



**Universiteit
Leiden**

The Netherlands

‘Zorg als sociale kwestie’: Oratie uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Beleid, wetenschap en maatschappelijke impact in het bijzonder in de zorg aan het LUMC en de FGGA aan de Universiteit Leiden, 15 februari 2019.

Bussemaker, M.

Citation

Bussemaker, M. (2019). ‘Zorg als sociale kwestie’: Oratie uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Beleid, wetenschap en maatschappelijke impact in het bijzonder in de zorg aan het LUMC en de FGGA aan de Universiteit Leiden, 15 februari 2019. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3196290>

Version: Not Applicable (or Unknown)
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3196290>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Zorg als sociale kwestie

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Jet Bussemaker

ter aanvaarding van het ambt van hoogleraar
Beleid, wetenschap en maatschappelijke impact,
in het bijzonder in de zorg aan het Leids Universitair Medisch Centrum en
de Faculteit Governance and Global Affairs
aan de Universiteit Leiden
op 15 februari 2019.



**Universiteit
Leiden**
The Netherlands

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders. Met deze openbare les, getiteld *Zorg als sociale kwestie*, aanvaard ik officieel mijn benoeming als hoogleraar bij het LUMC en de Faculteit FGGA van de Universiteit Leiden op de leerstoel 'Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg'. De komende 45 minuten deel ik graag mijn overwegingen over en plannen voor deze leerstoel met U. Daarvoor neem ik U eerst mee terug in de tijd van mijn familie.

1. Inleiding

Mijn opa van moederskant was huisarts in de omgeving van de Rottemeren. Hij had een uitgestrekte praktijk met veel boerenfamilies. De praktijk bepaalde het ritme van het gezinsleven. Hij was zeven dagen in de week 24 uur per dag dokter. Behalve arts was hij ook apotheker. Mijn oma werkte als assistent in de apotheek, eveneens aan huis. Als ik een tand verloor werd die eerst onder mijn kussen gelegd voor de tandenfee, later vond ik ze terug in kleine pillendoosjes van 'apothek Verduyn den Boer, Zevenhuizen'. Wij, de kleinkinderen, mochten helpen de pillendoosjes te vullen - niks voorbehouden handelingen! Wees gerust overigens; mijn opa controleerde alles nauwgezet. Er was een meisje voor dag en nacht en soms één extra voor de dag. En er waren mejuffrouw Meijer en mejuffrouw Brouwer, respectievelijk de wijkverpleegster en de hoofdzuster. Net als vele werkende vrouwen uit die tijd waren ze ongetrouwd, toegewijd en alom gewaardeerd. Het was ondenkbaar dat wij, kinderen, ook toen we ouder waren, zouden vergeten hen een verjaardagskaart te sturen.

Mijn opa was redelijk autoritair; de dokter had altijd gelijk. Maar hij kende ook al zijn patiënten, en niet alleen hun ziekten, maar ook hun familie, hun werk, hun angsten en hun dromen. Hij leverde samenlevings-zorg.

Ik ben niet van de stroming die nostalgisch omziet en denkt dat vroeger alles beter was. Er was ook veel sociale dwang, disciplineren en verwaarlozing van klachten. Zoals mijn tante die op haar twintigste een ongewenste zwangerschap ergens

op een afgelopen boerderij moest uitdragen om direct na de bevalling afstand van haar kind te doen. Of die andere tante, gepromoveerd biologe (die gestudeerd had bij Johanna Westerdijk!) die ontslagen werd toen ze begin jaren vijftig trouwde. En die oom, wiens psychiatrische klachten onbespreekbaar waren en daar zijn leven mee getobd heeft. Kortom; niet alles was beter; maatschappelijk hebben we, in de zorg en daarbuiten, grote sprongen gemaakt.

Mijn moeder ondervond dat ook in haar professionele leven. Zij werd als medisch analiste opgeleid hier in Leiden en keerde in de jaren zeventig in een kleine deeltijdbaan terug naar de arbeidsmarkt op wat toen nog het Academisch Ziekenhuis Leiden (nu LUMC) heette. Daar maakte ze het begin van de technologische revolutie in de zorg mee. Ze werkte met promovendi bij de afdeling nierziekten en bracht ponskaarten met de fiets van het lab naar het rekeninstituut – voor de jongeren onder U: ponskaarten zijn kartonnen kaarten met een patroon van ponsgaatjes die geautomatiseerd gelezen konden worden.

Sinds mijn opa zijn huisartspraktijk had in de jaren vijftig en zestig, en mijn moeder de arbeidsmarkt opnieuw betrad in de jaren zeventig van de vorige eeuw, is de zorg enorm veranderd. De arts, maar ook de medisch specialist, is tegenwoordig steeds vaker een vrouw. De praktijk is niet meer aan huis, en de partner heeft een eigen baan. De assistente, de zuster en een meisje voor dag en nacht hebben plaatsgemaakt voor praktijkondersteuners, triagisten en verpleegkundig specialisten. De zorg is vergaand gespecialiseerd, gestandaardiseerd en geprotocolleerd. Technologie is niet meer weg te denken; ponskaarten hebben plaats gemaakt voor telezorg, domotica en wearables. We sturen robots aan om ingewikkelde operaties uit te voeren, en we leren hoe weefsels zichzelf weer kunnen herstellen, de regeneratieve geneeskunde. Kanker is steeds vaker een chronische ziekte in plaats van een terminale ziekte; daarentegen is dementie nu volksziekte nummer 1, met een enorme maatschappelijke impact op de patiënt en de omgeving. Maatschappelijke ontwikkelingen leiden tot urgente vragen: hoe behouden we een brede, integrale blik op de zorg en hoe

organiseren we solidariteit? Aan welke professionals hebben we in de toekomst behoefte: aan gespecialiseerde oncologen en cardiologen of breed opgeleide geriaters en straatdokters? Levert de enorme toename in uitgaven en technische mogelijkheden eigenlijk betere zorg en kwaliteit van leven voor iedereen? Het antwoord op de laatste vraag is ja en nee (op de ander twee kom ik nog terug). Ja, in veel opzichten kunnen we mensen beter genezen, en nee, niet in alle opzichten leidt het toepassen van alles wat mogelijk is ook tot betere zorg. We zijn bovendien lang niet altijd in staat adequate zorg te bieden (vgl. RVS, 2017a). Ondanks de hoge uitgaven aan zorg leven ook in Nederland mensen in mensonterende omstandigheden. Er zijn wijken in Nederland waar de problemen zich opstapelen – slechte gezondheid is daar vooral een uitdrukking van maatschappelijke ongelijkheid (SCP, 2014).

4

Twee hoofdthema's bepaalden indertijd mijn wetenschappelijk onderzoek. En twee daar nauw mee verbonden motieven waren eind twintigste eeuw leidend bij mijn overstap van de wetenschap naar de politiek. De eerste was mijn kritiek op de achterhaalde opvattingen waarop de sociale bescherming van burgers door de overheid was vormgegeven; in plaats van het overnemen van verantwoordelijkheden door de staat vanuit sterk hiërarchische verhoudingen in een 'one size fits all' aanpak, zou het bevorderen van veerkracht en kwaliteit van leven centraal moeten staan. Een belangrijk deel van mijn onderzoek ging daar over (Bussemaker, 1998; Bussemaker, 1999). Het kon anders! De tweede was mijn betrokkenheid en passie voor emancipatie in brede zin; de wens dat iedereen, wat je afkomst ook is, alle kansen kan benutten. Het moest ook anders! Ik had daarover onder andere mijn proefschrift geschreven (Bussemaker, 1993). In de politiek kon ik daarvan hopelijk wat in praktijk brengen. Nu ik terug de overstap van de politiek naar de wetenschap maak, constateer ik dat die thema's eigenlijk nog steeds leidend zijn in mijn denken en doen. In mijn leerstoel wil ik hier graag op voortbouwen. Mijn centrale argument in deze oratie is dat er een grote urgentie is, willen we de verzorgingsstaat - en dus ook de zorg - toekomst-

bestendig maken, om de sturing in het publieke domein te heroverwegen, te herijken en een toerustingsagenda te ontwikkelen waarin beschermen (investeren) en emanciperen opnieuw betekenis krijgen. Je zou ook kunnen zeggen, er is behoefte aan een nieuw sociaal contract (Putters, 2017). Gezaghebbende instellingen als SCP en WRR geven aan dat, na een lange periode waarin vooral beperking van overheidsuitgaven, het uitbesteden van overheidstaken aan de markt en eigen verantwoordelijkheid van burgers centraal stonden, er onzekerheid en onduidelijkheid is over waar de overheid voor staat (SCP & WRR, 2014; Putters, 2018; Tjeenk Willink, 2018). Er is behoefte aan het opnieuw 'laden' van de kern van de verzorgingsstaat, ook in de zorg. Een toerustingsagenda biedt daarvoor aanknopingspunten. Ik wil U, onder verwijzing naar de titel *Zorg als sociale kwestie*, in deze oratie meenemen in de vraag wat een dergelijke agenda betekent voor het overheidsbeleid, voor wat we van burgers mogen en kunnen verwachten en voor de rol van professionals.

Ik doe dat met de blik van verwondering van een relatieve nieuwkomer. Want zoals mijn moeder een herintreedster was in het ziekenhuis, ben ik een herintreedster in de wetenschap. Ik ben lang uit de wetenschap geweest. Ik heb veel gemist, hoewel ik er als Staatssecretaris van Volksgezondheid en als Minister van Onderwijs en Wetenschap beleidsmatig vaak met mijn neus bovenop zat. Maar ik had zelf nog nooit gewerkt met blackboard en ik ervaar nu nabij hoe de aanvraagdruk vooral jonge wetenschappers opjaagt. Ik voel me vaak weer een beginneling. Ik zal nooit meer kunnen wedijveren met collega's als het gaat om publicaties in internationale, refereed journals. Leden van het CvB en de RvB, U gaat met mijn aanstelling vrees ik niet stijgen in de internationale rankings. Maar daarmee heeft U nog geen kat in de zak gekocht. Ik hoop althans, dat ik iets anders kan bieden, iets waar ik ook als Minister van Wetenschap vaak voor heb gepleit, het verbinden van de binnenwereld van de wetenschap en de medische praktijk met die van de maatschappelijke omgeving; het stimuleren van samenwerking tussen zorg en bestuurskunde, het betrekken bij en het

toegankelijk maken van wetenschappelijke kennis voor buitenstaanders. Zo kunnen diverse bronnen van kennis elkaar verrijken. In de opdracht die universiteiten hebben om onderwijs, onderzoek en maatschappelijke kennisbenutting te verbinden hoop ik als wetenschappelijk herintreder met maatschappelijke en politieke ervaring bij te kunnen dragen (Ministerie van OCW, 2014; Kenniscoalitie, 2015).¹

Ik ga nu eerst in op de rol van de staat en het overheidsbeleid, daarna op de vraag wat we, in een samenleving met veel pluri-formiteit en nieuwe ongelijkheid, van burgers mogen verwachten. Tenslotte besteed ik aandacht aan de positie van de professional. De perspectieven vormen een driehoek: elk perspectief wordt mede bepaald door de verbondenheid met de andere twee. Ik zal eindigen met hoe ik mijn ambities vorm geef in een wetenschappelijk programma.

2. De overheid, bescherming en zorgbeleid

De verzorgingsstaat is wellicht de belangrijkste uitvinding van de 20^{ste} eeuw geweest, zoals de stoommachine dat was voor de 19^e eeuw (De Swaan, 1989); het besef dat pech geen lotsbestemming is, maar dat iedereen getroffen kan worden door het lot, en dat het in het individuele, maar ook in het collectieve belang is daar iets aan te doen. Als we vanuit het niets opnieuw zouden moeten beginnen, zouden we weer bij de principes van de verzorgingsstaat uitkomen (Schuyt, 1991). Maar de invulling en reikwijdte is aan verandering onderhevig; van de nachtwakersstaat uit de negentiende eeuw kregen we de verzorgingsstaat die ons ‘van de wieg tot het graf’ begeleidde. De afgelopen decennia zijn daar ook de keerzijden van belicht; grote afhankelijkheid van burgers van instituties, waarin ze min of meer gevangen raakten; hoge kosten die op de lange duur onbetaalbaar zijn (eerst betrof dat de WAO, nu gaat het vooral over de zorg), en het verminderen van de bereidheid iets voor anderen te doen in de verwachting dat ‘de overheid’ het wel zal doen. De overheid schoof via marktwerking en privatisering taken af. Van burgers werd verwacht meer naar elkaar om te kijken.

In de jaren tachtig heette dat de zorgzame samenleving. Tegenwoordig heet dat de participatiesamenleving. Toen die term in 2013 in de Troonrede stond, ontstond er veel ophef; alsof de overheid helemaal niets meer zou doen. Wat zei de Koning nu precies? Het volgende: ‘Het is onmiskenbaar dat mensen in onze huidige netwerk- en informatiesamenleving mondiger en zelfstandiger zijn dan vroeger. Gecombineerd met de noodzaak om het tekort van de overheid terug te dringen, leidt dit er toe dat de klassieke verzorgingsstaat langzaam maar zeker verandert in een participatiesamenleving. Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving’. In het licht van het voorafgaande vertelde de Koning eigenlijk niet heel veel nieuws. Ik durf U nu wel te verklappen dat die term vrij terloops in de Prinsjesdag tekst is gekomen, en zeker niet als bewust gemunte term om het beleid te beschrijven.

Voor mij was de term niet nieuw. De WMO, waarvoor ik de eerste drie jaar na de invoering op 1 januari 2007 als staatssecretaris van VWS verantwoordelijk mocht zijn, werd wel als ‘participatiewet’ aangeduid; beleid moest dichter bij de burger gemaakt worden, namelijk in de buurt en de gemeente, en met burgers die naar elkaar zouden omkijken en ondersteunen.²

De ophef die in 2013 ontstond, had niet zozeer met de term zelf te maken, als wel met de economische crisis waarin Nederland verkeerde, en de aankondigingen van grote veranderingen in de AWBZ, de participatiewet en jeugdzorg, die nieuwe onzekerheid creëerden. Terugkijkend was er voor de gevolgen van de complexe dubbele opdracht - decentraliseren én bezuinigen, dus zowel slimmer organiseren als implementeren daarvan - onvoldoende aandacht, in het bijzonder voor de gevolgen voor mensen die niet zomaar regie over hun eigen leven kunnen nemen. Zij raken al snel verstrikt in complexe overheidsbureaucratie, diffuse marktwerking en onduidelijke taakverdeling tussen beiden. Soms kan de overheid inderdaad heel goed een stapje terug doen om burgers zelf initiatief te laten nemen, bijvoorbeeld waar burgers door het opzetten van coöperaties zeggenschap krijgen over voorzieningen (Van Eijk, 2017). Maar

soms moet ze juist meer doen, bijvoorbeeld wanneer burgers meerdere complexe problemen hebben. Een pleidooi voor een participatiesamenleving kan dienen als een morele aansporing voor actief burgerschap en een sterke civil society, maar ook als een legitimering van een neo-liberaal vertoog van zelfredzaamheid waarin de overheid afwezig is (vgl. Bredewold, Duyvendak, Kampen, Tonkens & Verplanke, 2018). Veel burgers associëren decentralisaties met bezuinigingen (SCP, 2018b), en dus al snel met de laatste variant. De overheid is goed in het vertellen wat burgers niet meer krijgen, maar veel minder goed in het formuleren van wat men nog wel krijgt (Putters, 2017). In het licht van de maatschappelijke discussie is het nuttig sociale bescherming te heroverwegen en zonodig te herdefiniëren, en na te denken hoe die op een optimale manier vorm kan krijgen.

Anders gezegd; het is wenselijk de waarde van de verzorgingsstaat opnieuw te laden. De participatiesamenleving is, mede door haar eigen track-record, daarvoor niet geschikt. Ik vind het concept van de sociale investeringsstaat veelbelovend. Anton Hemerijck ziet hierin een paradigmaverandering in westerse verzorgingsstaten (Hemerijck, 2018). Na de naoorlogse uitbreiding van de verzorgingsstaat, en het daarop volgende neoliberale paradigma, is de sociale investeringsstaat gericht op het optimale gebruik van menselijk kapitaal gedurende de levensloop. Het is een antwoord op de nieuwe risico's die de kenniseconomie en grote demografische veranderingen met zich mee brengen. In die benadering gaat minder aandacht uit naar traditionele bescherming via herverdeling en volledige werkgelegenheid voor kostwinners, en meer naar het stimuleren van weerbaarheid van burgers via een proactief activerend beleid (Van Kersbergen & Hemerijck, 2012; Hemerijck, 2017).³

In Nederland heeft dit nieuwe beleid – zij het mondjesmaat – vorm gekregen in uitbreiding van kinderopvangvoorzieningen, verlofregelingen, leven lang leren en werkloosheidsregelingen gericht op bij- en omscholing (Bussemaker & Van Kersbergen, 1994). In de zorg herkennen we deze benadering in het peroonsgebonden budget, zelfzorg en e-health. Ook de beweging

naar positieve gezondheid (Huber et al., 2011; Huber et al., 2016) past in dit kader; gezondheid wordt niet langer gezien als aan- of afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen om met veranderende omstandigheden om te gaan en daarover regie te voeren. Recentelijk heeft ook de WRR betoogd dat we ons minder moeten richten op het gelijkelijk toedelen van rechten en verkleinen van gezondheidsverschillen, zoals in het traditionele verzorgingsstaatmodel dominant was, maar meer op het bevorderen van het gezondheidspotentieel bij kwetsbare groepen (WRR, 2018: 1).

In wil in mijn leerstoel de vormgeving van beleid gericht op toerusting in de zorg verder doordenken; welke doelen willen we bereiken en welke normatieve uitgangspunten hanteren we daarbij? Maar daar wil ik het niet bij laten. Ik wil ook kijken naar de implementatie; het succes van beleid ligt immers niet alleen in de doelstellingen en de organisatie, maar ook in de uitvoering ervan (vgl. Groeneveld, 2016). Ik wil dat hier graag illustreren met twee voorbeelden van beleid, een positief en een negatief voorbeeld. Voor beide was ik indertijd als staatssecretaris voor VWS verantwoordelijk: het Nationaal Programma Ouderenzorg en het programma Welzijn Nieuwe Stijl. Het eerste, positieve voorbeeld, had als doel de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren; ouderen werden daarbij nadrukkelijk zelf betrokken en academische ziekenhuizen kregen een regionale regierol om praktijk en onderzoek met elkaar te verbinden. Het was het eerste grote programma dat een integrale medische aanpak gericht op multimorbiditeit en op de relatie tussen zorg en welzijn centraal stelde (Ministerie van VWS, 2008). Als ik nu zie wat dat allemaal heeft opgeleverd aan samenwerking, netwerkvorming en verankering van de stem van de burger, ouderen in dit geval, maar ook aan kenniscirculatie en -implementatie, dan is de maatschappelijke impact veel groter dan ik bij aanvang van het programma had durven dromen (ZonMw, 2017; Van Aalst, 2018).

Minder enthousiast ben ik over de effecten van het programma Welzijn Nieuwe Stijl uit 2010 (Ministerie van VWS, 2010a; Mi-

nisterie van VWS, 2010b⁴). Dat was op papier een markering van een nieuwe aanpak, gericht op verbeteren van de toerusting van kwetsbare burgers. Beleid zou niet meer van bovenaf gemaakt worden, maar samen met betrokkenen. Weg met de verkokering, leve de integrale aanpak van wijkteams, was de boodschap. Ik pleitte voor een proactieve benadering, stimuleren van eigen kracht van de burger en het stellen van ‘de vraag achter de vraag’; als iemand zegt eenzaam te zijn, is een scootmobiel dan wel de juiste oplossing? Vaak niet: heel veel scootmobielen leiden een eenzaam bestaan in een schuur. Mijn teleurstelling over het programma ligt er in dat er veel nieuwe initiatieven zijn ontstaan, maar de werkwijze zelf niet echt veranderde. Er kwamen weliswaar wijkteams, maar professionals bleven vooral binnen hun eigen logica werken. Instrumenten die gericht waren op deregulering en de-hiërarchisering ontwikkelde zich tot nieuwe bureaucratische regels op lokaal niveau (vgl. Groeneveld, 2016). Er was gebrek aan regie en kennisdeling om grote maatschappelijke impact te hebben.

Mijn conclusie is dat we, zoals hierboven betoogd, inhoudelijke uitgangspunten nodig hebben om de verzorgingsstaat opnieuw te laden, en dat we beleid nodig hebben dat daarbij aansluit, maar dat we ons ook moeten afvragen of de burger en de professional daarmee uit de voeten kunnen. Dat brengt me bij het tweede perspectief, dat van de burger en gelijke kansen.

3. Emancipatie; goede zorg en volwaardig leven voor iedereen

Dé patiënt heeft nooit bestaan (dé Nederlander overigens ook niet...), maar sterker dan ooit zijn patiënten diverser en veelkleuriger. Door de combinatie met maatschappelijke ongelijkheden als inkomen en onderwijs - intersectionaliteit - ontstaat een verdieping van de segregatie tussen burgers en dus ook patiënten (SCP, 2016). Aan de ene kant van het spectrum staat de hoogopgeleide burger die goed voorbereid bij de arts komt, zelf al op internet en via kennissen heeft uitgezocht wat er aan de hand kan zijn, en voor wie de arts niet meer dan een hulp-

middel is om te krijgen wat hij wil. Eric Topol (2016) beschrijft in *The Patient Will See You Now* hoe de macht van de arts naar de patiënt verschuift en patiënten zelf actief participeren en met digitale apparatuur communiceren met hun arts. De praktijk is overigens genuanceerder; ook veel hoog opgeleide patiënten voelen zich kwetsbaar en afhankelijk als ze tegenover een arts zitten en de diagnose aanhoren (vgl. RVS, 2017a).⁵

Dat neemt niet weg dat er burgers zijn die te maken hebben met complexe gezondheidsklachten én sociale kwetsbaarheden, die aan de andere kant van het spectrum staan. Zij voelen zich toch al in meer algemene zin in de steek gelaten door de overheid. Deze groep kampt met veel meer dan gezondheidsklachten; zij ervaren vaak ook problemen met werkloosheid, laaggeletterdheid en slechte leefomgeving. In Den Haag heeft ongeveer de helft van de inwoners met een laag inkomen (48%) een langdurige ziekte of aandoening (GGD Haaglanden, 2018: 8). Zij hebben continue stress en pillen verhelpen dat niet. Laaggeletterden kunnen bijsluiters niet lezen en begrijpen de uitleg van een professional vaak niet; bij laaggeletterde diabetespatiënten gebruiken artsen bijvoorbeeld bij 81% van de bezoeken onuitgelegde vaktermen, ook als ze het ‘simpel’ proberen te maken (Smeets, 2016: 8). Hulpbronnen en gezondheidsvaardigheden zijn ongelijk verdeeld; de laaggeletterde burger met schulden heeft over het algemeen minder toegang tot kennissen en mantelzorgers die kunnen helpen. Rechten die burgers hebben, bijvoorbeeld op een cliëntondersteuner in de Wet Langdurige Zorg zijn vaak niet bekend (SCP, 2018a: 16). De verschuiving in het zwaartepunt van (financiële) hulpbronnen die mensen hebben naar de vaardigheden die ze beheersen, wordt wel beschreven als een verandering van scheidslijnen tussen *haves* en *havenots* naar scheidslijnen tussen *cans* en *cannots* (SCP, 2016: 220; vgl. Hajer, 2011 en Elchardus, 1996). De gemiddelde gezondheid van de Nederlandse bevolking is de afgelopen decennia verbeterd, maar de verschillen tussen burgers zijn groter geworden: laaggeschoolden leven tegenwoordig gemiddeld 5,1 jaar korter en 14,3 jaar minder in goed ervaren gezondheid dan hoger opgeleiden (cijfers van periode 2013-

2016, leeftijd 0) (CBS Statline, 2017; vgl. Tobias, 2017; Kulhánová et al., 2014; Van Baal & Gheordhe, 2017; Mackenbach et al., 2017)⁶. We zijn geneigd in de zorg de goed geïnformeerde en welbewuste patiënt als uitgangspunt te nemen (Stiggelbout, 2008; Stiggelbout et al., 2012). De vraag is hoe we in de curatieve zorg en elders voorkomen dat we dezelfde fout maken als met de participatiesamenleving, door té positieve veronderstellingen te hanteren over de mogelijkheden van eigen regie van patiënten, zonder in ouderwets paternalisme te vervallen. En het is een belangrijke vraag hoe we solidariteit blijven organiseren. Het verdiepen van maatschappelijke scheidslijnen in combinatie met een sterk beroep op persoonlijke verantwoordelijkheid om je leven in eigen handen te nemen, raakt aan de kern van de verzorgingsstaat; het leidt gemakkelijk tot een redenering waarin succes een gevolg is van eigen verdienste, en mislukken het gevolg van eigen falen en eigen schuld. ‘Pech’ bestaat dan niet meer (SCP, 2016: 220).

De segregatie in de samenleving beperkt zich overigens niet tot de zorg. Ook in het onderwijs groeit kansengelijkheid (Inspectie van het Onderwijs, 2016). De meritocratie, ooit bedoeld om persoonlijk ‘kunnen’ boven afkomst te stellen, dreigt om te slaan in een nieuwe, sterk gelaagde samenleving (De Beer & Van Pinxteren, 2016). Aan de ene kant zien we een groep zelfbewuste en veeleisende ouders, die goed geïnformeerd een schoolkeuze maken, druk op leraren uitoefenen om adviezen bij te stellen en huiswerkbegeleiding inkopen, en aan de andere kant zien we kinderen die een advies onder hun cognitieve kennisniveau krijgen, en vaak in buurten wonen waar scholen overbelast zijn, hetgeen ze doorgaans geen favoriete plek voor leraren maakt om te werken. En zo ontstaat een vicieuze cirkel waarin scholen met leerlingen met achterstanden verder naar beneden getrokken worden. In mijn vorige functie heb ik mogen ondervinden hoe moeilijk het is dit probleem aan te pakken, en hoe op zich goed bedoelde maatregelen om de verschillen te beperken, uiteindelijk toch zo uitpakken dat vooral de kansrijken ervan profiteren. Als we bijvoorbeeld bij de eindtoets van de basisschool de leraar een grotere rol geven,

zodat het oordeel minder gebaseerd wordt op één moment, maar meer op de schoolontwikkeling, blijken vooral kinderen van hoogopgeleide ouders hiervan te profiteren; die ouders weten de ontstane ruimte te benutten om tot een hoger advies te komen (Ministerie van OCW, 2016).

Een ander voorbeeld, sommigen hier wellicht meer vertrouwd, is decentrale selectie in het hoger onderwijs. Dat heb ik inder tijd als Minister ingevoerd omdat er brede kritiek was op het willekeurige lotingssysteem. Een recente evaluatie geeft echter aan dat er maar weinig is veranderd. Of het moet zijn dat opleidingen zich zorgen maken over gebrek aan heterogeniteit onder studenten en zeggen ‘witte brave meisjes’ te selecteren (ResearchNed, 2018: 7). Er is niks mis met deze meisjes, maar wel met het feit dat decentrale selectie ervaren wordt als meer bureaucratie, zonder andere uitkomsten. De mogelijkheden om bewuste en meer diverse studentenprofielen te ontwikkelen, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij toekomstige behoeften in de zorgpraktijk, zoals de vraag naar artsen ouderengeneeskunde, blijken maar weinig gebruikt te worden (Schmidt Jongbloed, 2017). Als we nieuwe instrumenten op de ‘oude’ manier blijven gebruiken, creëren ze vooral ergernis en kunnen we er beter mee stoppen (vgl. Wouters, 2017). Hier ligt een belangrijke uitdaging voor de Universiteit Leiden en het LUMC!

Er is dringend behoefte aan effectieve instrumenten om inclusiviteit te bevorderen. Het is moeilijk te verteren dat in zo een rijk – en ‘gaaf’ land zoals onze MP pleegt te zeggen – de verschillen zo groot zijn. Dat verdient niet alleen politieke, maar zeker ook wetenschappelijke aandacht. We weten eigenlijk nog maar weinig over succesvolle aanpakken. Daarom juich ik toe dat het LUMC ‘Population Health’ als een van de speerpunten heeft uitgeroepen. Kern van die benadering, die centraal staat in het werk op de LUMC campus in Den Haag, is dat gezondheid niet alleen een individuele kwestie is, maar verbonden is met andere karakteristieken van groepen mensen; het is ook een sociale kwestie. Daaruit volgt logischerwijs dat we de patiënt in een bredere context moeten zien dan alleen als drager van of houder van een risico op een ziekte. Als we

die lijn serieus doortrekken zullen we afscheid moeten nemen van de dwingende wijze waarop protocollen en standaarden nu de zorg bepalen. We zullen de mens als mens moeten zien, met alle mogelijkheden en beperkingen, wensen en angsten. Kortom; we zullen meer moeten uitgaan van een holistische visie, van Heel de Mens.

Dat leidt onvermijdelijk tot een reflectie op wat zorg en gezondheidszorg eigenlijk vermag. We zouden het meer over gezondheid in plaats van gezondheids**zorg en ziekte** moeten hebben. Meer over het behoud van gezondheid en welzijn, in plaats van het bestrijden van gezondheidsproblemen. Minder over het uitstellen van de sterfelijkheid, en meer over het vormgeven van de kwaliteit van leven, tot en met het allerlaatste moment (Huber et al., 2011; Gawande, 2014a).

4. De professional tussen vertrouwen en bureaucratie

Als we deze analyse volgen – en ik hoop dat U mij hierin nog steeds volgt – dan zullen we de zorg anders moeten organiseren en zorg en het sociale domein meer in samenhang moeten zien, met meer aandacht voor sociale verschillen en de invloed daarvan op gezondheid. Dat vraagt professionals die breed georiënteerd zijn, in interdisciplinaire teams werken, elkaar kritisch aanspreken en discretionaire ruimte hebben om van gemiddelden af te wijken (vgl. Lipsky, 1980).

Daar komt in de praktijk weinig van terecht. Professionals klagen steen en been over administratieve druk en gebrek aan vertrouwen in hun eigen professionele handelen. De invoering van marktwerking in de zorg, die vervolgens gereguleerd moest worden, heeft door extra regelgeving en de bijzondere rol van zorgverzekeraars een extra dimensie aan de bureaucratische last in de zorg toegevoegd. Het pleidooi ‘Het roer moet om’ van huisartsen, is hiervan maar een van de vele voorbeelden, klachten over DBC’s en ingewikkelde en kostbare aanbestedingsregels zijn andere voorbeelden (vgl. Tjeenk Willink, 2018). De reflex in de politiek, maar ook bij instellingen, is om bij problemen regels te vragen om onzekerheid te reduceren en gedrag

van overheden en professionals navolgbaar en controleerbaar te maken (Groeneveld, 2016: 5). En dat leidt tot meer regelgeving, protocollen en richtlijnen.⁷ De vergaande bureaucratisering leidt, samen met de nadruk op evidence based onderzoek en beleid, tot een uniforme aanpak waarbij de pluriformiteit en de sociale context uit zicht verdwijnt.⁸ In de zorg heeft zich dat, door de combinatie met hoog technologische kennis, tot de hoogste standaard ontwikkeld. Maar niet tot de beste zorg.⁹

We kijken vooral en in de eerste plaats naar de ziekte, terwijl de mens meer is dan de drager van een ziekte. We doen het dus zo goed als de protocollen ons voorschrijven. We leggen doelen vast in kpi’s, en zijn blij als die gehaald zijn. Maar we vergeten dat die systemen ons morele beoordelingsvermogen dreigen te vernietigen. De bureaucratie bestrijdt weliswaar willekeur door te standaardiseren, maar is tegelijkertijd onvoldoende effectief om tegemoet te komen aan de grote verscheidenheid onder burgers (WRR, 2018; RVS, 2017b).

De reflex om regels te maken zit schijnbaar overal; ook waar regels ontbreken of ze vrijheid bieden, wordt die vrijheid verder ingekaderd (vgl. Jakobsen & Mortensen, 2015). Bij het begin van de WMO spraken we over een participatie- en buurtwet; alles gericht op de burger in zijn eigen omgeving. Gemeenten gebruikten die vrijheid lang niet optimaal. Velen kopieerden de indicatiestellingen van de AWBZ om controle te houden en verantwoording af te kunnen leggen. En zo verging het ook de genoemde keukentafelgesprekken die ik samen met de gemeente in 2009 ontwikkelde; informeel, thuis bij de burger waar hij of zij in zijn eigen leven en context zijn verhaal kon doen. Maar tien jaar later is het keukentafelgesprek verworden van inspiratiebron tot een zelfredzaamheidsmatrix, die vervolgens gemakkelijk verwordt tot een afvinklijst van gemeenten-ambtenaren. In het onderwijs is het niet anders. Docenten denken bijvoorbeeld vaak dat groepsplannen verplicht zijn. Maar verplicht is het bijhouden van vorderingen, h^oe je dat doet is aan de school. Toen ik onderwijsbestuurders vroeg waarom ze de vrijheid die ze hadden zo weinig gebruikten antwoordden enkelen mij eerlijk dat ze bang waren

controle te verliezen en fouten te maken. 'Better safe than sorry' was hun motto. Daarmee wordt ook de creativiteit én de innovatiekracht gedood. Omdat niemand risico's wil nemen zijn we met z'n allen voorzichtiger dan nodig en blijven we dingen doen zoals we ze altijd, of worden breed ondersteunde veranderingen via een U-bocht weer teruggedraaid. Een van de meest bizarre voorbeelden van sturingsdwang is de gehate vijf-minuten registratie in de thuiszorg. In 2009 schafte ik als staatssecretaris de vijf-minuten registratie in de thuiszorg af. Althans, dat dacht ik. Dat kon alleen niet per direct, omdat dat op bezwaren van de cliëntenorganisaties stuitte; de registratie werd namelijk gebruikt om de eigen bijdrage te berekenen. En ook de afrekening tussen zorgaanbieders en verzekeraars moest aangepast worden. Ik kondigde aan dat te gaan regelen, en riep partijen op in de tussentijd de al bestaande goede voorbeelden, zoals met elektronische registratie, te volgen.

10 Begin 2010 viel het kabinet. Mijn opvolgster Marlies Veldhuizen van Zanten kondigde een meldpunt minutenregistratie aan dat duidelijk moest maken waarom aanbieders nog steeds vroegen minuten te registreren. Ondertussen liet het alternatieve financieringsmodel door onenigheid tussen aanbieders, NZA en zorgverzekeraars op zich wachten. Martin van Rijn kondigde in 2016 een plan aan om de administratieve last in de wijkverpleging te verminderen, waaronder ... het gebruik van de vijf-minuten registratie. De NZA moest nog wel een andere bekostiging bedenken. En zo kon het gebeuren dat de nieuwe minister, Hugo de Jonge, in februari 2018 trots aankondigde dat hij... ja, juist, de vijf-minuten registratie ging afschaffen.... Zover is het nog niet; er is een convenant gemaakt waarin betrokken partijen, waaronder de NZA, de zorgverzekeraars en de aanbieders beloven dat de registratie dit jaar verdwijnt. Professionals zullen meer ruimte krijgen hun werk in te delen en administratie te beperken. Hopen we.

Het blijft wel een vraag waarom het bijna 10 jaar moest duren voordat iets relatiefs simpels als minutenregistratie wordt uitgebannen. Het geeft te denken dat we blijkbaar nauwelijks in

staat zijn de uitvoering in de zorg - maar ook dat geldt breder in het publieke domein - te veranderen, en aan de wens van professionals om minder te administreren tegemoet te komen. De ingewikkelde sturingsnetwerken tussen Rijk en de afzonderlijke professional leiden ertoe dat sturing lang niet altijd de zorgpraktijk bereikt, en de beleidsresistentie bij instellingen toeneemt (vgl. Waslander et al., 2017: 16), daarin is ook de invloed van een Minister zeer beperkt. De extreme hoeveelheid partijen die bij het zorgbeleid is betrokken, vergroot de complexiteit. De NZA, de ACM, het CIZ, het CAK en de zorgverzekeraars hebben allemaal hun eigen beleidslogica; de landelijke overheid is nauwelijks bij machte hen te domineren. De professional - en in het verlengde daarvan ook de cliënt - worden gemakkelijk het slachtoffer van bestuurlijke belangenafwegingen.

Maar er is meer: waar die ruimte in beleid voor eigen afwegingen wél geboden wordt, blijken professionals er lang niet altijd goed mee uit de voeten te kunnen. Zij zijn er niet voor opgeleid om breed te denken, maar om specialist te worden en risico's te vermijden; binnen bepaalde kaders werken geeft houvast en zekerheid. Dat begint al bij het onderwijs. Bachelor studenten geneeskunde bij het LUMC leren van alles over de transplantatietechnieken van de eilandjes van Langerhans, maar weinig of niets over de maatschappelijke omgeving waarin ze als arts komen te werken. Coassistenten vroeg ik wanneer ze tevreden waren over hun werk. Hun antwoord; als ze tijdens een operatie iets 'gefixt' hadden, en de patiënt ontslagen werd uit het ziekenhuis, dus als de complexe medische ingreep is afgerond. Terwijl het welbevinden van de patiënt mede afhangt van wat er daarna gebeurt in zorgondersteuning, reïntegratie en welzijn. Gelukkig lopen er bij het LUMC diverse initiatieven om de binnenwereld meer met de buitenwereld te verbinden. Mijn aanstelling is daar een onderdeel van. Maar het zal verder moeten gaan dan wat cosmetische aanpassingen hier en daar. We zullen toekomstige professionals - de huidige studenten dus - moeten stimuleren om met een blik van de buitenstaander naar hun eigen werk te kijken, te ervaren hoe het is om in

iemand anders schoenen te staan en zich af te vragen hoeveel gespecialiseerde ‘witte jassen’ we straks nog nodig hebben.

Wat ik hier bepleit wordt wel aangeduid als de T-shaped professional; de professional die specialist is in zijn eigen vakgebied en tegelijkertijd voldoende generalist is om verbindingen te kunnen leggen; die over grenzen heen kan kijken en op de grens kan werken (Ministerie van OCW, 2015). En die tegelijkertijd bereid is zichzelf te blijven onderzoeken én tegenspraak van anderen te krijgen (vgl. Mesman, 2018). Want al te veel ruimte aan de professional laten kan bijdragen aan het vergroten van maatschappelijke ongelijkheid; achtergrondkenmerken kunnen meespelen in de wijze waarop andere signalen geïnterpreteerd worden door professionals (Raaphorst, 2017). We hebben allemaal kennislacunes en zijn vast ergens bevooroordeeld. Dat is niet erg, zolang we ons er maar van bewust zijn – en dat zijn we niet. Niet bij de top van de wetenschap als bij zogenaamde neutrale procedures waar kwaliteit leidend moet zijn, toch elke keer weer mannen als hoogleraar worden aangesteld in plaats van vrouwen, ook als er geschikte vrouwen zijn. Ik ben blij bij een universiteit te werken die met 27,2% vrouwelijke hoogleraren bij de voorlopers behoort (Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren, 2018: 23), en mijn benoeming heeft dat percentage weer een ietsie-pietsie omhoog geholpen - zo ben ik zelf ook een beetje gevolg van mijn eigen beleid. De bias geldt ook voor basisschoolleraars die kinderen die lager opgeleide ouders hebben een vmbo advies geven waar ze kinderen met dezelfde prestaties maar hoog opgeleide ouders een havo advies geven. En het geldt voor artsen die hartklachten van vrouwen niet herkennen omdat ze anders zijn dan de standaardklachten die op mannen gebaseerd zijn, of zich er niet van bewust zijn dat diabetes 2 veel vaker voorkomt bij Hindoestanen dan bij anderen. Kortom, het geldt voor ons allemaal. Het gaat er om dat we open staan om onze eigen vooroordelen bespreekbaar te maken. Dat we elkaars blinde vlekken afdekken. Dat we nadenken hoe al die verschillen met elkaar interfereren en hoe ze mede verschillen in gezondheid tussen groepen burgers – population health - bepalen.¹⁰

5. Mijn agenda van werkzaamheden

Hoe ga ik invulling geven aan mijn leerstoel? Als hoogleraar wil ik vanuit de genoemde drie perspectieven werken; beleid, burger en professionals. Als gezegd staat daarbij de vraag centraal naar toegankelijkheid en effectiviteit van beleid en zorgpraktijk, in het bijzonder voor kwetsbare burgers. In navolging van Putters maak ik onderscheid tussen de bestudering van achtergronden en ontwikkelingen van het beleid in de zorg om de beleidsimpact beter te begrijpen (science of policy), en het zoeken naar handvatten voor verandering en verbetering (science for policy) (Putters, 2017: 45). Mijn aanstelling bij twee faculteiten biedt een uitgelezen kans om de onderlinge relatie en de wederkerigheid tussen beleid en de praktijk van de zorg nader te onderzoeken.¹¹

Alle drie genoemde perspectieven zijn relevant. Maar de meest interessante vragen doen zich voor op het snijvlak van perspectieven, daar waar overheid, burger en professional elkaar raken. Hoe kunnen we vorm geven aan een nieuwe vorm van sturing, of zo U wilt, een nieuw sociaal contract (Putters, 2017), waarin we de burger en niet het systeem centraal stellen, en dús tot een andere omschrijving van de relatie tussen burger en overheid komen? Waarin we de mens in al zijn facetten zien en niet alleen als drager van een ziekte; waarin overkoepelende handelingsperspectieven geboden worden over diverse domeinen heen? En waarin we dús de relatie tussen professional en burger opnieuw invulling geven? En waarin verkeerde prikkels, bijvoorbeeld om zorginstellingen of scholen af te rekenen op rendement ingeruild worden voor het stimuleren van gelijke kansen en samenwerking. En we dús de relatie tussen overheid en organisaties waar professionals invulling geven aan overheidshandelen opnieuw definiëren. Hoe gaan we om met maatschappelijke achterstanden en ongelijkheid? Meer concreet, in welke mate zijn gezondheidsverschillen tussen diverse populaties (uit diverse wijken, maar ook tussen mannen en vrouwen, op grond van etniciteit of laaggeletterdheid) relevant om tot goede medische behandeling te komen, en wanneer reproduceren we bestaande ongelijkheden?¹²

Dat zijn vragen met een conceptuele én een empirische invalshoek. Collega's bij de LUMC campus in Den Haag, waaronder Mattijs Numans, Marc Bruynzeels en Rimke Vos, doen in dit verband bijvoorbeeld interessant onderzoek naar een moeilijk te definiëren groep patiënten met complexe gezondheidsproblemen en hoog zorggebruik (de 'hot spotters') (Numans, 2014; zie ook Gawande, 2011). Uit onderzoek van collega Kiefte naar voedselonzeekerheid - dat wil zeggen de mate waarin men beschikking heeft tot adequate voeding - blijkt dat een kwart van bewoners van achterstandswijken voedselonzeeker is, veel meer dan het aantal bezoekers aan de voedselbank wellicht doet vermoeden (Van der Velde, Numans, Middelkoop & Kiefte-de Jong, 2018; zie ook Middelkoop, 2018: 10). In deze lijn hoop ik binnenkort een promovendus aan te kunnen stellen die onderzoek zal doen naar complexe zorg bij laaggeletterden, en vooral over wat zij nodig hebben om perspectief op verandering te zien.¹³ Een effectieve aanpak vraagt om een brede benadering waar op een fundamenteeler niveau naar de oorzaak van gezondheidsklachten wordt gekeken. Natuurlijk is het verstandig mensen aan te sporen gezonder te leven, maar dat mag dat er niet toe leiden dat de onderliggende ziekmakende omstandigheden onbesproken blijven: 'Ongelijke verdeling van stress is maatschappelijk even onaanvaardbaar als ongelijke verdeling van schoon drinkwater' (Middelkoop, 2018: 9).

De rol van professional is een cruciale succesfactor bij beleid. Ik wil me daarbij richten op de vraag naar professionele samenwerking (multidisciplinair handelen) én de wijze waarop de eigen professionele ruimte wordt gebruikt (responsief handelen). Dat is een kwestie van leiderschap; voor professionals is leiderschap op team- en instellingsniveau cruciaal (Groeneveld, 2016; zie ook Waslander et al., 2017 en Schmidt Jongbloed, 2017). Het motto van de gelijke kansen alliantie voor onderwijs die ik in 2016 startte was 'verschil moet er niet zijn, verschil moet je maken'. Van den Muijsenbergh zei in haar oratie iets soortgelijks voor de zorg. Omdat elk mens anders is moeten we verschil maken om vermijdbare achterstanden in gezondheid te verminderen (Van den Muijsenbergh, 2018: 5;

zie ook Studiegroep Openbaar Bestuur, 2016). Dilemma's rond verantwoord (die per definitie standaardiseren) en het ontwikkelen van een meer responsieve en adaptieve aanpak vormen een belangrijk onderzoeksterrein (Van Noort et al., 2018).

Het gaat mij niet alleen om individuele professionals, maar ook om de samenwerking **tussen** professionals. Daarbij kunnen regels belemmerend zijn, maar ook verschillende opvattingen over probleemdefinitie en aanpak. Een promovendus zal onder mijn begeleiding onderzoek doen naar de samenwerking tussen professionals bij de aanpak van complexe multi-problemen; welke normatieve uitgangspunten hanteren zij, en op welke wijze beïnvloeden deze de onderlinge samenwerking? Vervolgens gaan we dat vertalen in een living lab, op zoek naar alternatieve beleids- en werkkaders. Met Deirdre Beneken, lector mantelzorg aan de Haagse Hogeschool, start ik dit voorjaar een project over de wijze waarop bedrijfs- en huisartsen omgaan met zorgmedewerkers die door mantelzorgtaken een hoge werkdruk ervaren; hoe sluiten verschillende professionele logica's op elkaar aan?¹⁴ Ook onderzoek naar belemmeringen om tot een meer integrale zorgaanpak te komen sluit hierbij aan, bijvoorbeeld over de vraag hoe we de prikkels tussen de WMO, de WLZ en de ZVW meer op elkaar af kunnen stemmen. Het is ernstig dat we, ruim 10 jaar na de invoering van de ZVW en de WMO, er onvoldoende in slagen de verschillende spelers - zorgverzekeraars, zorgkantoren gemeenten, en organisaties als de NZA en CIZ - gezamenlijk op te laten trekken zodat preventie daadwerkelijk bevorderd wordt, en niet- zoals nu - huisartsen en gemeenten die daarin investeren gestraft worden voor 'goed' gedrag.¹⁵ Het huidige financierings- en sturingsstelsel staat een duurzame aanpak van sociale kwesties in de weg, zoals collega onderzoeker-huisarts Hedwig Vos laat zien (Vos, 2018).

Behalve naar beleid, zullen we ook naar implementatie moeten kijken. Als we willen voorkomen dat professionals terugval- len in oude reflexen en instellingen beleidsresistent worden of zich loszingen van publieke waarden, is leiderschap nodig, in

het bijzonder verander-leiderschap (vgl. Bass & Avolio, 1993). Dat geldt des te meer in het Nederlandse stelsel waar autonomie en sturing evenwichtskunst vragen. In mijn politieke loopbaan heb ik het verschil gezien. Waar bestuurders - wet-houders, zorg- of onderwijsbestuurders - visie ontwikkelen en met steun van stakeholders van gebaande paden durven af te wijken, én tegelijkertijd hun kerntaak zeer scherp in het vizier houden, ontstaat vernieuwing, zonder te ontsporen. Scholen en ziekenhuizen die goed presteren worden vanuit een heldere en gedeelde visie bestuurd. Die betreft niet alleen de top van de organisatie, maar ook door afdelingshoofden, decanen en teamleiders. Alle instellingen die ik in mijn politieke loopbaan langs heb zien komen die ernstig in de problemen kwamen, en helaas waren dat er nogal wat, hadden één ding gemeen; het ontbreken van een doorleefde visie, het losgezongen zijn van top en werkvloer en angst om moeilijke kwesties openlijk te bespreken, soms ook gecombineerd met de erfenissen van New Public Management.¹⁶ Het Leiden Leadership Centre van collega Sandra Groeneveld van de FGGa biedt mooie aanknopingspunten om te werken aan publiek leiderschap in de zorg en daarbuiten.

Soms kan overigens een heel ander perspectief helpen om te komen tot nieuwe inzichten en gezondheidsbevordering. Eén, die mij zeer fascineert en waar ik hoop meer mee te kunnen doen, is de betekenis van cultuur. Of het nu om dans, muziek of theater gaat, en om curatieve of langdurige zorg, cultuur kan zeer bijdragen aan gezondheid en kwaliteit van leven. Onderzoek daarnaar staat nog in de kinderschoenen.

Ik prijs me gelukkig dat in Nederland, meer dan in veel andere landen, onderzoek en onderwijs nauw met elkaar verbonden zijn. Dat geldt ook voor mij persoonlijk. Mijn onderzoeksthema's zal ik deels samen met studenten uitwerken en omgekeerd weet ik dat zij mij zullen inspireren bij het ontwikkelen van nieuwe (onderzoeks)vragen. Binnen het onderwijs hoop ik een bijdrage te leveren aan het opleiden van breed gevormde professionals die vakkennis weten te combineren met maat-

schappelijke betrokkenheid en responsiviteit. Die als het moet alleen kunnen handelen, maar erkennen dat de maatschappelijke impact toeneemt als men samenwerkt; die weten dat luisteren net zo belangrijk of nog belangrijker is dan de patiënt uitleggen wat er aan de hand is. Die beseffen dat naarmate de technische mogelijkheden groeien, de menselijke factor in belang toeneemt omdat alleen mensen nog het verschil kunnen maken. In mijn onderwijs probeer ik vorm te geven aan wat ik als Minister bepleitte, namelijk aandacht voor de samenhang tussen kennis, vaardigheden en vorming (Bildung) (Ministerie OCW, 2015). Dat betekent studenten uit hun comfort zone halen en af en toe confronteren met een werkelijkheid buiten hun eigen bubble. Dat hoop ik volgend jaar te gaan doen met een gecombineerd programma voor studenten geneeskunde en bestuurskunde en deed ik afgelopen maanden met de cursus 'The Politics of Diversity' bij het Leiden University College. Het is een voorrecht daar te onderwijzen, vooral ook omdat studenten mij uitdagen.

In mijn aanpak van onderwijs en onderzoek wil ik de buitenwereld betrekken – daardoor ontstaat maatschappelijke impact (vgl. Reijmerink, 2018). Naast de genoemde 'science for policy' zou ik 'science for society' willen benadrukken. Bij de totstandkoming van de Nationale Wetenschaps Agenda was dat voor mij een van de leidende argumenten. Dat is meer dan je onderzoeksresultaten delen met anderen en of een paragraaf aan je proefschrift in lekentaal toevoegen (vgl. Smeets, 2016). Het vraagt om een andere wijze van wetenschapsbeoefening; missie-gedreven, meer responsief en circulair.¹⁷ Op de LUMC campus in Den Haag willen we als academische partner vanuit een multidisciplinaire benadering samen met anderen een bijdrage te leveren aan het oplossen van nijpende maatschappelijke problemen die de gezondheid raken, vandaar de nadruk op Population Health Management. Dat kan door academische werkplaatsen, citizen's science, embedded research of actie-onderzoek, maar altijd samen met anderen (Numans, 2011; Numans, 2014) . Daarbij hoort ook het werken aan een lokale kennisinfrastructuur (Putters, 2017; Faasse & Koens, 2017)

door onderzoeksvragen samen met maatschappelijke partner te ontwikkelen en circulair vorm te geven; dat creëert maatschappelijke impact. Een deel van de successen van het Nationaal Programma Ouderenbeleid en de Wetenschapsagenda liggen in het organiseren van een participatieve (regionale) kennis-infrastructuur.

De activiteiten die ik als hoogleraar onderneem vormen zeker geen breuk met mijn verleden, maar liggen in elkaars verlengde. Was het niet Rudolf Virchow (1848) die midden 19^e eeuw al zei: ‘Medizin ist eine Sozialwissenschaft und Politik nichts Anderes wie Medizin im Grosses’. Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal. Wellicht kunnen we die uitspraak ook omdraaien; geneeskunde is politiek op kleine schaal. En daarmee bedoel ik niet dat u, artsen, ‘politici-light’ bent, of vooral bezig zou moeten zijn met anderen vliegen afvangen en eigen successen uitvergroten. Ik bedoel daarmee dat zorg een sociale kwestie is die vraagt om geëngageerde professionals die maatschappelijke misstanden durven aan te kaarten (zie ook Volp, 2017). In de tijd van Virchow ging dat over grootschalige epidemieën en honger, nu gaat het over chronische stress en obesitas. Maar in de kern gaat het nog steeds om hetzelfde; het verbeteren van gezondheid van mensen door te zorgen voor verbetering van maatschappelijke omstandigheden.

Misschien dat de politiek wat meer wetenschap kan gebruiken, in de zin van meer reflectie op de – vaak impliciete normatieve - opvattingen in beleid (zoals het wensdenken over zelfredzaamheid), maar omgekeerd zou de medische wetenschap gediend zijn met wat meer politiek in de zin van engagement en onderlinge uitdaging. Dat wil zeggen minder ‘fixen’ en meer reflecteren op de vraag wat ‘goede zorg’ is en de normativiteit in de relatie tussen patiënt en arts erkennen (RVS, 2017b). Voor mijzelf vertaal ik dat als vragen blijven stellen over de interactie tussen beleid, zorg en professioneel handelen. Zoals Harvard hoogleraar Atul Gawande (2014b: 7; vgl. ook Gawande, 2014a) aangeeft: ‘We have no magic solutions, But I do think that we have a path, and that is to invest in a science of

exploration and discovery of how our systems succeed and fail just as we have invested in a science of how our bodies’ systems do. Because when we pull back the curtain, we find not only knowledge. We also find hope.’

Dankwoord

Tenslotte wil ik enkele personen bedanken. In de eerste plaats het College van Bestuur van de Leidse Universiteit en de Raad van Bestuur van het LUMC voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik ben dankbaar dat in mijn nieuwe leerstoel zo’n beetje alles bij elkaar komt wat ik afgelopen decennia heb gedaan; zorg, onderwijs, wetenschap en maatschappelijke betrokkenheid. Met twee werkplekken, één dicht bij de plek waar ik ben opgegroeid, Leiden en Oegstgeest, en één op een steenworp afstand van het Binnenhof, waar ik bewust afscheid van heb genomen, maar waarvan de inhoud me nooit meer helemaal los zal laten.

Dank ook aan de decanen. Dat betreft Pancras Hogendoorn van de Medische Faculteit, en Kutsal Yesilkagit en Erwin Muller van de FGGA. Mijn collega hoogleraren Mattijs Numans van de LUMC campus en Sandra Groeneveld van het Instituut Bestuurskunde bedank ik voor het meelesen, en hen en alle andere collega’s voor de inspirerende gesprekken in de afgelopen maanden. Als herintreder moest ik veel praktische zaken opnieuw leren; zonder Aisha van Neerven was ik allang verzopen. Mijn student-assistent Janna Goijaerts heeft voor praktische en redactionele ondersteuning gezorgd. Kim Putters, Pauline Meurs, Job Slok en Jan Sonneveld dank ik voor voor het kritisch commentaar.

Zeer gewaarde studenten, tegen jullie wil ik zeggen; verwondering is de basis van de wetenschap, én van maatschappelijke vooruitgang. Beperk je niet tot het opdoen van kennis, maar blijf vragen stellen, blijf je verwonderen. En blijf mij uitdagen. Lieve vrienden en familie, fijn dat jullie allemaal bij deze feestelijke bijeenkomst zijn, en dat jullie er hoe dan ook voor me zijn. Helaas heb ik jullie afgelopen jaar ook getroffen in minder vrolijke omstandigheden, bij de herdenkingen na het overlijden van Elly, en niet veel later van Henk. Mijn ouders hebben

deze oratie helaas niet meer mee mogen maken, maar ze hebben een belangrijke rol gespeeld in mijn carrière door liefde te geven en me aan te moedigen zelf mijn weg te kiezen. Ze hebben mijn keuzes altijd gerespecteerd, maar ik weet zeker dat ze deze wel in het bijzonder hadden gewaardeerd.

Lieve Sascha. Ook jij begint binnenkort aan een universitair avontuur. Ik hoop dat je honger naar kennis en je drang de wereld te verbeteren daar vervuld zullen worden. Voor nu ben ik vooral erg blij dat je speciaal voor deze gelegenheid je tussenjaar en je verblijf in Sevilla hebt onderbroken. Lieve Garth; jij houdt me op geheel eigen wijze in het dagelijks leven bij de les; met liefde, humor en relativering. Zonder jou zou het leven een stuk saaier zijn.

Ik heb gezegd.

Literatuurlijst

- 16 Aalst, C. van (2018). *ZonMw Impact Assessment Framework en de evaluatie van het Nationaal Programma Ouderenzorg*. Den Haag: ZonMw.
- Baal, P. van, & Gheordhe, M. (2017). We leven langer, maar ook in goede gezondheid? Ongelijkheid in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensverwachting. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, D806.
- Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public administration quarterly*, 17(1), 112-121.
- Beer, P.T. de, & Pinxteren, M. van. (Eds.). (2016). *Meritocratie: Op weg naar een nieuwe klassensamenleving?* Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Bozeman, B. (2000). *Bureaucracy and Red Tape*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E.H. & Verplanke, L. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Jaarboek Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken. Amsterdam: Uitgeverij Van Gennep.
- Bussemaker, J. (1993). *Betwiste zelfstandigheid: individualisering, sekse en verzorgingsstaat*. [Proefschrift]. Amsterdam: SUA.
- Bussemaker, J. (1998). Vocabularies of citizenship: the Netherlands. *Critical Social Policy*, 18(56), 333-354.
- Bussemaker, J. (Ed.). (1999). *Citizenship and Welfare State Reform in Europe*. London, United Kingdom: Routledge.
- Bussemaker, J., & Kersbergen, K. van, (1994). Gender and Welfare States: Some Theoretical Reflections. In Sainsbury, D. (Ed.), *Gendering Welfare States*. SAGE Publications.
- CBS Statline. (2017, 19 oktober). Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau. Geraadpleegd op 17 januari, 2019, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83780NED/table?ts=1547723241233>.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- DeHart-Davis, L. (2009). Green tape: A theory of effective organizational rules. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(2), 361-384.
- Edelenbos, J., Hirzalla, F., Zoonen, L. van, Dalen, J. van, Bouma, G., Slob, A., & Woestenburger, A. (2018). Governing the Complexity of Smart Data Cities: Setting a Research Agenda. In Pedro, M., & Bolívar, R. (Eds.), *Smart Technologies for Smart Governments: Transparency, Efficiency and Organizational Issues*. Springer International Publishing.
- Eijk, C. van. (2017). *Engagement of citizens and public professionals in the co-production of public services* [Proefschrift]. Universiteit Leiden.
- Eijsvoogel, P.V., & Insinger, C.M. (2013). *Verslag van het onderzoek naar het beleid en de gang van zaken van veertien rechtspersonen die hebben behoord tot het concern van Meavita*. Zoals bevolen door de Ondernemingskamer van het Gerechtshof Amsterdam bij beschikking van 30 mei 2011 (200.047.070.01 OK). Amsterdam: Gerechtshof Amsterdam.
- Elchardus, M. (1996). *De gemobiliseerde samenleving: tussen de oude en een nieuwe ordening van de tijd*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Faasse, P., & Koens, L. (2017). *Gezond verstand - Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Gawande, A. (2011, January 24). The Hot Spotters: Can we lower medical costs by giving the neediest patients better care? *The New Yorker*.
- Gawande, A. (2014a). *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*. New York: Metropolitan Books, Henry Holt and Company.
- Gawande, A. (Host). (2014b). Lecture 4: The Idea of Well-Being [Radio Lecture]. In *The Reith Lectures 2014: The Future of Medicine* [Transcript]. New Delhi, India International Centre: BBC Radio 4. Retrieved from http://downloads.bbc.co.uk/radio4/open-book/2014_reith_lecture_4_delhi.pdf

- GGD Haaglanden. (2018). *Armoede en gezondheid: Resultaten uit de Gezondheidsenquête 2016*. Den Haag: GGD Haaglanden.
- Groeneveld, S.M. (2016). *Het belang van bureaucratie. Omgaan met ambivalentie in publiek management* [Oratie]. Leiden: Universiteit Leiden.
- Hajer, M. (2011). *De energieke samenleving: Op zoek naar een sturingsfilosofie voor een schone economie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Halsema, F., Wit, R. de, & Moorsel, H. van. (2013a). *Niet onwettig, wel onwenselijk. Rapport vervolgonderzoek Commissie onderzoek financiële problematiek Amarantis*. Rapport uitgebracht aan de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- Halsema, F., Februari, M., Kalleveen, M. van, & Terpstra, D. (2013b). *Een lastig gesprek: Rapport van de Commissie Behoorlijk Bestuur*. Rapport uitgebracht aan de Minister van Economische Zaken.
- Hemerijck, A. (Ed.). (2017). *The Uses of Social Investment*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Hemerijck, A. (2018). Social investment as a policy paradigm. *Journal of European Public Policy*, 25(6), 810-827.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163.
- Huber, M., Vliet, M. van, & Boers I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160: A7720.
- Inspectie van het Onderwijs. (2016). *De Staat van het Onderwijs: Onderwijsverslag 2014/2015*. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- Jakobsen, M.L.F. & Mortensen, P.B. (2015). Rules and the Doctrine of Performance Management. *Public Administration Review*, 76(2), 302-312.
- Kenniscoalitie. (2015). *Nationale Wetenschapsagenda: vragen, verbindingen, vergezichten*. Den Haag.
- Kersbergen, K., van, & Hemerijck, A. (2012). Two Decades of Change in Europe: The Emergence of the Social Investment State. *Journal of Social Policy*, 41(3), 475-492.
- Knijjn, T., & Hopman, M. (2015). Parenting Support in the Dutch 'Participation Society'. *Social Policy and Society*, 14(4), 645-656.
- Kremer, M. (2007). *How Welfare States Care: Culture, Gender, and Parenting in Europe* [Proefschrift]. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Kulhánová, I., Hoffmann, R., Eikemo, T.A., Menvielle, G., & Mackenbach, J.P. (2014). Sociaal-economische verschillen in sterfte naar doodsoorzaak: eerste Nederlandse gegevens. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158, A8188.
- Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren. (2018). *Monitor Vrouwelijke Hoogleraren 2018*.
- Lans, J. van der. (2014). Participatiesamenleving: Uitweg voor onbetaalbaarheid verzorgingsstaat. Canon Sociaal Werk. Geraadpleegd van https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_wmo/details.php?cps=19&canon_id=362
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage.
- Mackenbach, J.P., Bopp, M., Deboosere, P., Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., & Gelder, R. de. (2017). Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. *Health Place*, 47, 44-53.
- Mazzucato, M. (2018). *Mission-Oriented Research & Innovation in the European Union: A problem-solving approach to fuel innovation-led growth*. Brussels: European Commission.
- Mesman, J. (2018). *Inaugural speech for the chair Interdisciplinary Study of Societal Challenges* [Oratie]. Leiden: Universiteit Leiden.
- Meurs, P., Brakman, I., & Moorsel, H. van. (2015). *Ontspoorde ambitie: Rapport van de Commissie onderzoek huisvesting ROC Leiden*. Den Haag.
- Middelkoop, B.J.C. (2018). *Werken aan de brug. Over public health, wetenschap en maatschappelijke relevantie* [Rede uitgesproken door Prof. dr. B.J.C. Middelkoop ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties aan de Universiteit Leiden]. Leiden: Universiteit Leiden.

- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2014). *Wetenschapsvisie 2025: keuzes voor de toekomst*. Den Haag.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2015). *De waarde(n) van weten: Strategische Agenda Hoger Onderwijs en Onderzoek 2015-2025*. Den Haag.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2016). *Onderwijsverslag 2014-2015 (De Staat van het Onderwijs) van de Inspectie van het Onderwijs met beleidsreactie* [Kamerbrief]. Kamerstuk 34300-VIII-140.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). *Nationaal Programma Ouderenzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010a). *Welzijn Nieuwe Stijl* [Brochure]. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010b, 1 maart). *Welzijn Nieuwe Stijl* [Kamerbrief]. Den Haag.
- Movisie. (2013). “Met tegenwind vooruit”: *Frontliniepeiling over de effecten van de Wmo en Welzijn Nieuwe Stijl*. Utrecht: Movisie.
- Muijsenbergh, M. van den. (2018). *Verschil moet er zijn!* [Oratie]. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Mul, J. de, (2014). *Destiny Domesticated – the rebirth of tragedy out of the spirit of technology*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Noort, W. van, Groeneveld, S., Hoek, M. van der, Schalk, J., & Voet, J. van der. (Eds.). (2018). *Publiek management*. Bussum: Coutinho.
- Numans, M.E. (2011). *De academische werkplaats, inspiratie voor vernieuwing in de huisartsgeneeskunde* [Oratie]. Amsterdam: VUmc.
- Numans, M.E. (2014). *Laten we beginnen bij de huisarts* [Oratie]. Leiden: Universiteit Leiden.
- Ondernemingskamer van het gerechtshof Amsterdam. (2015). *Uitspraak Zaaknummers: 200.135.666/01 OK (de zaak 01) en 200.135.666/02 OK (de zaak 02)*. Onderzoek op verzoek van AbvKabo FNV tot het vaststellen van wanbeleid bij het (voormalige) Meavita-concern. Geraadpleegd, 26 januari, 2019, van https://uitspraken.rechtspraak.nl/inzien_document?id=ECLI:NL:GHAMS:2015:4454&showbutton=true&keyword=meavita
- Pharos. (n.d.). Programma - Gezond In... . Geraadpleegd op 17 januari, 2019, van <https://www.pharos.nl/over-pharos/programmas-pharos/programma-gezond-in/>
- Putters, K. (2017). *Was getekend: Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy and Management.
- Putters, K. (2018). *Een lokaal sociaal contract*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Raaphorst, N. (2017). *Uncertainty in Bureaucracy. Towards a Sociological Understanding of Frontline Decision Making* [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Reijmerink, W. (2018). De impact van publieke kennisprogrammering. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 96, 124-127.
- ResearchNed (2018). *Numerus fixus, selectie en kanselijkheid in het wetenschappelijk onderwijs. Een overzichtsstudie naar doelen, criteria, instrumenten en effecten van selectie*. Nijmegen: ResearchNed.
- Rijn, M. van, Wit, R. de, & Moorsel, H. van. (2012). *Autonomie verplicht. Rapport onderzoek financiële problematiek Amarantis*. Rapport van de Commissie onderzoek financiële problematiek Amarantis uitgebracht aan de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- RVS. (2017a). *De zorgagenda voor een gezonde samenleving*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS. (2017b). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS. (2018). *Over bezorgd: Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Schmidt Jongbloed, L. (2017). *Physician job satisfaction in the Netherlands: A study of job satisfaction among cohorts of Dutch physicians* [Proefschrift]. Groningen: Universiteit Groningen.

- Schuyt, C.J.M. (1991). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- SCP. (2014). *Vershil in Nederland: Sociaal en Cultureel Rapport 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP. (2016). *De toekomst tegemoet: Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP. (2018a). *Veranderende zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP. (2018b). *Overall rapportage sociaal domein 2017: Wisselend bewolkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP & WRR. (2014). *Gescheiden werelden? Een verkenning van sociaal-culturele tegenstellingen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau en Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Singer, M. (2009). *Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public and Community Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Smeets, I. (2016). *Enige beschouwingen over de waarde der wetenschapscommunicatie* [Oratie]. Universiteit Leiden.
- Stiggelbout, A.M. (2008). *Kiezen of delen? Patiënten, percepties en preferenties* [Oratie]. Leiden: Universiteit Leiden.
- Stiggelbout, A.M., Weijden, T. van der, De Wit, M., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V.M., ... & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *British Medical Journal*, 344, e256.
- Studiegroep Openbaar Bestuur (2016) *Maak verschil. Krachtig inspelen op regionaal-economische opgaven*. Den Haag.
- Swaan, A. de. (1989) *Zorg en de Staat: Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Tjeenk Willink, H. (2018). *Groter denken, kleiner doen. Een oproep*. Amsterdam: Prometheus.
- Tobias, M. (2017). Social rank: a risk factor whose time has come? *The Lancet*, 389, 1172-1174.
- Topol, E. (2016). *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine Is in Your Hands*. United Kingdom: Hachette UK.
- Velde, L. van der, Numans, M., Middelkoop, B., & Kieft-de Jong, J. (2018). Onzichtbare honger? Voedselonze-kerheid in de Haagse Krachtwijken. *Epidemiologisch Bulletin*, 53(4), 19-24.
- Virchow, R. (1848). *Mittheilungen über die Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie*. Berlin.
- Volp, M. (2017). De ladder van Mackenbach. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, D2423.
- Vos, H. (2018). Preventie als uitdaging voor samenwerking tussen de huisarts en de GGD. *Epidemiologisch Bulletin*, 53, special 'GGD, een grote waarde voor een grote stad', 11-13.
- Vries, M.C. de. (2018). *Elementary, my dear Watson!* [Oratie]. Leids Universitair Medisch Centrum. Universiteit Leiden.
- Waslander, S., Hooge, E., & Theisens, H. (2017). *Zicht op Sturingsdynamiek*. Tilburg: TIAS School for Business and Society.
- Wouters, A. (2017), *Effects of medical School Selection. On the Motivation of the Student Population and Applicant Pool* [Proefschrift]. Amsterdam: VUmc.
- WRR (2018) *Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. WRR-Policy Brief 7. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- ZonMw (2017). *Evaluaties NPO: Integrale managementsamenvatting*. Den Haag: ZonMw.

Noten

- 1 Ik heb het overigens bewust over maatschappelijke kennisbenutting, maatschappelijke impact of waardencreatie, en niet over valorisatie dat een sterk economische connotatie heeft. Ik zie maatschappelijke impact veel breder.
- 2 Al lang daarvoor, in 1991, was het Wim Kok geweest die de term participatiesamenleving gebruikte op een partijcongres van de PvdA waarin hij sprak over het opnieuw organiseren van saamhorigheid; 'Wij zitten nu in een overgangsfase: van een verzorgingsstaat naar een werkzame, naar een participatiesamenleving' (Van der Lans, 2014). En in 1976 sprak staatssecretaris Hendriks in een brief aan de Tweede Kamer al over de noodzaak mensen minder afhankelijk te maken van verzorgingsystemen en meer nadruk te leggen op zelfhulp, vrijwilligerswerk en kleinschaligheid (De Boer en Van der Lans, 2014).
- 20 3 Overigens is er een spanning tussen het ideaal van de sociale investeringsstaat waarin zorg met name door de professional wordt verleend (te zien in het Scandinavische verzorgingsstaatmodel), en het verlenen van informele zorg als communitaristisch ideaal (vaak gezien in verzorgingsstaten gebaseerd op het Christen democratische gedachtengoed) zoals nu te zien in de participatiesamenleving. In de praktijk bestaat geen van beide idealen in pure vorm, maar gaat het altijd om een combinatie: zorg verlenen kan zowel een professie zijn, als een taak die mensen vrijwillig op zich nemen (Kremer, 2007: 30-32; zie ook Knijn & Hopman, 2015).
- 4 Deze brief aan de Tweede Kamer is nooit gepubliceerd door de val van het kabinet Balkenende IV maar is wel publiek bekend.
- 5 Angst en onzekerheid komt ook voor bij hoogopgeleide, kansrijke jongvolwassenen. In deze groep komen burn-outs steeds vaker voor als gevolg van de mentale druk om aan maatschappelijke verwachtingen te voldoen (RVS, 2018).
- 6 Maatschappelijke participatie en gezondheid houden nauw verband met elkaar. Van den Muijsenbergh (2018) laat dat zien voor vluchtelingen: diverse ziekten waar vluchtelingen vaker mee kampen, komen minder vaak voor wanneer ze werk hebben. In dit verband verricht Pharos belangrijke werkzaamheden, onder meer via het programma Gezond In..., waarin ze gemeenten ondersteunen bij een preventieve en sociale aanpak van gezondheidsachterstanden (Pharos, n.d.).
- 7 Overigens zijn niet alle bureaucratische regels en protocollen per definitie nadelig, zo wordt er binnen de bestuurskundige literatuur gesproken over effectieve regels met de term 'green tape' (DeHart-Davis, 2009) als tegenhanger van het negatieve 'red tape' voor ineffektieve en belemmerende regels (Bozeman, 2000).
- 8 In de medische wereld is onderzoek doorgaans sterk gericht op evidence-based inzichten. Dat leidt weer tot standaardisatie wat weliswaar onzekerheid kan reduceren, maar eveneens het zicht belemmert op factoren die buiten de standaard vallen. Daarom moet er niet alleen iets in het beleid, maar ook in de onderzoekspraktijk veranderen.
- 9 Dit is overigens een algemeen fenomeen; zodra we hoog-technologische capaciteit hebben, is het lastig gebruik hiervan te dempen (vgl. De Mul, 2014). Overmatig gebruik van nieuwe technologieën leidt gemakkelijk tot kosten explosies waardoor gezondheidssystemen zowel maatschappelijk als individueel veel schade kunnen berokkenen.
- 10 Hier gaat het zowel om de meer medisch geïntendeerde syndemics benadering van Singer (Singer, 2009), als de meer sociaal-cultureel bepaalde intersectionaliteit van onder andere Crenshaw (Crenshaw, 1989). Overigens is het van groot belang dat we diversiteit ook in de opleiding en werkpraktijk organiseren; niet alleen dominantie van mannen in diverse sectoren is problematisch, ook de dominantie van vrouwen in veel zorgberoepen is vanuit dat perspectief ongewenst, net als die van basischoolleraars.
- 11 Op alle terreinen zien we steeds twee spanningen terug; die tussen specialisatie enerzijds en multidisciplinariteit anderzijds, en die tussen standaardisatie en protocollering

enerzijds en responsiviteit anderzijds. Dat biedt een verrijking van het kader voor onderzoek.

- 12 Nergens anders is wetenschappelijke kennis zo bepalend voor de ontwikkeling van de praktijk dan in de zorg; daarom is het juist daar bijzonder interessant de relatie tussen beleid, wetenschap en maatschappelijke impact beter te onderzoeken.
- 13 Via big data zijn we steeds meer in staat om diverse gegevens – medisch, sociaal, economisch en historisch – aan elkaar te verbinden. Zij worden nu vooral gebruikt door instituties om meer zicht op problemen te krijgen, en door professionals om interventies op af te stemmen. Het is interessant na te gaan hoe individuele burgers ook zelf gebruik kunnen maken van gecombineerde gegevens. Dat kan empowerment versterken en vernederende ervaringen voorkomen. Initiatieven als het Centre for Bold Cities, van de Universiteit Leiden, Delft en de Erasmus Universiteit Rotterdam, waarin vanuit het perspectief van de stadsbewoner naar oplossingen van stedelijke vraagstukken wordt gezocht, zijn in dat verband veelbelovend (Edelenbos et al., 2018).
- 14 Binnen dit kader past ook onderzoek naar het verloop van politieke, bestuurlijke en maatschappelijke interventies om de discretionaire ruimte van professionals te vergroten, waaronder de genoemde vijf-minuten registratie. Ook elders spelen deze problemen overigens. Als staatssecretaris van VWS en als Minister van OCW heb ik meerdere keren actieplannen getekend om overbodige regels te schrappen en administratieve lasten terug te brengen. In de praktijk klagen professionals alleen maar meer over de regeldruk. Die komt al lang niet meer alleen van de rijks-overheid, maar van alle niveaus, en lijkt zich te ontwikkelen tot placebo-regelgeving; er zijn formeel geen regels die belemmeringen opwerpen, maar in de praktijk worden ze wel als zodanig ervaren en gedraagt men zich er ook zo naar.
- 15 Als een gemeente goed welzijnsbeleid voert waardoor burgers langer thuis kunnen blijven wonen, zal dat leiden

tot een hoger beroep op gemeentelijke voorzieningen, maar ook tot minder patiënten in het regionale ziekenhuis. De verantwoordelijk wethouder zal al snel tot de orde geroepen worden vanwege hoge kosten, het ziekenhuis vanwege vermindering van afzet. Hetzelfde geldt voor huisartsen. Ik kijk met bewondering naar mijn collega's die als wijk- en straatdokter dagelijks tegen de stroom in werken en meer preventieve en maatschappelijke taken 'er bij' doen omdat ze niet vergoed worden. Het is daarbij interessant na te gaan wat we kunnen leren van andere systemen, bijvoorbeeld de wet werk en bijstand, waar gemeenten die mensen met een uitkering naar werk weten te geleiden, beloofd worden en meer over houden dan wanneer ze alleen uitkeringen zouden verstrekken.

- 16 Tijdens mijn staatssecretariaat kwam Meavita, de grootste thuiszorgorganisatie in Nederland, in zwaar weer. Zij is uiteindelijk, na lange onderhandelingen met Meavita zelf, de NZA, Menzis als grootste betrokken zorgverzekeraar en met gemeenten, failliet gegaan. Om continuïteit van zorg te garanderen hadden we ondertussen, samen met patiëntenorganisaties achter de schermen nieuwe instellingen opgericht. Zie ook het onderzoek van de Ondernemingskamer (2015) naar Meavita en Eijsvogel en Insiger (2013). Ook Philadelphia, een grote gehandicapten instelling had grote financiële zorgen, terwijl bij de cure de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaart toen al in de problemen kwamen. Vlak na mijn aantreden als Minister van Onderwijs kreeg ik het rapport *Autonomie verplicht* van de Commissie onderzoek financiële problematiek Amarantiek aangeboden (Van Rijn et al., 2012). Ik vroeg mede naar aanleiding daarvan een commissie onder voorzitterschap van Femke Halsema nader onderzoek te doen te trekken. Dat resulteerde in het rapport *Niet onwettig, wel onwettelijk* (Halsema et al., 2013a). Omdat andere sectoren met vergelijkbare problemen kwamen is kabinetsbreed gevraagd aanbevelingen te doen (*Een lastig gesprek*, Halsema et al., 2013b). Ook ROC-Leiden kwam in de financiële problemen. Dat resulteerde in het rapport *Ontspoorde*

ambitie onder voorzitterschap van Prof.dr. Pauline Meurs (Meurs et al., 2015).

- 17 De afgelopen jaren hebben we de nadelen gezien van sterk op excellentie gerichte besteding van onderzoeksmiddelen. Waar dit ooit een terechte impuls was om kwaliteit te stimuleren, leidt het ook tot een sterk individualistische cultuur en een sterke scheiding tussen ‘the have’s and the have not’s’ in het verkrijgen van schaarse onderzoekssubsidies als een vini, terwijl ook onderzoekers zonder zo’n subsidie heel goed kunnen zijn. Daarnaast leidt het tot een mattheüseffect waarin de ene subsidie de kansen vergroot op de volgende. Missiegedreven onderzoek is een correctie op de ongewenste gevolgen van excellentie beleid, zonder met kwalitatieve eisen te machanderen (Mazzucato, 2018).

