

# SAMEN WERKEN AAN GEZONDHEID, SAMEN ZORGEN BIJ ZIEKTE



Intreerede Lector Marloes Kleinjan  
LECTORAAT WENDBAAR SAMENWERKEN AAN GEZONDHEID

OPEN UP NEW HORIZONS.

HAN UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

# COLOFON

HAN University of Applied Science, Academie Gezondheid en Vitaliteit  
Lectoraat Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid  
[www.han.nl/onderzoek/lectoraten/lectoraat-wendbaar-samenwerken-aan-gezondheid/](http://www.han.nl/onderzoek/lectoraten/lectoraat-wendbaar-samenwerken-aan-gezondheid/)

Dr. Marloes Kleinjan  
Marloes.kleinjan@han.nl

## VORMGEVING

HAN Studio MC - Roswitha Teerink

## FOTOGRAFIE

Voorant, Istock, 2176655926, credits Dejan Marjanovic  
Proloog, Istock, 1183994081, credits JulieAnneBirch  
H1, Istock, 637815704, credits Carsaguru  
H2, Istock, 1027938356, credits Pekic  
H3, Getty Images, credits Solstock  
H4, Onbekend  
Pg 43, Istock, 1659423820, credits SolStock  
H5, Istock, 531612189, credits JanPietruska  
H6, Istock, 2256223802, credits Minet Zahirovic  
Pg 58/59, Istock, 459000933, credits Bilgehan Yilmaz  
H7, Istock, 468482500, Maxiphoto  
Epiloog, Istock, 2197811735, credits Le Manna  
Referenties, Istock 1177835133, credits smolaw11  
Dankwoord, Istock 1473155461, credits Peopleimages  
Foto's onderzoekers: Rob Gieling

Uitgave HAN University of Applied Sciences Press, Arnhem, 11 juni 2026.

@Alles uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotografie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur, mits er zorgvuldig wordt verwezen naar de auteur (Kleinjan, M. Samen werken aan Gezondheid, Samen zorgen bij ziekte. Lectorale rede. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; 11 juni 2026).

# INHOUD

<b>COLOFON</b>	<b>2</b>
<b>PROLOOG</b>	<b>6</b>
Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid	6
<b>HOOFDSTUK 1: ZORG, GEZONDHEID EN DE MENSELIJKE MAAT</b>	<b>9</b>
De urgentie: de houdbaarheid van zorg onder druk	10
Meer zorg, minder gezondheid? Een systeemparadox	11
De verschuiving die nodig is	14
Organiseren doet ertoe	14
<b>HOOFDSTUK 2: DRIE BEWEGINGEN DIE SAMEN NODIG ZIJN</b>	<b>17</b>
Waarom één oplossing niet bestaat	17
Van complexiteit naar samenhang: drie noodzakelijke bewegingen	18
I    Zorg ontstaat in gemeenschappen	19
II   Gezondheid ontstaat in het dagelijks leven	20
III  Systemen moeten leren meebewegen	21
Drie draden in één weefsel	23
<b>HOOFDSTUK 3: ZORGZAME GEMEENSCHAPPEN IN DE PRAKTIJK</b>	<b>25</b>
Verdieping onderzoekslijn 1: Zorgzame Gemeenschappen in Co-creatie	25
Zorg voor elkaar begint vóór de zorg	26
Wederkerigheid in plaats van afhankelijkheid	27
Van lokale betrokkenheid naar duurzame structuren	28
Voorzorgcirkels: zorgen vóórdat het nodig is	30
Co-creatie als werkprincipe	31
De kwetsbaarheid van het informele	32
<b>HOOFDSTUK 4: GEZONDHEID ALS COLLECTIEVE OPGAVE</b>	<b>35</b>
Verdieping onderzoekslijn 2: Gezondheidsbevordering in Leefomgeving en Zorg	35
Van individuele keuze naar maatschappelijke context	35
Positieve gezondheid als verbindend perspectief	36
Geen óf-óf maar én-én: waarom preventie en zorg elkaar versterken	37
Gezondheidsbevordering in de leefomgeving én de zorg	38
Fit4Surgery: gezondheid vóór de ingreep, met effect erna	40
Duurzaam Gezond: herstel als dagelijks werk in huis en wijk	41

Collectieve preventie en rechtvaardigheid	41
De verbinding met zorgzame gemeenschappen en systemen	42
<b>HOOFDSTUK 5: MEEBEWEGENDE SYSTEMEN</b>	<b>45</b>
Verdieping onderzoekslijn 3: Systeem- en structuurverandering binnen de gezondheidszorg	45
Het probleem zit niet in de intentie, maar in de inrichting	46
Alternatieven als motor van verandering	46
Samenwerking vraagt om andere vormen van organiseren	47
Leren en innoveren	48
Participatie als structureel vraagstuk: het MOVE-project	49
Wijknetwerken Arnhem: systeemvernieuwing in gelijkwaardige samenwerking	50
Wendbaarheid als systeemkwaliteit	51
Afsluiting: terug naar de inwoner	51
<b>HOOFDSTUK 6: DE REIS IS BELANGRIJKER DAN DE BESTEMMING</b>	<b>54</b>
Zorg en gezondheid als complexe systemen	54
De illusie van controle	55
Onzekerheid als gegeven, niet als tekort	55
Waarden als kompas	56
Kleine stappen, grote betekenis	56
Samen onderweg: meervoudige perspectieven	57
De rol van het lectoraat: reisgenoot en spiegel	57
Onderweg blijven leren	58
<b>HOOFDSTUK 7: DE ROL VAN HET LECTORAAT: TUSSEN WETEN EN DOEN</b>	<b>60</b>
Geen afstand, maar betrokken nabijheid	60
Onderzoek als gezamenlijke leerpraktijk	61
Reflexief monitoren	61
Onderwijs als oefenruimte voor complexiteit	62
Labs en leerwerkplaatsen als ruimte voor experiment en gezamenlijk leren	62
Interprofessioneel leren als noodzaak, niet als extra	63
Praktijkpartners als gelijkwaardige partners	64
Normativiteit expliciet maken	64
Tussen systeem en leefwereld	64
Het lectoraat als hoeder van het ongemak	65
Samen verder, zonder eindpunt	65

<b>EPILOOG</b>	<b>67</b>
Samen onderweg	67
<b>REFERENTIES</b>	<b>71</b>
Verklaring gebruik gen AI bij het schrijfproces	77
<b>DANKWOORD</b>	<b>79</b>
<b>SENIOR ONDERZOEKERS</b>	<b>82</b>
Geert Rutten	82
Joost Seeger	82
Noortje van Duijnhoven	82



# PROLOOG

## WENDBAAR SAMENWERKEN AAN GEZONDHEID

Stel je een wereld voor waarin niemand de zorg alleen draagt.

Niet de verpleegkundige die 's nachts een afdeling draaiende houdt.

Niet de mantelzorger die zijn moeder helpt opstaan.

Niet de huisarts die dagelijks afwegingen maakt in een overvol spreekuur.

Maar ook niet de inwoner die probeert gezond te blijven in een omgeving die dat niet altijd even makkelijk maakt.

Zorg en gezondheid bestaan niet afzonderlijk van elkaar. Ze ontstaan tussen mensen. In relaties, in gezinnen, in buurten, in netwerken en in systemen die elkaar raken, versterken of juist tegenwerken. Toch hebben we gezondheid en zorg decennialang georganiseerd alsof ze los van elkaar kunnen bestaan. Alsof gezondheid maakbaar is binnen instellingen. Alsof verantwoordelijkheid netjes te verdelen is over domeinen, wetten en financieringsstromen.

Dat model kraakt. Niet omdat professionals tekortschieten. Integendeel. Dagelijks zetten zij zich met enorme betrokkenheid en vakmanschap in. Het kraakt omdat de opgaven zijn veranderd, terwijl de structuren grotendeels hetzelfde zijn gebleven. De samenleving vergrijst, de zorgvraag neemt toe, het personeelstekort groeit en gezondheidsverschillen blijven hardnekkig bestaan. Tegelijkertijd verwachten we, terecht, dat zorg menselijk, toegankelijk en betaalbaar blijft en dat grote gezondheidsverschillen verdwijnen. Juist die verwachting maakt zichtbaar dat de huidige manier van organiseren tekortschiet. Wat we steeds scherper zien: deze opgaven laten zich niet oplossen binnen één organisatie, één sector of één professie. Ze vragen om beweging. Om samenwerking die verder gaat dan afstemming. Om wendbaarheid.

Wendbaarheid betekent niet voortdurend veranderen om het veranderen.

Het betekent het vermogen om mee te bewegen met wat mensen nodig hebben - vandaag én morgen. Het vraagt om samenwerking waarin verantwoordelijkheid gedeeld wordt, waarin professionals, inwoners, beleidsmakers en onderzoekers elkaar niet zien als schakels in een keten, maar als partners in een netwerk.

Tussen zorg en welzijn.  
Tussen formeel en informeel.  
Tussen beleid en dagelijkse praktijk.  
Tussen wat nu werkt en wat morgen nodig is.

Daarom kiezen wij voor ons lectoraat een nieuwe naam. *Van Organisatie van Zorg en Dienstverlening* naar *Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid*. Deze naam markeert geen cosmetische wijziging, maar een inhoudelijke positionering. Ze verwoordt waar deze tijd om vraagt en waar dit lectoraat voor staat. Niet langer organiseren rond de zorg alleen, maar samen werken aan gezondheid. Niet vanuit vaste zekerheden, maar vanuit beweging. Niet alleen, maar samen.

De missie die dit lectoraat al langer draagt: *Samen werken aan gezondheid, samen zorgen bij ziekte*, krijgt in deze naam expliciet handen en voeten. Gezondheid en zorg worden niet langer gezien als gescheiden werelden, maar als één samenhangend geheel. Zorg is nodig wanneer ziekte zich aandient, maar goede gezondheid ontstaat veel eerder en veel breder: in de leefomgeving, in relaties, in betekenisvol meedoen.

Deze intreerede markeert een overgang. Niet alleen van een nieuwe lectoraatsperiode, maar van een manier van denken. Het is geen eindpunt en geen blauwdruk. Het is een uitnodiging. Om samen op reis te gaan. Om vragen te stellen, perspectieven te verbinden en ruimte te maken voor nieuwe vormen van samenwerken.

Want zorgen doe je niet alleen. En werken aan gezondheid al helemaal niet.



# HOOFDSTUK 1: ZORG, GEZONDHEID EN DE MENSELIJKE MAAT

Zorg is zo oud als de mens zelf. Lang voordat er ziekenhuizen, indicaties of zorgstelsels bestonden, zorgden mensen al voor elkaar. Voor kinderen, ouderen, zieken en gewonden. In families, in gemeenschappen, in onderlinge afhankelijkheid. Antropologisch en historisch onderzoek laat zien dat zorgen voor kwetsbaren geen bijzaak was, maar een fundamenteel kenmerk van menselijk samenleven (Tronto, 2013; Berger, 2022). In de loop van de geschiedenis is die zorg steeds verder geprofessionaliseerd en geïnstitutionaliseerd.

Met de opkomst van medische wetenschap, de verzorgingsstaat en collectieve voorzieningen werd zorg in toenemende mate een publieke verantwoordelijkheid en een sector met beroepen. Dat heeft veel gebracht: betere behandelingen, een sterk toegenomen levensverwachting en een grotere toegankelijkheid van zorg voor brede groepen in de samenleving (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021). Deze ontwikkeling vormt een van de grote verworvenheden van de moderne samenleving. Tegelijkertijd heeft deze professionalisering ook invloed gehad op hoe we zorg en gezondheid zijn gaan begrijpen. Zorg werd steeds sterker verbonden aan ziekte, behandeling en herstel binnen professionele settings. Gezondheid werd impliciet iets wat je 'hebt' zolang je geen zorg nodig hebt. De alledaagse praktijk van zorgen voor elkaar, binnen gezinnen, in buurten en sociale netwerken, raakte daardoor meer op de achtergrond (Illich, 1975, Conrad, 1992; Conrad & Bergey, 2015).

Die scheiding tussen gezondheid en zorg is echter kunstmatig. In het leven van mensen lopen zorg en gezondheid voortdurend door elkaar heen. Gezondheid ontstaat niet pas wanneer zorg begint; zorg stopt niet wanneer iemand weer 'gezond' is. Gezondheid wordt gevormd in relaties, in betekenisvol meedoen, in veiligheid en bestaanszekerheid. En zorg is niet alleen een professionele handeling, maar ook een sociale en morele praktijk: aandacht hebben voor elkaar, nabij zijn en verantwoordelijkheid delen (Huber et al., 2011). Juist in de huidige tijd wordt opnieuw zichtbaar hoe fundamenteel die verbondenheid is.

De toenemende druk op de formele zorg laat zien dat zorg nooit uitsluitend door professionals gedragen kan worden. Tegelijkertijd maken hardnekkige gezondheidsverschillen duidelijk dat gezondheid niet los kan worden gezien van de omstandigheden waarin mensen leven. Zorg en gezondheid zijn geen afzonderlijke werelden, maar twee kanten van dezelfde menselijke werkelijkheid (Marmot, 2010; Marmot et al., 2020). Deze historische beweging van informele zorg naar professionele zorg, en nu naar een hernieuwde zoektocht naar samenhang waarin beide opnieuw schouder aan schouder staan, vormt de achtergrond van dit hoofdstuk. Niet om terug te verlangen naar vroeger, maar om te erkennen dat zorg altijd relationeel is geweest. En dat een toekomstbestendige benadering van zorg en gezondheid vraagt om het opnieuw verbinden van wat lange tijd uit elkaar is gegroeid (WHO, 2016).

Van daaruit wordt in dit hoofdstuk de urgentie zichtbaar: waarom het huidige systeem onder druk staat, en waarom een andere manier van denken, organiseren en samenwerken noodzakelijk is.

## **DE URGENTIE: DE HOUDBAARHEID VAN ZORG ONDER DRUK**

Wie vandaag de dag de zorg van dichtbij meemaakt, als professional, beleidsmaker, inwoner of naaste, voelt het bijna lichamelijk: de rek is eruit. Wachttijden lopen op, werkdruk neemt toe, vacatures blijven openstaan en tegelijkertijd wordt de zorgvraag complexer. Deze ervaringen worden bevestigd door vrijwel alle recente analyses van de Nederlandse zorg (e.g. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2024; Nederlandse Zorgautoriteit, 2025).

Zonder ingrijpende veranderingen groeit het tekort aan zorgprofessionals de komende jaren fors. Prognoses laten zien dat, wanneer het systeem ongewijzigd blijft, het personeelstekort zich zal ontwikkelen tot een structureel knelpunt voor de toegankelijkheid van zorg (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025). Zo wordt verwacht dat in 2040 één op de vier werkenden nodig zou zijn om in de zorg te werken om de toenemende vraag op te vangen. Tegelijkertijd neemt het aantal mensen met meerdere, vaak samenhangende gezondheidsproblemen toe, mede door de dubbele vergrijzing: niet alleen groeit het aandeel 65-plussers, ook het aantal 80-plussers stijgt sterk en daarmee de complexiteit van de zorgvraag (Rijksinstituut voor

Volksgezondheid en Milieu & NIVEL, 2026; Volksgezondheid & Zorginfo/CBS, 2026). Chronische aandoeningen gaan steeds vaker gepaard met

psychosociale problematiek, zoals eenzaamheid, financiële zorgen en beperkte bestaanszekerheid (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2024). Deze ontwikkelingen maken zichtbaar wat lange tijd minder expliciet werd benoemd: het huidige zorg- en ondersteuningssysteem is primair ontworpen rond ziekte en behandeling, niet rond het leven van mensen. Het is sterk geïnstitutionaliseerd en georganiseerd in afzonderlijke domeinen, met eigen logica's, financieringsstromen en verantwoordingsstructuren. Dat leidt tot versnippering, zowel voor inwoners als voor professionals (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021). Veel zorg is daardoor niet passend.

Niet omdat zorg niet professioneel of zorgvuldig wordt uitgevoerd, maar omdat zij onvoldoende aansluit bij wat mensen werkelijk nodig hebben. Mensen bewegen zich niet in lijnen of ketens; hun leven voltrekt zich gelijktijdig op meerdere terreinen. Wanneer zorgvragen worden opgeknipt in afzonderlijke trajecten, gaat samenhang verloren. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid wijst er in dit verband op dat het huidige stelsel tekortschiet in het bieden van samenhangende ondersteuning bij complexe problemen (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021).

Voor professionals betekent dit dat zij steeds vaker proberen te compenseren voor systeemgrenzen. Huisartsen zien sociale problematiek op het spreekuur die buiten hun medische domein valt, en wijkverpleegkundigen besteden een groeiend deel van hun tijd aan het afstemmen met andere organisaties omdat ondersteuning versnipperd is. Juist doordat professionals deze gaten proberen te dichten, verschuift de druk vaak onbedoeld naar de informele zorg: mantelzorgers raken overbelast wanneer formele en informele ondersteuning onvoldoende op elkaar aansluiten. Wat zorgprofessionals dagelijks ervaren, werkt daarmee direct door in het leven van mantelzorgers. Deze ervaringen zijn geen incidenten, maar structurele signalen (o.a. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2024; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2023).

## **MEER ZORG, MINDER GEZONDHEID? EEN SYSTEEMPARADOX**

Steeds duidelijker wordt dat gezondheid niet uitsluitend het resultaat is van medische zorg. Factoren zoals opleiding, inkomen, woonomgeving, sociale relaties en zingeving hebben een aantoonbare invloed op gezondheid en levensverwachting (Huber et al, 2011; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en

Milieu, 2024). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2024) laat zien dat gezondheidsverschillen tussen groepen groot blijven en slechts beperkt afnemen. In Nederland zijn de kansen op een lang en gezond leven ongelijk verdeeld. Mensen met een lager inkomen bereiken gemiddeld een kortere levensduur en krijgen eerder in hun leven te maken met gezondheidsproblemen dan mensen met een hoger inkomen. Het verschil in levensverwachting tussen deze groepen bedraagt gemiddeld 7,7 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). Daarnaast hangt gezondheid samen met het opleidingsniveau. Personen met maximaal een mbo-2-opleiding leven gemiddeld 5,2 jaar korter dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2024). Deze ongelijkheden worden aangeduid als sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Niet alleen de totale levensverwachting verschilt, ook de gezonde levensverwachting laat duidelijke verschillen zien. Naarmate het inkomen hoger is, neemt ook het aantal jaren dat mensen in goede ervaren gezondheid leven toe. Concreet betekent dit dat mensen met een laag inkomen gemiddeld meer dan 21 jaar minder in goede gezondheid leven dan mensen met een hoog inkomen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022).

Dat schuurt, want als we zoveel investeren in zorg maar de kloof nauwelijks kleiner wordt, dringen zich onvermijdelijk fundamentele vragen op: waarom leidt meer zorg niet tot evenredig meer gezondheidswinst, en waarom blijft die winst ongelijk verdeeld?

Een belangrijk deel van het antwoord ligt in de manier waarop het systeem is ingericht. We richten middelen en aandacht vooral op zorg na het ontstaan van ziekte; op behandeling en op opvang. De oorzaken die voor het zorgcontact spelen zoals bijvoorbeeld armoede, wonen, werk, sociale steun, krijgen relatief weinig aandacht. Die focus op zorg is begrijpelijk, maar ook eenzijdig. Tegelijkertijd functioneren financiële drempels als een extra mechanisme dat juist vroege en passende zorg belemmert: mensen mijden regelmatig noodzakelijke zorg omdat zij het eigen risico of aanvullende betalingen niet kunnen opbrengen. Dit geldt niet alleen voor huisartsbezoeken of medicatie, maar ook voor vormen van zorg die slechts deels vergoed worden, waaronder fysiotherapie, tandzorg en ggz, wat leidt tot uitstel en verergering van klachten. Daarbij komt dat zorg steeds vaker zo is ingericht dat zij een groot beroep doet op het vermogen van mensen om informatie te begrijpen, administratieve handelingen te verrichten en met digitale systemen om te gaan. Voor mensen met beperkte taal- of digita-

le vaardigheden vormt dit een aanvullende drempel, waardoor zij zorg minder goed weten te vinden, te begrijpen en effectief te benutten. Bovendien zijn het vooral groepen met een hogere sociaaleconomische positie die in staat zijn zorg buiten het basispakket zelf te bekostigen, zoals preventieve screenings of afslankmedicatie als Ozempic, waardoor gezondheidswinst opnieuw ongelijk verdeeld raakt. Wanneer zorg daarnaast onvoldoende toegankelijk en begrijpelijk is ingericht, versterken financiële drempels en verschillen in onderwijs, inkomen en vaardigheden elkaar, waardoor bestaande sociaaleconomische gezondheidsverschillen verder verdiepen.

Juist in de manier waarop het zorgsysteem is ingericht, wordt zichtbaar waarom sociaaleconomische gezondheidsverschillen zo hardnekkig blijven bestaan. Het systeem is bij uitstek sterk in het organiseren van zorg die zichtbaar, urgent en afgebakend is. Acute zorg past goed binnen deze logica: zij is direct nodig, goed definieerbaar en organiseerbaar binnen bestaande financieringsstromen en verantwoordingskaders (WHO, 2016).

Gezondheidsbevordering en preventie vragen daarentegen om een wezenlijk andere benadering. Zij richten zich op factoren die vóór het zorgcontact spelen, zijn domeinoverstijgend, minder direct meetbaar en laten hun opbrengsten vaak pas op langere termijn zien (WHO, 2016; Van Harmelen, Orobio de Castro & Kleinjan, 2026). Juist daardoor passen zij minder vanzelfsprekend binnen de huidige manieren van organiseren, sturen en verantwoorden.

Hierin ligt een fundamentele paradox besloten. Meer zorg leidt niet automatisch tot meer gezondheid. Integendeel: wanneer het systeem vooral is ingericht om te reageren op symptomen, maar onvoldoende aangrijpt op de structurele oorzaken van gezondheid, neemt de zorgvraag juist verder toe. Deze dynamiek wordt in de literatuur beschreven als kenmerkend voor vastgelopen systemen: zij reageren effectief op zichtbare problemen, maar laten de onderliggende oorzaken grotendeels ongemoeid (Plsek & Greenhalgh, 2001; Greenhalgh & Papoutsis, 2018). Zo houdt het systeem zichzelf in stand, terwijl gezondheidsverschillen hardnekkig blijven of zelfs verdiepen.

Deze spanning maakt duidelijk dat doorgaan op dezelfde weg geen optie is. Wanneer gezondheid en zorg toekomstbestendig moeten worden, vraagt dat om een andere manier van denken over verantwoordelijkheid, samenwerking en organisatie.

## DE VERSCHUIVING DIE NODIG IS

In beleidsdocumenten wordt deze analyse inmiddels breed gedeeld. Akkoorden en programma's op nationaal niveau benadrukken de noodzaak van passende zorg, preventie en domeinoverstijgende samenwerking (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022; 2023; Zorginstituut Nederland, 2022). Toch blijkt de vertaalslag naar de praktijk weerbarstig. Dat is niet vreemd. Deze verschuiving raakt aan gevestigde structuren, professionele identiteiten en bestuurlijke verantwoordelijkheden, die niet zomaar meebewegen. Wanneer bestaande kaders onder druk komen te staan, ontstaat vanzelf de vraag hoe verantwoordelijkheid anders georganiseerd moet worden om deze beweging mogelijk te maken. Daarom is het relevant dat gezondheid meer gezien wordt als een gedeelde opgave. Het realiseren van passende zorg en effectieve preventie kan niet langer worden gedragen door één partij of domein, maar vraagt om gedeeld eigenaarschap tussen inwoners, professionals, organisaties en overheden. Onderzoeken laten zien dat zo'n gedeelde benadering alleen kansrijk is wanneer samenwerking niet wordt afgedwongen, maar ontstaat in co-creatie en wederzijds vertrouwen (o.a. WHO, 2016; Bodenheimer & Sinsky, 2014).

## ORGANISEREN DOET ERTOE

De manier waarop zorg en ondersteuning worden georganiseerd, bepaalt wie toegang heeft, wie verantwoordelijkheid draagt en wie buiten beeld raakt. Organisatievormen zijn nooit neutraal; zij sturen gedrag, samenwerking en mogelijkheden (DiMaggio et al., 1983; Besio & Tacke, 2024).

Juist daarom is de organisatie van zorg geen technische kwestie, maar een maatschappelijke en normatieve opgave. Het gaat over nabijheid, zeggenschap en rechtvaardigheid, en over het vermogen om de menselijke maat te bewaren binnen systemen die steeds complexer zijn geworden. Over de vraag wie mee mag praten en wiens kennis telt.

Het lectoraat Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid positioneert zich expliciet in dit spanningsveld. Niet om kant-en-klare oplossingen te leveren, maar om samen met inwoners, professionals en beleidsmakers te onderzoeken wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden. Om ruimte te maken voor andere vormen van organiseren die beter aansluiten bij het dagelijks leven van mensen.

De urgentie is helder. Doorgaan op dezelfde weg is geen optie. Maar wat ervoor in de plaats komt, ligt niet vast. Dat vraagt om gezamenlijke verkenning, leren en experimenteren.

In het volgende hoofdstuk staat deze verschuiving centraal: van ziekte en zorg naar mens en maatschappij, en wat deze beweging vraagt van ons denken, ons handelen en onze samenwerking.



# HOOFDSTUK 2: DRIE BEWEGINGEN DIE SAMEN NODIG ZIJN

In het voorgaande hoofdstuk stond de urgentie centraal. De signalen stapelen zich op: toenemende druk op professionals, groeiende gezondheidsverschillen, oplopende kosten en een samenleving met een toenemende en veranderende vraag, waarop het zorgstelsel niet is ingericht. Het zorgsysteem staat onder druk, en zorg alleen is niet altijd toereikend voor gezondheid.

Maar met die constatering zijn we er nog niet. Een degelijke analyse leidt weliswaar tot een heldere diagnose, maar nog niet tot verandering. De kernvraag verschuift daarom van wat er misgaat, naar hoe we anders kunnen handelen: hoe brengen we zorg en gezondheid in beweging zodat zij beter aansluiten bij het leven van mensen en welke beweging is daarvoor nodig?

Tegelijk is er een valkuil: de neiging om te zoeken naar één oplossing, bijvoorbeeld een nieuw organisatie-model, een slimme interventie, of een beleidsmaatregel die het verschil moet maken. Wie eerlijk naar de aard van de opgaven kijkt, ziet waarom zo'n enkelvoudig antwoord niet werkt. Zowel de wereld van de zorg als van gezondheid is complex, waardoor problemen zich niet met lineaire ingrepen laten oplossen; ze zijn verweven, multifactorieel, meerlagig en sterk contextafhankelijk.

Juist daarom vraagt de opgave om een andere benadering. Niet vanuit één perspectief, maar vanuit samenhang tussen domeinen, organisaties, professionals en inwoners, met ruimte om per context te differentiëren en te leren wat werkt.

## **WAAROM ÉÉN OPLOSSING NIET BESTAAT**

De uitdagingen waarvoor gezondheid en de zorg staan kunnen worden geschaard onder de wat in de literatuur vaak wordt *aangeduid als* complexe vraagstukken *of* wicked problems (Plsek & Geenhalgh, 2001). Het zijn vraagstukken zonder eenduidige oorzaak, zonder vast eindpunt en zonder

oplossing die overal werkt. Wat in de ene wijk effectief is, werkt in een andere wijk mogelijk niet of kan zelfs averechts uitpakken. Tegelijkertijd hebben keuzes op één plek vaak onbedoelde gevolgen op een andere plek.

Deze complexiteit maakt duidelijk dat we gezondheid en zorg niet langer uitsluitend kunnen benaderen vanuit het perspectief van het zorgsysteem, maar evenmin uitsluitend vanuit de leefwereld van mensen. Wie alleen naar systemen kijkt, verliest de menselijke maat. Wie alleen naar individuele ervaringen kijkt, mist structurele patronen en oorzaken.

Wat nodig is, is het vermogen om te bewegen in het gebied tussen deze perspectieven. Om te begrijpen wat er gebeurt in het dagelijks leven van mensen, én hoe systemen dat leven ondersteunen of juist belemmeren. Precies in die ruimte tussen mens en systeem ontstaat zorg in de praktijk.

Zorg is dus geen abstract stelsel, maar een relationele activiteit die altijd plaatsvindt tussen mensen. Tegelijkertijd is die zorg ingebed in structuren, regels en instituties. Wie zorg toekomstbestendig wil maken, moet beide serieus nemen en bij elkaar brengen.

Vanuit die constatering kiest het lectoraat niet voor één dominante oplossingsrichting, maar voor drie samenhangende bewegingen. Geen losse onderzoekslijnen naast elkaar, maar drie invalshoeken die in elkaars verlengde liggen en elkaar aanvullen.

## **VAN COMPLEXITEIT NAAR SAMENHANG: DRIE NOODZAKELIJKE BEWEGINGEN**

Wanneer we zorg en gezondheid benaderen als een gezamenlijke maatschappelijke opgave, worden drie vragen onvermijdelijk:

1. Hoe zorgen mensen samen voor elkaar, in hun eigen leefomgeving?
2. Hoe versterken we gezondheid; vóór, tijdens en ná zorg?
3. Hoe moeten organisaties, systemen en structuren veranderen om dit mogelijk te maken?

Deze drie vragen vormen de kern van de drie onderzoekslijnen van het lectoraat. Ze zijn geen volgorde van stappen, maar wel logisch met elkaar verbonden. Ze beginnen bij de leefwereld van mensen, richten zich op gezondheid in het

dagelijks leven en monden uit in de vraag wat dit vraagt van organisatie, beleid en systeem. In die volgorde worden de drie bewegingen hieronder uitgewerkt.

## I **Zorg ontstaat in gemeenschappen**

De eerste onderzoekslijn in het lectoraat heet: Zorgzame Gemeenschappen in Co-creatie. Hoewel het huidige zorgsysteem anders doet vermoeden, begint zorg zelden bij een indicatie of een formele voorziening, maar bij mensen. Bij een partner die meedenkt en steun biedt, een buur die helpt, een vrijwilliger die luistert, een professional die het netwerk kent. In die zin wordt al zorg verleend lang voordat organisaties in beeld komen.

Onderzoek laat zien dat informele netwerken een cruciale rol spelen in het dagelijks functioneren en welzijn van mensen, zeker bij langdurige of complexe zorgvragen (Daly & Lewis, 2000). Tegelijkertijd zijn deze netwerken ongelijk verdeeld. Om verschillende redenen is het niet voor iedereen mogelijk om relaties op te bouwen, waardoor een stevig sociaal vangnet ontbreekt. Juist daar waar gezondheidsproblemen zich opstapelen, zijn netwerken vaak kwetsbaar of overbelast (Twigg & Atkin, 1994;2000).

Omdat die indruk kan ontstaan is het van belang te benadrukken dat het versterken van zorgzame gemeenschappen niet betekent dat verantwoordelijkheden worden afgeschoven op inwoners, uitsluitend om professionals in zorg en welzijn te ontlasten. Het betekent dat we erkennen dat zorg altijd relationeel is, en dat de combinatie van informele en formele vormen van zorg en ondersteuning elkaar versterkt. Professionals spelen hierin een belangrijke rol, niet alleen als vangnet wanneer informele zorg niet meer toereikend is, maar ook als speler in het netwerk.

In deze onderzoekslijn staat co-creatie centraal. Niet werken vóór inwoners, maar mét inwoners en professionals samen. Niet vertrekken vanuit vooraf gedefinieerde oplossingen, maar vanuit de mogelijkheden, vragen en ervaringen van de inwoners van de wijk én van professionals. Co-creatie vraagt om dialoog, gelijkwaardigheid en vertrouwen, om ruimte voor ervaringskennis en om het vermogen om naar elkaar te luisteren en over de eigen grenzen heen te kijken, zonder direct te sturen.

Zorgzame gemeenschappen ontstaan niet vanzelf. De basis ligt in een gemeenschapsgevoel en de bereidheid van inwoners om naar elkaar om te kijken

en de bereidheid van professionals tot domeinoverstijgende samenwerking. Dat vraagt om tijd en inspanning, ruimte voor ontmoeting, vertrouwen en ondersteuning. Zo kan een zorgzame gemeenschap zich ontwikkelen tot de voedingsbodem waarop gezondheid en veerkracht kunnen groeien. Gezondheid wordt echter ook sterk beïnvloed door de omstandigheden waarin mensen leven. Daarmee komen we bij de tweede beweging.

## II Gezondheid ontstaat in het dagelijks leven

De tweede onderzoekslijn van het lectoraat heet: Gezondheidsbevordering in leefomgeving en zorg. Gezondheid is geen individuele prestatie. Ze wordt gevormd in het dagelijks leven: in hoe mensen wonen, werken, zich verplaatsen, ontmoeten en betekenis geven. Wetenschappelijk onderzoek naar de sociale determinanten van gezondheid laat zien dat deze factoren vaak een grotere invloed hebben op gezondheid dan medische zorg alleen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2024; WHO, 2008; Proctor & Holt-Lunstad, 2025).

Dit inzicht heeft grote consequenties. Het betekent dat gezondheidsbevordering niet uitsluitend thuishoort bij de zorg, maar ook bij gemeenten, onderwijs, woningcorporaties, werkgevers en gemeenschappen zelf. Het betekent ook dat preventie geen los programma kan zijn, maar onderdeel moet worden van hoe we samenleven en zorgen.

Het concept van positieve gezondheid biedt hierbij een mooi kader. Door gezondheid te benaderen als het vermogen om met fysieke, mentale en sociale uitdagingen om te gaan, ontstaat ruimte voor andere gesprekken en andere interventies (Huber et al., 2011). Niet de vraag "wat mankeert u?", maar "wat is voor u belangrijk?" komt centraal te staan.

Tegelijkertijd laat onderzoek zien dat gezonde keuzes niet voor iedereen even bereikbaar zijn. Leefomgeving, sociaaleconomische positie en culturele context bepalen in hoge mate welke keuzes mensen hebben en kunnen maken (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2024). Gezondheidsbevordering zonder aandacht voor deze context vergroot het risico op ongelijkheid.

Daarom richt deze tweede onderzoekslijn zich nadrukkelijk op gezondheid in de leefomgeving: op collectieve preventie, op het versterken van gezonde wijken en op samenwerking tussen zorg, welzijn en andere domeinen. Niet

als abstract ideaal, maar als concrete praktijk, waarin professionals samen met inwoners, cliënten en patiënten zoeken naar wat werkt in hun specifieke context. Daarom richt deze tweede onderzoekslijn zich nadrukkelijk op gezondheid in de leefomgeving: op collectieve preventie, op het versterken van gezonde wijken en op samenwerking tussen zorg, welzijn en andere domeinen. Niet als abstract ideaal, maar als concrete praktijk, waarin professionals samen met inwoners, cliënten en patiënten zoeken naar wat werkt in hun specifieke context.

Een centrale opgave daarbij is het verbinden van het individuele en het collectieve: ondersteuning moet samenkomen rond de persoon, terwijl collectieve voorzieningen en netwerken in buurten toegankelijk en betekenisvol moeten zijn. Onderzoek naar geïntegreerde zorg laat zien dat dit vraagt om samenhang rond de persoon én om afstemming binnen het continuüm van zorg en ondersteuning, inclusief samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines en domeinen (o.a. Kemper-Koebrugge, 2022).

Tegelijkertijd blijkt in de praktijk dat mensen met een individuele hulp- of zorgvraag het collectieve aanbod in hun omgeving niet vanzelf weten te vinden of benutten (Kemper-Koebrugge, 2022). Toegankelijkheid is daarin doorslaggevend: wat collectief beschikbaar is, beïnvloedt hoe mensen ondersteunende netwerken kunnen opbouwen, maar vraagt ook om actieve verbinding en ondersteuning bij het navigeren tussen individueel en collectief. Dit maakt duidelijk dat gezondheidsbevordering en betrokken gemeenschappen alleen tot hun recht komen wanneer systemen meebewegen. Dat brengt ons bij de derde beweging.

### **III Systemen moeten leren meebewegen**

De derde onderzoekslijn van het lectoraat heet Systeem- en Structuurverandering binnen de gezondheidszorg. In de praktijk zien we dat professionals worden uitgenodigd om samen te werken, preventiever te handelen en inwoners actief te betrekken. Tegelijkertijd ervaren zij dat de kaders waarin zij werken soms andere logica's volgen. Wanneer samenwerking wordt gestimuleerd, maar verantwoording nog vooral individueel is ingericht, ontstaat spanning. Wanneer preventie gewenst is, maar financiering vooral gekoppeld is aan zorggebruik, wordt innovatie lastiger. En wanneer participatie wordt gevraagd, maar besluitvorming beperkt toegankelijk blijft, raakt vertrouwen onder druk. Deze spanning is zelden het gevolg van onwil of gebrek aan betrokkenheid. Zij wortelt in structuren die historisch zijn gegroeid en lange tijd juist veel heb-

ben opgeleverd. In hoofdstuk 1 is beschreven hoe systemen voor zorg en welzijn zijn ontstaan vanuit eerdere maatschappelijke opgaven. Ze boden helderheid, professionalisering en schaalbaarheid, en maakten het mogelijk om zorg betrouwbaar te organiseren. Tegelijkertijd zijn deze systemen opgebouwd langs sectorale lijnen, afzonderlijke financieringsstromen en professionele domeinen, elk met een eigen logica en legitimatie (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021).

Die ordening heeft ook geleid tot een vorm van verkokering. Waar de leefwereld van mensen zich kenmerkt door verwevenheid van lichamelijke, psychische, sociale en existentiële vraagstukken, zijn de systemen die daarop moeten aansluiten meer gescheiden georganiseerd. De huidige maatschappelijke opgaven zoals vergrijzing, chronische problematiek, toenemende gezondheidsverschillen en sociale kwetsbaarheid maken deze mismatch steeds zichtbaarder. Zij vragen om samenhang, preventie en langdurige betrokkenheid, terwijl veel bestaande structuren zijn ingericht op kortdurende interventies en meetbare outputs.

Professionals bevinden zich hierdoor vaak in een structureel spanningsveld. Zij zien in hun dagelijkse praktijk wat nodig is, maar werken binnen kaders die samenwerking of maatwerk soms minder vanzelfsprekend maken. De oproep om anders te werken; meer integraal, meer preventief, meer in verbinding, komt daardoor niet altijd overeen met de prikkels en regels die hen in hun handelen sturen.

Dit vraagt niet alleen om nieuwe intenties of meer inzet, maar om een onderzoekende herbezinning op de manier waarop systemen functioneren. Niet in de zin dat een compleet nieuw model klaarligt, maar in de zin dat we samen leren ontdekken welke structuren wél ondersteunen wat in de praktijk nodig is. Daarbij is het belangrijk te erkennen dat eerdere vormen van organiseren lange tijd effectief waren, terwijl ze nu soms minder goed passen.

Systeem- en structuurvernieuwing gaat daarom niet over één vaste oplossing, maar over een proces van experimenteren, leren en aanpassen. Over het creëren van ruimte voor domeinoverstijgende samenwerking, voor het verbinden van perspectieven, en voor het opbouwen van nieuwe vormen van sturing die aansluiten bij complexe maatschappelijke vraagstukken. Onderzoek naar netwerk-governance laat zien dat zulke samenwerkingen andere vormen van verantwoording en besluitvorming vragen dan hiërarchische structuren (Provan & Kenis, 2008).

Het gaat dan om vragen als:

- Hoe organiseer je samenwerking tussen zorg, welzijn en andere domeinen?
- Welke vormen van governance ondersteunen gedeelde verantwoordelijkheid?
- Hoe kunnen financiering en regelgeving beter aansluiten bij wat in de praktijk nodig is?

Het antwoord op deze vragen staat nooit los van de andere twee bewegingen en onderzoekslijnen. Zonder aandacht voor gemeenschappen en gezondheid blijft systeemvernieuwing abstract. Maar zonder systeemvernieuwing blijven initiatieven uit de praktijk kwetsbaar en tijdelijk.

## **DRIE DRADEN IN ÉÉN WEEFSEL**

De drie bewegingen en onderzoekslijnen zijn geen parallelle sporen. Ze vormen samen één weefsel. Zorgzame gemeenschappen zonder aandacht voor gezondheid blijven kwetsbaar. Gezondheidsbevordering zonder gemeenschap vergroot ongelijkheid. En beide zonder systeemverandering blijven afhankelijk van uitzonderingen en bevlogen individuen.

Het lectoraat Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid kiest er daarom bewust voor deze drie bewegingen samen te onderzoeken en te verbinden. Niet door alles tegelijk te willen doen, maar door steeds te blijven kijken naar de samenhang.

In de hoofdstukken die volgen worden deze bewegingen verder uitgediept en laat ik zien hoe ze relateren aan onze onderzoekslijnen. We verkennen hoe zorgzame gemeenschappen in de praktijk vorm krijgen, hoe gezondheid als collectieve opgave kan worden versterkt en hoe systemen en structuren kunnen meebewegen met wat in de praktijk nodig is. Steeds met dezelfde vraag als leidraad: wat vraagt dit van ons denken, ons handelen en onze manier van samenwerken en samen leren?



# HOOFDSTUK 3: ZORGZAME GEMEENSCHAPPEN IN DE PRAKTIJK

## VERDIEPING ONDERZOEKSLIJN 1: ZORGZAME GEMEENSCHAPPEN IN CO-CREATIE

Zorgzame gemeenschappen worden vaak gepresenteerd als iets nieuws. Als een innovatief antwoord op de druk op zorg en welzijn. Maar wie iets verder terugkijkt, ziet dat het idee allerm minst nieuw is. Eeuwenlang vormden gemeenschappen het primaire vangnet voor zorg en ondersteuning. In dorpen, buurten en families was zorgen voor elkaar geen aparte taak, maar een vanzelfsprekend onderdeel van het dagelijks leven. Pas met de opkomst van de verzorgingsstaat en de verdere professionalisering van zorg, zoals beschreven in hoofdstuk 1, en in samenhang met bredere maatschappelijke ontwikkelingen zoals individualisering, kleinere gezinnen en marktwerking in de zorg, werd voor behoeften waarvoor voorheen gemeenschapszorg voldeed in toenemende mate een beroep gedaan op professionals.

Het is belangrijk om te benadrukken dat 'zorg' in zorgzaamheid dus veel breder is dan professionele of medische zorg. Het gaat om omzien naar elkaar, bijdragen aan elkaars welzijn en deel uitmaken van relaties en gemeenschappen. Die bredere betekenis is door de professionalisering van zorg soms wat meer naar de achtergrond geraakt, maar vormt de kern van zorgzame gemeenschappen.

De huidige aandacht voor zorgzame gemeenschappen is een herwaardering van iets dat altijd al deel uitmaakte van menselijk samenleven. In een tijd waarin formele zorg onder druk staat en sociaal-economische gezondheidsverschillen toenemen, wordt opnieuw zichtbaar hoe belangrijk het is dat zorg niet als een product wordt gezien en mensen niet worden benaderd als zorgconsumenten, maar als leden van gemeenschappen waarin wederzijdse betrokkenheid en omkijken naar elkaar mogelijk en eigenlijk heel normaal is.

Bewegingen zoals Nederland Zorgt voor Elkaar hebben deze herwaardering de afgelopen jaren zichtbaar gemaakt. Door initiatieven te verbinden, kennis te delen en verhalen uit de praktijk een podium te geven, heeft onder andere deze beweging bijgedragen aan het besef dat zorgzame gemeenschappen geen marginaal fenomeen zijn, maar een wezenlijk onderdeel van een toekomstbestendig zorg- en gezondheidssysteem.

## ZORG VOOR ELKAAR BEGINT VÓÓR DE ZORG

Zorgzame gemeenschappen klinken warm, nabij en menselijk. En misschien juist daarom worden ze soms ook met scepsis ontvangen. Alsof het zou gaan om een romantisch ideaal, een terugkeer naar vroeger, of minder romantisch, een verkapte bezuiniging waarbij verantwoordelijkheden en taken worden afgeschoven op inwoners en vrijwilligers. Die misvatting verdient wel enige correctie.

Zorgzame gemeenschappen gaan niet over het vervangen van professionele zorg. Ze gaan over het erkennen van een realiteit die er altijd al was: zorg ontstaat tussen mensen, in netwerken van wederkerigheid, betrokkenheid en nabijheid. Zorg is in dit perspectief ook veel breder dan medische zorg. Formele zorg kan die werkelijkheid ondersteunen, versterken of juist verzwakken. Maar zij kan haar nooit volledig vervangen.

Onderzoek laat zien dat mensen in het dagelijks leven vooral steunen op informele netwerken wanneer zij te maken krijgen met ziekte, kwetsbaarheid of verlies van zelfredzaamheid (o.a. Litwak, 1985; Daly & Lewis, 2000). Partners, familieleden, burens en vrienden spelen een cruciale rol in praktische ondersteuning, emotionele steun en het behouden van betekenisvolle relaties (Kloosterman, 2015; Zorg voor Beter, 2022). Tegelijkertijd zijn deze netwerken ongelijk verdeeld. Mensen in een lage sociaaleconomische positie, met een migratieachtergrond of met langdurige gezondheidsproblemen beschikken, ondanks de kwaliteiten en bronnen die zij hebben, gemiddeld over kleinere en minder stabiele netwerken (Kloosterman, 2015; Sociaal Cultureel Planbureau, 2025). Juist daar waar de zorgvraag groot is, is het sociaal kapitaal vaak kwetsbaar. Zorgzame gemeenschappen vragen daarom niet alleen om een beroep op vanzelfsprekende solidariteit, maar, indien gewenst, om bewuste versterking van sociale structuren. Naast de spontane beweging, vraagt dit om een proces waarin inwoners, professionals en organisaties samen optrekken.

## WEDERKERIGHEID IN PLAATS VAN AFHANKELIJKHEID

Een belangrijk kenmerk van zorgzame gemeenschappen is wederkerigheid. Mensen zijn niet uitsluitend zorgvrager of zorgverlener, maar bewegen zich gedurende hun leven tussen die rollen. Onderzoek naar community care laat zien dat deze wederkerigheid bijdraagt aan veerkracht, zingeving en ervaren kwaliteit van leven (Cattell, 2001; Gilligan, 2007; Putnam, 2000). Tegelijkertijd laten onderzoeken naar informele hulpnetwerken zien dat wederkerigheid niet uitsluitend positieve effecten heeft. In praktijken van buurthulp komt regelmatig *vraagverlegenheid* naar voren: de terughoudendheid om ondersteuning te vragen uit angst anderen te belasten, uit onzekerheid over wederkerige verwachtingen, of doordat men de eigen behoefte als onvoldoende legitiem beschouwt (Movisie, 2026). Deze dynamiek maakt duidelijk dat wederkerigheid niet vanzelfsprekend is, maar een sociaal leerproces dat afhankelijk is van vertrouwen, relationele nabijheid en gedeelde normen binnen een gemeenschap.

In het lectoraat zien we dit terug in het meerjarige SPRONG programma *2Shift*. Dit programma verkent hoe gemeenschapsvorming en samenredzaamheid in wijken en regio's versterkt kan worden, waarbij de nadruk ligt op aansluiten bij bestaande initiatieven, elkaars kracht herkennen en benutten en door samen te leren. Door samen met inwoners en professionals te werken aan het ontwerpen van gemeenschapsgerichte initiatieven, ontstaan ontwikkelingen die niet alleen aansluiten bij een statistisch profiel van een buurt, wijk of dorp, maar bij de ervaring van inwoners zelf.

Deze wederkerigheid vraagt om een andere manier van kijken.

**Niet:** wie heeft zorg nodig?

**Maar:** welke voorzieningen en capaciteiten zijn in de gemeenschap voorhanden en hoe kunnen die worden ingezet om in de behoeften van (inwoners van) de gemeenschap te voorzien, oftewel, wie kan, op welk moment, iets betekenen voor een ander of voor de gemeenschap en wat is daarvoor nodig?

In deze benadering verschuift ook de rol van professionals. Zij worden minder de centrale actor en meer de ondersteuner van netwerken met een aanvullende rol. Dat vraagt om luisteren, verbinden, ruimte laten, en soms ook bewust niet ingrijpen (o.a. Tronto, 2013).

## VAN LOKALE BETROKKENHEID NAAR DUURZAME STRUCTUREN

Zorgzame gemeenschappen bestaan in de praktijk in zeer uiteenlopende vormen. Soms ontstaan zij vanuit een acute noodzaak, soms vanuit een gedeelde visie op samenleven. Wat deze initiatieven gemeen hebben, is dat zij niet vertrekken vanuit een vooraf ontworpen model, maar vanuit de vraag: *wat hebben wij hier, met elkaar, nodig om goed te kunnen leven?*

Een bekend voorbeeld is de zorgcoöperatie in Austerlitz (zie ook Van Tongerloo, 2024). Dit dorp telt ongeveer 1.850 inwoners, waarvan 550 lid zijn van de coöperatie. Van hen is een groot deel ouder dan 65 jaar, en circa 100 inwoners zijn actief als vrijwilliger. Op basis van een brede behoeftepeiling zijn uiteenlopende diensten ontwikkeld, zoals samen eten, vervoer, klusondersteuning, bewegen en oppas. Kenmerkend is dat lidmaatschap laagdrempelig is en niet verplicht om gebruik te maken van ondersteuning. Zoals een van de initiatiefnemers het verwoordt: *“Er is geen voorziening meer die uit het dorp verdwijnt, of we gaan het zelf doen.”* Dat leidde onder meer tot het overnemen van het buurtcafé en zelfs de begraafplaats. Austerlitz laat zien hoe zorgzame gemeenschappen niet alleen zorg organiseren, maar ook sociale infrastructuur en verbondenheid versterken.

Ook elders in Nederland ontstaan vergelijkbare initiatieven, ieder met een eigen karakter. In het dorp America, in de gemeente Horst aan de Maas, is de Vitaliteitscoöperatie America ontstaan vanuit de dreigende verdwijning van voorzieningen. Inwoners concludeerden: *als we het niet zelf organiseren, gebeurt het niet*. De coöperatie heeft inmiddels een wijkverpleegkundige in dienst en twee dorpsondersteuners. Zij leveren thuiszorg en ondersteuning vanuit de gemeenschap zelf. Daarmee vervaagt de grens tussen formele en informele zorg, zonder dat professionaliteit verdwijnt. Dit voorbeeld maakt zichtbaar hoe gemeenschappen niet alleen aanvullend, maar soms ook dragend kunnen zijn in de organisatie van zorg.

Binnen ons eigen onderzoeksproject *Samenredzaamheid* werd ook mooi zichtbaar hoe binnen wijken en dorpen wijknetwerken tussen inwoners en eerstelijnszorg zich vormden en ontwikkelden. Dit project liet zien dat zo'n netwerk niet statisch is, maar voortdurend ontwikkelt en wordt onderhouden door kleine, dagelijkse handelingen van betrokkenheid van zowel inwoners als professionals (Rutten et al., 2026).

Zorgzame gemeenschappen beperken zich bovendien niet tot wijken en dorpen. Ook op regionaal niveau ontstaan samenwerkingsverbanden waarin zorg, welzijn en inwoners elkaar vinden. In de MooiMaasvallei werken gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties en inwoners samen aan een samenhangende benadering van gezondheid en ondersteuning. Hier wordt zichtbaar dat zorgzame gemeenschappen ook kunnen bestaan uit netwerken van wijken en kernen, waarin lokaal eigenaarschap wordt verbonden met regionale afstemming. In dit licht is het van belang om bij vormen van regionalisering aandacht te houden voor mogelijke institutionele dynamieken. In transitieonderzoek wordt beschreven dat bestaande systemen de neiging kunnen hebben om vernieuwende, lokaal gewortelde initiatieven te absorberen of te normaliseren binnen bestaande routines en verantwoordingsmechanismen, waardoor de oorspronkelijke vernieuwingskracht wordt verzwakt (Lodder et al., 2017). Een te sterke systemisering van lokale initiatieven, bijvoorbeeld door het introduceren van nieuwe lagen van standaardisering, sturing of verantwoording, kan het risico met zich meebrengen dat de flexibiliteit en het adaptieve karakter die kenmerkend zijn voor burgerinitiatieven onder druk komen te staan.

Vanuit dit perspectief is voortdurende aandacht nodig voor het behoud van lokale autonomie en voor het voorkomen dat regionale structuren de logica van informeel, relationeel en contextueel handelen onbedoeld marginaliseren.

In stedelijke contexten krijgt zorgzame betrokkenheid soms weer andere vormen. In Amsterdam Zuidoost werkt Stichting Kraktie ('krakti' betekent kracht in het Surinaams) aan het versterken van gemeenschapskracht in een diverse stadswijk. Het initiatief richt zich op ontmoeting, onderlinge steun en het versterken van sociale netwerken, juist in een context waarin formele voorzieningen niet altijd aansluiten bij de leefwereld van bewoners. Dit voorbeeld laat zien dat zorgzame gemeenschappen niet afhankelijk zijn van kleinschaligheid, maar ook in stedelijke omgevingen kunnen floreren wanneer zij aansluiten bij culturele waarden en bestaande netwerken.

Deze voorbeelden maken duidelijk dat zorgzame gemeenschappen geen uniform model kennen. Ze verschillen in schaal, organisatievorm en mate van professionalisering. Wat zij delen, is dat zij vertrekken vanuit betrokkenheid, wederkerigheid en lokaal eigenaarschap.

## VOORZORGCIRKELS: ZORGEN VÓÓRDAT HET NODIG IS

Een specifieke vorm van zorgzame gemeenschappen die de afgelopen jaren aan aandacht wint, is die van voorzorgcirkels. Voorzorgcirkels zijn kleinschalige netwerken van mensen, vaak buurtgenoten of leeftijdsgenoten, die bewust met elkaar afspreken om naar elkaar om te kijken en elkaar te ondersteunen bij het ouder worden en omgaan met kwetsbaarheid. Het uitgangspunt is niet wachten tot zorg nodig is, maar tijdig investeren in onderlinge relaties, vertrouwen en praktische afspraken.

In voorzorgcirkels gaat het om vragen als: wie kijkt er naar mij om als het even minder gaat? Wie kan helpen met kleine praktische zaken? En wat verwacht ik zelf te kunnen betekenen voor anderen? Juist doordat deze afspraken worden gemaakt wanneer mensen nog relatief vitaal zijn, ontstaat ruimte voor gelijkwaardigheid en wederkerigheid.

Het lectoraat Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid start de komende twee jaar een grote studie naar voorzorgcirkels. In dit onderzoek staat niet het opschalen van één model centraal, maar het begrijpen van de voorwaarden waaronder voorzorgcirkels kunnen ontstaan en duurzaam kunnen functioneren. We onderzoeken onder meer:

- De rol van professionals en organisaties: wanneer is professionele ondersteuning helpend, en wanneer kan een voorzorgcirkel juist goed zonder? En hoe kunnen organisaties bijdragen zonder de autonomie van bewoners te verdringen?
- Inclusiviteit: moet een voorzorgcirkel altijd openstaan voor iedereen, of kunnen sommige vormen juist beter werken wanneer ze klein en hecht blijven? En hoe kan inclusiviteit worden bevorderd, zodat iedereen die wil kan deelnemen?
- De wisselwerking tussen formele en informele ondersteuning: hoe kunnen beide elkaar versterken zonder dat verantwoordelijkheden onbedoeld of onevenredig verschuiven?

Daarmee wil het lectoraat bijdragen aan een realistisch en kritisch perspectief op zorgzame gemeenschappen. Niet door ze te idealiseren, maar door zichtbaar te maken wat werkt, waar grenzen liggen en welke ondersteuning nodig is om betrokkenheid vol te houden zonder overbelasting.

Zorgzame gemeenschappen zijn daarmee geen terugkeer naar een verleden zonder professionele zorg, maar een hedendaagse zoektocht naar nieuwe vormen van samenleven, waarin zorg, gezondheid en gemeenschap opnieuw met elkaar worden verbonden.

## CO-CREATIE ALS WERKPRINCIPE

Zorgzame gemeenschappen laten zich niet ontwerpen achter een bureau. Ze ontstaan in echte ontmoetingen, in wederkerige relaties en in het samen begrijpen wat er in een gemeenschap speelt. Co-creatie betekent dan ook iets wezenlijk anders dan traditionele participatie: inwoners worden niet gezien als 'doelgroep' die moet reageren op plannen van anderen, maar als initiatiefnemers, mede-eigenaren en dragers van het proces (Voorberg, Bekkers & Tummers, 2014). Het vertrekpunt ligt dus niet bij de organisatie, maar bij de gemeenschap zelf.

In een recent manifest 'Van Participatie naar Gemeenschapskracht' benadrukken Frans Manders en Floor Ziegler dat mensen pas mee doen wanneer er vertrouwen is, wanneer professionals en organisaties eerst naar hen toe bewegen, aansluiten bij wat er al leeft en bereid zijn om hun eigen agenda tijdelijk los te laten. Co-creatie vraagt daarom om een relationele werkwijze: eerst luisteren, aanwezig zijn en vertrouwen opbouwen, pas dan samen keuzes maken.

Binnen het lectoraat monitoren we in dit kader een Gemeenschapsfonds. Bij dit fonds zijn inwoners nadrukkelijk in the lead en wordt onderzocht hoe collectieve besluitvorming in zorg en gezondheid vorm kan krijgen wanneer inwoners daadwerkelijk kunnen meebeslissen.

Het Gemeenschapsfonds is onderdeel van het project Leefomgeving binnen de regio MooiMaasvallei, waar inwoners van Afferden en Vierlingsbeek/Groeningen een belangrijke stem hebben in de inrichting van een gezonde sociale en fysieke leefomgeving. Inwoners kunnen via het Gemeenschapsfonds financiële ondersteuning aanvragen voor initiatieven die gezond leven en een gezonde leefomgeving bevorderen. Dit project maakt expliciet zichtbaar hoe co-creatie kan functioneren als organisatieprincipe, niet alleen als participatievorm. Er worden geen vooraf geprogrammeerde keuzes opgelegd,

maar er ontstaat ruimte voor inwoners om samen prioriteiten te bepalen en oplossingen te verkennen.

In de praktijk blijkt co-creatie weerbarstig. Het kost tijd, schuurt soms en vraagt van organisaties dat zij onzekerheid durven verdragen. Maar juist die frictie maakt zichtbaar wat er werkelijk leeft in een gemeenschap en welke aannames, blinde vlekken of systeemreflexen in de weg staan. Onderzoek laat zien dat initiatieven die ruimte bieden voor deze gezamenlijke leerprocessen duurzamer zijn dan interventies die vooraf volledig zijn vastgelegd (Stacey, 2012). Co-creatie is dus geen methode die je uitrolt, maar een houding. Het is een manier van werken waarin vertrouwen, gelijkwaardigheid, nabijheid en continuïteit centraal staan. Het is relationeel vakmanschap. En het vormt de voedingsbodem waaruit gemeenschapskracht kan groeien.

## DE KWETSBAARHEID VAN HET INFORMELE

Zorgzame gemeenschappen zijn geen vanzelfsprekende oplossing. Ook de kracht van informele netwerken kent grenzen. Mantelzorgers dragen vaak een langdurige, intensieve verantwoordelijkheid die niet alleen fysiek en emotioneel zwaar kan zijn, maar ook leidt tot sociaal isolement, financiële druk en een verhoogd risico op overbelasting. Veel mantelzorg vindt onzichtbaar plaats, buiten het blikveld van professionals, waardoor signalen van overbelasting laat of onvoldoende worden opgepakt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2019). Dit sluit direct aan bij het promotieonderzoek van Frank Verbeek binnen het lectoraat, waarin wordt onderzocht hoe gemeenschapszorg, al dan niet in samenwerking met professionals, kan bijdragen aan het voorkomen van uitputting onder mantelzorgers.

Het versterken van zorgzame gemeenschappen is nooit een doel op zich. Zorg kan alleen duurzaam gedeeld worden wanneer ook de zorg voor de mantelzorgers geregeld is, bijvoorbeeld via respijtzorg, passende voorzieningen, emotionele steun, en een systeem dat niet veronderstelt dat mantelzorg oneindig rekbaar is. Gemeenschapskracht betekent niet dat we meer van mensen vragen, maar dat we beter ondersteunen wat zij al doen en dat we ook hier kijken naar wederkerigheid.

Maar zelfs wanneer mantelzorgers goed worden ondersteund, blijft er een grotere, structurele vraag liggen: hoe organiseren we collectief dat mantelzorg niet op de schouders van een paar mensen terecht komt? Hoe zorgen we ervoor dat betrokkenheid wordt gedragen door een gemeenschap en ondersteund door professionals, in plaats van dat het afhangt van toeval, persoonlijke draagkracht of sociaal kapitaal? Dit raakt aan de kern van zorgzame gemeenschappen: zij functioneren alleen wanneer formele en informele zorg elkaar wederzijds versterken, en wanneer woonomgeving, sociale netwerken en voorzieningen een ondersteunend ecosysteem vormen.

Waar deze randvoorwaarden ontbreken, slaat betrokkenheid om in overbelasting. Dat maakt zichtbaar dat zorgzame gemeenschappen niet los gezien kunnen worden van gezondheid, leefomgeving en de structuren die mensen dragen of juist belasten. De vraag is daarom niet alleen hoe mensen voor elkaar zorgen, maar ook onder welke omstandigheden zij dit kunnen volhouden én onder welke omstandigheden zij zelf gezond kunnen leven.

Dat brengt ons bij de volgende verdieping van de onderzoekslijnen: gezondheid als collectieve opgave.





# HOOFDSTUK 4: GEZONDHEID ALS COLLECTIEVE OPGAVE

## VERDIEPING ONDERZOEKSLIJN 2: GEZONDHEIDSBEVORDERING IN LEEFOMGEVING EN ZORG

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat zorg niet begint bij systemen, maar bij mensen en hun netwerken. Zorgzame gemeenschappen vormen de bedding waarin ondersteuning, betrokkenheid en wederkerigheid kunnen ontstaan. Maar zorgzame relaties alleen zijn niet voldoende om gezondheid duurzaam te versterken. Daarvoor is meer nodig.

Gezondheid is niet louter het resultaat van individuele keuzes. Ze wordt vooral gevormd door de omstandigheden waarin mensen leven: hun woonomgeving, hun financiële zekerheid, hun opleidingskansen, hun sociale relaties en de ruimte die zij ervaren om regie te voeren over hun eigen leven. Steeds overtuigender laat onderzoek zien dat deze factoren een grotere invloed hebben op gezondheid en levensverwachting dan medische zorg alleen (Huber et al, 2011; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2024; WHO, 2008; Proctor & Holt-Lunstad, 2025).

Dit besef dwingt tot een fundamentele herpositionering van gezondheid. Niet als individuele verantwoordelijkheid, maar als collectieve opgave.

## VAN INDIVIDUELE KEUZE NAAR MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

In veel publieke en politieke debatten wordt gezondheid nog sterk verbonden aan individuele keuzes: leefstijl, gedrag, motivatie. Hoewel individuele factoren onmiskenbaar een rol spelen, laat onderzoek zien dat deze keuzes nooit losstaan van context (Braveman & Gottlieb, 2014; WHO, 2008). Wat mensen eten, hoeveel zij bewegen, hoe zij omgaan met stress of sociale relaties onderhouden, wordt mede bepaald door hun omgeving. Een wijk met

weinig groen, onveilig verkeer en beperkte voorzieningen nodigt minder uit tot bewegen dan een wijk waar ontmoeting en activiteit vanzelfsprekend zijn. Een leven in bestaansonzekerheid laat minder ruimte voor langetermijnkeuzes rondom gezondheid dan een leven met stabiliteit en perspectief (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2024). Wanneer gezondheid uitsluitend wordt benaderd als individuele verantwoordelijkheid, bestaat het risico dat ongelijkheid wordt vergroot. Mensen die al over meer hulpbronnen beschikken, profiteren het meest van preventieve interventies, terwijl kwetsbare groepen juist verder achterop raken (Mackenbach, 2012). Gezondheidsbevordering vraagt daarom om een benadering die niet uitgaat van individueel gedrag, maar van de maatschappelijke en structurele voorwaarden die gedrag mogelijk of juist onmogelijk maken.

## **POSITIEVE GEZONDHEID ALS VERBINDEND PERSPECTIEF**

Het perspectief van positieve gezondheid helpt om deze verschuiving te maken. Door gezondheid te definiëren als het vermogen om om te gaan met fysieke, mentale en sociale uitdagingen verschuift de aandacht van “wat mankeert iemand?” naar “wat heeft iemand nodig om betekenisvol te kunnen leven?” (Huber et al., 2011). Binnen het lectoraat gebruiken we positieve gezondheid dan ook vooral als gespreks- en handelingskader om de dialoog te voeren over omstandigheden, mogelijkheden en ondersteuning.

Het is daarbij relevant te onderstrepen dat positieve gezondheid oorspronkelijk is ontwikkeld als een praktisch denkkader om gezondheidsbevordering breder te benaderen dan ziekte en zorg. Sommige wetenschappers benadrukken dat de empirische basis beperkt is en waarschuwen voor het gebruik van het ‘spinnenweb’ als diagnostisch of evaluatief instrument (o.a., Vinkers & Chui, 2025). Anderen zien positieve gezondheid juist als een betekenisgericht en holistisch perspectief dat bedoeld is om zingeving en herstelervaringen een plek te geven, zonder aanspraak te maken op biomedische meetbaarheid (o.a. Van Os, 2025).

In het lectoraat zien we positieve gezondheid niet als een meetinstrument, maar een gespreks- en handelingskader. Waar het als diagnostische maat wordt ingezet, is terughoudendheid geboden. Waar het helpt om andere keuzes te maken, bijvoorbeeld door meer aandacht voor context, samenhang, betekenis

en wat mensen nodig hebben om te functioneren, kan het een waardevolle bijdrage leveren. Zo blijft het een praktisch kompas, mits we de grenzen erkennen die de wetenschappelijke discussie zichtbaar heeft gemaakt.

## **GEEN ÓF-ÓF MAAR ÉN-ÉN: WAAROM PREVENTIE EN ZORG ELKAAR VERSTERKEN**

Gezondheidsbevordering in leefomgeving en zorg omvat nadrukkelijk preventie. Economische analyses laten zien dat investeren in preventieve maatregelen substantiële besparingen en brede maatschappelijke opbrengsten kan genereren (Santini et al., 2021; Iacobucci, 2024). Toch wordt preventie in de praktijk vaak ondergewaardeerd. Effecten worden laat zichtbaar, verschijnen soms op een ander domein dan waar wordt geïnvesteerd, en vallen daardoor buiten bestaande verantwoordingskaders (Van Harmelen, Orobio de Castro & Kleinjan, 2026).

De realiteit in het zorgdomein versterkt die spanning. Wachtlijsten, personeelstekorten en een sterke focus op curatieve productie drukken op de capaciteit om preventief te werken (Van Harmelen et al., 2026). Daardoor ontstaat soms de indruk dat zorg en preventie met elkaar concurreren: dat elke euro die naar preventie gaat, niet beschikbaar is voor directe zorg en omgekeerd. Die valse tegenstelling leidt ertoe dat preventie als 'luxe' wordt gezien, terwijl effectieve zorg juist afhankelijk is van een sterke preventieve basis. Gezondheid vraagt geen keuzes tussen zorg óf preventie, maar investeringen in beide, omdat ze elkaar versterken.

Het gevolg is een hardnekkig imagoprobleem voor preventie. Ze wordt te snel beoordeeld als iets dat "te weinig oplevert" of "te lang duurt", terwijl wetenschappelijke analyses juist pleiten voor lange-termijninvesteringen en structurele borging (Iacobucci, 2024; Van Harmelen et al., 2026). Waar preventie consistent en contextsensitief wordt ingezet, dalen zorgvraag en zorgkosten, en verbetert de kwaliteit van leven op populatieniveau (Santini et al., 2021; Van Harmelen et al., 2026). Preventie is dus geen kostenpost naast zorg, maar een noodzakelijke pijler onder houdbare zorg.

Daarbij hoort ook zorgvuldigheid. Niet alle preventie is effectief en sommige interventies kunnen zelfs schade veroorzaken wanneer ze onvoldoende zijn onderbouwd of niet passen bij de doelgroep (Gould et al., 2003; Brinkman

et al., 2016). De les is generiek en sectorbreed: zet alleen interventies in die onderbouwd, veilig en passend zijn, monitor effecten en stuur bij waar nodig (Van Harmelen et al., 2026). Tegelijkertijd vraagt een duurzame inzet van effectieve interventies om wendbaarheid: wat aantoonbaar werkt, moet niet rigide worden uitgerold zonder oog voor lokale omstandigheden.

Een zinvolle manier om deze balans te bewaren is het principe van Evidence-Based Practice (EBP), waarin besluitvorming plaatsvindt op basis van drie bronnen: wetenschappelijke evidentie, professionele expertise en de ervaringskennis en voorkeuren van de doelgroep (Bexkens, 2025; Sackett et al., 1996). EBP biedt daarmee een kompas om bewezen werkzame interventies trouw te blijven, terwijl tegelijkertijd ruimte blijft om deze contextgevoelig te vertalen naar specifieke wijken, gemeenschappen en populaties.

De grootste winst zit dan ook niet in steeds nieuwe pilots, maar in de duurzame toepassing van wat aantoonbaar werkt. Dat betekent echter niet dat pilots overbodig zijn: vaak ontstaat de behoefte aan een pilot juist doordat professionals en inwoners ervaren dat een bestaande aanpak niet passend is in hun specifieke context. De uitdaging is niet om telkens 'iets nieuws' te bedenken, maar om systematisch te leren van eerdere projecten, onderzoek en praktijkervaring, én deze kennis vervolgens contextgevoelig toe te passen. Zo blijft er ruimte voor maatwerk zonder steeds opnieuw het wiel uit te vinden. Dat vraagt om regie, domeinoverstijgende samenhang en continuïteit in uitvoering en financiering, net als om professionals die toegang hebben tot kennis en ruimte om die te gebruiken. Preventie is geen tijdelijk project, maar een structureel onderdeel van werkprocessen, samenwerkingen en verantwoordingslijnen (Van Harmelen et al., 2026).

Samengevat: preventie loont, maar alleen wanneer we de tijd durven nemen, op de lange termijn durven denken en het systematisch borgen. En wanneer we stoppen met het denken in schijnbare keuzes tussen zorg óf preventie, en erkennen dat duurzame gezondheid juist ontstaat door beiden te versterken.

## **GEZONDHEIDSBEVORDERING ÍN DE LEEFOMGEVING ÉN DE ZORG**

Wanneer gezondheid als collectieve opgave wordt gezien, kan gezondheidsbevordering nooit worden teruggebracht tot leefstijl, en evenmin uitsluitend worden belegd bij zorg. Zij raakt aan ruimtelijke ordening, onderwijs, arbeid,

mobiliteit, sociale samenhang en bestaanszekerheid (Kickbush, 2013). Deze brede benadering vormt ook de kern van het HAN-zwaartepunt Fair Health. Binnen dit zwaartepunt is het lectoraat Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid een dragende partner voor het thema Gezonde Leefomgeving en Leefstijl, met de lector als themaleider. We richten ons binnen dit thema niet op campagnes en losse programma's, maar op het structureel verbeteren van omstandigheden: fysieke en sociale omgevingen zo inrichten dat gezond leven gemakkelijker, vanzelfsprekender en rechtvaardiger wordt (HAN, 2026). Een gezondheidsbevorderende leefomgeving is een plek waar mensen zich veilig voelen, elkaar kunnen ontmoeten, worden uitgenodigd tot bewegen, en waarin de leefomgeving een gezonde leefstijl ondersteunt. Evenzeer is het een plek waar kansen worden vergroot: toegang tot onderwijs, werk, groen, informatie, sociale steun en zeggenschap.

Om die samenhang beter te begrijpen, is het helpend om niet vanuit afzonderlijke systemen te denken, maar vanuit het individu dat in meerdere contexten tegelijk leeft: thuis, in de wijk, op school, op het werk én in de zorg. In al deze contexten moet gezondheid aandacht krijgen en ondersteund worden. Vanuit dit perspectief wordt ook de verbinding tussen leefomgeving en zorg vanzelfsprekend zichtbaar: beide raken aan dezelfde persoon, dezelfde behoeften en dezelfde mogelijkheden om gezond te leven. Daarom richt het lectoraat zich niet alleen op gezondheidsbevordering in wijken, buurten en sociale omgevingen, maar ook op hoe gezondheidsbevordering vorm krijgt binnen de zorgcontext zelf. Want ook in ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en wijkzorgteams worden dagelijks keuzes gemaakt die gezondheid kunnen ondermijnen of juist kunnen versterken. Gezondheidsbevordering binnen de zorg betekent dat zorgorganisaties niet uitsluitend reageren op ziekte, maar actief bijdragen aan veerkracht, participatie en herstel door aandacht te hebben voor leefstijl, stress, sociale steun, zingeving en de verbinding met de leefomgeving van patiënten.

Vanuit deze benadering onderzoekt het lectoraat hoe zorgpraktijken zó kunnen worden ingericht dat zij gezondheid versterken, ook buiten de muren van de instelling. Dat doen we door samen met zorgprofessionals, inwoners en lokale partners te analyseren welke combinaties van ruimtelijke, sociale, organisatorische en klinische condities gezondheid daadwerkelijk dragen.

Denk aan de manier waarop leefstijlgesprekken worden ingebed in zorgpaden, hoe de omgeving van zorginstellingen uitnodigt tot bewegen en ontmoeten, en hoe zorgverleners samenwerken met de sociale basis in wijken. Precies op het snijvlak van deze twee werelden, namelijk de leefomgeving én de zorg, wordt zichtbaar hoe gezondheidsbevordering in de praktijk vorm krijgt. Dat is ook de reden dat we binnen het lectoraat werken aan projecten die deze verbinding concreet en tastbaar maken. Eén van de meest sprekende voorbeelden daarvan is Fit4Surgery.

### **FIT4SURGERY: GEZONDHEID VÓÓR DE INGREEP, MET EFFECT ERNA**

Fit4Surgery laat zien hoe gezondheidsbevordering binnen de zorg concreet vorm krijgt. Het programma is een vorm van prehabilitatie: een aanpak waarbij patiënten al vóór een medische ingreep doelgericht werken aan hun fysieke, mentale en sociale veerkracht. In Fit4Surgery worden leefstijl, stresshantering, beweging, voeding en sociale steun daarom niet gezien als randvoorwaarden, maar als essentiële onderdelen van het zorgpad.

Daarmee verschuift het accent: van louter curatief handelen naar het versterken van gezondheid als integraal onderdeel van goede zorg. Onderzoek naar prehabilitatie bevestigt deze verschuiving. Een systematische review en meta-analyse laat zien dat multidomein-prehabilitatie, waarbij meerdere leefstijldomeinen voorafgaand aan een operatie worden versterkt, leidt tot minder postoperatieve complicaties, sneller herstel en een hogere ervaren kwaliteit van zorg (Santa Mina et al., 2014).

Belangrijk is dat deze aanpak niet eindigt op de operatietafel. De keuzes die binnen de zorgcontext worden gemaakt, zoals prehabilitatie, leefstijladviezen en begeleiding, hebben alleen blijvende impact wanneer ze aansluiten op het dagelijks leven van patiënten. Fit4Surgery vormt daardoor een scharnierpunt tussen wat er binnen de instelling gebeurt en wat daarbuiten nodig is om gezondheid vast te houden.

Vanuit het lectoraat dragen we bij aan zowel het onderzoek naar als de implementatie van deze aanpak, met aandacht voor de vertaling naar de leefomgeving en de duurzame inbedding in de praktijk.

## **DUURZAAM GEZOND: HERSTEL ALS DAGELIJKS WERK IN HUIS EN WIJK**

Fit4Surgery is een bestaand, landelijk initiatief dat organisaties ondersteunt om prehabilitatie in de zorgpraktijk mogelijk te maken. Binnen het Radboudumc wordt hieraan vormgegeven via multimodale prehabilitatie, waarbij patiënten voorafgaand aan een operatie worden begeleid met fysieke training, voeding, mentale ondersteuning en leefstijlinterventies.

Van oorsprong lag de nadruk daarbij vooral op mogelijke effecten van prehabilitatie op postoperatieve uitkomsten. Steeds sterker groeit echter de ambitie om patiënten ook te ondersteunen in duurzame leefstijlverandering. Het Radboudumc past het bestaande programma daarom hierop aan. Ons lectoraat draagt hieraan bij in de fase waarin de patiënt na ontslag terugkeert naar de eigen leefomgeving: de overgang van patiënt met een aandoening naar inwoner met een gezondheidsvraagstuk. We richten ons onder andere op de vraag hoe mensen na ontslag hun herstel kunnen voortzetten in hun dagelijks leven. Herstel vindt immers plaats thuis, in de wijk, in routines; in hoe mensen zich verplaatsen, slapen, eten, bewegen en steun ervaren.

Daarmee verschuift de kernvraag van “wat is de beste behandeling?” naar: “wat heeft iemand nodig om herstel in zijn eigen omgeving vol te houden?”. Dat vraagt om continuïteit tussen ziekenhuis, eerstelijns, welzijn en de sociale basis: afspraken die in het ziekenhuis worden gemaakt, moeten herkenbaar en haalbaar terugkomen in de thuissituatie, met toegankelijke ondersteuning en heldere verantwoordelijkheden (Tyler et al., 2023).

Juist in deze verbinding wordt zichtbaar wat onderzoekslijn 2 beoogt: gezondheidsbevordering in de zorg én in de leefomgeving, als één doorlopend proces. Waar het ziekenhuis de beweging start, zorgt de omgeving ervoor dat mensen hun herstel kunnen volhouden. Door die verbinding systematisch te organiseren, voorkomen we dat gezondheidswinst weglekt na ontslag en groeit de kans dat verbeteringen zich stap voor stap vertalen naar duurzame gezondheid op individueel én collectief niveau.

## **COLLECTIEVE PREVENTIE EN RECHTVAARDIGHEID**

Gezondheid als collectieve opgave betekent dat rechtvaardigheid expliciet onderdeel is van gezondheidsbevordering. Ongelijke gezondheidskansen zijn

geen toevallig bijproduct, maar het resultaat van structurele ongelijkheden (Mackenbach, 2012). Effectieve gezondheidsbevordering vraagt dus om preventie die rekening houdt met bestaanszekerheid, inclusie en toegankelijkheid, en die in co-creatie met inwoners en professionals wordt vormgegeven (Kickbusch & Brindley, 2013). Zo verbinden we gezondheidsdoelen aan keuzes in huisvesting, onderwijs, inkomen, mobiliteit en publieke ruimte, én aan de manier waarop we daarover communiceren en informatie toegankelijk maken, waardoor de wisselwerking tussen leefomgeving en zorg expliciet tweerichtingsverkeer wordt.

## **DE VERBINDING MET ZORGZAME GEMEENSCHAPPEN EN SYSTEMEN**

Onderzoekslijn 2 staat niet los van de andere onderzoekslijnen. Zonder zorgzame gemeenschappen is gezondheidsbevordering moeilijk vol te houden; zonder gezonde leefomstandigheden raken die gemeenschappen overbelast; en zonder systeem- en structuurvernieuwing blijven goede initiatieven kwetsbaar. Gezondheidsbevordering in leefomgeving én zorg is daarom de schakel tussen de sociale basis en de systeemkant: hier wordt duidelijk hoe we samenhang organiseren, verantwoordelijkheid delen en lange-termijnvolhoudbaarheid borgen.

De vraag die nu voorligt, is onvermijdelijk: hoe richten we die samenwerking zo in dat zij niet afhankelijk is van toeval of tijdelijke projecten, maar van systemen die meebewegen met wat in de praktijk nodig is? Die vraag vormt de opmaat naar het volgende hoofdstuk.





# HOOFDSTUK 5: MEEBEWEGENDE SYSTEMEN

## VERDIEPING ONDERZOEKSLIJN 3: SISTEEM- EN STRUCTUURVERANDERING BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG

Het begint met een ogenschijnlijk eenvoudige vraag. Een inwoner meldt zich bij het wijkteam. Ze is begin zeventig, woont alleen en merkt dat het haar steeds meer moeite kost om het overzicht te houden. Geen zware problematiek, geen acute crisis. Wel vermoeidheid, onzekerheid en het gevoel dat alles tegelijk komt. Ze wil graag dat iemand met haar meekijkt: hoe kan ze haar dagen weer beter organiseren, wie kan haar ondersteunen, waar kan ze terecht?

De professional die haar spreekt, herkent het beeld onmiddellijk. Dit is geen vraag die om één voorziening vraagt, maar om samenhang. Een combinatie van lichte ondersteuning, een paar praktische aanpassingen, en iemand die helpt het netwerk te versterken. De welzijnswerker denkt mee. Het sociaal wijkteam ziet mogelijkheden.

Op papier klopt het allemaal. En toch stopt het proces; de ene organisatie kan pas starten na een formele beschikking., de andere mag alleen iets doen als er geen zorgindicatie is. Financiering vraagt om afbakening, terwijl de vraag juist gebaat is bij verbinding. Wat begint als een gezamenlijke intentie, verandert langzaam in een zoektocht naar grenzen: wie is waarvoor verantwoordelijk, wie betaalt, en wie mag besluiten? De inwoner merkt het meteen. Niet in regels of structuren, maar in vertraging. In herhaalde gesprekken. In steeds opnieuw haar verhaal vertellen. In het gevoel dat iedereen betrokken is, maar niemand echt het geheel overziet.

Niemand doet hier iets verkeerd. Iedereen handelt professioneel, zorgvuldig en met de beste bedoelingen. En toch werkt het niet zoals het zou moeten.

## HET PROBLEEM ZIT NIET IN DE INTENTIE, MAAR IN DE INRICHTING

Dit voorbeeld laat zien waar de kern van de uitdaging zit. Niet in de kwaliteit van professionals, maar in de manier waarop we die kwaliteit georganiseerd hebben. Zorg, welzijn en ondersteuning zijn inhoudelijk steeds beter op elkaar afgestemd, maar structureel nog te vaak van elkaar losgekoppeld. Onderzoek laat zien dat samenwerking vooral moeilijk wordt door de institutionele context waarin professionals werken: financieringsstromen, verantwoordingsmechanismen en wettelijke kaders die sectorale logica's versterken (Nederlandse Zorgautoriteit, 2025).

Dit sluit aan bij wat in transitieonderzoek bekendstaat als regime-stabilisatie: systemen raken verankerd in routines, normen en structuren die zichzelf in stand houden, zelf wanneer de werkelijkheid verandert (Geels, 2002). Dat verklaart ook waarom systeembehoud zo hardnekkig kan zijn. Zoals scherp verwoord in het Zorgvisie-opinieartikel *“Een houdbaar systeem maakt nog geen gezond systeem”*: de sector blijft zich richten op de vraag hoe we het systeem overeind houden, terwijl het uiteindelijk moet gaan om de gezondheid van mensen (Bergsma, 2026). Begrippen als toekomstbestendigheid, passende zorg en houdbaarheid kunnen zo paradoxaal genoeg zélf onderdeel worden van de oude logica.

Transitie-literatuur benadrukt daarom dat fundamentele verandering zelden ontstaat door het bestaande systeem te optimaliseren. Effectieve vernieuwing begint vaak met het opbouwen van alternatieve praktijken naast het bestaande, in zogeheten niches, die stap voor stap draagvlak, bewijs en legitimiteit opbouwen. Pas wanneer zulke alternatieven sterk genoeg zijn, worden systemen gedwongen mee te bewegen (Loorbach & Rotmans, 2010). Systemen zijn machtig, maar niet onwrikbaar: nieuwe logica's ontstaan meestal niet door repareren, maar door ruimte te maken voor wat groeit.

## ALTERNATIEVEN ALS MOTOR VAN VERANDERING

Wanneer een systeem vastloopt, ontstaat al snel de reflex om vooral nóg beter te doen wat we al doen: processen finetunen, verantwoordelijkheden aanscherpen, routines verbeteren. Maar zoals in hoofdstukken 3 en 4 al getoond, ontstaat echte vernieuwing juist wanneer andere praktijken ruimte krijgen naast het bestaande; praktijken die niet worden voortgebracht door de

dominante logica van het systeem, maar door het dagelijkse leven van mensen, hun netwerken en hun leefomgeving.

Transitieonderzoek laat zien dat deze alternatieve praktijken vaak ontstaan in zogeheten niches: kleine, beschermde plekken waar andere aannames, waarden en samenwerkingsvormen kunnen worden uitgetoet. In het Multi-Level Perspective wordt dit gezien als een belangrijke motor voor verandering: zulke niches vormen de kiemen van nieuwe systeemlogica's, die op termijn druk kunnen uitoefenen op het bestaande regime (Geels, 2002). Fundamentele systeemveranderingen beginnen vaak met verschuivingen in doelen, spelregels en onderliggende overtuigingen en deze worden vaak eerst zichtbaar in alternatieve praktijken waar ruimte is voor experiment en betekenisvolle interactie (Meadows, 1999). Die logica zien we bijvoorbeeld terug in zorgzame gemeenschappen (hoofdstuk 3): kleine, lokale praktijken van onderlinge steun die laten zien hoe nabijheid, vertrouwen en gezamenlijke verantwoordelijkheid kunnen worden georganiseerd. En in gezondheidsbevordering in leefomgeving én zorg (hoofdstuk 4): initiatieven die gezondheid centraal zetten, niet als bijzaak naast zorg, maar als collectieve opgave in wijk, school, werk en zorgorganisatie.

Deze voorbeelden tonen dat systeemvernieuwing begint met het opbouwen, verbinden en verstevigen van dit soort alternatieven. Niet door ze als uitzonderingen te behandelen, maar door ze te erkennen als richtinggevende voorboden van waar het systeem naartoe zou moeten groeien. En precies daar ontstaat de opgave voor onze derde onderzoekslijn: hoe we systemen zo kunnen organiseren dat ze meebewegen met deze alternatieven, dat zij leren en innoveren in plaats van stabiliseren, en dat inwoners, professionals en gemeenschappen niet alleen mogen meedenken, maar daadwerkelijk meebeslissen.

Met andere woorden: de vraag verschuift van *“hoe verbeteren we het systeem?”* naar *“hoe maken we ruimte voor gelijkwaardige samenwerking, participatie en vernieuwing?”*. Dat is een cruciale stap richting wendbare systemen.

## **SAMENWERKING VRAAGT OM ANDERE VORMEN VAN ORGANISEREN**

De complexiteit van zorg en welzijn vraagt niet om optimalisatie van ketens, maar om netwerklogica. Ketendenken veronderstelt voorspelbaarheid,

overdracht en eenduidige verantwoordelijkheden. Netwerken daarentegen bouwen op onderlinge afhankelijkheid, relationele afstemming, vertrouwen en voortdurende interactie (Provan & Kenis, 2008; Valentijn et al., 2013).

Onderzoekslijn 3 richt zich precies op die spanning: hoe organiseren we zorg niet langer als een aaneenschakeling van specialistische stappen, maar als een gedeeld, contextueel proces waarin domeinen elkaar versterken in plaats van afbakenen? Een concreet voorbeeld hiervan is de Samenwerkwijzer, een praktische werkwijze die professionals ondersteunt om samen met inwoners, mantelzorgers en andere betrokken partners systematisch af te stemmen, handelingsruimte te vergroten en gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen. Binnen het eerder genoemde programma 2SHIFT denken we actief mee over het onderzoek naar deze samenwerkwijze: hoe zij werkt in de praktijk, hoe we haar kunnen monitoren, en welke condities bijdragen aan duurzame borging en verdere onderbouwing.

Daarvoor is het noodzakelijk de vraag te stellen: wie heeft regie? Niet in hiërarchische zin, maar in betekenisgevende zin. Echte samenwerking vraagt om regie bij inwoners, wat betekent dat hun perspectief, betekenis en context leidend moeten zijn in de wijze waarop ondersteuning wordt vormgegeven. Instrumenten zoals de Samenwerkwijzer laten zien dat dit geen abstract ideaal is, maar een concrete manier om netwerken te organiseren rondom het leven van mensen in plaats van rondom systemen.

## LEREN EN INNOVEREN

Een cruciale bouwsteen voor systeemvernieuwing is het versterken van het lerend vermogen van organisaties. In de samenwerkingslijn “Lerende en innoverende organisaties voor toekomstbestendige zorg”, werkt het lectoraat samen met Vilans aan precies deze vraag: hoe kunnen organisaties zó leren dat innovatie geen project is, maar een organisatiekwaliteit?

In een gezamenlijk artikel (Van den Berg et al., 2026) beschrijven we dat echte innovatie ontstaat wanneer organisaties leren op drie niveaus:

- in de dagelijkse praktijk,
- in teams en interprofessionele samenwerking,
- in besluitvorming en organisatie-inrichting.

Nieuwe inzichten blijken pas duurzaam wanneer ze doordringen in de structuren: besluitvorming, tijdsbesteding, financiering, mandaten en kwaliteitskaders. Wanneer professionals mogen reflecteren, maar hun organisatiestructuren niet meebewegen, ontstaat een vorm van "schijnleren": er wordt gesproken, maar er verandert niets.

Het artikel laat zien dat toekomstbestendige zorg alleen mogelijk is wanneer organisaties ruimte maken voor experimenteren, reflecteren en gezamenlijke analyse, en wanneer die inzichten daadwerkelijk invloed krijgen op beleid en organisatie-inrichting (Van den Berg et al., 2026). Leren, sturen en organiseren moeten samenvallen; pas dan ontstaat vernieuwingskracht.

Tegelijkertijd zien we dat leren en innovatie zich steeds vaker niet primair binnen afzonderlijke organisaties voltrekken, maar ontstaan in regionale samenwerkingsverbanden waarin meerdere organisaties gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor maatschappelijke impact. Binnen de HAN dragen we onder meer vanuit onze Centres of Expertise bij aan deze ontwikkelingen. Een Centre of Expertise is een thematisch samenwerkingsverband waarin lectoraten, opleidingen en praktijkpartners langdurig samenwerken aan complexe maatschappelijke opgaven.

Vanuit het Centre of Expertise Bestendige Zorg worden, in samenwerking met verschillende lectoraten binnen de HAN, deze regionale leer- en innovatieprocessen ondersteund. Daarbij wordt gewerkt met vormen van lerend monitoren op impact, bijvoorbeeld binnen AZWA-verbanden. Gezamenlijke ambities en beoogde effecten worden gekoppeld aan een actiecyclus in de dagelijkse praktijk van professionals, met expliciete verbindingen naar management- en bestuurslagen binnen en tussen organisaties. Hoewel deze regionale en netwerkgerichte benadering een ander vertrekpunt kent dan het organisatiegerichte perspectief in de samenwerking met Vilans, raken beide ontwikkelingen aan dezelfde kern: het duurzaam verbinden van leren, handelen en sturen.

## **PARTICIPATIE ALS STRUCTUREEL VRAAGSTUK: HET MOVE-PROJECT**

Een tweede dimensie van systeemvernieuwing betreft de positie van inwoners en informele zorgverleners. Participatie wordt in beleid vaak gepresenteerd

als randvoorwaarde, maar in de praktijk blijkt zij sterk afhankelijk van context en vormgeving. Binnen het onderzoeksconsortium Mechanismen voor Ondersteuning van de Versterking Eerste lijn (MOVE) onderzoekt het lectoraat, samen met het Lectoraat Wijkverpleegkunde, de Erasmus Universiteit en het Ben Sajat Centrum, hoe participatiemechanismen in zorg en welzijn daadwerkelijk functioneren. Wat maakt dat inwoners invloed ervaren? Wanneer voelen informele zorgverleners zich serieus genomen? En welke vormen van participatie sluiten aan bij verschillende capaciteiten en levenssituaties? Een belangrijk uitgangspunt is dat participatie niet kan worden gereduceerd tot inspraakmomenten. Zij vraagt om structurele verankering in besluitvorming, werkwijzen en verantwoordelijkheden. Zonder die verankering blijft participatie fragiel en vaak symbolisch.

Dit legt een fundamentele vraag bloot: zijn onze systemen ingericht om inwoners en informele zorgverleners te zien als volwaardige partners, of vooral als gebruikers van voorzieningen?

## **WIJKNETWERKEN ARNHEM: SYSTEEMVERNIEUWING IN GELIJKWAARDIGE SAMENWERKING**

Waar systeemvernieuwing vaak wordt benaderd vanuit beleid, laten de wijknetwerken Zorg & Welzijn in Arnhem zien hoe verandering ontstaat wanneer verschillende partijen gezamenlijk optrekken. In netwerken werken sociaal wijkteams, welzijnspartijen uit de sociale basis en gecontracteerde zorgaanbieders (Wmo en Jeugd) samen rondom inwoners met een lichte zorgvraag.

Het lectoraat volgt en monitort deze samenwerking, met specifieke aandacht voor het operationele en tactische niveau. Hoe maken professionals gezamenlijk afwegingen? Welke ruimte ervaren zij om maatwerk te leveren? En waar lopen zij vast? Wat hier zichtbaar wordt, is dat samenwerking daadwerkelijk mogelijk is wanneer professionals elkaar kennen, vertrouwen en de ruimte krijgen om samen verantwoordelijkheid te nemen. Tegelijkertijd wordt ook hier duidelijk hoe snel bestaande structuren grenzen stellen. Verschillende financieringskaders, verantwoordingslijnen en beleidsdoelen blijven voelbaar aanwezig. Deze praktijk laat zien dat systeemvernieuwing niet begint bij abstracte modellen, maar bij het serieus nemen van wat er in de praktijk gebeurt en de bereidheid om daar consequenties aan te verbinden.

## WENDBAARHEID ALS SYSTEEMKWALITEIT

Wanneer alternatieve praktijken naast het bestaande ontstaan en laten zien hoe het óók kan, wordt zichtbaar wat systemen nodig hebben om mee te bewegen: wendbaarheid. De voorbeelden in dit hoofdstuk maken duidelijk dat wendbaarheid niet primair een eigenschap is van individuele professionals, maar van systemen. Wendbare systemen bieden ruimte om af te wijken wanneer dat nodig is, om samen te leren en om verantwoordelijkheid te delen zonder haar te versnipperen. Dat vraagt om andere gesprekken binnen de zorgdomeinen zelf (interprofessioneel en multidisciplinair), maar ook tússten zorg, welzijn en beleid. Over wat we belangrijk vinden. Over welke onzekerheid we durven toelaten. En over hoe we sturen op maatschappelijke waarde in plaats van op sectorale prestaties.

Het samenbrengen van verschillende werelden is daarmee geen technische opgave, maar een normatieve. Het vraagt keuzes over macht, zeggenschap en vertrouwen. Over wie ruimte krijgt om mee te bewegen en onder welke voorwaarden. De beweging is ingezet. In lerende organisaties die hun eigen werkwijze durven bevragen. In participatieonderzoek dat inwoners niet alleen laat meepraten, maar meebeslissen. In wijknetwerken waarin professionals samen met elkaar en met inwoners verantwoordelijkheid nemen. Niet als groots ontwerp, maar als gezamenlijke zoektocht. Jan Rotmans (Skipr, 2026) beschrijft dat de zorgtransitie vraagt om ontregeling. Niet ontregeling als chaos, maar als bewuste breuk met bestaande patronen die niet langer aansluiten bij de sociale werkelijkheid. Ontregelen betekent ruimte creëren voor nieuwe logica's, nieuwe werkwijzen en nieuwe vormen van verantwoordelijkheid.

## AFSLUITING: TERUG NAAR DE INWONER

Aan het einde van dit hoofdstuk keren we terug naar de inwoner met wie het begon. Niet omdat haar situatie uitzonderlijk is, maar juist omdat zij zo herkenbaar is. Haar vraag was niet complex in medische zin; complex was de context waarin die vraag belandde; een landschap waarin zorg, welzijn en ondersteuning ieder hun eigen logica volgen, terwijl het leven zich daar niet aan houdt.

Wat zij nodig had, was geen nieuw instrument, geen extra project en geen betere intenties. Wat zij nodig had, was samenhang: een netwerk dat haar

situatie als geheel ziet, verantwoordelijkheid durft te nemen over de domeinen heen en de ruimte heeft om af te wijken waar dat nodig is. Voor haar wordt systeemvernieuwing merkbaar in het alledaagse: in hoe snel er iets gebeurt, in of afspraken op elkaar aansluiten, in of zij zich gezien weet, en in dat ene zinnetje dat het verschil maakt: *“Wij pakken dit samen met u op.”*

Dat is de kern van dit hoofdstuk. Alternatieven naast het bestaande laten zien hoe het óók kan; netwerklogica maakt het mogelijk om rondom iemands leven te organiseren; participatie geeft inwoners regie in betekenisgevende zin; en lerende, wendbare organisaties zorgen dat wat werkt niet toevallig blijft, maar ingebed raakt in besluitvorming, financiering en werkprocessen. Zo ontstaat de beweging van losse initiatieven naar een meebewegend systeem, niet als groot ontwerp, maar als gedeelde, doorlopende praktijk.

De vraag is dan niet langer of we het systeem overeind houden, maar of we het zo inrichten dat het mensen ondersteunt op de momenten dat het ertoe doet. Dat is een morele keuze én een organisatorische opgave: ruimte maken voor nabijheid, samenhang en gedeelde verantwoordelijkheid en samen onderweg blijven.



# HOOFDSTUK 6: DE REIS IS BELANGRIJKER DAN DE BESTEMMING

Na de analyse van zorgzame gemeenschappen, gezondheid als collectieve opgave en de noodzaak van meebewegende systemen, ligt een verleidelijke vraag op tafel: hoe ziet het eindbeeld eruit? Hoe moet de zorg van de toekomst worden ingericht? Welke structuren zijn nodig? En wanneer weten we dat de transitie geslaagd is?

Die vraag is begrijpelijk. In beleidscontexten zijn we gewend te werken met doelen, eindbeelden en implementatieplannen. Ze bieden houvast, richting en overzicht. Toch schuurt deze manier van denken steeds meer met de werkelijkheid waarin zorg en gezondheid zich afspelen.

Want wie eerlijk kijkt naar de praktijk, ziet dat zorg en gezondheid zich niet laten vangen in één ontwerp. Niet omdat we nog niet genoeg weten, maar omdat de werkelijkheid zelf fundamenteel dynamisch, relationeel en onvoorspelbaar is. Daarom is in dit hoofdstuk niet de bestemming leidend, maar de reis.

## ZORG EN GEZONDHEID ALS COMPLEXE SYSTEMEN

Zorg en gezondheid laten zich, zoals de vorige hoofdstukken lieten zien, niet vangen in lineaire plannen of strak afgebakende ketens. Steeds vaker wordt zorg daarom beschreven als een complex adaptief systeem: een systeem dat bestaat uit vele actoren (inwoners, professionals, organisaties, gemeenschappen en beleid) die voortdurend op elkaar reageren, leren en zich aanpassen (Plsek & Greenhalgh, 2001). In zulke systemen zijn oorzaak en gevolg zelden lineair. Interventies grijpen in op bestaande relaties en patronen, waardoor effecten vaak anders uitpakken dan bedoeld.

Complexiteitstheorie helpt te begrijpen waarom grootschalige hervormingen soms minder opleveren dan gehoopt, terwijl kleine alternatieve praktijken -

zoals die in zorgzame gemeenschappen of gezondheidsbevorderende wijken - onverwacht veel impact kunnen hebben (Meadows, 2008). Het verklaart ook waarom "best practices" niet zomaar overdraagbaar zijn: wat werkt, werkt altijd ergens, voor iemand, onder bepaalde omstandigheden.

Deze manier van kijken vraagt om bescheidenheid: niet alles is maakbaar, voorspelbaar of vooraf te ontwerpen. Maar zij vraagt ook om verantwoordelijkheid: juist omdat systemen gevoelig zijn voor verandering, doet elke keuze ertoe; in beleid, in samenwerking en in hoe we ruimte maken voor gelijkwaardigheid en vernieuwing.

## **DE ILLUSIE VAN CONTROLE**

In veel zorg- en beleidscontexten is controle een impliciete waarde. We willen weten waar we naartoe gaan, hoe we daar komen en hoe we succes meten. Dat is begrijpelijk, maar het kent een keerzijde. Wanneer controle doorslaat, ontstaat rigiditeit. Systemen worden minder responsief, minder lerend en minder mensgericht (Snowden & Boone, 2007). Binnen ons lectoraat zien we deze spanning dagelijks terug. Professionals ervaren ruimte om maatwerk te leveren, maar botsen op verantwoordingssystemen die uniformiteit vragen. Beleidsmakers spreken over samenwerking, maar sturen op afzonderlijke indicatoren. Inwoners worden uitgenodigd om mee te denken, maar ervaren beperkte invloed op beslissingen die hen direct raken. Deze spanning is geen gevolg van slechte bedoelingen, maar van een diepgewortelde overtuiging dat onzekerheid een probleem is dat moet worden opgelost. De vraag is of dat nog houdbaar is.

## **ONZEKERHEID ALS GEGEVEN, NIET ALS TEKORT**

Onzekerheid hoort bij zorg en gezondheid. Mensen worden ziek, herstellen, vallen terug, vinden nieuwe vormen van balans. Gemeenschappen veranderen. Opgaven verschuiven. Wie probeert deze onzekerheid volledig uit te sluiten, creëert systemen die vooral bezig zijn met zichzelf in stand houden.

Alternatieve benaderingen benadrukken daarom het belang van reflexief en adaptief werken: het vermogen om voortdurend te reflecteren op wat er gebeurt en daar consequenties aan te verbinden (Schön, 1983; Ng et al., 2022).

Dat vraagt om ruimte om te experimenteren, om fouten te erkennen en om bij te sturen zonder direct te worden afgerekend. Dit is zeker geen pleidooi voor vrijblijvendheid. Integendeel. Adaptief werken vraagt om heldere waarden en een expliciet normatief kader. Juist wanneer de uitkomst onzeker is, moeten de waarden richting geven.

## **WAARDEN ALS KOMPAS**

Wanneer de bestemming niet vastligt, worden waarden het kompas van de reis. In dit boek keren steeds dezelfde waarden terug: nabijheid, rechtvaardigheid, samenwerking, menselijke maat en gedeelde verantwoordelijkheid. Deze waarden zijn niet neutraal. Ze impliceren keuzes, maar ook houdingen van waaruit wij kijken, luisteren en handelen. Het gaat om de bereidheid om de leefwereld van inwoners serieus te nemen, ook wanneer dat botst met systeemlogica's. Om onzekerheid toe te laten, voorbij snelle oplossingen te denken en ruimte te maken voor dialoog. En om professionals het vertrouwen en de ruimte te geven om af te wijken van standaarden wanneer dat beter aansluit bij wat de situatie vraagt.

Binnen ons onderzoek ervaren we regelmatig hoe spannend dit kan zijn. Waarden expliciteren betekent ook erkennen dat niet alles tegelijk kan, en dat keuzes die voor de één betekenisvol zijn, voor de ander spanning of verlies kunnen opleveren. Dit vraagt om een onderzoekende en reflectieve houding, én om leiderschap dat deze spanning niet weg organiseert, maar haar zichtbaar maakt en bespreekbaar houdt (Heifetz, 1994; Bouttell, 2026).

## **KLEINE STAPPEN, GROTE BETEKENIS**

Een belangrijk inzicht uit de complexiteitstheorie is dat kleine interventies grote effecten kunnen hebben (Meadows, 2008). Niet omdat ze op zichzelf zo krachtig zijn, maar omdat ze bestaande patronen doorbreken of versterken. In de praktijk van zorg en welzijn zijn dit vaak geen spectaculaire innovaties, maar subtiele verschuivingen: een andere manier van overleg, een andere rolverdeling, een bewuste keuze om een inwoner mee te laten beslissen. Zulke stappen laten zich moeilijk vangen in beleidsplannen, maar zijn cruciaal voor duurzame verandering.

Dit vraagt om een andere waardering van succes. Niet alleen kijken naar uitkomsten, maar ook naar processen. Niet alleen meten wat er is bereikt, maar ook hoe er is gewerkt en wat er is geleerd (Patton, 2011).

## **SAMEN ONDERWEG: MEERVOUDIGE PERSPECTIEVEN**

De reis is nooit individueel. Zorg en gezondheid ontstaan in relaties tussen mensen, organisaties en gemeenschappen. Dat betekent dat er altijd meerdere perspectieven tegelijk aanwezig zijn: dat van de inwoner, de professional, de bestuurder, de beleidsmaker, de onderzoeker.

Deze perspectieven zijn niet altijd gemakkelijk te verenigen. Ze hebben hun eigen taal, tempo en logica. Toch is juist het naast elkaar laten bestaan van deze perspectieven een voorwaarde voor leren (Mol, 2002; Qadir et al., 2025). Wanneer één perspectief dominant wordt, verschaalt het begrip van de werkelijkheid.

Binnen ons lectoraat zien we het als een kernopgave om deze perspectieven met elkaar in gesprek te brengen, zonder ze te willen reduceren tot één verhaal. Dat vraagt om luisteren, vertalen, wederzijds begrip en soms ook het verdragen van ongemak.

## **DE ROL VAN HET LECTORAAT: REISGENOOT EN SPIEGEL**

Het lectoraat Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid kiest er bewust voor om zich niet te positioneren als ontwerper van het eindbeeld, maar als reisgenoot. Een reisgenoot die meeloopt, vragen stelt, onderzoek inzet om patronen zichtbaar te maken en ruimte creëert voor reflectie. Dat betekent ook dat het lectoraat zichzelf niet buiten beschouwing plaatst. Wij maken deel uit van dezelfde systemen die we onderzoeken. Ook wij bewegen ons tussen beleidslogica's, financieringskaders en maatschappelijke verwachtingen. Reflexiviteit begint daarom bij onszelf. Onderzoek wordt in deze benadering geen instrument om gelijk te halen, maar een middel om samen te leren. Niet om te bewijzen dat iets werkt, maar om te begrijpen waarom, voor wie en onder welke omstandigheden (Pawson & Tilley, 1997).

## ONDERWEG BLIJVEN LEREN

De neiging om toe te werken naar een eindoplossing is groot. Naar het moment waarop de transitie 'af' is. Maar die neiging doet geen recht aan de aard van de opgave. Zorg en gezondheid zijn nooit af. Ze bewegen mee met mensen en samenleving. De opgave is daarom niet om de juiste bestemming te vinden, maar om onderweg te blijven leren. Om systemen zo in te richten dat zij meebewegen met wat zich aandient. Om samenwerking te zien als een voortdurend proces, niet als een eindtoestand.

De reis is belangrijker dan de bestemming. Niet omdat de bestemming er niet toe doet, maar omdat de manier waarop we onderweg zijn bepaalt welke toekomst mogelijk wordt. Dus we stellen steeds opnieuw de vraag: wat vraagt deze situatie van ons, hier en nu? We streven ernaar om dit geen abstract principe te laten zijn binnen ons werk, maar een dagelijkse praktijk. In onderzoek, in onderwijs en in samenwerking met professionals en inwoners.

Misschien is dat wel de kern van wendbaar samenwerken aan gezondheid: niet zoeken naar zekerheid waar die niet bestaat, maar samen leren omgaan met onzekerheid met vaste waarden en een open blik.





# HOOFDSTUK 7: DE ROL VAN HET LECTORAAT: TUSSEN WETEN EN DOEN

Een lectoraat bevindt zich per definitie in een tussenruimte. Tussen onderzoek en praktijk. Tussen beleid en leefwereld. Tussen weten en doen. Juist die positie maakt het lectoraat kwetsbaar en krachtig tegelijkertijd. Kwetsbaar, omdat het zich niet kan verschuilen achter één discipline, één methode of één opdrachtgever. Krachtig, omdat het precies daar kan werken waar vragen ontstaan die zich niet laten vangen binnen bestaande kaders.

In de voorgaande hoofdstukken is duidelijk geworden dat zorg en gezondheid vragen om beweging. Van individuele zorg naar collectieve gezondheid. Van sectorale oplossingen naar samenhang. Van beheersing naar wendbaarheid. Die beweging is geen abstracte beleidsopgave, maar een dagelijkse realiteit voor inwoners, professionals en organisaties. De vraag die hier resteert, is wat dit betekent voor de rol van het lectoraat in die werkelijkheid.

Wat doen wij, als alles in beweging is?

En misschien nog belangrijker: hoe kiezen wij positie?

## GEEN AFSTAND, MAAR BETROKKEN NABIJHEID

Het lectoraat *Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid* kiest expliciet voor nabijheid. Niet in de zin van kritiekloos meegaan met de praktijk, maar in het bewust en structureel opzoeken van die praktijk als vertrekpunt voor onderzoek, reflectie en dialoog. Wij vertrekken niet vanuit abstracte modellen die vervolgens 'geïmplementeerd' moeten worden, maar vanuit concrete vragen van inwoners, professionals en beleidsmakers. Die keuze is normatief. Zij veronderstelt dat kennis niet alleen ontstaat door afstand te nemen, maar juist ook door betrokken te zijn. Door aanwezig te zijn in situaties waar belangen botsen, waar onzekerheid voelbaar is en waar antwoorden nog niet vastliggen. Dat vraagt om

een onderzoekende houding die zich niet beperkt tot observeren, maar die ook bereid is zichzelf ter discussie te stellen (Flyvbjerg, 2001; Ng et al., 2022). Deze betrokken nabijheid betekent ook dat het lectoraat zich niet kan verschuilen achter neutraliteit. Wie midden in de praktijk staat, wordt onderdeel van die praktijk. Dat vraagt om reflexiviteit: steeds opnieuw expliciteren vanuit welke waarden en aannames we werken, en welke effecten dat heeft op anderen.

## **ONDERZOEK ALS GEZAMENLIJKE LEERPRAKTIJK**

Binnen het lectoraat beschouwen wij onderzoek niet primair als een instrument om te bewijzen dat iets werkt, maar als een gezamenlijke leerpraktijk. Onderzoek helpt om patronen zichtbaar te maken, om woorden te geven aan wat vaak impliciet blijft, en om verschillen in perspectief bespreekbaar te maken. Dit vraagt om methodologische flexibiliteit. Niet één dominante onderzoeksbenadering, maar een palet aan methoden dat aansluit bij de vraag en de context. Praktijkgericht onderzoek, actieonderzoek, ontwerpgericht onderzoek en realistisch evalueren spelen hierin een centrale rol (Pawson & Tilley, 1997; Bradbury, 2015). Cruciaal is dat onderzoek niet losstaat van handelen. Inwoners, professionals en organisaties zijn geen object van studie, maar mede-onderzoekers. Hun ervaringen zijn geen illustraties bij theorie, maar bronnen van kennis op zichzelf. Dat vraagt om gelijkwaardigheid, om tijd, en om het verdragen van onzekerheid over uitkomsten.

## **REFLEXIEF MONITOREN**

Een concreet voorbeeld van deze gezamenlijke leerpraktijk is het reflexief monitoren dat het lectoraat uitvoert binnen de geboortezorg. Samen met het Netwerk Regionale Consortia Geboortezorg en het Lectoraat Verloskunde van de Hogeschool Rotterdam monitort het lectoraat de ontwikkeling van de geboortezorg op lokaal, regionaal en landelijk niveau, in het kader van het Versterkingsprogramma Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). Reflexief monitoren betekent hier niet alleen cijfers volgen, maar vooral het samen leren begrijpen wat er gebeurt: welke patronen zichtbaar worden, welke ervaringen professionals en ouders hebben, wat goed werkt en waar spanning ontstaat.

Door monitoring te verbinden aan dialoog ontstaat inzicht én handelingsruimte. VSV's krijgen zicht op wat er leeft in hun regio, op wat versterking vraagt en op wat zij zelf kunnen beïnvloeden. Reflexief monitoren ondersteunt daarmee niet alleen verantwoording, maar vooral ontwikkeling, wendbaarheid en professionalisering. Het draagt bij aan lerende netwerken waarin geboortezorgpartners niet alleen afstemmen, maar werkelijk samen leren om te gaan met de complexe uitdagingen in hun regio.

Voor het lectoraat is dit project exemplarisch voor hoe wij onderzoek zien: als een relationele praktijk waarin data, verhalen en ervaringen samenkomen, en waarin monitoring geen eindpunt is maar het begin van gezamenlijke reflectie en verbetering.

## **ONDERWIJS ALS OEFENRUIMTE VOOR COMPLEXITEIT**

De rol van het lectoraat strekt zich nadrukkelijk uit tot het onderwijs. Studenten zijn niet alleen toekomstige professionals, maar ook deelnemers aan de huidige praktijk. Het onderwijs vormt daarmee een oefenruimte waarin nieuwe manieren van denken, samenwerken en handelen kunnen worden verkend. Binnen het lectoraat betekent dit dat onderwijs niet alleen draait om kennisoverdracht, maar om professionele vorming. Studenten leren omgaan met complexiteit, met morele dilemma's en met situaties waarin geen eenduidig antwoord bestaat. Ze leren samenwerken over domeinen heen, luisteren naar andere perspectieven en reflecteren op hun eigen positie. Dit vraagt om onderwijs dat ruimte biedt voor twijfel en experiment. Dat studenten niet alleen beloont voor het juiste antwoord, maar ook voor het stellen van de juiste vraag. En dat hen voorbereidt op een praktijk waarin onzekerheid geen teken van falen is, maar een gegeven (Biesta, 2013).

## **LABS EN LEERWERKPLAATSEN ALS RUIMTE VOOR EXPERIMENT EN GEZAMENLIJK LEREN**

Juist op dit punt spelen de 25 labs en leerwerkplaatsen van de HAN een cruciale rol. De labs en leerwerkplaatsen zijn fysieke plekken in wijken en dorpen waar onderwijs, onderzoek en praktijk samenkomen om aan reële maatschappelijke vraagstukken te werken. Het zijn plekken waar studenten, inwoners, professionals, docenten en onderzoekers gezamenlijk leren, experimenteren en vernieuwen in de leefwereld van inwoners. Wat deze labs en

leerwerkplaatsen uniek maakt, is dat zij geen simulatie zijn. De vraagstukken zijn reëel, de belangen echt en de uitkomsten doen ertoe. Studenten werken niet aan fictieve casussen, maar aan actuele maatschappelijke opgaven in wijken, organisaties en netwerken. Daarmee leren zij niet alleen *wat* werkt, maar vooral *hoe* samenwerken in complexiteit eruitziet.

Voor het lectoraat vormen deze labs en leerwerkplaatsen een onmisbare infrastructuur. Ze bieden ruimte om onderzoek te verbinden aan leren, en leren aan handelen. Ze maken het mogelijk om kennisontwikkeling niet los te koppelen van maatschappelijke impact, maar beide tegelijkertijd te laten groeien.

## **INTERPROFESSIONEEL LEREN ALS NOODZAAK, NIET ALS EXTRA**

Een bijzonder en onderscheidend element binnen het onderwijs van de HAN is het Interprofessioneel Leren (IPL) en het onderwijs binnen Praktijkinnovatie in Zorg en Welzijn (PZW). Studenten van verschillende opleidingen - zorg, welzijn, sociaal domein - werken hierin samen aan praktijkvraagstukken. Dit is geen didactisch experiment, maar een noodzakelijke voorbereiding op de werkelijkheid waarin zij straks gaan werken. Zorg en gezondheid vragen om professionals die elkaars taal spreken, elkaars perspectief begrijpen en samen verantwoordelijkheid kunnen dragen. Dat leer je niet door naast elkaar opgeleid te worden, maar door met elkaar te leren en te werken.

IPL en PZW bieden precies die oefenruimte. Studenten ervaren hoe verschillend perspectieven kunnen zijn, maar ook hoe waardevol die verschillen zijn wanneer ze samen worden gebracht. Ze leren omgaan met frictie, met rolonduidelijkheid en met gezamenlijke besluitvorming. Dit zijn geen 'zachte' vaardigheden, maar kerncompetenties voor wendbaar samenwerken aan gezondheid. Voor het lectoraat zijn deze onderwijspraktijken van groot belang. Niet alleen omdat ze zichtbaar maken hoe interprofessioneel samenwerken begint in leeromgevingen, maar ook omdat PZW-studenten actief bijdragen aan ons onderzoek. Zij werken met ons mee aan deelvragen binnen lopende onderzoeksprojecten, bijvoorbeeld rond samenwerking in wijknetwerken in Arnhem of het verkennen van verschillende perspectieven op samenredzaamheid van inwoners en professionals. Vanuit hun eigen (toekomstige) beroepsrollen brengen zij unieke invalshoeken mee, die het onderzoek verdiepen en van betekenis maken voor de praktijken waarin zij later zullen werken.

Zo ontstaat een wederkerige leer- en onderzoeksomgeving: studenten leren vanuit de complexiteit van echte vraagstukken, en het lectoraat leert mee van de diversiteit aan perspectieven die zij inbrengen. Dat maakt IPL en PZW tot een essentieel onderdeel van onze onderzoekspraktijk.

## **PRAKTIJKPARTNERS ALS GELIJKWAARDIGE PARTNERS**

Samenwerking met praktijkpartners vormt het hart van het lectoraat. Gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, burgerinitiatieven en kennispartners zijn geen afnemers van kennis, maar gelijkwaardige partners in een gezamenlijk leerproces. Dat betekent dat het lectoraat niet alleen aansluit bij bestaande vragen, maar ook samen met partners nieuwe vragen formuleert. Soms vertraagt dat processen. Soms schuurt het. Maar juist in die frictie ontstaat inzicht. Snelheid is niet altijd een teken van kwaliteit; soms is vertraging nodig om te begrijpen wat er werkelijk speelt. In deze samenwerkingen bewaakt het lectoraat een bijzondere positie. Wij zijn niet uitvoerend, niet beslissend en niet sturend, maar kritisch betrokken. Wij doen mee, maar nemen niet over. Wij ondersteunen, maar blijven ook bevragen (Nowotny et al., 2001; Qadir et al., 2025).

## **NORMATIVITEIT EXPLICIET MAKEN**

Een wezenlijk onderdeel van de lectorale rol is het expliciteren van normativiteit. Zorg en gezondheid zijn nooit waarde vrij. Keuzes over wat we organiseren, voor wie en onder welke voorwaarden, zijn altijd moreel geladen. Het lectoraat kiest er daarom bewust voor om deze normativiteit niet te verbergen achter technische taal of instrumentele modellen, maar haar bespreekbaar te maken. Dat betekent het stellen van vragen over rechtvaardigheid, inclusie, macht en zeggenschap. Over wie profiteert van veranderingen en wie mogelijk buiten beeld raakt. Deze rol vraagt moed. Het is eenvoudiger om te spreken over structuren en processen dan over waarden en dilemma's. Toch is juist dat gesprek essentieel wanneer we spreken over maatschappelijke transitie (Sen, 2009; Qadir et al., 2025).

## **TUSSEN SYSTEEM EN LEEFWERELD**

Een terugkerend spanningsveld in het werk van het lectoraat is dat tussen systeem en leefwereld. Beleidslogica's, financieringsstructuren en

verantwoordingsmechanismen hebben hun eigen rationaliteit. Tegelijkertijd laten zij zich vaak moeilijk vertalen naar het dagelijks leven van mensen. Het lectoraat beweegt zich bewust in dit spanningsveld. Wij proberen taal te geven aan ervaringen uit de leefwereld en deze te verbinden met systeemvragen. Andersom vertalen wij beleidsambities en structuren naar wat zij in de praktijk betekenen. Deze vertaalfunctie is geen neutrale handeling. Zij vraagt om keuzes, interpretatie en soms ook confrontatie. Maar zonder deze vertaalslag blijven werelden langs elkaar heen bewegen en verdwijnt de samenhang waar het uiteindelijk om draait (Mol, 2002; Qadir et al., 2025).

## HET LECTORAAT ALS HOEDER VAN HET ONGEMAK

In deze tussenruimte heeft het lectoraat een specifieke rol. Niet als een groepje experts met alle antwoorden, maar als hoeder van het ongemak. Degene die vragen stelt waar snelle oplossingen lonken. Die vertraagt waar versnelling vanzelfsprekend lijkt. Die ruimte maakt voor twijfel wanneer zekerheid wordt gevraagd. Voor mij persoonlijk betekent dit dat ik mij niet alleen verhoud tot wat er expliciet gevraagd wordt, maar ook tot wat ontbreekt in het gesprek. Tot stemmen die niet gehoord worden. Tot aannames die zo vanzelfsprekend zijn geworden dat ze nauwelijks nog bevraagd worden (Heifetz, 1994; Bouttell, 2026). Deze rol is niet comfortabel. Ze vraagt om het verdragen van spanning en het accepteren van onvolledigheid. Tegelijkertijd is het precies deze houding die ruimte creëert voor leren, reflectie en duurzame vernieuwing.

## SAMEN VERDER, ZONDER EINDPUNT

Dit boek is geen eindpunt. Het is een momentopname in een voortdurende beweging. De vragen die hier zijn verkend, zullen zich blijven aandienen in nieuwe vormen, nieuwe contexten en nieuwe samenwerkingen. Het lectoraat *Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid* nodigt daarom expliciet uit tot vervolg. Tot gezamenlijke reflectie. Tot onderzoek dat zich laat voeden door de praktijk. Tot onderwijs dat ruimte biedt voor vorming. En tot samenwerking die niet bang is voor complexiteit. De reis is belangrijker dan de bestemming en deze reis maken we graag samen.



# EPILOOG

## SAMEN ONDERWEG

Deze intreerede begon met een eenvoudige constatering: zorgen doe je niet alleen. Niet in de nacht op een afdeling. Niet in een huiskamer waar iemand probeert overeind te blijven. Niet in een wijk waar problemen zich opstapelen. En ook niet in beleid, onderzoek of onderwijs. Die constatering lijkt vanzelfsprekend, maar is dat allerm minst. Decennialang hebben we zorg en gezondheid georganiseerd alsof zij los van elkaar bestaan. Alsof professionals verantwoordelijk zijn voor zorg, en mensen voor hun gezondheid. Alsof systemen neutraal zijn, en relaties bijzaak. Dat denken heeft ons veel gebracht, maar het schuurt steeds meer met de werkelijkheid waarin we leven.

In dit boek heb ik geprobeerd die werkelijkheid serieus te nemen. Niet door haar te versimpelen, maar door haar te erkennen in al haar complexiteit. Zorg en gezondheid ontstaan tussen mensen. In relaties, netwerken, buurten en systemen. En juist daar, in die tussenruimte, ligt de opgave van deze tijd.

Wat mij tijdens het schrijven steeds opnieuw raakte, is hoe herkenbaar die opgave is. Voor inwoners die zich niet gezien voelen in systemen die hen willen helpen. Voor professionals die het goede willen doen, maar vastlopen in structuren die dat bemoeilijken. Voor beleidsmakers die weten dat het anders moet, maar zoeken naar hoe. Er is geen blauwdruk. Geen eindontwerp dat we kunnen uitrollen. Wie dat belooft, doet geen recht aan de aard van de opgave. Wat er wél is, is een beweging. Een beweging waarin steeds meer mensen, organisaties en gemeenschappen proberen om zorg en gezondheid samen vorm te geven. Soms aarzelend, soms overtuigend, vaak met vallen en opstaan.

Dit boek is bedoeld als bijdrage aan die beweging. Niet als handleiding, maar als uitnodiging. Een uitnodiging om anders te kijken. Om vragen te stellen waar antwoorden te snel worden gegeven. Om ruimte te maken voor samenwerking waar systemen scheiden. En om onzekerheid niet langer te zien als falen, maar als gegeven. Voor mij persoonlijk betreft dit ook mijn positie als lector en onze positie als lectoraat. Ik geloof niet langer in de onderzoeker die op afstand blijft als voorwaarde voor kwaliteit. Ik geloof in betrokken nabijheid. In

onderzoek dat zich laat voeden door de praktijk. In onderwijs dat studenten voorbereidt op een werkelijkheid die niet eenduidig is. En in samenwerking die ongelijkwaardigheid niet ontkent, maar bespreekbaar maakt.

Wendbaar samenwerken aan gezondheid vraagt om moed. De moed om vaste zekerheden los te laten. Om te erkennen dat niet alles maakbaar is. En om toch verantwoordelijkheid te nemen voor wat wél mogelijk is. Dat is geen eenvoudige opgave. Het vraagt tijd, vertrouwen en het vermogen om samen te leren. Misschien is dat wel de kern van dit boek: leren zien dat vooruitgang niet altijd zit in sneller, groter of efficiënter. Soms zit zij in vertragen. In luisteren. In het serieus nemen van wat zich aandient, ook als dat niet past binnen bestaande kaders.

De reis is belangrijker dan de bestemming.

Niet omdat de bestemming onbelangrijk is, maar omdat de manier waarop we onderweg zijn bepaalt wie er mee kan, wie achterblijft en wat we samen mogelijk maken.

Ik hoop dat dit boek je uitnodigt om onderdeel te zijn van die reis. Als inwoner. Als professional. Als beleidsmaker. Als student. Als onderzoeker.

Niet alleen. Maar samen.





# REFERENTIES

- Berger, L. (2022). Zorg: Een betere kijk op de mens. De Correspondent.
- Bergsma, A. (2026). Een houdbaar systeem maakt nog geen gezond systeem. Zorgvisie. <https://www.zorgvisie.nl/blog/opinie-een-houdbaar-systeem-maakt-nog-geen-gezond-systeem/>
- Besio, C., & Tacke, V. (2024). Old and new organizational forms in a complex society: A systems-theoretical perspective. *Critical Sociology*, 50(7-8), 1361-1377.
- Bexkens, A. (2025, 28 november). Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk - Evidence based practice als kompas voor de beste zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen [Oratie]. Universiteit Leiden.
- Biesta, G. (2013). *The beautiful risk of education*. Paradigm Publishers.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bouttell, L. (2026, January 10). Leadership without easy answers: Heifetz's adaptive leadership guide. Quarterdeck. <https://quarterdeck.co.uk/articles/leadership-without-easy-answers>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(1\_suppl2), 19-31.
- Brinkman, S. A., Johnson, S. E., Codde, J. P., Hart, M. B., Straton, J. A., Mittinty, M. N., Silburn, S. R., & Zubrick, S. R. (2016). Efficacy of infant simulator programmes to prevent teenage pregnancy: A school-based cluster randomised controlled trial in Western Australia. *The Lancet*, 388(10057), 2264-2271.
- Bradbury, H. (Ed.). (2015). *The SAGE handbook of action research*. SAGE.
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: The mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1501-1516.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). Gezonde levensverwachting; inkomen en welvaart (2019-2022). <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85445NED>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau (2021-2024). <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84842NED>

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025). Arbeidsmarkt zorg en welzijn: Prognoses. CBS.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P., & Bergey, M. (2015). Medicalization: Sociological and anthropological perspectives. In *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 105-109). Elsevier.
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x>
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter*. Cambridge University Press.
- Geels, F. W. (2002). Technological transitions as evolutionary reconfiguration processes: A multi-level perspective and a case study. *Research Policy*, 31(8-9), 1257-1274.
- Gilligan, R. (2007). Adversity, resilience and the educational progress of young people in public care. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 12(2), 135-145.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16, 95.
- HAN. (2026). Zwaartepunt Fair Health: Gezondheidsbevorderende leefomgeving en leefstijl. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- HAN, & Radboudumc. (2022-2024). *Fit for Surgery* [Projectdocumentatie].
- Heifetz, R. A. (1994). *Leadership without easy answers*. Harvard University Press.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Iacobucci, G. (2024). More targeted spending on prevention could double return on investment, say analysts. *BMJ*, 387, q2206.
- Illich, I. (1975). *Némésis médicale: L'expropriation de la santé*. Éditions du Seuil.

- Kemper-Koebrugge, W. M. (2022). *Improving the functioning of care networks of home-dwelling older adults* (Doctoral dissertation, Radboud University). Radboud University Nijmegen.
- Kickbusch, I. (2013). Health in all policies. *BMJ*, 347, f4283. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4283>
- Kickbusch, I., & Brindley, C. (2013). Health in the post-2015 development agenda: An analysis of the UN-led thematic consultations, High-Level Panel report and sustainable development debate in the context of health. Graduate Institute of International and Development Studies. [https://repository.graduateinstitute.ch/nanna/record/288001/files/GHP\\_report\\_post-2015\\_kickbush\\_2013.pdf](https://repository.graduateinstitute.ch/nanna/record/288001/files/GHP_report_post-2015_kickbush_2013.pdf)
- Kloosterman, R. (2015). Familie is de belangrijkste bron voor hulp en steun. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2015/17/familie-is-de-belangrijkste-bron-voor-hulp-en-steun-2015.pdf>
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. Guilford Press.
- Lodder, M., Roorda, C., Loorbach, D., & Spork, C. (2023). Staat van transitie: Reflecties op de voortgang van duurzame transitie in Nederland. DRIFT, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Loorbach, D., & Rotmans, J. (2010). The practice of transition management: Examples and lessons from four distinct cases. *Futures*, 42(3), 237-246. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2009.11.009>
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states. *European Journal of Public Health*, 22(1), 3-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr184>
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot Review*.
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity. <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>
- Meadows, D. H. (1999). *Leverage points: Places to intervene in a system*. The Sustainability Institute.
- Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems: A primer*. Chelsea Green Publishing.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). *Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)*. VWS.

- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Movisie. (2026, 13 maart). Vraagverlegenheid in buurthulp: oorzaken en aanpak. Movisie. <https://www.movisie.nl/artikel/buurthulp-vraagverlegenheid>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2025). Stand van de zorg 2025. NZa. <https://www.nza.nl/onderwerpen/s/stand-van-de-zorg-2025>
- Ng, S. L., Forsey, J., Boyd, V. A., Friesen, F., Langlois, S., Ladonna, K., Mylopoulos, M., & Steenhof, N. (2022). Combining adaptive expertise and (critically) reflective practice to support the development of knowledge, skill, and society. *Advances in Health Sciences Education*, 27, 1265-1281. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10178-8>
- Nowotny, H., Scott, P., & Gibbons, M. (2001). *Re-thinking science: Knowledge and the public in an age of uncertainty*. Polity Press.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford Press.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625-628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>
- Proctor, A. S., & Holt-Lunstad, J. (2025). Blind spots in health perception: The underestimated role of social connection for health outcomes. *BMC Public Health*, 25, 572. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21554-5>
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Qadir, J., Maddah, D., Qoronfleh, M. W., & Senturk, R. (2025). Toward multiplex health: Integrating complexity, normativity, and Open Science. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1603474. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1603474>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2019). Percentage overbelaste mantelzorgers (Actielijn 2, indicator 14). <https://www.rivm.nl/monitor-langer-thuis/resultaten/resultaten-actielijn-2-mantelzorg-en-vrijwilligers/percentage-overbelaste-mantelzorgers>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024: Kiezen voor een gezonde toekomst*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu & Nivel. (2026). Chronische aandoeningen en multimorbiditeit: Leeftijd en geslacht - Multimorbiditeit. VZinfo.
- Rutten, G. M., Van Wijk, E., Sleijster, S., Oostra, D. L., Roenhorst, J., Laurant, M., & Kleinjan, M. (2026). Involving citizens in integrated care: Lessons learned through participatory action research in three communities in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*. (Accepted for publication).
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Santa Mina, D., Clarke, H., Ritvo, P., Leung, Y. W., Matthew, A. G., Katz, J., & Stein, E. (2014). Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Surgery*, 101(13), 165-175. <https://doi.org/10.1002/bjs.9666>
- Santini, Z. I., Becher, H., Jørgensen, M. B., Davidsen, M., Nielsen, L., Hinrichsen, C., ... & Koushede, V. (2021). Economics of mental well-being: A prospective study estimating associated health care costs and sickness benefit transfers in Denmark. *The European Journal of Health Economics*, 22(7), 1053-1065.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2023, april). *Sociale en Culturele Ontwikkelingen: Stand van Nederland 2023*. SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2025). *Arbeidsmigratie en sociale cohesie in Nederland (IBO-notitie)*. SCP.
- Sen, A. (2009). *The idea of justice*. Harvard University Press.
- Skipr. (2026, 3 februari). *Jan Rotmans: De zorgtransitie vraagt om ontregeling*. Skipr. <https://www.skipr.nl/nieuws/jan-rotmans-de-zorgtransitie-vraagt-om-ontregeling/>
- Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard Business Review*, 85(11), 68-76.
- Stacey, R. D. (2012). *Tools and techniques of leadership and management: Meeting the challenge of complexity*. Routledge.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.
- Twigg, J., & Atkin, K. (1994). *Carers perceived: Policy and practice in informal care*. Open University Press.

- Tyler, N., Hodkinson, A., Planner, C., Angelakis, I., Keyworth, C., Hall, A., Jones, P. P., Wright, O. G., Keers, R., Blakeman, T., & Panagioti, M. (2023). Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(11), e2344825.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Van den Berg, B., Giesen, J., Huiberts, L., Verbeek, F., & Kleinjan, M. (2026). Lerende en innovatieve organisaties voor toekomstbestendige zorg. *Onderwijs en Gezondheidszorg*. <https://onderwijsengezondheidszorg.nl/artikelen/2026/januari/2026-1/lerende-en-innovatieve-organisaties-voor-toekomstbestendige-zorg>
- Van Harmelen, A. L., Orobio de Castro, B., & Kleinjan, M. (2026). Preventie werkt – als we kennis benutten en scherpe keuzes maken. *Sociale Vraagstukken*.
- van Os, J. J. (2025). Reactie op ‘Hoe stevig is de wetenschappelijke basis van het concept positieve gezondheid?’. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 501-0.
- Van Tongerloo, M. (2024). *De juiste zorg op de juiste plek – in dit dorp regelen ze het zelf*. *De Correspondent*. <https://decorrespondent.nl/15318/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-in-dit-dorp-regelen-ze-het-zelf/37235e46-2585-010c-17be-f04cca9d2eef>
- Vinkers, C. H., & Chiu, C. L. (2025). Hoe stevig is de wetenschappelijke basis van het concept positieve gezondheid? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 213-215.
- Volksgezondheid en Zorg (VZinfo). (2026). *Bevolking | Vergrijzing*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.vzinfo.nl/bevolking/vergrijzing>
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M., & Tummers, L. G. (2015). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333-1357. <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.930505>
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg*. WRR.
- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (Final report)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. WHO.

Zorg voor Beter. (2022, 3 mei). Wat is informele zorg? <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/informele-zorg>

Zorginstituut Nederland. (2022). Kader passende zorg. Zorginstituut Nederland.

## **VERKLARING GEBRUIK GEN AI BIJ HET SCHRIJFPROCES**

In het schrijfproces van deze lectorale rede is Microsoft 365 Copilot gebruikt om te brainstormen over de opbouw van de hoofdstukken en om de leesbaarheid van een aantal gedachten en formuleringen van de auteur te verbeteren, zodat de tekst toegankelijk en leesbaar is voor iedere belangstellende. Na gebruik van Microsoft 365 Copilot heeft de auteur de betreffende tekstdelen opnieuw gecontroleerd en waar nodig bewerkt om de inhoud van de rede juist weer te geven. De auteur neemt volledige verantwoordelijkheid voor de originaliteit en inhoud van de rede.



# DANKWOORD

Er zijn weinig dingen mooier dan onderzoek doen. Ik voel me dan ook zeer bevoorrecht dat ik dit al bijna 25 jaar mag doen. En onderzoek, net als zorgen, doe je nooit alleen.

Graag wil ik daarom een aantal mensen bedanken.

Allereerst het College van Bestuur van de HAN University of Applied Sciences. Dank Rob Verhofstad en Yvonne de Haan, en in het bijzonder Aly Smelt-Medendorp, als aan onze Academie verbonden lid van het College van Bestuur voor het in mij gestelde vertrouwen en voor de gelegenheid om mijn lectorale rede uit te spreken. Door jullie betrokkenheid en steun kan ik mijn opdracht en onze ambities delen met een breed publiek. Dat is allesbehalve vanzelfsprekend.

Het managementteam van de Academie Gezondheid en Vitaliteit - Mirelle Stukstette, Robert van den Broek, Harold Nas, Femke Donderwinkel en Lilian Vloet - dank voor jullie blijvende aandacht, prioriteit en steun voor praktijkgericht onderzoek binnen onze academie.

Bijzondere dank gaat uit naar Christine de Vries. Jouw vertrouwen in mij, door mij aan te stellen als lector, betekent veel. Ons telefoongesprek over de vacature gaf voor mij uiteindelijk de doorslag om te solliciteren.

Natuurlijk wil ik de onderzoekers van het lectoraat bedanken. Geert Rutten, Noortje van Duijnhoven, Joost Seeger, Frank Verbeek, Enzo Boeijen, Leslie Michielsen, Ans Tordoir en Eva Mentink-Verhoeven. Jullie kennis, ervaring en kunde imponeert en inspireert en ik vind het geweldig hoe we elkaar aanvullen en aanscherpen. En uiteraard hoort hier ook Marcelle Immerzeel bij, als onze onmisbare backbone en steunpilaar. Samenwerken met jullie is een feestje!

Mijn collega-lectoren binnen het Kenniscentrum Duurzame Zorg -Sivera Berben, Suzanne Haeijen, Minke Nieuwboer, Ruth Pel, Maurice Magnée en Lilian Vloet- en beleidsadviseur onderzoek Eva Mentink-Verhoeven: jullie hebben mij allemaal op jullie eigen manier meegenomen in het lectorschap. Door jullie vertrouwen, tips, uitnodigingen tot samenwerking en openheid voelde ik me al snel een

volwaardig onderdeel van het kenniscentrum. Dat is niet vanzelfsprekend en daarom des te waardevoller.

Ook wil ik emeritus lector en mijn voorganger Miranda Laurant en oud associate lector Anneke van Vught bedanken. Jullie hebben een prachtig, relevant en stevig lectoraat opgebouwd. Ik mag voortbouwen op een fundament dat klopt en dat voelt als een voorrecht. Anneke, ik kijk ook erg uit naar onze samenwerking in jouw nieuwe rollen.

Dank aan alle onderzoekers van het kenniscentrum Duurzame Zorg, met in het bijzonder José Peeters voor haar waardevolle bijdrage aan MOVE, en aan Lisa Damen, Ilse Potter en Anna Dekkers voor de projectondersteuning van het kenniscentrum. Jullie zorgen dat ideeën ook echt gerealiseerd kunnen worden.

Mijn collega's van 2SHIFT: samenwerken aan gemeenschapsgerichte aanpakken geeft mij telkens opnieuw energie en voldoening. Dank aan Pijke den Ambtman, Renske van der Zwet, Bienke Janssen, Mariël van Pelt, Eric Schoenmakers, Janienke Sturm, Maurice Magnée, Justine van den Berg en natuurlijk mijn maatje binnen Fieldlab Nijmegen: Laura Lenting. Samenwerken met jullie voelt als samen bewegen.

Ook mijn collega's van Fair Health wil ik bedanken. Samen zetten we ons dagelijks in voor gelijke kansen op gezondheid. Dank aan Lilian Beijer, Paulien Snellen, Sarah Detaille, Monique Bos, Helma Oolbekkink, Marleen van de Westelaken, Keun Sliedrecht, Jennie ter Horst, Cecile Nowack, Jessica van Hinthem en Lieke van Reek - en aan de andere helft van ons dynamische duo als trekkers van het thema Gezonde Leefomgeving en Leefstijl: Celeste van Rinsum. Dank ook aan de onderzoekers en lectoren van de dragende lectoraten van het themateam.

Collega's van de Centers of Expertise Krachtige Kernen én Bestendige Zorg, met in het bijzonder Wendy Kemper, Jonathan van Deutekom, Hans Kerstens en Barbara van der Meij: ik leer veel van de soepelheid waarmee jullie opereren in grote netwerken en programma's. Een waardevolle kunst.

Bij het schrijven van deze rede hebben veel mensen meegelezen. Speciale dank aan Geert Rutten, Noortje van Duijnhoven, Joost Seeger, Eva Mentink-Verhoeven, Celeste van Rinsum, Paulien Snellen, Lieke van Reek, Wendy Kemper en Mirelle Stukstette voor jullie scherpe, waardevolle en positief-kritische blik. Deze tekst is dankzij jullie beter geworden.

Ook dank aan iedereen die heeft bijgedragen aan de organisatie van de installatie zelf: Franka Jansen, Eva Mentink-Verhoeven, Annelies Achterberg en opnieuw Marcelle Immerzeel. En dank aan iedereen die vandaag aanwezig is het is bijzonder om dit moment met jullie te mogen delen.

Tot slot mijn liefste mensen. Dank aan mijn familie, schoonfamilie, vrienden en vriendinnen voor jullie warme interesse in mijn werkende leven, en vooral ook voor het meeleven en meedragen in het privéleven: in lief en leed.

Dan mijn twee gezinnen. Om te beginnen bij jullie: Papa, Mama en Lisette. Jullie zijn mijn basis. Wat er ook gebeurt, ik mag altijd bij jullie terecht. Dat is van onschatbare waarde. Samen zijn wij stabiel, sterk, veerkrachtig en staan we onvoorwaardelijk voor elkaar klaar. De afgelopen jaren brachten veel om te vieren én veel om te dragen. Zus, wanneer zetten we die *'Never a dull moment'*-tatoeage eigenlijk? En mannen Veneman, natuurlijk vergeet ik ook jullie hier niet <3

En dan mijn eigen gezin: de mannen van mijn leven. Jan Willem, mijn rots én mijn fladderaar in één en dezelfde persoon. Jouw enthousiasme, energie, ideeën en steun maken mijn leven al 25 jaar leuker, interessanter en chaotischer. En jij kwam ook nog eens met het beste idee ooit: onze kinderen.

Ilian en Samuel, mijn mooie jongens. Jullie zijn mijn Strawberry Elephant, Hydra Bunny, Meowl en Dragon Cannelloni in één - dan weten jullie zelf precies hoe bijzonder ik jullie vind. En hoewel mijn werk volgens jullie vooral bestaat uit 'kletsen en spreekbeurten houden', ben ik heel blij dat ik dit moment vandaag met jullie kon delen. Ik hoop dat jullie later werk mogen doen dat jullie nét zo veel plezier geeft als het mijne mij geeft.

# SENIOR ONDERZOEKERS

## GEERT RUTTEN



Dr. Geert Rutten is sinds 2016 werkzaam bij de HAN. Aanvankelijk combineerde hij een docentschap bij de opleiding Fysiotherapie met zijn rol als senioronderzoeker, maar sinds een jaar ligt zijn aandacht alleen bij onderzoek. Geert is fysiotherapeut (niet praktiserend) en gezondheidswetenschapper (Gezondheidsbevordering) en is in 2012 gepromoveerd aan de Radboud Universiteit op het thema implementatie van evidence based richtlijnen in de fysiotherapie. Als senior onderzoeker is hij verantwoordelijk voor de onderzoekslijn Zorgzame Gemeenschappen in Co-creatie.

## JOOST SEEGER



Dr. Joost Seeger is sinds 2013 werkzaam bij de HAN, waar hij begon als docent en doorgroeide tot hoofddocent-onderzoeker en senior onderzoeker. Hij studeerde fysiotherapie en biomedische wetenschappen en promoveerde in 2015 op onderzoek naar ischemische preconditionering. Als senior onderzoeker is hij verantwoordelijk voor de onderzoekslijn 'Gezondheidsbevordering in leefomgeving en zorg', met focus op het versterken van duurzame leefstijlverandering in de leefomgeving, op het snijvlak van formele en informele zorg, en het integreren van gezondheidsbevordering in het dagelijks leven.

## NOORTJE VAN DUIJNHOFEN



Dr. Noortje van Duijnhoven werkt sinds 2023 als senior onderzoeker bij de HAN binnen het lectoraat. Als gezondheids- en bewegingswetenschapper is zij in 2010 gepromoveerd aan het Radboudumc, op onderzoek naar de impact van fysieke training en inactiviteit op vasculaire gezondheid. Nadien werkte zij, met oog voor verbinding tussen praktijk en wetenschap, aan diverse impactvolle studies over kwaliteit van zorg en netwerksamenwerking, op het gebied van onder andere de geboortezorg. Noortje is binnen het lectoraat verantwoordelijk voor de onderzoekslijn Systeem- en structuurverandering binnen de gezondheidszorg.

## OVER DE LECTOR



Dr. Marloes Kleinjan doet al meer dan 20 jaar onderzoek naar gezondheid. In haar werk richt Marloes Kleinjan zich op de wisselwerking tussen mens, omgeving en systemen. Ze onderzoekt hoe gezondheid ontstaat én versterkt wordt door de verbinding tussen preventie, zorg en sociale context: niet óf óf maar én én. Vanuit haar achtergrond bij het Trimbos instituut en de Universiteit Utrecht werkte zij aan thema's zoals mentale gezondheid, middelengebruik, geboortezorg, jeugdzorg, verslavingszorg en ggz. Sinds 2025 is Marloes lector Organisatie van Zorg en Dienstverlening (vanaf 2026 Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid) aan de HAN. In deze rol verbreedt zij haar focus naar zorg in de volle breedte, waaronder ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ziekenhuiszorg. Haar centrale missie: gezondheid en zorg begrijpen en organiseren als relationele en maatschappelijke vraagstukken, in samenwerking met inwoners, onderwijs, professionals en beleid.

**LECTORAAT WENDBAAR SAMENWERKEN AAN GEZONDHEID**

## OVER HET LECTORAAT



Het lectoraat Wendbaar Samenwerken aan Gezondheid richt zich op praktijkgericht onderzoek naar hoe zorg, welzijn en leefomgeving toekomstbestendig kunnen worden georganiseerd. Aanleiding vormen grote maatschappelijke opgaven: een groeiende en complexere zorgvraag, hardnekkige gezondheidsverschillen en toenemende druk op professionals. Tegelijk verschuift de aandacht van ziekte en behandeling naar gezondheid, preventie en kwaliteit van leven.

De missie van het lectoraat luidt: Samen werken aan gezondheid, samen zorgen bij ziekte. Vanuit de overtuiging dat gezondheid ontstaat in het dagelijks leven, onderzoekt het lectoraat hoe samenwerking tussen inwoners, professionals, organisaties en beleidsmakers kan worden versterkt.

Het onderzoeksprogramma bestaat uit drie samenhangende lijnen: *Zorgzame gemeenschappen in co creatie*, *Gezondheidsbevordering in leefomgeving en zorg* en *Systeem- en structuurverandering binnen de gezondheidszorg*. Het lectoraat is onderdeel van de Academie Gezondheid en Vitaliteit van de HAN en werkt intensief samen met praktijk- en kennispartners.