



## IZA Ontrafelt

‘Hoe het Integraal Zorg Akkoord (IZA) de onderstromen en patronen in het zorgstelsel ontrafelt en bloot legt’

Drs. Marieke van Voorn

December 2024

[www.healingleaders.org](http://www.healingleaders.org)

## AANLEIDING

“IZA leek eerst onweerstaanbaar, maar deze ‘heilige graal’ heeft inmiddels haar glans verloren”. Diverse keren hoorde ik afgelopen zomer teleurgestelde en gefrustreerde geluiden van verschillende zorgbestuurders. Eind augustus 2024 begeleidde ik er een maatschappelijke opstelling over, omdat ik nieuwsgierig was naar hoe het krachtenveld eruitzag. Daar werd meteen zichtbaar hoe de macht verdeeld was tussen politiek, overheid en verzekeraars enerzijds en de zorgaanbieders aan de andere kant. De kloof was groot, de onmacht bij de uitvoerende zorgaanbieders ook, ondanks dat het Integraal Zorgakkoord in 2022 door de meeste partijen werd ondertekend<sup>1</sup>, behalve door MIND. En de VNG stapte recent uit het akkoord (november 2024).

Al na enkele gesprekken over de werking en bijwerkingen van IZA kreeg ik de indruk dat IZA de onderstromen en verstrikkingen in de zorgsector blootlegt en ontrafelt. Dat is een positief teken, ondanks de pijnlijke inzichten die IZA brengt.

“**You Can’t change what you don’t acknowledge**”, maar wanneer je weeffouten en verstrikkingen doorziet, kun je bewuste actie ondernemen, zodat de zorgsector en de samenleving wel integraal met elkaar kunnen gaan samenwerken.

## METHODEN & TECHNIEKEN

In deze samenvatting leg ik patronen en onderstromen bloot die naar voren kwamen uit circa dertig interviews. Omdat ieder zijn of haar inbreng anoniem kon doen, kreeg ik openhartige verhalen te horen en kon ik zonder veel problemen doorvragen op heikele thema’s.

In september, oktober en november 2024 sprak ik met drie ziekenhuisbestuurders, één revalidatiekliniekbestuurder, één toezichthouder, drie ouderenzorgbestuurders, drie GGZ-bestuurders, vier internisten, vijf huisartsen, twee wetenschappers (hoogleraren) in de zorgsector, één digitale strateeg, één financieel expert (zorgfinanciering), één programmanager van een IZA-regio, één transitie manager ouderenzorg, één ondernemer in gezonde voedingsindustrie en enkele strategisch adviseurs van: Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, een zorgverzekeraar, de GGD / GHOR, een ziekenhuis en van VWS.

Daarnaast ben ik gaan puzzelen met de feitelijke informatie en mijn kennis van destructieve patronen. Ik zag al snel overeenkomsten tussen de verhalen. Ze vielen op doordat er namen van mensen en organisaties werden genoemd die ook allerlei andere sleutelposities bekleden of in het verleden bekleedden. Door te googelen kreeg ik meer inzage in hoe netwerken gevormd zijn en vermoedelijk onderling ‘samenwerken’ aan hun eigen doelstellingen. Dat leidde ertoe dat ik potentiële verbanden en ook vermoedelijke integriteitsvraagstukken waarnam.

Op 27 november 2024 organiseerde ik een inspiratiemiddag en -avond om vermoedens over deze vraagstukken nog dieper te onderzoeken. De methode die ik gebruikte was maatschappelijke opstellingen. Dat is een vorm van systemisch werk, die ik sinds 2010 eveneens inzet voor familie- en organisatievraagstukken. De meeste representanten waren deelnemers aan dit onderzoek en representeerden ‘blind’ (zonder voorkennis van mijn vermoedens).

---

<sup>1</sup> De ondertekenaars van het Integraal Zorg Akkoord zijn: ActiZ, De Nederlandse GGZ, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Landelijke Huisartsenvereniging, Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS.

## DE WENS EN WERKELIJKHEID VAN IZA

De ervaringen van de geïnterviewden zijn overwegend sceptisch, wanneer ik ze vraag naar de werking en bijwerkingen van het Integraal Zorgakkoord. Uit de interviews blijkt dat meerdere mensen zich afvragen of er 'iets niet klopt'. "De logica ontbreekt", gaf een GGZ-bestuurder aan. En ook zijn was iemand die zich openlijk afvroeg of 'volksgezondheid van de samenleving' het hoger doel van VWS wel (of niet) is? Deze twijfels kwamen naar voren:

"IZA is het zoveelste hoofdlijnenakkoord dat over ons wordt heen gestort. Ik vraag me af of het al klaar lag, ver voordat het bij ons in 2022 werd geïntroduceerd".

"Is kwaliteit van zorg verbeteren werkelijk de bedoeling van IZA, of is meer controle de werkelijke bedoeling?"

"IZA werd gebracht met spiegeltjes en kraaltjes, die je als zorgbestuurder niet kunt weigeren. Maar onhelder is (nog steeds) wat nou precies de ruil was. Wat is de prijs die de zorgsector betaalt voor deze subsidie?"

Naast het blootleggende en het ontrafelende karakter van IZA waren er nog meer positieve punten die expliciet naar voren werden gebracht:

- "We leren elkaars wereld beter begrijpen en de behoeften van elkaars patiënten en cliënten ook".
- "Er is meer partnerschap in de regio"
- "We voelen meer verantwoordelijkheid voor de regio"
- "Er ontstaat meer onderling vertrouwen"

Hoe kun je ervoor zorgen dat jij, bestuurder, beleidsmaker, verzekeraar, transitiebegeleider, zorgprofessional of consultant bewuste keuzes maakt die wel logisch aanvoelen en zonder twijfel bijdragen aan het grotere geheel, voorbij aan je eigen- en organisatiebelang? Deze paper beoogt jou meer inzicht te geven in welke patronen, onderstromen en tegenstromen er bestaan.

## URGENTIE, DOEL EN DOELGROEP

De praktijk wijst uit dat er na ruim twee jaar vergaderen, aanvragen indienen, sneltoetsen, aanvragen aanpassen (vaak meerdere keren), nog relatief weinig geld van de 2,8 miljard die door het Rijk beschikbaar werd gesteld, toegekend is aan de zorgregio's. De beoogde transformatie van de zorgregio's -die gezondheid centraal stellen in plaats van ziekte- verloopt traag.

Hoe dat komt is maar voor een deel te verklaren door bureaucratische procedures. Met '**De Zeven interventies voor vitaal bestuur in de zorg**' uit mijn boek '**Heel de Samenleving**' als leidraad kunnen nieuwe inzichten de ontstane situatie verklaren, evenals ruim dertig interviews. Die zeven aandachtsgebieden hebben als doel om bewustzijn te creëren.

En waarom ik, **Marieke van Voorn**, me daar mee wil bemoeien? Met mijn sociologische, systemische en spirituele kennis en inzichten zie ik al zeker twee decennia met lede ogen aan wat er gebeurt in de zorg en samenleving. Met mijn boeken '**Heel de Organisatie**' (2022) en '**Heel de Samenleving**' (2023) heb ik al veel mensen bereikt en systemisch bewuster gemaakt over toxische patronen en onderliggende maatschappelijk trauma. Ondanks dat zie dat diepliggende patronen met de beste bedoelingen door vele bestuurders, beleidsmakers en professionals over het hoofd gezien worden. Ik schreef deze paper als een vorm van burgerparticipatie voor 'heel de zorg en samenleving'. Ik verwacht dat het bijdraagt aan structurele stelselwijzigingen en gezonde, energieke onderlinge verhoudingen en systemen.

## SAMENVATTING EN LEESWIJZER<sup>2</sup> VOOR DEZE WHITE PAPER

Onderstaand tref je een overzicht van aandachtsgebieden die helderheid geven over een meer succesvolle toepassing van de doelstellingen uit het Integraal Zorgakkoord. De taaie vraagstukken zijn misschien soms lastig om te lezen. Ik wil je vragen om door je weerstand heen te lezen, want vooral de laatste aandachtsgebieden zijn het meest pregnant en verdienen jouw volle aandacht.

1. Neem je **intuïtie** serieus. Als iets niet logisch aanvoelt, ga dan op onderzoek uit. Luister naar je innerlijke wijsheid, volg de geldstromen én ontdek hoe alles en iedereen verbonden is met elkaar (old boys & girls netwerk).
2. Kies voor menselijkheid als basis voor een gezonde samenleving. Het zien van de **integrale mens** ook met schaduwzijden en een onvermijdelijke dood is het uitgangspunt voor integrale zorg die akkoord kan zijn voor alle partijen.
3. Vertrouw op de onmetelijke **creativiteit en innovatief** vermogen van ieder mens. Beperk de beperkingen (controlemechanismen) tot een minimum, zodat zorgprofessionals, patiënten en burgers kunnen floreren vanuit eigenwaarde.
4. Neem **verantwoordelijkheid** voor jouw eigen positie als bestuurder, professional, beleidsmaker etc. en neem bewust afstand van een eeuwenoud patroon dat ongezonde afhankelijkheid creëert en in stand houdt. Ook aan de IZA-tafels.
5. Heb oog voor oud hartzeer in je organisatie, tussen organisaties en in de samenleving. Maak ruimte voor mensen en organisaties die consequent aan het kortste eind trokken, geef hun **passie** de ruimte. Doorbreek paternalisme.
6. Vergroot **zeggenschap** en verdiep je in het mechanisme 'groepsdenken' dat diep verborgen zit in de medische wereld, en ook in de samenleving. Wanneer alle stemmen gelden, creëer je een samenleving waarin gezondheid (ook van onderlinge relaties) de basis vormt.
7. **Systemische intelligentie** is de smeerolie voor bewuste transformatie van de zorgsector en samenleving. Draag bij aan bewustwording over weeffouten in het systeem én over de ongezonde samenhang van dubbele agenda's: politiek, overheid, zorgaanbieders, consultancybureaus, verzekeraars, media, farmaceutische industrie en NGO's.
8. Realiseer je dat organisaties en sectoren die zelf 'niet gezond' zijn, vatbaar zijn voor partijen en netwerken met eigen financieel belang, zorgfraude en netwerkcorruptie. **Toewijding aan het grotere geheel** bestaat uit gerichte aandacht voor preventie, voor regionale samenwerking, voor integrale zorg. Snijd heelkundig de toxische elementen weg en geef herstel van verhoudingen ruimte en veel aandacht.
9. **TOT SLOT**: aandacht voor het co-creëren van EnergeticSystems systemen met leiders en professionals die werken vanuit een hoog ontwikkeld bewustzijn over integrale gezondheid, natuurlijke structuren en gelijkwaardige verhoudingen in 'heel de samenleving'.

---

<sup>2</sup> **DISCLAIMER:** ik maak gebruik van anonieme bronnen. Zij schetsten een beeld dat leidde tot vermoedens, die gedurende de gesprekken en de maatschappelijke opstellingen steeds sterker werden. Maar het blijven vermoedens. Meer research is nodig. Verwijzing naar bepaalde instanties heeft geenszins de opzet om schade toe te brengen aan de reputatie van personen die hieraan verwant zijn. Deze paper heeft als doel om meer bewustzijn te creëren, zodat actief stappen ondernomen kunnen worden om patronen te doorbreken en weeffouten te detecteren en elimineren.

## AANDACHTSGEBIED I: MENSELIJKHEID ALS VEILIGE BASIS

Het eerste aandachtsgebied voor vitaal bestuur in de zorg betekent dat je in je beleid en zorgverlening 'de mens en haar bestaansrecht' als integraal wezen als uitgangspunt neemt. Het tegenovergestelde ervan 'is de existentiële angst' voor de integrale mens met ook al haar schaduwkanten. Deze angst zet vele controlemechanismen in werking. Het leidt tot zwalkend beleid met polarisatie en bijvoorbeeld buitensluiting van andersdenkenden als gevolg.

Deze existentiële angst geldt voor zowel mensen als voor andere organismen, zoals organisaties. Organisaties functioneren als organismen, aldus Gareth Morgan, (1986) schrijft hij in zijn baanbrekende boek 'Images of Organization. Het leven heeft hobbels, uitdagingen en prachtige resultaten, maar de duur ervan is eindig. Angst voor de dood, is het gevolg. In het bedrijfsleven uit zich dat in de angst voor verlies van positie of zelfs voor een faillissement of sluiten van een organisatie(onderdeel). Deze -vaak onbewuste- angst verkrampt onder andere bestuurders, professionals en beleidsmakers. De wereld van zorg en welzijn is niet maakbaar, wel ontwikkelbaar en aanvaardbaar. Desondanks wordt zichtbaar hoe zeer het strijden voor positie en bestaanszekerheid de implementatie van IZA in de weg zit.

### STRIJD OM MACHT, POSITIE EN BESTAANSRECHT

Existentiële angst voor macht- en positieverlies wordt ook zichtbaar aan de IZA-tafels. Onmacht daarover bepaalt vaak de onderlinge verhoudingen. Enkele geluiden zijn:

“Veiligheid, bestaanszekerheid en gezondheid van mensen begint met bed, bad en brood, maar binnen het IZA is deze basisvoorwaarde voor welzijn en wonen niet opgenomen”.

“Aan de IZA-tafels in onze regio bestaat een hoge mate van onderlinge irritatie. Men ziet elkaar niet en luistert niet naar elkaar, maar bewaakt zijn eigen plek. De samenwerking die in onze regio tot stand komt is niet dankzij IZA, maar ondanks IZA”.

“Ik heb pre-IZA al heel mooi samengewerkt in de regio waar ik destijds zorgbestuurder was. Daar werkten we met collectief besef over hoe we het beste konden inspelen op de ontwikkelingen in de zorg en samenleving. We zagen of spraken elkaar wekelijks en spraken elkaar aan wanneer we de ander iets zagen doen wat we niet begrepen. In mijn huidige functie als bestuurder van een GGZ-instelling heb ik te maken met vier regio's. GGZ wordt hier gezien als 'last resort', als probleemoplosser. Ik hoor er niet bij als er structurele plannen voor zorg en welzijn worden gemaakt. De positie van GGZ-bestuurder is in mijn geval vrij eenzaam. Ik ben niet meer 'one of the guys'”.

“IZA heeft binnen onze GGZ-organisatie (ambulant) nog niet geleid tot nieuwe afspraken, wel tot veel praten. De snelle toets maakte ons helder dat we niet gaan tekenen voor minder instroom. Wij gaan niet in onze eigen staart bijten, zeker niet met het groeiend aantal mensen met psychische klachten. Wij kiezen niet voor een financiële strop”.

Elkaar afvallen, buitensluiten, saboteren en niet aanspreekbaar voor elkaar zijn, creëert een onveilige en wankel basis voor de beoogde transformatie. Voor het welslagen van integrale zorg en welzijn in de samenleving is van belang dat de partijen aan de IZA-tafel het goede voorbeeld geven. **Practice what you preach...**

## BESTAANSZEKERHEID VAN ZORGVERZEKERAARS

IZA maakt zichtbaar en voelbaar dat de positie en bestaanszekerheid van bepaalde sectoren en organisaties in het veld van zorg en welzijn onder druk staat. Zo lijkt de bestaanszekerheid van zorgverzekeraars volgens sommigen aan verandering onderhevig. Desondanks hebben zij momenteel een cruciale, bepalende stem en zetten zij hun eigen stempel op de effectiviteit en het resultaat van IZA. Deze geluiden kwam naar voren:

“Verzekeraars weten dondersgoed dat hun positie ter discussie staat”.

“Verzekeraars bepalen welke IZA aanvragen levensvatbaar zijn, terwijl zij een faciliterende rol zouden moeten hebben. Via intercollegiale toetsing kunnen wij (eerstelijnszorg) prima ons zelfreinigend vermogen versterken. Daar hebben we een verzekeraar niet bij nodig”.

“Deze verzekeraar weet zelf ook wel dat ze een fossiel geworden is, dat ze in de toekomst geen plek meer heeft in het stelsel”.

“Ik zie verzekeraars worstelen met hun plek en taak in het zorgveld. De Zorgverzekeraarswet is risicomijdend, terwijl de implementatie van IZA het tegenovergestelde vraagt namelijk transformatievermogen, visie en lef”.

“De meeste verzekeraars die we in Nederland hebben, zijn obstruerend voor de zorgsector. Ze functioneren alle tien verschillend, waardoor er geen eensgezinde richting voor ‘heel de samenleving’ wordt gegeven. Ze mogen onderling niet overleggen en overeenstemmen, want dat keurt de Autoriteit Consument & Markt (ACM) niet goed”.

Bart Kiers schreef op 1 november 2024 in Zorgvisie over de positie van zorgverzekeraars het volgende: “Verzekeraars zien in de zorgcontractering 2025 dat de financiële ruimte die veel ziekenhuizen vragen ruimschoots boven de groei afspraken van het Integraal Zorgakkoord (IZA) ligt. Met name de UMC's spannen de kroon en versterken al jarenlang hun positie ten koste van streekziekenhuizen. Dat beeld komt naar voren uit een rondgang langs de vier grootste verzekeraars”.

## VERSCHILLENDE POSITIES EN TAAKOPVATTINGEN VAN ZORGVERZEKERAARS

Uit de gesprekken blijkt verder dat zorgverzekeraars een heel verschillende strategie hebben voor IZA. Hun plek, taak en aanpak bij de implementatie van IZA vatten ze verschillend op.

- Zo zijn er verzekeraars die nauw samenwerken met externe consultancybureaus bij het formuleren van integrale zorgplannen en KPI's aan de regiotafels.
- Ook zijn er verzekeraars die intensief samenwerken met de regio's waar zij hun eigen interne consultants intensief inzetten. Deze zijn aanwezig bij het begeleiden van regiotafels en de formulering van plannen en KPI's. Het gaat dan bijvoorbeeld om transformatieadviseurs, medisch adviseurs en innovatie-adviseurs die veel tijd en energie steken in het meedenken in de regio.
- Daarnaast is er een zorgverzekeraar (DSW) die op haar website aangeeft dat ze IZA bezwaarlijk vindt, o.a. omdat het akkoord niet integraal is (alleen voor Zvw) en vanwege de te centrale regie vanuit VWS, NZa en ROAZ. DSW heeft met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, huisartsen, vvt, ggz, gz, patiënten-vertegenwoordiging en gemeenten uit de regio het Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA) ondertekend. Daarin komt regionale samenwerking op de voorgrond te staan.

Om volledig te kunnen zijn over plek, taak en taakopvatting van zorgverzekeraars is nader onderzoek aan te bevelen. Die va Menzis is aan verandering onderhevig, zo blijkt, want bestuursvoorzitter Wouter Bos van Menzis uitte zich op 2 oktober 2024 kritisch over IZA in Zorgvisie: ‘Zorgakkoorden werken niet meer’. Dit terwijl Menzis in eerste instantie zeer positief

was over IZA. Menzis “ondersteunde van harte de rol die de regio in het IZA krijgt, waar de regio de meest logische plek is waar zorgverzekeraars, gemeenten en andere (zorg)partijen samenwerken aan de toegankelijkheid van zorg en de gezondheid van de inwoners”.

De praktijk blijkt echter weerbarstig. Zo stapte recent in november 2024 de VNG (Vereniging Nederlandse Gemeenten) uit het IZA. Doorslaggevend om te stoppen is het recente kabinetsbesluit om 300 miljoen euro te bezuinigen op preventie.

## PARADIGMASHIFT: KIEZEN VOOR OVERLEVING OF VOOR HET GOEDE LEVEN?

Wanneer je positie of zelfs je leven (svatbaarheid) op het spel staat, worden bij vele mensen, maar ook bij (bestuurders en andere sleutelfunctionarissen van) organisaties zoals zorgverzekeraars en ziekenhuizen overlevingsstrategieën geactiveerd.

Derde en tweedelijnszorg van academische en topklinische ziekenhuizen zal nu en in de toekomst verder worden afgebouwd en meer in de eerste lijn en binnen het sociaal domein hun plek vinden. Althans, dat is één van de consequenties van IZA. Idealiter zal er ook veel overbodige overbehandeling in de laatste levensfase komen te vervallen, wanneer we collectief de dood niet langer buitensluiten, maar meer de eindigheid van het leven meer gaan aanvaarden dan nu.

Dat levens eindig zijn en dat ook de levensvatbaarheid van (delen van) de zorgsector eindig zijn, is een consequentie van een paradigmashift van ‘maakbaarheid van het leven’ naar ‘leven met eindigheid’. Maar de vraag die in diverse andere interviews naar voren komt is in hoeverre ziekenhuisbestuurders en bijvoorbeeld Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's) een drempel ervaren om in hun eigen vlees te snijden? Willen, kunnen en durven ze het bekende ‘los te laten’ en te gaan voor een geheel nieuwe bijdrage aan integrale gezondheid van de samenleving?

## BESTAANSRECHT VAN HET IZA

De vraag die in dit kader ook opdoemt is ‘Is er nog bestaansrecht voor het Integrale Zorgakkoord?’, nu de VNG uitstapt en ook andere partijen in het veld moeite zeggen te hebben met de uitwerking van IZA in de praktijk, bijvoorbeeld omdat “**radicale vernieuwing van zorg en welzijn niet lukt met beheersmatige partijen zoals VWS, IGJ, NZa en/of twijfelen over hun plek, taak en reden voor bestaan, zoals zorgverzekeraars**”.

De doelstelling van IZA is voor de meeste betrokkenen begrijpelijk, maar de inrichting en verrichtingen namens IZA niet.

### Menselijkheid als veilige basis voor een gezonde samenleving

1. Hoe ervaar jij je eigen positie in het leven en in je werk? Staat deze onder druk of beweeg je energiek mee vanuit een innerlijk veilige basis?
2. Hoe liggen de verhoudingen in jouw regio tussen gemeente(s), 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, en 3<sup>e</sup> lijn en de preferente zorgverzekeraar(s). Welke rol en positie neemt de preferente zorgverzekeraar in bij het IZA? In hoeverre werken ze actief mee vóór het grotere geheel?
3. In hoeverre handel jij zelf en jouw organisatie vanuit overlevingsstrategieën en beschermingsmechanismen? Wat wil je absoluut behouden en welk werk is op een andere plek beter af (of zelf onnodig)?

Transformatie vraagt inzicht, onbevreesdheid en moed. Lees daarover meer in het tweede, derde en vierde aandachtsgebied.

## AANDACHTSGEBIED II: EIGENWAARDEN EN SCHEPPINGSKRACHT

Bij dit tweede thema staat de angst om tekort te schieten en de angst om tekort te krijgen centraal. Deze angst gaat gepaard met een onevenwichtig gevoel van eigenwaarde en verkramp het vermogen om creatief en innovatief te zijn. Deze angst maakt dat mensen zichzelf en anderen aan de leiband leggen. Met bijvoorbeeld protocollen, accreditaties, richtlijnen en kritische prestatie indicatoren (KPI's).

Deze angst staat in verbinding met thema's als 'schuld en onschuld'. Met een protocol, kpi, richtlijn of accreditatie kunnen mensen en organisaties zich verschuilen voor het maken van 'fouten'. Met dergelijke controlemechanismen kun je zowel je eigen gemoedsrust als die van externe partijen, zoals bijvoorbeeld het tuchtrecht, de inspectie of de verzekeraar beteugelen. Met protocollen, KPI's, richtlijnen en accreditaties kunnen mensen zich individueel, maar ook collectief 'verontschuldigen' voor het resultaat van hun handelen.

### VOORWAARDELIJKE LIEFDE

Je kunt dergelijke mechanismen ook zien als een vorm van voorwaardelijke 'liefde', vanwege het als/dan-karakter. "Ik ben goed genoeg als ik voldoe" en "Jij bent goed genoeg als jij voldoet". Deze voorwaardelijkheid gaat niet uit van (zelf) vertrouwen en is helaas ook geen waarborg voor kwaliteit, omdat het protocol of de richtlijn centraal staat en niet de patiënt, cliënt, bewoner of burger. Transformatie werkt niet op basis van voorwaardelijke 'liefde'. Wanneer je afscheid neemt van het oude, zal het nieuwe zich ontplooien. Dit proces is onvoorspelbaar en vereist visie en lef om door te pakken voor datgene waarin je gelooft.

Deze verkrampende angst voor tekort treffen we aan in heel de zorgsector en samenleving. Bijvoorbeeld bij de Gezondheidsraad aldus een internist. "Zij investeren liever veel geld en tijd in lage-kans-borstkankerscreeningen met relatief veel foutpositieven (over-detectie) boven de angst om iets te missen". Hij geeft aan dat over-detectie en overbehandeling 'do harm too' en dat niet alleen financieel. De eed van Hippocrates wordt volgens hem geschonden met overbehandeling.

Deze verkrampende angst voor fouten en de 'schuld' krijgen treffen we aan onder bijvoorbeeld verzekeraars ("een woud aan kpi's bij IZA-aanvragen"), artsen ("voor het tuchtrecht"), richtlijncommissies voor nieuwe oncologische geneesmiddelen ("die liever de nieuwste en vaak duurdere geneesmiddelen voorschrijven, die niet per sé iets toevoegen aan de bestaande therapieën, dan iets te missen"), beroepsverenigingen ("die kwalitatief goede huisartspraktijken als onvoldoende aanmerken bij accreditatie omdat ze niet alle vinkjes hebben behaald") en op de werkvloer van ziekenhuizen en ouderenzorg wanneer ze zichzelf meer regels en administratiedruk opleggen dan van hen gevraagd wordt en wettelijk noodzakelijk is. Een arts geeft aan:

"De hele zorgsector is in de war. We schieten te ver door in behandelen en we hebben moeite met veranderingen. Daardoor zijn we richtlijnenfetisjist geworden. De angst voor fouten en het tuchtrecht zet onszelf vast. Wanneer er een incident wordt gemeld door een cliënt, dan wordt allereerst gekeken of je als arts de richtlijn wel hebt gevolgd".

Zelfsabotage door jezelf allerlei onnodige belemmeringen op te leggen is in de zorgsector veelvoorkomend. Je kunt het jezelf schier onmogelijk maken om gewoon je werk te doen als professional of organisatie, laat staan om te transformeren naar een vorm en inhoudelijke aanpak die 'heel de samenleving' dient. Uit de gesprekken met zorgaanbieders kwam naar



voren dat ook zorgverzekeraars integrale samenwerking in de regio's bemoeilijken. Dat zien zij zelf ongetwijfeld anders. Reacties van zorgaanbieders:

“We hebben inmiddels een aantal ‘proeves’ ingeleverd bij de zorgverzekeraar. De meeste waren onvoldoende. De criteria waren ons niet helder, het is een black box. Niemand wist hoe het aangepakt moest worden. Het kostte enorm veel tijd en energie. Bestuurders, managers en beleidsmedewerkers waren er druk mee. Vertegenwoordigers van de zorgverzekeraar zaten ons ook wat glazig aan te kijken. Bij preventie hebben ze geen idee wat daar bij komt kijken. Het kost zeker 20-30 jaar voordat preventie leidt tot een structureel betere gezondheid, het voorkomen van ziekte en een lagere zorgconsumptie. Inmiddels is er al twee jaar gedoe in onze regio rondom IZA.”

“Wanneer plannen door de sneltoets heen komen, kunnen ze alsnog worden afgeschoten. De verzekeraar zegt eerst ja, en dan toch nee omdat je de zeer gedetailleerde vragen niet naar believen kunt beantwoorden. Inmiddels is mijn energielevel gedaald. Vele uren hebben we hierin gestoken, zeer teleurstellend.”

“Het is een heel circus met de verzekeraar. Toets-aanvragen, kpi's. Al mijn energie trekt weg door deze flipperkast-dynamiek. We worden afhankelijk (codependent) gemaakt van de ziekenhuizen. Zij staan er middenin, en wij als ouderenzorg staan meer aan de zijlijn. Voor hen gaat IZA om veel geld, soms wel €15 miljoen. Na veel heen en weer zenden van voorstellen en verwerken van feedback van de verzekeraar zijn de ingrediënten bedorven. De bereidingswijze leidt tot een vies of zelfs giftig gerecht.”

Ondanks deze financiële belangen voor ziekenhuizen, zijn er ook ziekenhuisbestuurders die niet (meer) meedoen aan IZA:

“Wij hebben binnen dit ziekenhuis om een aantal redenen bewust gekozen om (bijna) geen IZA gelden aan te vragen. En met dat besluit ben ik nog steeds heel gelukkig”.

De taakopvatting van zorgverzekeraars worden stevig bekritiseerd door de geïnterviewden, maar hoe zien ze dat zelf?

## ZORGVERZEKERAARSPERSPECTIEF

Uit de gesprekken blijkt dat de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verder onder druk is komen te staan aan vele IZA-tafels. De intimiteit in de onderlinge relatie (b)lijkt in veel gevallen naar de achtergrond verdwenen. De zakelijkheid die er voor in de plaats kwam vervreemdt, hoewel de strategisch adviseur van één van de verzekeraars in het interview aangeeft dat ze juist veel energie steken in het leren begrijpen van de zorgaanbieders in hun kernregio's. Voor dit onderzoek sprak ik met één vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar. Anderen die ik benaderde voor een interview, reageerden niet op mijn interviewverzoek.

“Elkaar begrijpen is soms lastig. Wij denken actief mee en zien erop toe dat de IZA-gelden goed besteed worden. Dat wordt vaak als waardevol gezien, maar soms leidt het ook tot teleurstellingen. Dan zijn de ingeleverde voorstellen gewoon niet goed genoeg en dan geven we dat ook aan. Het commitment krijgen van gemeentes gaat meestal ook moeizaam. Bovendien zijn ze allemaal verschillend ingericht”.

Deze aspecten die per regio verschillen maakt het formuleren en afspreken van KPI's lastig, het eraan voldoen, maar ook het toetsen ervan. Desondanks:

“Het klopt inderdaad dat wanneer de resultaat-KPI's niet worden behaald, we niet tot uitkeren van IZA-gelden kunnen overgaan”, aldus deze verzekeraar.

Enkele reacties uit het veld:

“Voor IZA worden we geacht een businesscase op te stellen. Verzekeraars willen het resultaat maximaliseren, terwijl zorgaanbieders deze willen minimaliseren. Uitbetalingsindicatoren zijn hete hangijzers. Geeft veel gedoe”.

“Verzekeraars hebben een korte termijn blik. Het leidt tot een enorme papierwinkel en een narrige sfeer, omdat zorgverzekeraars zich inhoudelijk gaan bemoeien met het zorgaanbod”.

De vraag rijst in hoeverre zorgverzekeraars gezien hun plek, taakopvatting, aanpak en hun risicomijdende ‘gedrag’ de aangewezen partij zijn voor een maatschappelijke transformatie van een landelijke orde van grootte.

## STRUCTURELE EN INCIDENTELE MIDDELEN

Naast de moeizame samenwerking met sommige zorgverzekeraars lijkt het beleid van VWS de angst voor tekort extra aan te wakkeren door structurele middelen te verminderen en er incidentele middelen voor in de plaats aan te bieden. Wat is de achterliggende bedoeling met deze methode die machtsspel en bureaucratie in de hand werkt ?

“De incidentele middelen zijn afhankelijk van onze bereidheid en kundigheid om door hoepels heen te springen”.

De angst voor tekort lijkt nog een andere partner te hebben in de manier waarop banken functioneren in het zorgstelsel.

“Ons ziekenhuis ziet zichzelf als maatschappelijk partner, niet als bedrijf. Wij durven te vernieuwen en zijn niet bang om tweedelijnszorg naar de eerste lijn en gemeentes over te hevelen. Maar de performance afspraken die we hebben gemaakt met de bank, kunnen we door zorginnovatie en -overheveling van zorg mogelijk niet waarmaken. Dat levert moeizame gesprekken met de bank op”.

### Eigenwaarde en scheppingskracht versus de angst voor tekort:

1. In hoeverre ervaar jij tekort aan geld, ruimte en tijd in je leven en in je organisatie? Wat doe je daarmee?
2. Hoe is het gesteld met jouw eigenwaarde en creatieve vermogens in die jouw organisatie? Of staan protocollen en accreditaties centraal?
3. Hoe ga je om met andermans angst voor tekort / verkramping? Wanneer trek jij een grens wanneer jouw zijn en jouw doen consequent wordt gecontroleerd en beheerd?

Omdat de IZA gelden niet structureel zijn, staat de **verantwoordelijkheid** voor het maken van een structureel en regionaal zorg- en welzijnsbeleid onder druk. Het volgende thema III gaat in op verantwoordelijkheid nemen voor het grotere geheel.

Bij thema VI ga ik nog wat dieper in op de **weeffouten** in het systeem, zoals de vele vraagstukken die bestaan met betrekking tot bekostiging van zorg en welzijn.

## AANDACHTSGEBIED III:

### VAN VERSLAVENDE AFHANKELIJKHEID NAAR INTEGRALE VERANTWOORDELIJKHEID

Dit aandachtsgebied gaat over macht, onmacht, wantrouwen en het tegenovergestelde ervan: met zelfvertrouwen verantwoordelijkheid nemen vanuit je positie voor jouw aandeel in het grotere geheel.

Maar eerst iets over de collectieve verslaving aan macht, geld, positie, subsidie en aan illusies (oftewel wensdenken). Deze fenomenen hebben één gemeenschappelijke deler: de angst voor de macht van de ander. Deze angst maakt dat we in de aanval gaan om onze positie te verdedigen of in te nemen. Wanneer ego's belangrijker zijn dan het hogere doel, ontstaat er scheefgroei tussen mensen en organisaties. Deze tegenstellingen zorgen voor een toxische dynamiek tussen egocentrisch leiderschap met narcistische trekken en *codependency* van de volgers, oftewel een ongezonde onderlinge vorm van afhankelijkheid. Zowel bij de 'dader' als bij het 'slachtoffer'.

“De zorgsector is subsidieverslaafd geworden”, aldus een ziekenhuisbestuurder. Wanneer structurele middelen voor de zorgsector in de afgelopen jaren consequent zijn vervangen door incidentele (subsidies) dan is de kans groot dat de codependency (verslaving aan liefde, aandacht en bevestiging in de vorm van extra middelen) toeneemt. Deze tactiek heeft koloniale trekken en gaat gepaard met verleiding, in bezit nemen en de strop (Van Voorn, 2023).

Narcisme-codependency is binnen organisaties te herkennen aan log functionerende organisaties, onderling wantrouwen, weinig smoel, verschillende koninkrijkes en andere toxische dynamieken die de weerbaarheid en wilskracht van organisaties en het regionale netwerk verzwakken. Verschillende bestuurders en strategisch adviseurs spreken zich uit:

“De pikorde aan de IZA-tafel is belangrijker dan de werkelijke persoon die tegenover je zit. Het blauw aanjagen van IZA leidt tot ego, macht en geld gedrevenheid”.

“Samenwerken met de GGD is moeizaam, omdat onze voorstellen niet uit hun koker komen”.

“Ik voel bij velen wantrouwen. We hebben IZA ondertekend, maar is er wel een echte deal? Ik voel 'm niet. Staan we echt wel achter het integrale of willen sommigen liever hun macht behouden? In hoeverre zijn ze financieel of inhoudelijk gedreven?”

“In mijn regio zit een governance-tijger (met zakelijke belangen) de IZA-bijeenkomsten voor. Deze wil alles op een blauwe manier vastleggen, wat mijns inziens haaks staat op een integrale, holistische manier om naar zorg en welzijn in de toekomst te kijken. Zelf ben ik als zorgbestuurder een beetje de luis in de pels en krijg gelukkig bijval van een andere zorgbestuurder die ook ziet dat een deel van de IZA-voorstellen die we indienen nogal vaag zijn.”

“Ik (GGZ-bestuurder) zit aan tafel met vier haantjes (ziekenhuisbestuurders) die met elkaar concurreren. Ik kijk het aan en mis de inhoudelijke bevlogenheid voor hun 'tent'. Ze willen winnen of op z'n minst niets verliezen. Als bestuurder in de GGZ heb ik niet zo veel invloed. Dat valt behoorlijk tegen. Ik merk dat eigenaarschap voor 'heel de samenleving' verder dan de deur van hun ziekenhuis ook bij deze bestuurders een heikel punt is.”

“Samenwerken moet, maar in de praktijk komt het neer op naar elkaar (ver)wijzen. Er is nauwelijks sprake van netwerkzorg waarbij men samenwerkt en elkaar structureel cliënten gunt. Wel zijn er MDO's waar men mijns inziens samen juist het voorschrijfbeleid en het aantal verwijzingen naar 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijnszorg opschroeven”.

“Het lijkt nogal op een koehandel welke plannen we wel en niet indienen bij de zorgverzekeraar. Inhoudelijke argumenten en kritische verdiepende vragen worden doodgeslagen door de voorzitter van onze ROAZ”.

“Op het samenwerkingsplatform voor huisartsen waar ik werk, werkt eigenlijk niemand samen. Er bestaat hier nul besef onder de huisartsen over hun plek en taak binnen de acute zorg. Ziekenhuizen en de VVT hebben een één-tweetje als het gaat om spoedbedden. De huisartsen staan erbij en kijken ernaar”.

“Gemeenten hebben een belangrijk rol bij IZA, maar in hoeverre ze die zien of nemen is zeer verschillend. Veel geld gaat op aan riolering en bestrating. Gemeenten zijn niet innovatief. Ik zie ze als budgettaire randrekenaars. Ravijnjaar 2026 komt eraan. Vanaf dat jaar is voor alles te weinig geld”.

Verantwoordelijkheid nemen betekent dat je voorbij de belangen van je eigen organisatie kunt en durft te kijken (en te handelen).

## HERKEN DE ‘RED FLAGS’: NARCISME – CODEPENDENCY

De macht en onmacht die er in de onderstroom van onze zorg en samenleving bestaat, heeft vele gezichten, maar vaak ook een verborgen masker. “Je ziet het pas als je het doorhebt”, zei Johan Cruijff. En dan ben je vaak te laat om het tij te keren.

Bewustzijn over de fasen en verschillende verschijningsvormen van het narcisme-codependency-groepsdenken spectrum is belangrijk om er niet ‘in te trappen’. Voorzien voordat de ‘deal’ gesloten wordt of af te kappen en te doorbreken is een belangrijke helende, neutraliserende aandachtsgebied. In de gesprekken over IZA wordt veelvuldig aangegeven dat “de verleiding groot was, maar dat al gauw bleek dat de verhoudingen binnen IZA de zorgsector juist klem zette”. **Red flag!**

Verleiding, dwang, verwarring zaaien, mistig doen, bondjes vormen, meeliften, parasiteren, dubbele agenda’s hebben... het past allemaal in deze dynamiek. Onderstaande vijf fasen geven helderheid over hoe narcisme-codependency werkt en hoe dat leidt tot groepsdenken (zie ook thema V). Daar waar ‘hij’ staat, is ‘zij’ ook op z’n plaats. Deze fasen zijn afkomstig van Alice Vlottes (2021) die een boek schreef over narcisme in organisaties.

### FASE 1: Wittebroodsweken

Mensen met een narcistische stoornis maken in eerste instantie een verpletterende indruk, waardoor de verwachtingen hooggespannen raken. Grootse en inspirerende ideeën worden afgewisseld met humor en zelfvertrouwen. Gewichtige taal geeft een vleug diepgang aan wat hij zegt. De goede verstaander hoort vooral ‘holle frasen’ en ziet dat de narcist zijn imago aan het opbouwen is door bewondering te willen oogsten. Enerzijds door anderen en de organisatie op een voetstuk te zetten, anderzijds door zichzelf op de voorgrond te zetten. Deze eerste fase is er daarom één met dubbele boodschappen. Hij zal in deze periode mensen opdelen in twee categorieën: de vazallen en de criticasters, waarbij de vazallen de leuke klussen krijgen en de criticasters worden genegeerd.

“IZA werd gebracht met veel spiegeltjes en kraaltjes. Nee zeggen was eigenlijk geen optie”

### FASE 2: De twijfel slaat toe

De euforie van de eerste fase verdwijnt, doordat het steeds vaker opvalt dat een narcist een web weeft om zijn prooien in te lokken door bepaalde mensen te vleien en anderen juist niet. De verdeel- en heerstactiek. Ook de eerste scheurtjes in het masker vallen op, wanneer het gebrek aan empathie zichtbaar wordt. Harteloosheid, het en plein public infantiliseren van mensen om zichzelf te verheffen en anderen te kleineren. Vage beloftes van de leider worden beantwoord met afhankelijk afwachtend en volgend gedrag. Tegen beter weten in krijgt hij het voordeel van de twijfel uit angst om iets te missen of voor agressie en repressie. Zo wordt

(vrijwel) iedereen medeverantwoordelijk voor het ophouden van de schone schijn. De vazallen echter voelen hun macht groeien nu ze dichterbij de narcist staan dan ooit. Het schitterende beeld breekt af in deze fase, omdat hij regelmatig te laat komt, onbereikbaar en afwezig is.

“Vele regio’s soebatten al bijna twee jaar met elkaar en met de zorgverzekeraar. Zij zijn veel tijd, geld en energie kwijt, zonder zichtbaar resultaat.”

“Het duurt soms wel zes weken voor we de resultaten van de ‘sneltoets’ terug krijgen”.

Vertragen, zwijgen en ‘iemand laten hangen’ kan een vorm van bewust tegenwerken zijn. In hoeverre er sprake is van onwetendheid, onderbezetting, onverschilligheid of opzet is een vraagstuk dat aandacht verdient, gezien de andere onderstromen en verwickelingen die met IZA zichtbaar worden.

### **FASE 3: Holle frasen, leugens en verdraaiingen**

De leugens en verdraaiingen van feiten komen uit. De aanvankelijke twijfel maakt plaats voor desillusie. Het team voelt een diepe ontgoocheling, na de aanvankelijke blijdschap. Omdat de macht van de narcist afneemt, neemt door machteloosheid en controledwang de extremiteit van zijn gedrag toe. Toenemende arrogantie en grootheidswaan, anderen kleineren en diskwalificeren, buitensluiten, manipuleren, verraad, verdeel en heers, insinuaties, roddel, exploitatie, pronken met andermans veren, wispelturigheid en onberekenbaarheid, zich boven regels en wetten plaatsen, gebrek aan zelfreflectie. Het team raakt vleugellam, voelt zich onveilig, raakt verdeeld en raakt haar teamspirit en professionaliteit kwijt.

“Er wordt met represailles bedreigd, zoals een boete van €500.000 als we nu stoppen”.

“Ik ervaar dwang bij het samenwerken met externe adviseurs, die soms wel een ton kosten alleen al voor het formuleren van IZA-voorstellen”. NB: ook bedragen á € 1 miljoen euro werden genoemd.

In deze fase verliezen mensen en organisaties die dwang, dreigementen en diskwalificatie toepassen hun gezag.

### **FASE 4: Ontsporing en escalatie**

Het narcistische gedrag wordt nog extremer met meer status en uiterlijk vertoon. De statussymbolen worden duurder, groter en imposanter dan die van de concurrent. Er gebeuren zaken die het daglicht niet kunnen verdragen, zoals fraude en bedrog onder het mom van goedheid. Verdraaiingen van de waarheid halen het nieuws, maar binnen de muren wordt het gedrag intimiderender ‘omdat hij de baas is’. Alles wordt in het werk gesteld om hun zin te krijgen en lokken daarmee anderen met manipulatie in de val. Familieleden, vrienden of een minnares krijgen belangrijke functies binnen de organisatie ‘omdat hij de baas is’. Regels gelden immers niet voor hem. Privébelangen gaan voor die van de organisatie. De controledwang wordt steeds sterker waardoor hij ook steeds grotere risico’s neemt. Het leidt vaak tot faillissementen. Vaak is de immateriële schade groot in deze fase, doordat organisaties vervallen in een zwijgcultuur, omdat het externe netwerk afstand neemt en omdat het personeelsverloop en het ziekteverzuim hoog zijn door de afreken- en angstcultuur.

In hoeverre lopen zorgaanbieders schade op in plaats van dat er juist meer samenwerking en meer transformatiemiddelen vrij komen die een basis kunnen leggen voor meer gezondheid in de regio aan IZA-tafels?

Wie doet het met wie? Wat doen ze? Waarom doen ze dat (zo)?

- Welke directe en indirecte relaties onderhouden verzekeraars of andere systeempartijen met externe consultancybureaus of met bijvoorbeeld politieke partijen, ‘wetenschappelijke bureaus’, ‘internationale netwerken’ of de farmaceutische industrie?

- Wie trekt er eigenlijk aan de touwtjes? NB: Google is behulpzaam bij het dieper zoeken naar netwerken en hun belangen.
- Wie verdienen er geld, macht, tijd aan de traagheid waarmee IZA-voorstellen worden ingediend?
- Wie bepaalt het tempo? En wie zijn er in afhankelijkheid aan het afwachten? Hoe is die verhouding ontstaan?
- In hoeverre herken jij het spectrum van narcisme – codependency – in jouw organisatie en in het maatschappelijk veld? In hoeverre voel je je een slachtoffer van de situatie, een 'handlanger', een 'aanstichter' of een helende leider die balans en helderheid schept?

### FASE 5: Ingrijpen en beëindigen van de relatie

De organisatie heeft in deze fase niets meer te verliezen, want beter wordt het met deze leider niet. Het is 'hij eruit' of zelf opstappen. Strijden heeft geen zin. Onder degenen die blijven zijn er die angst hebben voor de eigen positie, omdat het disfunctioneren van de narcist verbloemt dat ze zelf ook niet adequaat functioneren. Men is bang voor wie en wat hij in zijn val meesleurt. Deze angst kan leiden tot aanvals- en vluchtgedrag en tot bevrozing door leiders in de top en daarmee heel de samenleving, wanneer we het functioneren van de politiek, overheid, media, en de maatschappelijke organisaties beschouwen zoals deze in deze *white paper* aan de orde komen.

Wat zijn de redenen dat VNG uit het IZA-akkoord stapte? Zijn het de bezuiniging op preventieve zorg door het huidige kabinet, of speelt er meer?

In hoeverre is de traagheid waarmee integrale samenwerking in de regio gepaard gaat mede een resultante van 'aanvallend, verschuilend of bevroren leiderschap' van zorgbestuurders, wethouders, bestuurders van belangenorganisaties en kennisinstituten et cetera?

In hoeverre heeft deze traagheid en stroperigheid te maken met het eventuele 'eigen belang/agenda' van het kabinet, de minister, staatssecretarissen en andere sleutelfunctionarissen? Deze vraag komt voort uit de bezorgde vragen die enkele zorgbestuurders eerder in het begin van deze *white paper* stelden over het hogere doel van VWS. Drie van de zorgbestuurders en enkele huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek geven aan dat ze op het punt staan om de IZA-tafels te verlaten. Ze gaan samenwerking in de regio liever aan met elkaar, maar zonder IZA-budget.

#### Van verslavende afhankelijkheid naar integrale verantwoordelijkheid

1. Op welke plek in het spectrum van narcisme – codependency – zeropoint/balans functioneer jij zelf? Welke machten, onderstromen en potentiële tegenmachten zouden een rol kunnen spelen in de vitaliteit van jouw organisatie en de mate van succes bij onderlinge samenwerking?
2. In hoeverre wordt jouw organisatie mede geleid door bijvoorbeeld: 1. bureaucrativering (overheid), 2. instrumentalisering (verzekeraars), 3. politisering (politieke agenda's), 4. medicalisering (farmaceutische industrie), 5. globalisering (WHO, WEF – agenda's) en/of door 6. juridisering (Tuchtrecht, Inspectie (IGJ), Zorgautoriteit, et cetera)?
3. Wat kun jij doen om los te komen van die verwevenheid en eventuele controlemechanismen om de verantwoordelijkheid te nemen voor de vitaliteit van jouw organisatie en de samenwerking in jouw regio?

## AANDACHTSGEBIED IV:

### MOED EN VEERKRACHT ALS BASIS VOOR ROBUUSTE SAMENLEVINGEN

De tegenstelling die bij dit aandachtsgebied aan de orde komt gaat over onderdrukte woede en verdriet versus veerkracht, moed én compassie. Leaders die geregeerd worden door onderdrukte woede en onverwerkt verdriet kunnen grenzeloos de belangen van het grotere geheel 'saboteren', met de beste bedoelingen. Leaders die in balans zijn, handelen met compassie en moed, en altijd ook met heldere grenzen.

**Moed is niet de afwezigheid van angst.  
Moed is angst voelen en toch je hart en je intuïtie volgen.**

Moed zorgt ervoor dat mensen juist die dingen doen waarvan ze weten dat het belangrijk is én spannend. Moedige leaders willen en durven zichzelf te zijn. Authentieke leaders putten vanuit hun innerlijke kracht en innerlijke weten en vergroten zo de veerkracht van het geheel. Het nodigt anderen uit om ook moedige stappen te zetten.

Moedige leaders die een sterke verbinding voelen met hun hart vertrouwen erop dat ze iets voor elkaar krijgen, ook al hebben ze van tevoren geen honderd procent zekerheid. Ze geloven in hun missie en voelen dat ze een taak hebben voor het collectief.

Pre-IZA zijn er al diverse projecten geweest die vooroplopen bij het ontwikkelen van preventieve en zinnige zorg. Zonder vooraf bewijs, maar met een dosis gezond verstand, visie en een warm hart voor de zorg en samenleving zijn deze pionierende zorgprojecten opgezet in de regio in meer of mindere mate met medewerking van hun preferente zorgverzekeraar(s).

Bijvoorbeeld:

- Vitaal Vechtdal
- Project Droom, ziekenhuis Bernhoven
- Huisartsenpraktijk Afferden

Deze projecten werden moedig met passie gestart, vanuit de wijsheid van het hart en met geloof en vertrouwen in de logica ervan. Ze slaagden in hun doelstelling, zoals resp.:

1. Een krachtige samenwerking tussen sociaal domein en eerstelijnszorg, minder verwijzingen naar de tweede lijn
2. Hogere kwaliteit van zorg met minder (na enkele jaren bijna 20%) onnodige verrichtingen binnen het ziekenhuis,
3. Meer tijd voor de patiënt voor gesprekken over zingeving en positieve gezondheid en derhalve minder verwijzingen naar de tweede lijn.

Dergelijke projecten slaagden inhoudelijk (betere zorg) en financieel (doelmatiger zorg), maar hebben uiteindelijk 'last' van perverse controle- en financiële prikkels in het systeem. De preferente verzekeraars waren zeer terughoudend bij het meefinancieren of bij het doorfinancieren, ondanks de voordelen die het voor patiënten, behandelaars en inwoners opleverde.

Deze perverse prikkels leidden tot frustratie bij de initiatiefnemers en trekken de passie en energie en soms ook de levensvatbaarheid uit deze zinnige zorgprojecten. Bernhoven moest bijvoorbeeld stoppen met haar zinnige zorg 'Droom' vanwege de negatieve budgettaire gevolgen. Maar ook bij IZA-initiatieven die logisch en zinnig lijken, trekt de passie weg door de vele KPI's en andere controlemechanismen.

*"In onze regio komen fantastische plannen tot stand doordat we bij elkaar gaan zitten. Maar de verzekeraar gaat bepalen wat er wel en niet door hun kpi-hoepel kan. Zo'n bureaucratisch vehikel slaat de passie uit de initiatieven. Ze zijn vóórschrijvend in plaats van faciliterend. Ook spontane initiatieven die zich ontvouwen tijdens de samenkomsten worden al bij voorbaat afgeschoten door de verzekeraar, omdat ze vooraf niet op de agenda stonden. Onbegrijpelijk."*

“Vroeger kende je je zorgverzekeraar persoonlijk en wist je wat je aan elkaar had. Nu zit er een vrij anoniem persoon tegenover je”.

“We worden geacht om door 80 hoepels te springen, maar bij de 2<sup>e</sup> hoepel ben ik afgehaakt. Ik ben er compleet op leeggelopen, hoe wel de samenwerking met de andere twee zorgbesturen erg leuk was en is. Ik ben meer van ‘Laten we het uitproberen, want we geloven erin’. We gaan dit alsnog doen in een leegstaand schoolgebouw, zonder IZA-gelden”.

“Op sleutelposities zitten vaak risicoaverse bestuurders die liever beheren dan transformeren. Vaak mist bij hen de maatschappelijke missie en betrokkenheid om het heel anders te gaan doen en durven voor de nieuwe generaties. Steeds dezelfde bestuurders worden rondgepompt. We hebben echt nieuwe denkers nodig”.

Een medisch specialist geeft aan dat ook de energie op de werkvloer leegloopt. Wanneer passie verdwijnt, zakt ook de moed in de schoenen.

“Ik merk dat de liefde in de zorg voor hun vak en voor patiëntenzorg daalt onder dokters en verpleegkundigen. De innerlijke leegte neemt toe. Bij artsen en verpleegkundigen zouden de mensen voorop moeten staan en dan pas een protocol. Maar de werkelijkheid is omgekeerd. Er is weinig ruimte voor een echt gesprek”.

### **Moed en veerkracht als basis voor robuuste samenlevingen**

1. Wat gaat er door je heen als je dit artikel leest? Maakt het je bijvoorbeeld boos omdat het te negatief is? Verdrietig of blij door de (h)erkenning? Bang voor de consequenties van wat je nu nog beter ziet? Of maakt het moedig en activeert het je? Elke emotie die het bij je oproept is een uitnodiging om te gaan voelen met de wijsheid van je hart. Mogelijk zet het je aan tot andere, nieuwe stappen?
2. Wat is/was jouw overweging om in de zorgsector te gaan werken? In hoeverre is deze mede ingegeven door gebeurtenissen in jouw leven en/of familiesysteem?
3. Waardoor raak jij gepassioneerd en waarover nooit uitgesproken? Waar liggen jouw unieke kwaliteiten, los van je diploma's en je positie en status? Hoe kun je daarmee nog meer gaan bijdragen aan het grotere geheel?



## AANDACHTSGEBIED V:

### BENUT IEDERS STEM EN HET COLLECTIEVE POTENTIEEL

Het benutten van ieders perspectief en innerlijke wijsheid en waarheid vergroot ieders zeggenschap en de zeggingskracht van heel je organisatie en samenleving. Wanneer mensen op hun innerlijke autoriteit en talenten worden aangesproken, groeien ze. Dat geldt ook voor organisaties en indirect ook de samenleving. Wanneer mensen hun stem niet mogen of durven inzetten ontstaat er als vanzelf een onderstroom van onuitgesproken oordelen, visies en emoties. Het kan er erg moerassig van worden en kan leiden tot een wankel basis voor vitaal bestuur in de samenleving. Deze tegenhanger van zeggenschap en gezamenlijke besluitvorming heeft een naam: groepsdenken.

### GROEPSDENKEN

Groepsdenken (Janis, 1972) is een sociaal psychologisch fenomeen dat voortkomt uit de menselijke behoefte aan harmonie en om deel uit te maken van een winnende groep. Het verlangen om daarbij te horen is zo fundamenteel dat mensen zich tot het uiterste inspannen om het (schijn) veilige groepsgevoel te behouden. Groepsdenken ontstaat doordat leiders - vanuit een blinde controlereflex- handelen, omdat ze het overzicht verliezen maar toch de controle willen behouden over de ontstane situatie. Ze willen koste wat kost de situatie (over)winnen. We zien dit fenomeen bij het 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> aandachtsgebied van deze *white paper*.

Angst over je bestaanszekerheid, angst voor tekort en angst voor de macht van anderen wakkert bij velen ook de angst aan om vrijuit te spreken. Zwijgen en 'volgzaam zijn tegen beter weten in' is een veelvoorkomend irrationeel en dysfunctioneel proces. Groepsdenken komt voor in situaties waarin een irreële angst regeert en waar te weinig kennis bij leiders en groepsleden aanwezig is om adequaat te handelen. Daarnaast ervaren mensen die gevoelig zijn voor groepsdenken zelf nauwelijks financiële gevolgen van het meedoen met de groep.

Het integraal Zorgakkoord leidde ook tot een zekere mate van groepsdenken, hoewel diverse betrokkenen bij deze paper aan hun water voelen dat 'er iets niet klopt'.

**“IZA werd verpakt als doorbraak voor regionale samenwerking, maar in de praktijk hebben we zelf weinig zeggenschap over de invulling van zorgvernieuwing, hoewel het woord zeggenschap 13 x voorkomt in het IZA-beleid”.**

Janis onderscheidt **zeven fasen** met gevaarlijke consequenties voor de organisatievitaliteit, de sociale cohesie en het integer en authentiek functioneren van teams, organisaties en samenlevingen. In hoeverre is er sprake van groepsdenken bij de implementatie van bijvoorbeeld IZA, of bij bijvoorbeeld het digitaliseren van de zorgsector?

- **Fase 1: ik deug, want ik volg.** Mensen hebben de illusie van onkwetsbaarheid. Wanneer je nieuwe beleid en nieuwe regels en protocollen onder het mom van veiligheid of goedheid volgt, kan er niets misgaan. Je raakt er snel van overtuigd het juiste te doen wanneer je doet wat een ander ook doet. Of het nu wel of niet klopt of integer is, staat boven je eigen individuele mening of essentie. Een vraag die hier rijst is: **“Hoe integraal, hoe zorgzaam voor de regio en hoe akkoord is het Integraal Zorgakkoord in de praktijk?”**
- **Fase 2: de groep deugt, ik hoor erbij.** Mensen hebben de diepe overtuiging dat je erbij hoort wanneer je je aan de ongeschreven regels houdt die binnen de cultuur gelden. Je hebt het idee dat groepsbesluiten per definitie ethisch en juist zijn. De groepsdroom staat een rationele overweging van alternatieven in de weg. Met andere woorden: de eigen unieke identiteit wordt bij groepsdenken aan de kant geschoven. Je raakt verwijderd van jezelf.

Een vraag die hier rijst: “In hoeverre kunnen zorginstellingen, en zorgprofessionals de identiteit van hun vakmanschap en professionaliteit waarborgen wanneer ze overspoeld worden door richtlijnen, protocollen en accreditatievoorwaarden?”

- **Fase 3: de realiteit vermijden.** Mensen bagatelliseren de negatieve consequenties van de groepsbesluiten met collectieve rationalisaties en steken hun kop in het zand. Mensen met gegronde bezwaren worden genegeerd en overschaduwd door de homogene opvattingen van de groep. Je vermijdt en zwijgt over controversiële zaken zoals ‘de dood’, ‘averechtere werking’ of ‘stoppen met iets wat geen bestaansrecht heeft’. Voortschrijdend inzicht leg je naast je neer en een omslag in je denken en handelen wordt onmogelijk, want dat betekent dat je schuld, schaamte of schande moet bekennen.  
Het thema dat hieraan raakt is: ‘de medische omerta’ waardoor mensen gaan zwijgen over fouten en misstanden.
- **Fase 4: andersdenkenden ridiculiseren.** Mensen gaan andersdenkenden stereotyperen en ridiculiseren waardoor de andere perspectieven en daardoor de werkelijkheid worden buitengesloten. Er ontstaat een wij-tegen-zijgevoel. De groep als geheel is nauwelijks ontvankelijk voor kritiek van buitenaf en overschat zijn eigen gelijk. De groep onderschat daardoor anderen en heeft een tunnelvisie voor de realiteit, terwijl de financiële strop of het inhoudelijk leegtrekken van je vakmanschap voelbaarder wordt. De vraag die rijst is: “Welke voor- en nadelen zijn er wanneer de wijsheid van een minderheid wordt buitengesloten, op de korte en lange termijn?”
- **Fase 5: zelfcensuur en groepsloyaliteit.** Mensen die vatbaar zijn voor groepsdenken plegen zelfcensuur. Leden uit de groep uiten zelf geen kritiek meer op het door henzelf opgelegde beleid. Onder het mom van groepsloyaliteit en teamspirit houden ze hun mond. Ze willen niemand tot last zijn. Niemand grijpt in, ook al is het beleid erger dan de kwaal. Perverse prikkels met een averechts effect krijgen alle ruimte. Het zwijgen wordt pregnanter.  
De vraag die rijst is: “Welke perverse prikkels zie je mede door IZA zichtbaar worden? Hoe lopen de hazen en in hoeverre gaan de geldstromen in de richting van een gezonde samenleving?”
- **Fase 6: actief tegengestelde geluiden censureren.** De druk wordt verder opgevoerd binnen de groep door anderen actief te censureren en te ridiculiseren. Iedere dissonant voelt zich gedwongen om zijn mond te houden en openlijk de eigen visie in te slikken, uit angst voor represailles. Ondergronds gaan dwarsdenkers verder met het onthullen van hun eigen waarheid.  
Opmerking: “Doordat de dertig interviews voor dit artikel anoniem waren, staan er veel citaten in die binnen de eigen gelederen mogelijk minder helder verwoord worden”.
- **Fase 7: de bubbel spat uiteen.** Het gevoerde beleid houdt geen stand, langzaam dringt door dat het zelfs een tegengesteld en zichzelf vernietigend effect heeft. De bubbel van eensgezindheid valt uiteen, mensen gaan onderhandelen met de realiteit. De morele strijd om het gelijk is ten einde, want men heeft geen gelijk en dat besef dringt ook in het krachtenveld rondom de organisatie door.  
Opmerking: “Diverse geïnterviewden geven aan dat ze werkwijze die met IZA gepaard gaat in hun regio mogelijk de rug gaan toekeren, hoewel ze openstaan voor meer samenwerking. Liever op eigen kosten, dan via IZA”.

Groepsdenken en ‘peer pressure’ is een fenomeen dat diep in de haarvaten van de gezondheidszorg en de samenleving is geslopen. In hoofdstuk/aandachtsgebied V van mijn boek ‘Heel de samenleving’ komen pregnante voorbeelden naar voren waarbij dit fenomeen speelt, zoals de toeslagenaffaire, de COVID-beleidsvoering, in richtlijnencommissies die onder invloed staan van de farmaceutische industrie, en ... zoals uit de interviews voor dit artikel blijkt ook aan IZA-tafels, waar mensen hun mond houden en inschikkelijk zijn ook wanneer er sprake is van ‘verdeel en heers’, perverse prikkels of andere zaken die integrale zorg in de weg staan.

Drie geïnterviewden gaven expliciet aan hoe zij buiten de groepsdenk-bubbel blijven en - succesvol- hun intuïtie volgen.

“Als hoogleraar en arts ben ik vaak buitengesloten. Voor gek verklaard. Ik hoorde er niet bij omdat mijn onderzoek zich richtte op gezonde voeding en leefstijlinterventies in plaats van op medicijnen. Toch kon ik ermee verder, omdat ik mijn onderzoeken kon financieren en wetenschappelijk rechtvaardigen. Ondanks dat stond ik op congressen steevast ik een kleinere congreszaal. Internationaal zijn er gelukkig wel meer gelijk (af-)gestemden, onder andere in de USA. Daar lopen ze ver voorop als het gaat om leefstijlinterventie-geneeskunde.”

“Als zorgbestuurder van een revalidatieziekenhuis heb ik me vanaf het begin gericht op gezond voedsel voor patiënten als belangrijke bijdrage aan hun herstelproces. Dat werd mij door collega-bestuurders en in eerste instantie door enkele revalidatieartsen niet in dank afgenomen. Toch ben ik ermee door gegaan, ook al werd ik niet serieus genomen. Het braakliggende terrein om de kliniek heen bestaat inmiddels uit moestuin, waar ook mensen uit de omliggende buurt werken en van mee-eten. Ook kunnen patiënten er oefeningen doen en worden er gesprekken tussen patiënten en hun psycholoog gevoerd. Nu, tien jaar later, waait de wind de goede richting op en komen mensen van heinde en verre kijken hoe we het hier doen”.

“Sommige plannen die we bespreken bestaan wat mij betreft uit wensdenken. Je kunt er niet op tegen zijn. Maar ik probeer tussen de regels door te lezen en luisteren. Wat lees ik hier nu eigenlijk? Er zit een luchtje aan. Is dit bestuurlijke lulkoek? Maar... Kritische vragen worden aan de IZA-tafel in mijn regio niet op prijs gesteld. IZA is wat mij betreft ‘het nieuwe samenwerken op de oude manier’. Ik ben iemand die niet meeklapt, ik ben een luis in de pels. Ik krijg inmiddels wel wat bijval, maar het wens- en groepsdenken zit hier wel diep in de haarvaten. Ze vinden me niet gezellig, maar ik neem de vrijheid om me uit te spreken.”

#### **Benut het collectieve potentieel met ieders authentieke stem**

1. In hoeverre laat jij je eigen stem horen en geef je ruimte aan (andere) pioniers, voorlopers of wegvoorbereiders van organisatieverandering en maatschappelijke transformatie?
2. In hoeverre is er in jouw organisatie en jouw regio sprake van ‘groepsdenken’? Hoeveel ruimte is er voor anders denkenden, vernieuwers en luizen in de pels?
3. Welk ongekende potentieel in jouw organisatie zie jij en wat zou je willen laten ontstaan? Welke stille krachten verbergen hun wijsheid?

## AANDACHTSGEBIED VI:

### SYSTEMISCHE INTELLIGENTIE VOORKOMT EN GENEEST

Voorkomen is beter dan genezen. Systemische intelligentie is de basis voor het bewust kunnen activeren van het zelfhelende vermogen van mensen, organisaties en bijvoorbeeld een 'zorgsysteem'. Zowel de structuur als de onderlinge relaties dienen op elkaar afgestemd te zijn, oftewel de onderstroom en de bovenstroom zouden elkaar moeten versterken. Bij de implementatie van het integraal zorgakkoord blijkt hoe de bestaande hiërarchische structuren en ongezonde machtsverhoudingen geen ruimte geven aan integrale samenwerking en een gezonde samenleving.

Systemische intelligentie vereenvoudigt en zet de essentie centraal. Maar bij de optuiging van IZA wordt de complexiteit juist verhoogd met interne en externe consultants, vele KPI's, pikordes en vele andere (beschermings- en overlevings-) strategieën. Dat leidt vaak tot averechtse effecten, zodat het integrale zorgakkoord 'verwarring en verdeeldheid' zaait, macht centraal stelt in plaats van zorg, waardoor het aanvankelijke 'akkoord' leidt tot afhaken en ongenoegen.

### SYSTEEMBLINDHEID EN PARALLELPROCESSEN

Parallelprocessen zijn interactiepatronen die als kringen in een vijver op verschillende niveaus in organisaties herhaald worden, zowel op individueel, team-, afdelings- als op organisatieniveau. In de natuur noem je dergelijke terugkerende patronen 'fractalen'. In situaties met gelijkwaardigheid worden dat gezonde patronen, maar waar ongezonde verhoudingen de toon zetten, worden het paralyserende patronen, die open communicatie en authentieke zelfexpressie van mensen in de weg zit. Dat heeft als gevolg dat er situaties ontstaan die je juist had willen voorkomen.

Daarom is het cruciaal voor bestuurders om zelf *awareness* te hebben van systemische intelligentie en deze niet over te laten aan 'derden' van wie je afhankelijk wordt. Bestuurders met inzicht in menselijke processen die nauw contact hebben met hun intuïtie en die durven (bij)sturen zijn in staat om de omgekeerde wereld met averechtse bijwerkingen te helpen herstellen. Leaders zonder systemische intelligentie over onderlinge verbanden en afhankelijkheden zijn in meer of mindere mate systeemblind. Dat leidt tot het lijden van teams, organisaties en in de samenleving. Bestuurders zeiden het volgende:

"Met de visie over IZA is niks mis. Meer preventie, aandacht voor gezondheid. Daar kan niemand op tegen zijn. Maar er zijn ook ingrepen in het systeem nodig. Daar ligt een grote blinde vlek van deze uphill battle".

"Holistisch kijken en handelen kan in dit systeem helemaal niet. De IZA-tafels staan schaakmat".

"Bij de introductie en implementatie van IZA is men er volledig aan voorbij gegaan dat 'het systeem' niet in staat is om integrale zorg in de regio's te ondersteunen".

Pien Naber nam het initiatief om *een white paper* te schrijven met als titel "Waarom zit het systeem vast? Belemmeringen die waardegedreven zorg in de weg staan: een diagnose". Downloaden van de gehele white paper kan via <https://www.linnean.nl/>.

### WEEFFOUTEN IN DE BEKOSTIGINGSSYSTEMATIEK

Pien Naber en de Linnean Werkgroep beschreven de vele vraagstukken die mede voortkomen uit de huidige bekostigingssystematiek van de zorg. In dit artikel beperk ik me tot de financiële paragrafen waar averechtse effecten mee gesorteerd worden, zoals:

- Hoe risicoverevening voor zorgverzekeraars substitutie stimuleert en de logische financiële voordelen van preventieve zorg op afstand zet,
- Hoe prestatiebekostiging een hogere 'productie' stimuleert, in plaats van minder zorg met een hogere effectiviteit,
- Dat geldverstrekkers 'rendementseisen' stellen, die een hoge productie 'eisen'
- Dat DBC-bekostiging onvoldoende rekening houdt met differentiatie van zorg en dat het cherry picking en lemon dropping stimuleert,
- Dat structurele betaaltitels voor transmurale zorg ontbreken, waardoor transmurale zorg financieel onaantrekkelijk is,
- Dat de verworven rechten binnen ziekenhuizen over verdeling van budgetten doelmatige zorg in de weg staan,
- Dat datasystemen niet ontworpen zijn voor zorgpaden
- Dat IT-leveranciers afhankelijkheid (codependency) vergroten met maatwerkoplossingen,
- Dat financiële belangen van farmaceutische en medisch technologische industrie in de haarvaten van de zorgsector zijn doorgedrongen.

Geld, data en kennis is macht. Wanneer je netwerkrelaties en de geldstromen volgt, ontdek je waar 'het systeem' gezonde verhoudingen blokkeert en waar en wie 'handig gebruik van maakt' van andermans onmacht en onwetendheid.

Het zevende en laatste thema in dit artikel gaat over integriteitsvraagstukken waarbij eigen belang, fraude en netwerkcorruptie het zorgveld in z'n greep houdt.

## FIXEN VERSUS HERSTELLEN VAN HET ZELFORGANISERENDE EN HELENDE VERMOGEN

Het oplossen van organisatievraagstukken begint bij de bron van de problemen. Door het afpellen van allerlei verstrikte patronen en het verwijderen van weeffouten kom je bij de kern. Zo'n veelomvattend diagnostisch en heelkundig proces werkt op zichzelf al bewustzijnsverruimend en herstellend. Maar in de zorg werkt men vaak niet aan het zelfhelend vermogen, maar staat een (quick/technocratische) fix centraal. Met alle gevolgen van dien...

"In ons ziekenhuis werken we met HiX". Dat is volgens de website van Chipsoft een 'volledig geïntegreerd en gebruiksvriendelijk totaalsysteem dat patiëntgerichte behandel- en registratieprocessen ondersteunt. De werkstroom en financiële stromen sluiten naadloos op elkaar aan'. Maar een transformatiebegeleider uit een ziekenhuis geeft aan:

"In dit ziekenhuis hebben we ons zelf klemgezet met HiX. Dit systeem en de mensen die eraan werken hebben ontzettend veel macht over de werkprocessen in de zorgsector. Dat geldt ook voor hun concurrerende partij als EPIC overigens. Wanneer we iets in ons werkproces willen veranderen, dan zijn we afhankelijk van de leverancier om die toepassing te veranderen. Transformatie van de zorgsector met technocratische middelen is een farce. Heling en genezing van patiënten is een magische handeling. Wanneer we die magische handeling belemmeren met protocollen en ICT-middelen die ons handelen voorschrijven, verdwijnt de magie".

Magie is een resultante van authenticiteit, creativiteit en vrijheid. Met onnodige complexiteit en verwarring schep je onrust, angst voor fouten en onmacht.

## SYMPTOOMBESTRIJDING OF SYSTEMISCH INTELLIGENT?

Naast bovenstaande weeffouten in het systeem, zien we in de zorgsector dat er een groot gebrek aan systemische intelligentie bestaat. Niet de bron van problemen (zoals dergelijke weeffouten in het systeem, het systeemblind functioneren van bestuurders, artsen, politici et cetera) maar symptomen worden bestreden.

Symptombestrijding heeft helaas altijd een averechts effect, ondanks dat dit vaak met veel goede bedoelingen gepaard gaat. Problemen 'fixen' zonder de onderliggende oorzaak te (h)erkennen, leidt tot het plakken van pleisters op een steeds grotere wordende en dieper liggende wond. Aan de IZA-tafels wordt zichtbaar en voelbaar dat deze strategie de zorgsector heeft verziekt en de samenleving heeft verzwakt.

Organisatiepsycholoog Oscar David ontrafelt in zijn bestseller **Macht!** (2014) de werking van macht aan de hand van een evolutionair model met drie vormen van macht.

- Macht 1.0 primitief en gedreven door instincten van heersen en overheersen.
- Macht 2.0 beheersend op basis van regelgeving en controlemechanismen
- Macht 3.0 transformerend met morele integriteit en toewijding aan een groter geheel

De samenleving verlangt naar fase 3.0, maar functioneert nog veelal als 1.0 en 2.0. Grote groepen mensen ervaren een voortdurend tekort aan primaire en secundaire levensbehoeften, maar realiseren zich niet dat 'voeding' (letterlijk: gezonde voeding en figuurlijk: in de vorm van wijsheid), opvoeding (zichzelf en anderen begrenzen), veiligheid en bescherming (innerlijke rust, acceptatie van de realiteit en zelfaanvaarding) kwaliteiten zijn die ze in zichzelf en met elkaar kunnen aanboren. Ze leggen de verantwoordelijkheid daarvoor echter nog vaak bij anderen, zoals de politiek, de overheid, de bestuurder en bij hun dokter.

## POLITISERING, INSTRUMENTALISERING & MEDICALISERING

In de weerslag daarvan zijn fenomenen als 'politisering', 'instrumentalisering' en 'medicalisering' ontstaan. Het zijn fix-reflexen die zijn ontstaan door de politiek in samenwerking met de overheid, verzekeraars en de farmaceutische industrie. De individuele en collectieve afhankelijkheid neemt toe met deze processen en de autonomie neemt af.

- **Politisering** is het proces waarin steeds meer kwesties binnen het politiek besluitvormingsproces worden getrokken. Het beleid wordt zo afhankelijk van de politieke agenda. Politisering gebeurt op grote schaal met betrekking tot allerlei maatschappelijke vraagstukken zoals zorg en welzijn, politie, monetair beleid et cetera.
- **Instrumentalisering** is het fenomeen dat mensen en instanties het verkrijgen van de beschikbare budgetten en subsidies (**zoals IZA-gelden**) tot doel verheffen in plaats van datgene te doen wat past en hoort binnen de betreffende institutionele context.
- **Medicalisering** is het proces waarbij verschijnselen als ziekte gedefinieerd of als medisch probleem behandeld worden, terwijl dat voorheen vaak niet gebeurde. Welzijnsvraagstukken zijn vaak gemedicaliseerd of gepsychologiseerd en horen niet thuis bij de arts of psycholoog, maar in het sociale netwerk.

Een internist vertelt:

"Een bekend voorbeeld van instrumentalisering komt voor bij de behandeling van kanker. Die dient aan SONCOS normen te voldoen. Dan gaat het bijvoorbeeld om een minimum aantal verrichtingen per chirurg. Om dat minimum te halen, vermoeden wij dat het in meer of mindere mate voorkomt dat er patiënten worden behandeld bij wie er geen significante verbetering van hun gezondheid of levensverwachting is. De SONCOS-normen gaan dan voor op 'zinnige zorg'. Mensen met een eenvoudiger ingreep (bijvoorbeeld behandeling van galstenen) en een langere levensverwachting komen dan op wachtlijsten te staan, terwijl het voor hen juist zinnig is om behandeld te worden."

Dit voorbeeld laat zien dat instrumentalisering leidt tot calculerend gedrag waarbij de doelmatigheid in het geding is. Bij instrumentalisering van subsidies zoals de IZA-gelden, kan er ook een gevaar zijn dat er binnen de gemaakte afspraken gesjoemeld wordt met de uitkomsten, zodat men voldoet aan de eisen. KPI's kunnen bestaan uit bijvoorbeeld:

- Toename van het aantal patiënten dat een bepaald zorgpad kiest
- Toename of juist afname van het aantal consulten bij ziektebeeld X
- Inzet personeel afgenomen met X%
- Kosten van vastgoed afgenomen met X%

Een transformatieconsultant van een zorgverzekeraar vertelt:

“We weten dat het instellen van KPI's kan leiden tot calculerend gedrag en wellicht zelfs tot het buigen van de werkelijkheid om de IZA-gelden te verkrijgen, ook als ze SMART zijn geformuleerd”.

### **Systemische intelligentie voorkomt en geneest; verander de wereld begin bij jezelf**

1. Welke weeffouten in het systeem ervaar jij? Welke financiële perverse prikkels hebben een averechtse werking op de effectiviteit van jouw organisatie en de samenwerking in de regio?
2. In hoeverre ben je bekend met je eigen patronen (mede voortkomend uit je privéleven en familiegeschiedenis)? In hoeverre zie jij vergelijkbare patronen in je organisatie en de regio waar je werkt?
3. NB: wanneer er in jouw organisatie sprake was van reorganisaties, fusies, dreigende faillissementen, geheimen, destructief leiderschap stel jezelf dan de vraag: ‘Wat maakt dat ik deze organisatie / deze regio mag (bege)leiden naar een gezonde organisatie die werkt aan een gezonde samenleving?’

De metafoor ‘Organisaties functioneren als organismen’ van Gareth Morgan (1986) staat centraal in mijn eerste boek ‘**Heel de Organisatie. Vergroot het zelfhelend vermogen van je organisatie**’ (Van Voorn, 2022). Daarin beschrijf ik dat organisaties en/of een gehele (zorg) sector kunnen vatbaar zijn voor ernstige chronische ziektes, psychische problemen en ook infectieziektes. Organisaties die emotioneel, fysiek of spiritueel verzwakt zijn, zijn vatbaar voor machtsmisbruik. Daarover gaat het volgende, zevende, aandachtsgebied.

Organisaties zijn echter ook in staat om te herstellen, te helen en om zich te transformeren, met leiders en professionals die systemisch intelligent zijn.

## AANDACHTSGEBIED VII:

### BLIND VERTROUWEN OF HELDERE TOEWIJDING AAN HEELHEID

Bij dit laatste en zevende aandachtsgebied staat bestuurlijke en beleidsmatige integriteit centraal. Wil je een coherente, inclusieve en gezonde samenleving co-creëren, dan is het van belang om de bron van integriteits-vraagstukken zoals eigen financieel belang, fraude en corruptie in de zorgsector en samenleving onder ogen te zien en aan te pakken. Dat vraagt van toezichthoudende organisaties zelf een zuiver en schoon blazoën.

In 'Heel de Samenleving' (2023) beschreef ik onderzoek van de Rekenkamer. Zij stelt dat de daadkracht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) laag is. Daarnaast blijkt dat er een innige band bestaat tussen de Inspectie en het ministerie die langzaam over de afgelopen tweehonderd jaar. "De inspectie beschermt vooral de Minister en niet de patiënt", schreven Eelke van Ark en Jolien de Vries van Follow the Money in 2022. "De aanvankelijk zelfstandige positie van toezichthoudende dokters verwaterde en in de tweede helft van de twintigste eeuw raakten beleid en toezicht sterker vervlochten. De inspecteurs zijn ambtenaren geworden die - indien nodig- de minister uit de wind houden."

De symbiotische verstrengelingen tussen enerzijds de Inspectie (IGJ) en anderzijds het ministerie is een vorm van politisering. Het leidt ertoe dat instanties als de IGJ zich steeds meer laten leiden door de politieke agenda dan door hun kerntaak. Gepolitiseerde organisaties raken vervreemd van hun essentie en oorspronkelijke intentie en morele kompas.

Integriteitskwesaties komen vaak voort uit onwetendheid en blind vertrouwen in anderen die 'op papier' het beste met ons voor hebben. Mede daardoor -vermoed ik- komen integriteitsvraagstukken veelvuldig voor binnen overheidsgeledingen en in het veld van zorg en welzijn. Waar mensen op z'n kwetsbaarst zijn en waar mensen nog -blind- vertrouwen op de overheid of op hun dokter, verpleegkundige of therapeut, daar vind je misbruik van dat vertrouwen.

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor corruptie in de zorg. In de komende tijd zal die aandacht verder intensiveren, omdat de FIOD integriteitsvraagstukken in de zorg prioriteit gaat geven. De verdenking van corruptie door cardiologen die onder één hoedje speelden met fabrikanten en zo miljoenen verdienden haalde de voorpagina's, en ook de 'mondkapjesdeal' waarbij een voormalige minister van VWS betrokken was heeft de mainstream, alternatieve en *social media* lange tijd beziggehouden. Alles komt uiteindelijk aan het licht...

### FINANCIËEL EIGEN BELANG, ZORGFRAUDE EN NETWERKCORRUPTIE

Willeke Slingerland, lector Weerbare Democratie aan de Hogeschool Saxion, promoveerde in 2018 op het fenomeen 'netwerkcorruptie'. Dat is een vorm van corruptie die het gevolg is van collectief gedrag en groepsmechanismen, zoals groepsdenken. De uitkomst is corrupt zonder dat de individuele handelingen dat per se hoeven te zijn. Netwerkcorruptie ontstaat als mensen op invloedrijke posities elkaar de bal toespelen. Oneigenlijke eigen belangen beïnvloeden hierbij de besluitvorming ten koste van het algemeen belang.

Bij netwerkcorruptie is er vaak een voedingsbodem waarop concrete misstanden en strafbare zaken zich kunnen ontwikkelen met *enablers*. Alice Vlottes noemt ze vazallen (2021). Jan Hein Strop (2022) schreef over hoe de mondkapjesdeal mogelijk werd gemaakt en citeerde Slingerland:

"De mondkapjesdeal (april 2020) is een vorm van netwerkcorruptie. Bij het gunnen van de deal kreeg Van Lienden een vergaande voorkeursbehandeling terwijl het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH), de inkooporganisatie van de overheid, protesteerde. Het protest werd



genegeerd. De inkoop werd niet openbaar aanbesteed, andere leveranciers hadden het nakijken”.

Willeke Slingerland was de eerste die dit fenomeen in literatuur beschreef (Sjerps, 2022) en geeft in haar proefschrift aan dat deze vorm van corruptie ontstaat wanneer het netwerk een exclusief karakter krijgt. “Je hoort erbij, of je wordt buitengesloten. Netwerkcorruptie ontstaat wanneer binnen de groep waarden als loyaliteit, solidariteit en wederkerigheid de absolute norm worden. Leden raken overtuigd van zichzelf en kritische geluiden worden niet geduld, niet van binnenuit en niet van buitenaf. Zo'n netwerk raakt losgezongen van de samenleving”.

Onderstaand enkele voorbeelden waar mogelijk ‘financieel eigen belang’, zelfverrijking en netwerkcorruptie initiatieven voor integrale zorg de das om doet.

### **CASUS: BESTUURSWISSEL LEIDT TOT TERUGTREKING INTEGRAAL ZORGPLAN**

Een strategisch adviseur vertelt dat ze betreurt hoe een regionaal samenwerkingsverband in de kiem gesmoord werd door angst voor positieverlies van een ziekenhuisbestuurder:

“Ruim een jaar geleden werd er een IZA-transformatieplan opgesteld vanuit een ziekenhuis, een VVT zorgorganisatie en een gemeente om een terrein te her-ontwikkelen. Er waren veel andere samenwerkingspartijen bij betrokken, maar drie bovengenoemde waren bestuurlijk trekker. Het plan betrof de bouw van een gezondheidscentrum, een verpleeghuis met geclusterde woningen VPT (volledig pakket thuis, wordt normaliter aangeboden door 1 WLZ aanbieder), vrijesector huur en koopwoningen. Er is een doorberekening gemaakt voor de huurkosten per partij die voor iedere partij akkoord was. Ondertussen deed zich een bestuurswissel voor bij het ziekenhuis. De nieuwe interim bestuurder heeft zich vervolgens terug getrokken bij het uitbesteden van bedden aan de zorgorganisatie, omdat er daarmee minder financiën voor het ziekenhuis binnenkomen...”

### **CASES: CALCULEREND GEDRAG EN ZELFVERRIJKING**

In deze paper wordt meermalen benadrukt dat kritische prestatie indicatoren waarmee de IZA-aanvragen worden ingediend, getoetst op haalbaarheid en ook bij de uitkering van IZA-gelden onderhevig kan zijn aan calculerend en sociaal wenselijk gedrag. Bij dergelijke instrumentalisering staat de KPI centraal in plaats van de kwaliteit van zorg en de onderlinge samenwerking. Dat kan leiden tot ‘beschutting/bescherming van de eigen belangen’ en ook tot ‘over de schutting’ gedrag. Dat is niet integraal, gaat niet over zorgverlening en is meestal ook niet akkoord bij één of meerdere betrokken partijen.

Eerder in deze paper kwamen verschillende cases naar voren waar mogelijk een ‘luchtje aan zit’, bijvoorbeeld de casus waarbij de voorzitter van de ROAZ zelf een consultancybureau in de zorgsector heeft. Een bestuurder vertelt: “Hij gaat vóór bepaalde IZA voorstellen liggen en is schimmig over hoe hij bepaalde voorstellen die wel in zijn straatje passen wil doordrukken”. De kans is aanwezig dat deze -niet geheel onafhankelijke- voorzitter financieel voordeel kan gaan genieten wanneer de IZA-aanvraag in zijn straatje past en geaccepteerd wordt.

### **CASUS: VERMOEDELIJKE NETWERKCORRUPTIE**

In de verhalen die naar voren komen, lijkt het erop dat er zorgverzekeraars bestaan die nauwe banden hebben met externe consultancybureaus die “minimaal € een ton IZA-gelden verkrijgen voor het formuleren van regionale IZA-aanvragen”. Dat terwijl de zorgaanbieders zelf alle investeringen dienen voor te financieren en in meer of mindere mate zijn overgeleverd aan hun verzekeraar die als een “black box al” of niet de IZA-gelden toekent. Als het hen behaagt. Of niet, wanneer er niet aan “het woud aan KPI's” wordt voldaan.

Belangrijke vragen om te stellen zijn bijvoorbeeld:

- Van wie zijn die externe consultancybureaus? Wie werken daar? Waar gaan grote sommen IZA-gelden naar toe?
- Waar staan deze bureaus voor (op papier) en waar zijn ze op tegen? Het lezen van interviews met deze en gene kan opheldering bieden over eventuele verborgen agenda's. In hoeverre is hun strategie en visie op de zorg en samenleving in werkelijkheid in overeenstemming met de grondbeginselen van het Integraal Zorgakkoord?
- Hoe staan zij ten opzichte van preventie, zinnige zorg en voor een gezonde en gelijkwaardige samenleving? Wat is hun track record?
- Welke (indirecte) link hebben ze met andere commerciële organisaties, bijvoorbeeld met de farmaceutische of hulpmiddelenindustrie of NGO's?
- In welk netwerk verkeren sleutelfunctionarissen van dergelijke consultancybureaus (ook)? En wie horen daar nog meer bij? Wie doet het met wie? Denk aan verwevingen met sleutelfunctionarissen tussen:
  - politiek (positiemacht),
  - 'wetenschap' (kennismacht),
  - ICT-leveranciers (datamacht),
  - farmaceutische industrie (medische macht),
  - internationale netwerken / NGO's (globale macht),
  - overheidsorganen en verzekeraars (financiële macht)
  - enzovoorts.

De meer dan dertig interviews deden vermoeden dat er netwerken bestaan waarbij sleutelfunctionarissen elkaar de bal toespelen en in meer of mindere mate bewust de integraliteit van zorg en een gezonde samenleving vertragen of zelfs tegenwerken. Ik heb mijn vermoedens over deze "verhalen met een luchtje" getoetst in diverse nagesprekken met geïnterviewden (Zie ik het goed dat er belangenverstrengelingen zijn?) en met maatschappelijke opstellingen op een inspiratiemiddag en -avond op 27 november 2024 (Hoe ziet het krachtenveld er uit en welke onderstromen worden zichtbaar?). Die middag en avond is mijn vermoeden over **bewuste tegenkrachten** bevestigd.

Er lijken netwerken te bestaan die machtsposities op verschillende 'schaakborden' combineren én die preventieve zorg, regionale samenwerking en/of zinnige zorg in meer of mindere mate bewust tegenwerken. Ze zijn eerder vóór concurrentie, vóór centrale aansturing van de zorgsector, vóór 'gezondheid' via vaccinaties en geneesmiddelen in plaats van via gezonde voeding en een gezonde leefstijl. Ze hebben nauwe verbindingen met het ministerie, 'de wetenschap', de farmaceutische industrie, overheidsadviesorganen en internationale gremia.

De invloed van deze netwerken heeft meerdere lagen, maskers en strategieën. "Je ziet het pas als je het doorhebt". En dan zal de wal het schip keren, want hoe meer bewustzijn er is, hoe minder invloed deze netwerken krijgen en hoe meer creativiteit, hoe meer moed en hoe meer potentieel er vrij komt voor gezonde, energieke systemen.

## TOT SLOT: OP WEG NAAR EEN TOEKOMST MET 'ENERGIEKE SYSTEMEN'

Wat er in Nederland gebeurt op het terrein van zorg en welzijn staat niet op zichzelf. Overal ter wereld worden mensen zich bewust van het functioneren van 'de zorgsector' en hoe zij verstrikt geraakt is met o.a. 'de politiek', de farmaceutische industrie, ICT-leveranciers, en 'de overheid'.

Het wereldwijde Corona-beleid waarbij (ook) dwang en misleiding de toon zetten, de Toeslagenaffaire waarbij de Belastingdienst willens en wetens burgers klemzette, de vermoedelijke netwerkcorruptie rondom de Pensioenwetgeving die Agnes Joseph (SP) op 24 november 2024 naar buiten bracht, de recente (december 2024) motie van Bente Becker (VVD-kamerlid) met onbewust of bewust een racistische ondertoon om 'gegevens over culturele en religieuze normen en waarden van Nederlanders met een migratieachtergrond bij te houden' et cetera.

Deze opsomming van handelwijzen heeft bij velen in de afgelopen jaren de ogen geopend voor wat er voor en achter de schermen gebeurt.

### BEWUSTZIJSVERRUIMING & MOED

De nare bijwerkingen hiervan zijn voor velen evident, maar er zijn ook positieve bijwerkingen van dit macht-gedreven handelen. Patiënten, cliënten en burgers, kortom 'Heel de samenleving' worden zich bewust en velen willen en gaan zelf verantwoordelijkheid nemen en zich uitspreken. Deze *white paper* valt ook in de categorie 'burgerparticipatie'.

Ook het Integraal ZorgAkkoord (IZA) heeft zo'n ontrafelend en bewustzijnsverruimend effect. Door de bureaucratische aanpak die veel geld en tijd verslindt groeit het gevoel dat "er iets niet klopt". Dat leidt tot meer initiatief en daadkracht in de regio's en tot minder vertrouwen en afstand nemen van ongezonde afhankelijkheid (*codependency*) van 'het systeem'. In sommige regio's neemt men afstand van de IZA-gelden en gaan ze samen aan de slag met integrale zorg en welzijn voor de regio.

### PROFESSIONELE INTEGRITEIT

De voortdurende uitstroom van personeel in de reguliere zorg- en welzijnsorganisaties is ook een teken aan de wand dat de gevestigde orde aan het kortste einde trekt. Zorgprofessionals keren zich meer en meer af van de geprotocolleerde en data- gedreven zorgpaden en farmaceutisch gedreven richtlijnen. Professionele integriteit is schier onmogelijk geworden in bestaande hiërarchisch gedreven organisaties, waar accreditaties, richtlijnen, ICT-systemen en protocollen bepalen hoe er zorg verleend moet worden én waar het politieke spel, ongezonde afhankelijkheden, systeemblindheid, onwetendheid, onkunde en misschien ook opzettelijkheid op bestuurs- en beleidsniveau te vaak de toon zetten. In het zesde en zevende aandachtsgebied van deze paper beschreef ik waar deze vermoedens op gestoeld zijn.

Zorgprofessionals die zich distantiëren van de gevestigde orde kiezen voor de passie en hun wijsheid waarmee zij ooit zijn begonnen aan hun studie en loopbaan. Het innerlijk weten, creatieve en innovatieve krachten van professionals krijgen veel meer ruimte in energieke organisaties waar gelijkwaardigheid, zeggenschap, creativiteit, liefde en integriteit de waarden zijn waarmee -echt- kan worden samengewerkt. De opkomst van leefstijlgeneeskunde, integratieve zorg, digitale health, een bewustere voedingsindustrie... Er zijn inmiddels talloze voorbeelden waarbij passie en wijsheid en zelf- en samenredzaamheid de insteek zijn.

Zelf zal ik ook afstand gaan nemen van het werken met en voor leiders en organisaties die horen bij de gevestigde orde. Ik heb veel tijd en energie gestoken in het creëren van bewustzijn over narcisme, *codependency*, groepsdenken en onderstromen. In de tweede helft van mijn loopbaan ga ik me richten op een 'Nieuwe Wereld'.

## VAN 'HEALING TOXIC SYSTEMS' → NAAR CREËREN VAN 'ENERGETIC SYSTEMS'

### ZIEKE SYSTEMEN

In de afgelopen 27 jaar heb ik er mijn werk van gemaakt om bestaande netwerken van de gevestigde orde te leren begrijpen en doorgronden, omdat ik vaak de logica miste en aan mijn water aanvoelde dat "het niet klopte" met de essentie en met het hogere doel van de organisatie. Ik werkte vanaf 1997 eerst in en vanaf 2011 als zelfstandige voor organisaties waar de gang van zaken een averechtse werking had. Het bracht me ertoe om dieper te graven naar de betekenis en de oorsprong van dynamieken die het tegenovergestelde creëren van wat men zegt te willen. Dat resulteerde erin dat ik nu - *in a split second*- doorzie hoe boven- en ondergrondse netwerksporen lopen en hoe dat 'heel de zorg en samenleving' ziek maakt en verlamt. In schreef er twee boeken over en deze *white paper*.

### ENERGETIC SYSTEMS

Voor de aankomende 27 jaar neem ik mij voor om deze expertise en mijn inzichten over gezonde systemen te richten op de kracht van gezonde, evenwichtige en eerlijke verbindingen met natuurlijke en logische structuren. Mijn werk zal daardoor een accentverschuiving krijgen van 'analyse, diagnose en behandeling' (healing) van organisatie- en samenlevingsvraagstukken naar meer en meer co-creatie van gezonde en gelijkwaardige structuren, ofwel een 'Nieuwe Wereld' gezamenlijk met andere 'Nieuwetijdsleiders'.

Vaak zijn dit leiders, beleidsmakers en professionals die tot nu toe meer in de luwte stonden en vooral willen bijdragen aan écht gezonde, eerlijke en voor de aarde en de mensheid duurzame producten en service aan elkaar. Zij willen werken zonder marketingstrategieën als *greenwashing*, *SDG-washing* of andere vormen van *window-dressing* en misbruik van macht, middelen en vertrouwen.

Ik bied mijn kennis en wijsheid aan voor leiders en professionals die niet in oude valkuilen willen stappen. Energetic systems hebben natuurlijke ritmes, geometrische organisatiestructuren, circulaire overlegstructuren en werken met een hogere frequentie (vertrouwen) dan de huidige (angst/controle). Ze zijn diep geworteld in hun eigen missie en blauwdruk vóór een grotere geheel. Ze kunnen daardoor veel bereiken wanneer ze hun zuiverheid behouden en het goede voort blijven leven.

Ik begeleid graag nieuwwetijdsleiders die hun bestaande of nieuwe organisaties willen ontwikkelen en inrichten op basis van deze drie kernwaarden: **eenvoudig, energiek, evolutionair**.

Marieke van Voorn  
Amersfoort, 12 december 2024

[marieke@healingleaders.org](mailto:marieke@healingleaders.org)  
INSTA: EnergeticSystems.EARTH