2040 de meeste ziektelast veroorzaken terwijl dan één op de vijf mensen drie of meer chronische aandoeningen heeft.

Kort gezegd: we gaan naast voor onze ouderdomsziekten ook de prijs betalen voor onze ongezonde leefstijl en voeding.

Gigantische stijgingen

Als je naar al deze getallen kijkt, duizelt het. Zowel de vraag naar zorg als de kosten stijgen gigantisch. Het enige mogelijke antwoord hierop is de rem erop zetten. Maar zo makkelijk is dat niet als getallen een gezicht krijgen. Ik zag van dichtbij wat het betekent als je geliefde kanker krijgt. Je wilt dan alles om te overleven, ongeacht de prijs. En als je vader, moeder, opa of oma dementie krijgt, dan wil je dat hij of zij terecht kan in een aangepaste woonvoorziening met goede, menselijke zorg. Toch komen we op een punt dat pappen en nathouden niet meer kan. Maar wat kan dan wel? Daarover zo meer.

De uitdagingen

Alvorens te kijken naar de rol van de andere personen in het verhaal van Dries, kunnen we voorzichtig constateren dat de huidige en toekomstige generatie leiders voor enorme uitdagingen staan wat betreft de kwetsbaren in onze samenleving.

Dit zijn de drie belangrijkste:

1. Het percentage mensen dat onder de armoedegrens leeft, is voor een welvarend land relatief groot en zal zonder gericht koopkrachtbeleid blijven stijgen, terwijl de gevolgen van sociale ongelijkheid steeds problematischer worden.
2. Het aantal mensen dat eenzaam is, is al tien jaar (licht) stijgend en bijna de helft van de Nederlanders boven de 18 geeft inmiddels aan zich eenzaam te voelen.
3. Het aantal zorgvragers neemt de komende jaren enorm toe en de kosten voor zorg als gevolg van demografische en andere ontwikkelingen stijgen tot een niveau dat ze zelfs voor ons als rijk land niet meer betaalbaar zijn.

Omdat eigenlijk al deze ontwikkelingen niet van gisteren zijn, vormen zij in mijn ogen een gevaarlijke veenbrand onder onze maatschappij die om duidelijke acties vraagt. Voor ik inga op enkele van de oplossingsrichtingen, ga ik eerst even terug naar het verhaal van Dries. Want naast Dries zijn er nog meer spelers in de anekdote. Zo is er het kleine jongetje: wat kunnen we van hem verwachten als symbool voor de werkenden, onder wie de zorgverleners, in ons land?



JONGETJE DE ZORG

Aantallen zorgverleners

In november van dit jaar kopte de grootste krant van Nederland bij een interview met CZ-bestuursvoorzitter Joep de Groot dat de zorggrens bereikt is. De topman van de op twee na grootste zorgverzekeraar van ons land zegt niet meer te kunnen garanderen dat de zorg altijd voor iedereen toegankelijk is¹⁹. Dezelfde dag nog reageert minister Kuipers dat de zorg anders moet worden georganiseerd om te voorkomen dat een 'zorginfarct' plaats vindt. Wat is er aan de hand?

Reeds in 2001 voorspelde mijn promotor professor De Vries zo'n 'zorginfarct'²⁰. Door de demografische ontwikkelingen neemt de beroepsbevolking af²¹. De verhouding van het aantal werkenden in de zorg ten opzichte van het totaal aantal werkenden, verdubbelt tot 2040 van 1 op 7 naar 1 op 4. Als we niets veranderen, zal dus zo'n 25% van onze beroepsbevolking in de zorg moeten werken om alle zorg te kunnen leveren. Dat is economisch onhoudbaar. Ondanks dat de instroom van zorgpersoneel sinds 2017 hoger is dan de uitstroom, blijft de absolute uitstroom van werknemers in de sector zorg en welzijn groot, waardoor dit aantal medewerkers nooit gehaald zal worden²².

Verzuim

Maar dat is niet alles. Allereerst is er nog het ziekteverzuim in de zorg. Al voor corona was dit ziekte-

verzuim stijgende, met in 2020 een record van 6,9% voor de hele sector en zelfs 8,5% voor de sector verpleging en verzorging²³. Dit is veel hoger dan in andere sectoren, waar dit slechts 4,7% was. Dit is niet nieuw: verzuim in de sector is al langere tijd relatief hoog en stijgend²⁴. Als gevolg van corona stijgt het bovendien harder, met in 2022 weer een record van 7,5%²⁵. Covid is trouwens niet de enige reden: in zijn algemeenheid is er een hogere werkdruk als gevolg van de structurele personeelstekorten en toenemende financiële stress door verlies aan koopkracht²⁶. Dat stress meer verzuim betekent, is bekend. In 2022 presenteerde TNO interessante studieresultaten op dit gebied²⁷: 37% van de werknemers gaf hierin werkdruk/werkstress op als reden voor verzuim. Dit werkt ook door in het aantal werknemers in Nederland dat last heeft van burn-outklachten. Dit aantal is al jaren stabiel rond 1,3 miljoen mensen, oftewel 17% van het totaal aantal werknemers; in de gezondheidszorg is dit zelfs 19%²⁸. Er is dus een tekort aan personeel en dit tekort wordt nog eens versterkt door de hoge verzuimcijfers, wat naar alle waarschijnlijkheid de stress verder doet stijgen wat weer voor meer verzuim zorgt. Kortom, een vicieuze cirkel.

Dalende productiviteit

Naast uitval is er nog een probleem met werkstress. Diverse publicaties laten zien hoe stress en werkte-

vredenheid invloed hebben op de productiviteit. Een stijging van de stress leidt direct tot een afname van productiviteit²⁹. En juist deze arbeidsproductiviteit is in de zorg een tweede probleem. Deze daalt namelijk met 1-3% per jaar, afhankelijk van de verschillende methoden om de productiviteit in de zorg te meten³⁰. Deze daling betekent dat het eerdergenoemde aandeel van 1 op de 4 werkenden in 2040 in de praktijk 1 op de 3 werkenden zou moeten zijn. We hebben dus bijna een verdubbeling nodig van het absolute aantal mensen dat momenteel in de zorg werkt.

De uitdagingen

Naast de vraagkant van de zorg waar we eerder naar keken (Dries), blijkt zo ook de aanbodkant van de zorg een aantal uitdagingen te kennen:

1. Het aantal mensen dat in de zorg werkt, is ontoereikend om alle zorg in de toekomst te leveren, waardoor de toegankelijkheid in het gedrang komt.
2. De mensen die in de zorg werken, kampen met een relatief hoog verzuim, mede als gevolg van stress, wat de problematiek verder vergroot.
3. De productiviteit van zorgverleners is dalende, wat betekent dat boven op het tekort relatief gezien meer zorgverleners nodig zijn om dezelfde zorg te leveren.

Het jongetje in het verhaal van Dries blijkt dus hoognodig te zijn. We zouden er alles aan moeten doen om te zorgen dat hij zijn acties kan uitvoeren op een zo prettig mogelijke en meest efficiënte manier. Tijd dus om naar de laatste personen uit het verhaaltje van Dries te kijken: mijn ouders. Wat is hun rol, vertaald naar dilemma's van deze tijd?



ouders overheid en werkgevers

Weinig autonomie

Om de rol van mijn ouders in deze context te plaatsen, is het interessant te kijken naar de keuzes die zij hadden. Daarin wil ik stilstaan bij twee elementen. De eerste is hoe ik naar de zwerver ben toegegaan om mijn daad te verrichten. De tweede is de waaromvraag. Als ik kijk naar de eerste vraag, wordt duidelijk dat ik mijn eigen pad kon kiezen. Er werd mij geen strobreed in de weg gelegd en ik kon zelf besluiten wat ik deed en hoe ik dat deed. Hoe anders is het in onze huidige maatschappij: van alle werknemers in Nederland ervaart 18% zowel hoge taakeisen als weinig autonomie. Oftewel, we verwachten veel van onze werknemers, maar ze hebben weinig zeggenschap over hoe zij hun werk uitvoeren, wat een direct effect heeft op de ervaren werkdruk en psychosociale arbeidsbelasting³¹. Dit is relevant, aangezien weinig autonomie een verhoging van werkstress en psychische aandoeningen veroorzaakt³², maar ook een verhoogd verzuim³³ en een slechtere fysieke gezondheid³⁴. Interessant en mogelijk niet geheel onverwacht is dat de gezondheidszorg verreweg de hoogste werkdruk kent (samen met het onderwijs) waarbij de lage autonomie als hoofdreden wordt gerapporteerd³⁵. Hoge werkdruk en lage autonomie blijken daarbij tezamen met gepest worden de grootste rol te spelen bij het veroorzaken van depressie en burn-out, zeker als er sprake is van bovengemiddelde emotionele betrok-

kenheid bij het werk, emotioneel moeilijke situaties of werk dat emotioneel veeleisend is – wat het geval is in de zorg³⁶.

Kortom, de ouders van het jongetje in het verhaal van Dries bepalen met hun regels en de mate van vrijheid die ze geven, hoe het jongetje zijn werk kan doen en of hij dat met plezier doet. Zonder uitvoerig onderzoek hiernaar te hebben gedaan, durf ik op basis van de gesprekken met zorgverleners de uitspraak te doen dat het in de zorg juist hier knelt. Om de kwaliteit van de zorg in de gaten te houden en te verbeteren, zijn op allerlei niveaus in de zorg systemen geïntroduceerd om deze kwaliteit te kunnen meten³⁷. De verschuiving naar *value based healthcare* heeft er bovendien voor gezorgd dat dataverzameling en verslaglegging daarover verder toegenomen is³⁸.

Administratieve last

Het gevolg hiervan is dat de administratieve druk onder zorgverleners toeneemt. Een uitgebreide inventarisatie in 2019 liet zien dat 35% van de tijd van professionals in de verpleeghuiszorg aan administratieve taken wordt besteed: omgerekend 73.000 fte³⁹. Het aantal regels waar deze zorgorganisaties aan moeten voldoen, is 451, afkomstig van 83 bronnen, zoals wetten, business control, kwaliteitsregisters, facilitaire normen en eisen van bestuur en management.

Ook in de ziekenhuizen was al in 2014 de administratieve last toegenomen volgens 89% van de verpleegkundigen⁴⁰. Een onderzoek uitgevoerd onder 3000 medisch specialisten in 2017 liet geen verbetering zien⁴¹. Zij gaven aan twee van de vijf dagen per werkweek kwijt te zijn aan administratieve handelingen, waarbij 94% van de respondenten vond dat deze administratieve taken hun werkplezier verminderen.

Nu is het niet zo dat er niets met de diverse onderzoeken is gedaan. Het ministerie van VWS startte in 2018 het programma (Ont)Regel de Zorg, dat een einde moest maken aan de administratieve last. In 2022 is dit programma door de nieuwe minister verlengd en vernieuwd. In de programmabrief lezen we dat het programma haar vruchten begint af te werpen met een zichtbare daling in de ervaren regeldruk, maar dat ook is geconstateerd dat zorgverleners aangeven dat nieuwe wet- en regelgeving heeft geleid tot méér regeldruk⁴². Dit is ook een belangrijke conclusie van internationaal onderzoek, waar Nederland relatief slecht scoort op dit gebied ten opzichte van andere landen (terwijl het in zijn totaliteit een tweede plaats behaalt als best presenterende land op het gebied van de gezondheidszorg)⁴³.

In het verhaal van Dries zou deze situatie inhouden dat mijn ouders mij wel naar Dries hadden laten gaan, maar me vooraf een uitgebreid document hadden laten bestuderen met hoe ik naar Dries zou moeten lopen, wat ik daar wel en niet zou moeten doen en me bovendien na elke stap een aantal vragen hadden gesteld over hoe het ging, wat de resultaten waren en wat anderen van mijn stappen zouden kunnen leren. Ik weet niet of ik dan nog naar arme Dries was toegegaan. Gelukkig dat mijn ouders mij juist alle vrijheid en vertrouwen gaven, terwijl ze op afstandje toekeken en waarschijnlijk achteraf met mij spraken over mijn ervaringen. Zo kan het dus ook.

Waarden

Mijn ouders hadden nog een bepalende houding en die bevindt zich op het niveau van waarden. Zij hadden ervoor kunnen kiezen om mij te verbieden naar de zwerver toe te lopen. Bijvoorbeeld omdat ze hem gevaarlijk vonden, niet van het juiste opleidingsniveau of bang waren dat hij een ziekte zou hebben. Hun houding bepaalde dat ik de stap durfde te zetten. Hoe klein dit voorbeeld ook is, zo groot is het belang van die houding van onze leiders en sociale omgeving voor de keuzes die we maken. Een heldere visie en een duidelijk kader zijn essentieel om mensen keuzes te durven laten maken.

De uitdagingen samengevat

Juist het maken van keuzes is cruciaal, nu we met onze gezondheidszorg voor een aantal grote uitdagingen staan. Een open blik, respect voor andersdenkenden en een duidelijke visie van onze leiders zijn meer dan ooit nodig. Ik splits de uitdagingen in drie thema's, met elk een korte oplossingsrichting:

Het is in de zorg dweilen met de kraan open, omdat we ons letterlijk ziek leven door werkstress, ongezonde voeding en weinig beweging. **Die kraan moet dicht.**

Waar zorgverleners ons kapitaal zouden moeten zijn, demotiveren we ze met regels en innoveren we veel te traag. **Werkplezier én productiviteit moeten omhoog.**

Onze solidaire waarde om naar elkaar om te kijken verslapt. **We moeten (weer) voor elkaar zorgen, verschillen omarmen en alleen behandelen als het zinvol is.**

Met deze drie stellingen is iedereen het eens, denk ik. De vraag is echter hoe we deze problemen gaan oplossen. Allereerst zijn de drie oplossingsrichtingen in mijn ogen slechts mogelijk als we optimaal gebruik maken van digitale innovatie om, hoe tegenstrijdig het ook klinkt, de menselijkheid terug te brengen. Dat zal ik toelichten. Maar het betekent ook dat we fundamenteel moeten veranderen. En dat betekent nieuw leiderschap en nieuwe verdienmodellen – de twee pilaren van mijn leerstoel.



MIJN ZORGDROOM

In mijn colleges over digitaal ondernemen in de zorg en in mijn lezingen vertel ik hoe aan grote veranderingen vaak een droom ten grondslag ligt: een wensbeeld hoe wij willen dat onze maatschappij eruitziet. Hoe ziet die droom voor houdbare zorg er voor mij uit?

De dorpsdokter van vroeger is terug van weggevoerd, maar in een nieuwe jas. Eén vast aanspreekpunt voor al onze zorgvragen in de vorm van een gratis nationale zorgservice. Deze dienst – ik noem hem voor deze lezing iDoq, met het serviceniveau van Coolblue – is ons vaste zorgaanspreekpunt. Volledig mobiel regel je je eigen zorgzaken: afspraken maken, je dossier inzien, thuismetingen doen als daar aanleiding toe is en bij problemen een eenvoudige triage om een inschatting te maken hoe urgent het is en wie je moet helpen. Innovatieve ondernemingen bieden de digitale bouwblokken voor deze open zorginfrastructuur. Algoritmen ondersteunen de zorgverleners bij het inschatten van risico's. Voor kwetsbare mensen, die oud zijn of bekend zijn met een aandoening, is aan iDoq een 24-uursalarmdienst gekoppeld: de Witte Wegenwacht. Zij komen thuis in geval van nood. Net zoals zorgondersteuners mensen helpen die digitaal niet vaardig zijn.

Dankzij iDoq staan mensen weer centraal. Allereerst is een medisch team altijd persoonlijk bereikbaar. Vanuit regionale regiecentra beantwoorden zij zorgvragen. Dankzij de decentrale organisatie en algoritmen is contact, waar mogelijk, altijd met dezelfde iDoq-zorgverlener. Hierbij kan het gaan om acute medische vragen, maar ook om de behoefte aan een gesprek. Bijvoorbeeld als iemand twijfelt over een diagnose of behandelopties, of gewoon als iemand zich alleen voelt. Zelfs als iemand onder behandeling is voor een (chronische) ziekte, zorgen deze regiecentra voor continuïteit. Met beschikbare data over hoe het met patiënten gaat, kan proactief ingegrepen worden voordat klachten optreden en zijn onnodige zorgbezoeken verleden tijd. Hierdoor is er weer tijd voor de menselijke maat. Voor echte aandacht. De digitale dorpsdokter is ook het startpunt voor het aansturen van zorgverlening aan huis. Voor acute zorg of voor ondersteuning op het gebied van welzijn. Want lang niet alle zorg is medisch.

Niet alle zorg kan virtueel. Daarom maakt iDoq gebruik van mobiele teams die hulpbehoevenden thuis bezoeken. Bijvoorbeeld voor bloedafname of diagnostisch onderzoek, maar ook voor de bezorging van medicatie en hulpmiddelen als dat nodig is. Dit geldt ook voor ondersteuning bij welzijns- en

of levenseindevragen. Deze zorg aan huis levert iDoq niet zelf, maar daarvoor benut zij een netwerk van regionale zorgpartners die digitaal verbonden zijn, zodat zorgcontinuïteit is geborgd. Dit zorgnetwerk wordt gecensureerd door een groep burgers en zorgverleners die weten wat er in de regio nodig is. Zij kunnen ook de kwaliteit van de geleverde zorg in de gaten houden.

Voor gespecialiseerde diagnostiek, opname of behandeling werkt iDoq samen met haar landelijk netwerk van gecertificeerde centra. Hier staat de menselijke relatie tussen zorgverlener en patiënt centraal. Er is tijd voor onderzoek maar ook om te luisteren naar het verhaal van de patiënt en op te vangen wat deze niet zegt maar voor een ervaren arts wel zichtbaar is. Die ruimte benutten de deskundigen in deze centra om op hun eigen expertise te vertrouwen en niet louter protocollen te volgen. Dat geeft autonomie en maakt hun vak extra interessant. iDoq begeleidt het voor- en nazorgtraject en helpt patiënten en hun naasten met het maken van de juiste afwegingen, zoals extra uitleg over een behandeling, de kansen en risico's. Dankzij het digitale iDoq-dossier, waarvan de toegang door patiënten zelf te beheren is, hebben betrokken zorgnetwerkpartners altijd toegang. Omdat onnodige zorg wordt voorkomen, is er extra

tijd voor patiënten voor wie dit nodig is. Zoals voor mensen voor wie de digitalisering niet mogelijk of op momenten niet gewenst is. Voor hen zijn er lokale iDoq-steunpunten waar op inloopsprekuren alle tijd is voor face-to-facecontact.

Het werken in de zorg is leuk en wordt goed beloond. Dat kan mede dankzij de speciale zorgbelasting op ongezonde voeding en omdat zorgverleners hun tijd ook echt aan zorg kunnen besteden en niet kwijt zijn aan vergaderingen, administratie of verplicht managementgedoe. Zij werken samen in kleine teams met vrijheid en vertrouwen in hun professionaliteit. Formele zorg en informele zorg sluiten naadloos op elkaar aan. Dat is mogelijk door de vierdaagse werkweek die in de meeste bedrijven is ingevoerd, waarbij om de week de vijfde dag besteed wordt aan ondersteuning van kwetsbare mensen, of het nu ouderen zijn, mensen met een beperking of mensen die tot de minderbedeelden behoren. Dit maakt het ook mogelijk dat zorgverleners een vierdaagse werkweek hebben, waarbij hun vijfde dag in het teken staat om voor zichzelf en hun eigen gezin te zorgen. En werkgevers, in de zorg en daarbuiten, realiseren zich dat een gezonde leefstijl, gezonde en productieve medewerkers betekent. De extra leefstijlpauze is daarom landelijk zo'n doorslaand succes...

Start van een discussie

Deze zorgdroom is niet gebaseerd op wetenschappelijke bewijs dat alles wat ik hier zeg ook daadwerkelijk kan en zinvol is. Ik weet zeker dat er genoeg mensen zijn die er gaten in kunnen en zullen schieten. Ik heb hem toch in deze oratie opgenomen om het belang te illustreren van een gezamenlijke visie op hoe wij zorg en welzijn willen zien, los van de technocratische en juridische discussies. Een visie op basis van gedeelde waarden waar we met elkaar naartoe kunnen werken en die ons richting kunnen geven bij de harde keuzes die we de komende jaren moeten maken. Deze droom is wat mij betreft een eerste aanzet daartoe.



AANPAK EN MIJN LEERSTOEL

Anders kijken, anders onderzoeken

En daarmee kom ik aan het laatste deel van mijn oratie. Of deze kort beschreven visie u aanspreekt of niet, ik hoop te hebben laten zien dat doorgaan op de huidige weg, met hier en daar wat bijschaven, geen optie is. We moeten niet langer de bestaande belangen als uitgangspunt nemen, maar echt durven anders te kijken en te onderzoeken. Dat vraagt lef en ondernemerschap, zowel in zorgorganisaties als daarbuiten. Met mijn leerstoel wil ik een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke inzichten die nodig zijn bij totstandkoming van onze nieuwe zorg, en wel in de vorm van antwoorden op de drie eerdergenoemde uitdagingen.

Van reactieve naar proactieve zorg

Om het dweilen met de kraan open te stoppen, geloof ik dat de zorg een omslag moet maken van reactieve zorg naar proactieve zorg: digitale technologie benutten om een vinger aan de pols te houden, zodat we niet wachten tot de situatie van patiënten verergert. Om te bepalen hoe dit effectief kan, is onderzoek nodig naar effecten van deze secundaire preventie. Onderzoek zoals mijn promovendus Job van Steenkiste nu doet naar de inzet van thuismonitoring bij hypertensiepatiënten. Ik zal met mijn leerstoel direct en indirect bij meer van deze onderzoeken betrokken zijn om de effecten aan te tonen als we de huidige zorgprocessen vermengen met structureel door patiën-

ten verzamelen van data die door kunstmatige intelligentie worden geanalyseerd. Signalen zijn hierover hoopgevend. Zoals recent onderzoek in Londen naar digitale zorg voor hartpatiënten, die worden begeleid middels proactieve monitoring gecombineerd met digitale zelfzorgcoaching. Een eerste trial leidde tot 65% minder SEH-bezoek, 81% minder ongepland ziekenhuisopnames en 65% lagere ziekenhuiskosten⁴⁴. Al zouden we structureel slechts de helft van deze effecten realiseren, dan zouden we in staat zijn om de vraagtoename grotendeels op te vangen. Dat zou betekenen dat zorgverleners in potentie extra ruimte krijgen voor zorg voor patiënten waar dit nodig is en waar zij hun eigen professionele 'fingerspitzengefühl' optimaal moeten kunnen benutten. Want vertrouwen op intuïtie is iets wat algoritmen, in elk geval voorlopig, waarschijnlijk niet zullen kunnen. Meer kennis is nodig over de effecten, op korte en langere termijn, van deze vorm van digitale zorg. Ik wil met mijn leerstoel daaraan bijdragen.

Voorkomen van zorg

Maar daarmee zijn we er niet. Ook primaire preventie dient aandacht te krijgen, aangezien er al jaren steeds meer onderzoek op wijst hoe we ons letterlijk ziek leven door onder meer (werk)stress^{45 46}, ongezonde voeding^{47 48} en te weinig beweging⁴⁹. Professor Scherder, aan wie vorig jaar een eredoctoraat door de

Open Universiteit is toegekend, maakte in zijn rede de noodzaak tot directe actie heel duidelijk⁵⁰. Ik zal met mijn leerstoel voor dit onderwerp optrekken met collega's binnen de Open Universiteit en studenten van onder andere de vorig jaar gestarte studie Gezondheidswetenschappen om nieuwe inzichten te vinden in hoe digitale technologie hierbij kan helpen.

Meer werkgeluk, hogere productiviteit

Hoe belangrijk preventie ook is, er is nog meer nodig. Het hoge verzuim in de zorg en de dalende productiviteit moeten doorbroken worden. Het boek *GREEN ON* dat ik met dr. Joris Janssen en drie operators van de Special Forces schreef, had als ondertitel 'De leukste en meest productieve manier van werken'. Het was geen wetenschappelijk werk en ook niet als zodanig bedoeld, maar geeft een inkijkje in hoe een andere manier van organiseren kan zorgen voor meer werkgeluk en een hogere productiviteit. En laten dit nu net de twee elementen zijn die we in de zorg nodig hebben. In mijn eigen bedrijf Lusci leidde deze andere manier van organiseren, waarin we afscheid namen van de traditionele managementhiërarchie, autonomie van professionals centraal stelden en voor iedereen de vierdaagse werkweek introduceerden, tot een ziekteverzuim van minder dan 0,6% en een stijging van de productiviteit tot wel 20%. Ook in de gezondheidszorg zijn er voorbeelden waar, mits goed ingevoerd,

meer autonomie bij zorgverleners leidt tot betere uitkomsten en meer werkplezier⁵¹. Digitale technologie maakt deze andere werkvormen mogelijk, zoals videoconferenties en asynchrone communicatie, die in de coronacrisis het werk plaats- en tijdonafhankelijk maakten. Daar liggen kansen, maar er zijn ook zorgen als het betekent dat de administratieve last in de gezondheidszorg door gebrek aan operabiliteit van ICT-systemen stijgt. Onderzoek is daarom nodig om vast te stellen welke randvoorwaarden nodig zijn voor deze andere manieren van organiseren. Mijn promovendus Michiel Menkveld is op dat gebied gestart met een studie naar de totstandkoming van een multidisciplinair zorgnetwerk over de grenzen van de eerste en tweedelijnszorg heen.

Nieuw verdienmodel

In dit onderzoek komt ook het delen van data tussen zorgverleners aan de orde. Immers, mits goed ingezet, maakt dit een stijging van productiviteit mogelijk⁵². Maar hier wringt de schoen naast operabiliteit nog op een ander punt. De bekostiging in de zorg is veelal gebaseerd op geleverde arbeid door zorgverleners. Hierdoor ontbreken prikkels om arbeidsbesparende innovaties ten volle te benutten. In mijn ogen moet niet het feitelijk leveren van zorg worden betaald, maar het realiseren van uitkomsten die passend zijn bij de situatie van de individuele patiënt. Pre-

cies deze problematiek is een pijler onder mijn leerstoel: hoe komen we tot nieuwe verdienmodellen in de zorg. Het is daarbij nuttig over grenzen heen te kijken. Zoals naar Engeland, de Scandinavische landen en Duitsland, waar al enige tijd ervaring wordt opgedaan met nieuwe bekostigingsmodellen in relatie tot zorginnovatie. Ik hoop vanuit mijn leerstoel te kunnen publiceren over dit onderwerp, zodat het voor de zorg lonend gaat worden om arbeidsbesparende technologie in te zetten die zorg ook echt kan voorkomen.



EEN BELANGRIJKE WAARSCHUWING

Alvorens af te ronden, geef ik een belangrijke waarschuwing. Digitale transformatie is geen panacee. Het is slechts een middel om een nieuwe visie op zorg te realiseren maar staat niet alleen. Ook moeten we ons realiseren dat de inzet van digitale middelen en kunstmatige intelligentie risico's met zich meebrengen. Zo wees professor Westert me tijdens de voorbereiding van deze oratie op het risico van verlies van aandacht door al die data en informatie uit digitale technologie⁵³. Iets waar de beroemde schrijver van "A brave new world", Aldous Huxley, ook al voor waarschuwde. Technologie en data worden in feite onze lens waardoor we de wereld zien. Dit biedt kansen maar impliceert ook grote risico's, zeker in de zorg. Immers, als we menselijke ervaring en intuïtie van onze zorgverleners, hun 'professionele fingerspitzengefühl', uitschakelen omdat we blind gaan varen op de technologie dan gooien we het kind met het badwater weg. Ook kan digitale technologie en A.I. gebruikt worden om mensen te controleren. Daar waar we veiligheidsrisico's zoals terrorisme voor de hand liggende redenen vonden om vrijheidsbeperking te accepteren, heeft covid ons laten zien hoe juist de inzet van deze middelen langs de lijnen van onze gezondheid ons mogelijk nog kwetsbaarder maken voor misbruik. De snelle ontwikkeling van A.I. over de as van gezondheidszorg moet dan ook met gezonde argwaan gevolgd worden. Ik wil me met

mijn leerstoel hard maken dat onderzoek naar ethiek en effectieve wijze regulering van A.I. op de agenda komt én blijft. Dit is in mijn ogen ook van belang om een nieuwe vorm van sociale ongelijkheid te voorkomen. We moeten blijven zorgen dat iedereen mee kan blijven doen, dus ook de meest kwetsbare patiënten of mensen voor wie digitale technologie niet bruikbaar of gewenst is. Ik ben trots op onze promovendus Tessi Hengst die onderzoek doet naar de mate waarin mensen met lage digitale vaardigheden met zorgapps overweg kunnen. Ik begeleid haar met collega's professor Lechner en professor Bolman van de faculteit psychologie. Kennis over hoe we zorgen dat ook kwetsbare mensen niet buitengesloten worden, is cruciaal.

Dat betekent overigens in mijn ogen niet dat we technologie alleen moeten inzetten als iedereen ermee overweg kan. Ik geloof in specifieke dienstverlening voor specifieke doelgroepen, ook bij de inzet van technologie. Een voorbeeld is digitale supermarkt Picnic, die zich richt op jonge consumenten voor wie tijd schaars is⁵⁴, terwijl Jumbo tegelijk 'klets-kassa's' opent met extra tijd voor eenzame ouderen⁵⁵. Dergelijke verschillen van dienstverlening voor verschillende doelgroepen of situaties is ook in de zorg mogelijk maar lijkt nu vaak nog een taboe omdat "iedereen dezelfde zorg moet krijgen".

Omarmen van verschillen bij de organisatie van zorg zou in mijn ogen echter weleens een belangrijke sleutel kunnen zijn voor de uitdagingen waar we voor staan. We hebben te maken met vijf verschillende generaties die, als medewerker of patiënt, met zorg te maken krijgen. Zij kijken allemaal op hun eigen wijze naar hun leven, de maatschappij en hun rol daarin⁵⁶. Als we als maatschappij juist die verschillen omarmen betekent het dat we gebruik kunnen maken van de kracht van mensen en hun diversiteit: voor de

ene situatie techniek, voor de andere extra aandacht. Dan creëren we ook de benodigde ruimte om het eerlijke verhaal te vertellen in de zorg. Bijvoorbeeld aan mensen voor wie behandelen niet veel oplevert, omdat het maar weinig toevoegt aan hun kwaliteit van leven of zelfs afbreuk daaraan doet. Of over de noodzaak van informele zorg, omdat we simpelweg niet alles altijd professioneel kunnen oplossen omdat we daar de mensen en het geld niet voor hebben.



GENERATIE NOU

Creativiteit en ondernemerschap

En daarmee ben ik aanbeland bij wat misschien wel mijn allerbelangrijkste boodschap is van deze oratie: zorg gaat over mensen als patiënt en als zorgverlener. In 2012 liet ik in mijn proefschrift zien hoe juist zorgverleners bepalend zijn bij veranderingen in de zorg⁵⁷. Ik noemde ze 'ideeënkampioenen' en schetste vijf fasen om hun ideeën te transformeren tot een grootschalig toegepaste innovatie, door ze vrijheid te geven om te experimenteren met ondernemers en creatieve denkers van buiten. Ik wil het toentertijd gepresenteerde model met mijn leerstoel doorontwikkelen met nieuw wetenschappelijk inzicht. Want in de passie van zorgverleners en creatief ondernemerschap zit waarschijnlijk de sleutel om de snelheid te vergroten waarmee de zorg moet veranderen.

Een nieuwe generatie leiders

Dat brengt me terug naar de druilige herfstmiddag waarop het kleine jongetje naar de vieze zwerver liep. Het kleine jongetje staat symbool voor het belang van een nieuwe generatie leiders. Een nieuwe generatie die het anders durft te doen, die onbewandelde paden inslaat. Een nieuwe generatie die zich realiseert dat digitalisering gaat helpen om de grote uitdagingen in onze zorg te lijf te gaan. Die zich realiseert dat de vrijblijvendheid voorbij is, maar die oog heeft voor het feit dat dit nooit ten koste mag gaan van inclusiviteit.

Het kleine jongetje helpt Dries niet met pappen en nathouden. Het helpt met compassie, door Dries een steunstructuur te bieden zodat hij zichzelf leert helpen en weet dat zorg er is als deze nodig is – of Dries nu een kwetsbare oudere is, een chronisch zieke of gewoon iemand die door het noodlot is getroffen en een ernstige ziekte heeft gekregen.

Dat laatste heb ik helaas zelf de afgelopen twee jaar van dichtbij moeten meemaken. Eerst mijn zwager, daarna mijn vader. Voor beiden stond de zorg klaar. En ik hoop dat die zorg ook over tien of over twintig jaar nog met dezelfde warmte en professionaliteit klaar staat. Daarom beloof ik dat ik naast het steunen en doen van onderzoek, me zal inzetten voor een verbindende functie waarmee de kennis die we opdoen op verschillende plekken in de samenleving zo snel mogelijk haar weg kan vinden naar de praktijk.

Generation NOU

Juist daarom is de Open Universiteit een plek waar ik me thuis voel. Kennis brengen we hier direct naar de praktijk, op een *blended* manier waarbij fysiek en virtueel verweven zijn – net zoals in mijn wensbeeld voor de zorg. Die kennis uit onderzoek en uit ervaring zal ik delen vanuit mijn rol als docent. Dat doe ik via de digitale leeromgeving yOUlearn van de Open Universiteit en la begeleider van studenten bij de verschil-

lende opleidingen. En door verbinding te maken met andere initiatieven waar kennis wordt gedeeld. Zoals het platform eLearnity als verzamelplek voor thuisopleidingen om nieuwe leiders sneller, in hun eigen tijd en thuis te laten leren van de kennis van anderen. Ik hoop dat u ook u uw kennis wilt delen, als onderzoeker en als docent, ongeacht van welke universiteit u bent. Want die nieuwe generatie leiders waarover ik in deze oratie spreek, dat zijn we zelf.

Ik noem ons **Generation NOU**: de generatie die ideeën *nu* omzet in actie. Onze eigen toekomst creëren we immers zelf.



DANK.

Hiermee eindigt mijn oratie. De leeuw, mijn vader, is er niet meer. Maar ik weet dat hij nu op zijn wolk glimlacht als hij mij hier in vol ornaat ziet staan. Dankjewel, papa. Zonder jou zou ik dit nooit hebben kunnen doen. Aan jou draag ik mijn hoogleraarschap op. Mama en jij leerden me hoe je juist op de achtergrond impact kunt hebben door mensen onvoorwaardelijk vertrouwen te geven, zodat zij groeien en zich kunnen ontwikkelen. Door die houding van jullie als mijn ouders kon ik worden wie ik ben. Juist die eigenschap hoop ik dan ook als professor Dohmen over te nemen, zodat mijn leerstoel anderen helpt te groeien en de schakel is voor het nieuwe talent dat zo hard nodig is.

Naast mijn ouders bedank ik natuurlijk mijn familie. Mijn zusjes en zwager Jasper. Mijn schoonfamilie. Mijn lieve kinderen Yfke, Leentje en Toon, die voor mij als een spiegel zijn en me elke dag laten zien hoe belangrijk het is om nieuwsgierig en onbevooroordeeld te blijven. Mijn allerliefste Willemijn. Dankzij jouw zorg voor mij en voor ons gezin kan ik uitfladderen en mijn ideeën omzetten in activiteiten, zoals deze leerstoel. En dankzij jouw down-to-earth-mentaliteit blijf ik met beide beentjes op de grond, zoals het jongetje waar ik dit verhaal mee begon. Dankjewel voor je geduld, stabiliteit en onvoorwaardelijke liefde.

Behalve mijn familie en vrienden, wil ik ook mijn zakelijke relaties bedanken. Mijn collega's en klanten en zorgverleners die met of bij Luscii werken in de nu al elf landen waar we als digitaal zorgplatform gelanceerd zijn, en de ondernemers waarin ik mag investeren, zoals Velomedi en de commando's van Threefront, inspireren me elke dag. Dankzij onze unieke wijze van organiseren waarin we allemaal gelijk zijn en bijdragen aan onze missie, kan ik blijven dromen en nieuwe ideeën onderzoeken zonder bedolven te worden in managementgedoe. Dankjewel voor dat vertrouwen. Erik, Ronald en Joris als Luscii co-founders, dank dat jullie mij deze ruimte gunnen. En Wout en Frank van The Story of Brent als maatjes bij de realisatie van nieuwe initiatieven en communicatie, dank voor jullie tomeloze energie en enorm mooie samenwerking, ook nu weer bij de realisatie van deze oratie.

Ook wil ik stilstaan bij mijn twee leermeesters hier in de zaal: professor Pieter Vierhout en professor Theo de Vries. Ik weet nog goed hoe ik bij professor Vierhout kwam en hij me vertelde hoe de 'grijze muizen zich in het ziekenhuis sneller voortplanten dan de witte'. Hij bedoelde dat er steeds meer managers kwamen die niets van de zorg begrepen. Dat wilde

hij veranderen. Ik behoorde tot zijn eerste lichte studenten en ik hoop dat je trots bent, Pieter. Want samen met Theo de Vries heb je mij laten zien hoe anders kijken naar zorg, respect voor zorgverleners en patiënten, en doorzettingsvermogen cruciaal zijn als je dingen in de zorg wilt veranderen. Jullie inspiratie ontstak in mij het vuur. Bedankt.

Last, maar zeker niet least, bedank ik natuurlijk mijn collega's aan de Open Universiteit en stichting Veroz die mijn leerstoel mogelijk maken. Allereerst de rector magnificus en de decaan van de faculteit managementwetenschappen, bedankt voor jullie vertrouwen. En dan Willem, Hans, Loek, Gerard, Marianne, Martine, Saskia, Janneke en Jurjen, dank voor jullie steun

en onze leuke samenwerking. Ten slotte Cornelis, dankjewel dat jij mijn maatje bent in deze voor mij nieuwe en onbekende wereld. We vullen elkaar goed aan en ik hoop nog veel academische avonturen met je te mogen beleven.

Aan alle geïnteresseerden vandaag aanwezig, morgen bij mij thuis of in de livestream. Met één korte boodschap wil ik afsluiten, middels een video die ik jaren geleden maakte en die voor mij alles zegt waar het in het leven én in de zorg over moet gaan.

Video ▶

Ik heb gezegd.



1. Centraal Planbureau (2022). Augustusraming 2022, Geraadpleegd op 4 November 2022, <https://www.cpb.nl/augustusraming-2022>

2. Wildeboer Schut, J.M. en Hoff, S. (2022). Kennisnotitie: Armoede ramingen september 2022, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Geraadpleegd op 5 November 2022, <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/09/20/kennisnotitie-armoede-ramingen-september-2022>

3. Hoff et al. (2021). Verschil in Nederland 2014-2020, Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Geraadpleegd op 4 November 2022, <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/10/07/verschil-in-nederland-2014-2020>

4. Quote (2022). De nieuwe Quote 500 2022 staat vol verrassingen! En ja, de rijken werden toch wéér rijker, Geraadpleegd op 5 November 2022, <https://www.quotenet.nl/quote-500/a41816263/quote-500-2022/>

5. Ostry, J.D., Berg, A., Tsangarides, C.G. (2014). Redistribution, Inequality, and Growth, International Monetary Fund, Geraadpleegd op 8 November 2022 <https://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2014/sdn1402.pdf>

6. Williams et al. (2020). What are health inequalities. The Kings Fund, Geraadpleegd op 9 November 2022, <https://www.kingsfund.org.uk/publications/what-are-health-inequalities>

7. Marmot et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review), Institute of Health Equity, report 2/2010, Geraadpleegd op 1 November 2022, <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

8. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2021). Een eerlijke kans op gezond leven, Geraadpleegd op 3 November 2022, <https://open.overheid.nl/repository/ronl-94012c62-4d20-44d6-8f93-ef2a42bb27a5/1/pdf/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven.pdf>

94012c62-4d20-44d6-8f93-ef2a42bb27a5/1/pdf/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven.pdf

9. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2021). Geraadpleegd op 5 November 2022, Geraadpleegd op 3 November 2022, <https://open.overheid.nl/repository/ronl-94012c62-4d20-44d6-8f93-ef2a42bb27a5/1/pdf/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven.pdf>

10. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2019). Impact van de vergrijzing, Geraadpleegd op 15 November 2022, <https://www.rivm.nl/infographic-impact-van-vergrijzing>

11. VZinfo (2021), levensverwachting; leeftijd en geslacht, Geraadpleegd op 18 November 2022, <https://www.vzinfo.nl/levensverwachting/leeftijd-en-geslacht>

12. Centraal Bureau voor Statistiek (2021). Vooral jongeren emotioneel eenzaam in 2021, Geraadpleegd op 28 November 2022, <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/39/vooral-jongeren-emotioneel-eeenzaam-in-2021>

13. Centraal Bureau voor Statistiek (2021). Documentatie Sociale samengang en Welzijn (SOCSAMWELZIJN 2020), Geraadpleegd op 12 November 2022, <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/microdatabestanden/socsamwelzijn-sociale-samenhang-en-welzijn>

14. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2021). De vele kanten van eenzaamheid: verkenning, Geraadpleegd op 22 November 2022, <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/07/10/de-vele-kanten-van-eeenzaamheid>

15. Centraal Bureau voor Statistiek (2021). Vooral jongeren emotioneel eenzaam in 2021, Geraadpleegd op 28 November 2022, <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/39/vooral-jongeren-emotioneel-eeenzaam-in-2021>

16. GGD'en, CBS en RIVM (2020). Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, Geraadpleegd op 13 November 2022, <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/eenzaamheid>

17. Rijksoverheid (2022). Miljoenennota, Belastingplan, begrotingen en bijbehorende stukken, Geraadpleegd op 11 November 2022, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prinsjesdag/miljoenennota-en-andere-officiële-stukken>

18. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). Volksgezondheid Toekomstverkenning, Geraadpleegd op 13 November 2022, <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>

19. Bax, K. (2022). Zorgverzekeraar CZ: 'Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is', De Telegraaf, Geraadpleegd op 12 November 2022, <https://www.telegraaf.nl/financieel/1190071453/zorgverzekeraar-cz-kunnen-niet-meer-garanderen-dat-zorg-altijd-voor-iedereen-toegankelijk-is>

20. De Vries, T. (2001). Oratie als hoogleraar toekomststudies gezondheidszorg, Enschede, Universiteit Twente

21. Sociaal Economische Raad. (2020). Zorg voor de toekomst: Over de toekomstbestendigheid van zorg, Geraadpleegd op 20 November 2022, <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2020/zorg-voor-de-toekomst.pdf>

22. Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (2022). Werknemers zorg en welzijn: in en uitstroom, Staat van Volksgezondheid en Zorg, Geraadpleegd op 20 Oktober 2022, https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/werknemers_zorg_en_welzijn_in_en_uitstroom

23. Centraal Bureau voor Statistiek (2021). Ziekteverzuim zorg en welzijn blijft op hoogste niveau sinds 2003, onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, Geraadpleegd op 28 Oktober 2022, <https://www.cbs.nl/nl-nl/>

[nieuws/2021/37/ziekteverzuim-zorg-en-welzijn-blijft-op-hoogste-niveau-sinds-2003](https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/37/ziekteverzuim-zorg-en-welzijn-blijft-op-hoogste-niveau-sinds-2003)

24. Vernzet (2022). Verzuim onder jongeren in de zorgsector neemt toe, Geraadpleegd op 11 November 2022, <https://www.vernet.nl/2022/09/08/verzuim-onder-jongeren-in-de-zorgsector-neemt-toe/>

25. AZW Statline (2022). De Staat van Volksgezondheid en Zorg, Geraadpleegd op 16 November 2022, <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ziekteverzuim-sector-zorg-en-welzijn>

26. Vernzet (2022). Verzuim onder jongeren in de zorgsector neemt toe, Geraadpleegd op 16 November 2022, <https://www.vernet.nl/2022/09/08/verzuim-onder-jongeren-in-de-zorgsector-neemt-toe/>

27. TNO (2022). Vier op de tien werkgevers vindt werkdruk een van de belangrijkste arbeidsrisico's, Geraadpleegd op 20 November 2022, <https://www.monitorarbeid.tno.nl/nl-nl/publicaties/factsheet-week-van-de-werkstress-2022/>

28. TNO (2020). Verzuimkosten door werkstress poepen op tot 3,1 miljard, Geraadpleegd op 20 November 2022, <https://www.tno.nl/nl/newsroom/2020/11/verzuimkosten-werkstress-lopen-3-1/>

29. Halkos, G. and Bousinakis, D. (2010), The effect of stress and satisfaction on productivity, International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 59 No. 5, pp. 415-431. <https://doi.org/10.1108/17410401011052869>

30. Gupta Strategists (2021). Voorkom de volgende golf: Waarom arbeidsbesparende innovaties in de zorg nodig zijn én hoe een innovatief ecosysteem noodzakelijke vooruitgang mogelijk maakt, Geraadpleegd op 22 November 2022, <https://gupta-strategists.nl/storage/files/Voorkom-de-volgende-golf.pdf>

31. TNO (2020). Arbobalans 2020: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland, Geraadpleegd op 26 November 2022, https://wp.monitorarbeid.tno.nl/wp-content/uploads/2021/02/180TNO_Arbobalans2020_V7.pdf

32. Madsen, I.E.A., Nyberg, S.T., Magnusson Hanson, L.L., Ferrie, J.E., Ahola, K. et al (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: a systematic review and meta-analysis with additional participant data. *Psychol Med*, 47(8): 134256.

33. McTernan, W.P., Dollard, M.F. & LaMontagne, A.D. (2013). Depression in the work place: an economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying. *Work&Stress*, 27(4): 321338.

34. Wang, M.J., Mykletun, A., Møyner, E.I., Øverland, S., Henderson, M., Stansfeld, S., Hotopf, M. & Harvey, S.B. (2014). Job strain, health and sickness absence: results from the Horderland Health Study. *Plos one*, 9(4): 19 (e96025).

35. TNO (2020). Arbobalans 2020: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland, Geraadpleegd op 18 November 2022, https://wp.monitorarbeid.tno.nl/wp-content/uploads/2021/02/180TNO_Arbobalans2020_V7.pdf

36. TNO (2020). Arbobalans 2020: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland, Geraadpleegd op 19 November 2022, https://wp.monitorarbeid.tno.nl/wp-content/uploads/2021/02/180TNO_Arbobalans2020_V7.pdf

37. Heuer, A.J., (2022). More Evidence That the Health-care Administrative Burden Is Real, Widespread and Has Serious Consequences; Comment on 'Perceived Burden

Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study', *International Journal of Health Policy and Management*. 2022;536-538

38. Porter, M.E., (2009). A strategy for health care reform--toward a value-based system. *N Engl J Med*. 2009;361(2):109-112. doi:10.1056/NEJMp0904131

39. Hanekamp, M, Heesbeen, S, Taks, L. (2020). Inventarisatie externe verantwoordingslast verpleeghuiszorg: Impact in beeld, Berenschot in opdracht van ActiZ, maart 2020, ActiZ

40. Berends, N. (2014). 'Administratieve last in ziekenhuizen alleen maar toegenomen'; *Nursing*, Geraadpleegd op 14 November 2022, <https://www.nursing.nl/administratieve-last-in-ziekenhuizen-alleen-maar-toegenomen-1521374w/>

41. Kallewaard et al. (2017). Administratiedruk medisch specialisten, De Argumentenfabriek in samenwerking met FMS en VvAA, Geraadpleegd op 16 November 2022, https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/20171117_DEF_Rapport-administratiedruk-specialisten.pdf

42. Ministerie van VWS (2022). Kamerbrief over Programma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025, Geraadpleegd op 19 November 2022, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/06/08/kamerbrief-over-programma-ontregel-de-zorg-2022-2025>

43. Schneider, E.C., (2021). Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly: Healthcare in the U.S. compared to other high-income countries, The Commonwealth Fund, Geraadpleegd op 16 November 2022, https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf

44. Plymen, C. (2022). Remote Monitoring in Heart Fail-

ure: The Imperial Experience, Amsterdam, LMDC22

45. Yaribeygi et al. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal Experimental and Clinical Sciences*, 2017; 16; 1057-1072, doi: [10.17179/excli2017-480](https://doi.org/10.17179/excli2017-480)

46. Goh, J., Pfeffer, J., Zenits, S. (2016). The Relationship Between Workplace Stressors and Mortality and Health Costs in the United States. *Management Science*, 2016, Vol. 62, Issue 2, Pages 608-628, <https://doi.org/10.1287/mnsc.2014.2115>

47. Hendriksen et al. (2018). Limited salt consumption reduces the incidence of chronic kidney disease: a modeling study. *Journal of Public Health*, Volume 40, September 2018, Pages e351-e358, <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx178>

48. Yang et al. (2014). Added Sugar Intake and Cardiovascular Diseases Mortality Among US Adults, *JAMA Intern Med*. 2014;174(4):516-524. doi:10.1001/jamainternmed.2013.13563

49. World Health Organisation (2022). Global status report on physical activity 2022. Geraadpleegd op 26 November 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153>

50. Scherder, E. (2021). Twee pandemie en toch nauwelijks beweging, Heerlen, Open Universiteit

51. Centre for Public Impact (2018). Buurtzorg: revolutionizing home care in the Netherlands, Geraadpleegd op 26 November 2022, <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/buurtzorg-revolutionising-home-care-netherlands>

52. Gupta Strategists (2021). Voorkom de volgende golf: Waarom arbeidsbesparende innovaties in de zorg no-

dig zijn én hoe een innovatief ecosysteem noodzakelijke vooruitgang mogelijk maakt, Geraadpleegd op 19 November 2022, <https://gupta-strategists.nl/storage/files/Voorkom-de-volgende-golf.pdf>

53. Williams, J. (2018). Dit is wat er op het spel staat in onze aandachtseconomie, Brainwash, geraadpleegd op 6 December 2022, <https://www.brainwash.nl/programmas/brainwash-talks/talks/2017/dit-is-wat-er-op-het-spel-staat-in-onze-aandachtseconomie.html>

54. Van der Weerd, J., Van Leusden, T., Van Tellinghen, H. (2016). Online boodschappen doen groeit gestaag. Naar aanleiding van onderzoek door Supermarkt en Rumte, Strabo en SuperVastgoed naar feitelijk koopgedrag van consumenten als het gaat om supermarktbestedingen, Geraadpleegd op 22 November 2022, https://strabo.nl/assets/uploads/documents/Vastgoedmarkt_-_Online_boodschappen_doen_groeit_gestaag.pdf

55. Jumbo Nieuws (2021). Jumbo geeft startschot voor opening 200 Klets-kassa's, Geraadpleegd op 22 November 2022, <https://nieuws.jumbo.com/jumbo-geeft-startschot-voor-opening-200-klets-kassas/>

56. Huisjman, R. (2013). Hoe slaagt de MOL. Management, Organisatie & Leiderschap voor toekomstige ouderzorg, Rotterdam, Erasmus Universiteit

57. Dohmen, D.A.J. (2012). De e van e-Health: juiste energie voor optimale implementatie van moderne technologie in de zorg thuis, Enschede, Universiteit Twente

