

WHITEPAPER

Brede welvaart als systeemkeuze: sociale innovatie verankeren in de inrichting van zorg en welzijn



Astrid Bijl en Maud Smulders
Veranderzicht

Luc Pieters en Félice de Charro
Sigra Expeditie Center Projecten Samenwerking en Transitie

Inleiding

Echte zorgtransitie ontstaat in de praktijk: daar waar professionals, burgers en organisaties al op nieuwe manieren samenwerken rond gezondheid en welzijn. In [eerdere whitepapers](#) lieten we zien hoe **sociale innovatie** ontstaat en onder welke condities die ruimte krijgt.

Deze derde whitepaper zet de volgende stap en stelt de vraag: **hoe maken we dat wat werkt de norm voor het geheel?**

Gelukkig zien we steeds meer initiatieven waarin zorg mensgerichter, effectiever en duurzamer is georganiseerd. Toch blijven deze vaak beperkt tot pilots of lokale uitzonderingen. De uitdaging ligt niet zozeer in het op gang brengen van vernieuwing, maar in het verankeren ervan in het systeem zelf. De opgave is helder: **wat werkt moet leidend worden.**

Daarvoor introduceren we **brede welvaart als organiserend principe**. Net als in eerdere papers werken we dit perspectief uit aan de hand van onze drie onlosmakelijk verbonden principes van sociale innovatie:

1. **Anders organiseren:** werk herontwerpen, zodat zorg slimmer, menswaardiger en met minder verstoring en bureaucratie functioneert. Gericht op wat echt waarde toevoegt voor cliënten en professionals. Door rollen anders te verdelen, ontstaat ruimte voor onbenut talent.
2. **Ecosysteem denken:** de zorg zien als een complex, adaptief systeem waarin alle partijen -zorgverleners, organisaties, cliënten, overheid- als gelijkwaardige partners samenwerken. Met gedeelde doelen, vertrouwen als basis en constructieve omgang met individuele belangen en bestaande schotten.
3. **Leiderschap:** richting geven en ruimte bieden om deze liminale fase als kraamkamer voor innovatie te benutten. Urgentie omzetten in beweging: weg van optimaliseren, richting echte doorbraken en transformatie. Dit vraagt om vertrouwen, psychologische veiligheid en experimenteeruimte, zodat teams en professionals durven leren en innoveren, ook bij onzekere uitkomsten.

In deze whitepaper hanteren we brede welvaart als een leidend principe: **gezondheid, welzijn, werk, leefbaarheid en economische houdbaarheid** geven in **samenhang** richting aan de inrichting van de zorg. Niet als meetinstrument, maar als fundament voor hoe we organiseren.

Dat vraagt om een andere normatieve basis, waarin **menswaardigheid, vertrouwen, wederkerigheid en meervoudige waardecreatie** centraal staan.

Samen bieden deze principes houvast om toe te werken naar een nieuw systeemevenwicht, zodat "wat werkt" ook leidend wordt. In de volgende pagina's geven we hier verder invulling aan.

1. Anders organiseren: de kracht van de praktijk *van innovatief concept naar nieuwe standaard*

In de zorg vind je steeds meer praktijkvoorbeelden (concepten) waar werk anders wordt georganiseerd: niet vanuit functies, roosters of instellingslogica, maar rondom mensen, hun sociale omgeving en lokale netwerken. In deze nieuwe concepten ervaren professionals meer ruimte voor vakmanschap, voelen (zorg)cliënten zich beter ondersteund in hun eigen situatie en wordt zorg effectiever en meestal ook doelmatiger ingezet.

Dit toont aan dat het anders kan. Helaas blijft het nog te vaak bij experimenten, pilots en vrijzones. Deze vervullen een belangrijke functie. Ze bieden ruimte voor vernieuwing en maken het mogelijk om buiten bestaande regels en structuren te experimenteren. Tegelijkertijd ontlasten ze het bestaande systeem: ze vangen spanningen op die ontstaan doordat het systeem knelt, zonder dat dat systeem zelf hoeft te veranderen.

Daar zit precies de paradox. Vrijzones maken vernieuwing mogelijk alleen blijft het systeem eromheen vaak onveranderd.

In de praktijk blijven onderliggende prikkels, verantwoordelijkheden en (onzichtbare) normen grotendeels intact. Als we willen dat vernieuwing geen uitzondering blijft maar onderdeel wordt van hoe zorg als geheel georganiseerd is, vraagt dat om expliciete keuzes. In hoe we werk ontwerpen, verantwoordelijkheden beleggen en sturing en samenwerking inrichten.

Concreet betekent dit anders organiseren:

- met medewerkers werkprocessen ontwerpen vanuit de leefwereld van mensen, waarin gezondheid, welzijn en informele netwerken samenkomen
- sturings- en verantwoordingskaders herijken, met brede-welvaartindicatoren als kompas (zoals kwaliteit van leven, preventie en maatschappelijke waarde)
- variatie toelaten (bijvoorbeeld vanuit vakmanschap) versterkt kwaliteit werkt vaak kostenbesparend
- lokaal ruimte houden om het anders te doen om relevant en vernieuwend te blijven.

Zo blijft beweging en wendbaarheid **van onderop** ontstaan. Anders organiseren wordt daardoor niet langer een lokale keuze, maar een principe voor de inrichting van het geheel.

Hoe een kantelpunt eerder in beeld komt

Uit netwerkwetenschap en transitieonderzoek (o.a. Damon Cantola en Jan Rotmans) blijkt dat wanneer rond een kwart van een populatie nieuwe praktijken omarmt, een kantelpunt ontstaat. Vanaf dat moment verschuiven normen en gedrag relatief snel en beweegt men naar een nieuw evenwicht. De urgentie in de zorg roept de vraag op: hoe komen we **eerder** bij dit kantelpunt?

Versnelling ontstaat wanneer wat werkt beter zichtbaar wordt, zich verbindt en navolging krijgt. Hier ligt een cruciale rol voor systeempartijen. Geen blauwdruk opleggen, maar actief voeden en ondersteunen wat al ontstaat:

- **snel herkennen** van werkpraktijken die daadwerkelijk bijdragen aan gezondheid, welzijn en preventie;
- goede voorbeelden een **podium geven en verbinden**, zodat ze elkaar versterken en sneller **kritieke massa** ontstaat;
- ze duiden en plaatsen in een **gezamenlijk positief narratief** over de toekomst van de zorg;
- **leren door doen** faciliteren, waarbij **ervaringen uit de praktijk doorwerken** in beleid, bekostiging en samenwerking;
- **bekostiging** en **sturing** gebruiken als **hefboom**, bijvoorbeeld door samenwerking, preventie en gezondheidsuitkomsten nadrukkelijker te waarderen.

In deze dynamiek verschuift de focus: niet langer gaat het om het optimaliseren van bestaande structuren, maar om het transformeren ervan.

Door consequent te blijven bouwen aan wat werkt en bewust los te laten wat niet meer bijdraagt, raakt ook de **context in beweging**. Zo ontstaat de noodzakelijke druk om het systeem naar een **nieuw evenwicht** te brengen.

Wanneer succesvolle voorbeelden zich op deze manier ontwikkelen en verbinden, ontstaat de schaal waarop ze richtinggevend kunnen worden voor het systeem. Dat brengt ons bij ecosysteem denken.

2. Ecosysteem denken als ordenend uitgangspunt van sectoraal organiseren naar regionale verantwoordelijkheid

Gezondheid en welzijn ontstaan niet binnen de grenzen van één organisatie, domein, ministerie of financieringsstroom. Ze worden gevormd in het dagelijks leven van mensen, in hun sociale relaties en in de fysieke leefomgeving.

Toch is de zorg grotendeels georganiseerd langs sectorale lijnen, met gescheiden verantwoordelijkheden, budgetten en toezicht. Dat leidt tot versnippering, afwenteling en inefficiëntie. Niet omdat partijen dat willen, maar omdat het systeem zo is ingericht.

Ecosysteem denken verlegt het vertrekpunt. Niet de individuele organisatie, maar de **regionale maatschappelijke opgave** wordt leidend. Dat betekent dat partijen zich niet primair organiseren rondom hun eigen rol, maar rondom wat gezamenlijk nodig is.

Dat vraagt om een fundamentele verschuiving: van een optelsom van organisaties en systempartijen naar **gedeelde verantwoordelijkheid voor gezondheid en welzijn in de regio**.

Concreet krijgt dat vorm in:

- organiseren vanuit gedeelde regionale opgaven, waarbij alle systeempartners dit uitdragen. Individuele belangen zijn er nog steeds maar worden ondergeschikt aan het collectief
- bekostiging als hefboom: alleen inzetten als samenwerking, leren, preventie en gezondheidsuitkomsten centraal staan.
- onafhankelijke regie met mandaat om waar nodig bestaande machtsverhoudingen te doorbreken.

Wanneer systeemlogica transitie vertraagt

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) stelt het helder: de zorgtransitie *moet* regionaal vormgegeven worden, met gezamenlijke verantwoordelijkheid als uitgangspunt. Transitieinstrumenten zijn bedoeld om die beweging mogelijk te maken. Toch laat de praktijk zien hoe moeilijk het is om bestaande systeemlogica te doorbreken.

Hoogleraar Marcel Canoy toont aan dat geld in een stelsel met instellingsgerichte prikkels vaak verdwijnt in bestaande structuren – voor capaciteitsuitbreiding of samenwerking, maar zelden voor echte verandering.

Het resultaat? **We financieren transitie, maar stabiliseren daarmee juist het systeem dat die transitie in de weg staat.**

Transitiegelden dempen schaarste en veranderdruk en raken de kern niet: prikkels, verantwoordelijkheden en governance blijven ongewijzigd. Dit is geen kwestie van slechte uitvoering, maar een logische reactie van het systeem zelf.

Om hierin een doorbraak te forceren, is een andere inzet van middelen nodig. Denk aan:

- **Ontkoppeling** van financiering en organisatiebelangen, zodat geld daadwerkelijk naar regionale opgaven stroomt.
- **Koppeling** van tijdelijke investeringen aan structurele keuzes in besturing en bekostiging, met schaarste als drijvende kracht.
- **Onafhankelijke regionale regie** met mandaat, die niet alleen toeziet, maar actief voorwaarden creëert voor samenwerking.

3a. Leiderschap vanuit burgers

van zorgconsument naar medeorganisator

Gezondheid en welzijn ontstaan niet alleen in de spreekkamer of het ziekenhuis, maar vooral de keuzes die mensen maken en de steun die ze vinden in hun directe omgeving.

Guus van Montfort, hoogleraar en voorzitter Raad van Advies [coöperatie Austerlitz Zorgt](#), benadrukt dat gezondheid en welzijn vooral ontstaan in het **dagelijks leven**. Burgers betrekken is geen bezuinigingsstrategie of een ideaalbeeld van zelfredzaamheid, maar een erkenning van waar gezondheid daadwerkelijk wordt gevormd. Daarom moeten systemen ruimte maken voor informele zorg, preventie en lokale initiatieven. De uitdaging voor bestuurders is vervolgens om deze maatschappelijke dynamiek niet te beheersen, maar te herkennen, te versterken en te vertalen naar structurele verandering.

Zo is het een essentieel onderdeel van brede welvaart in de praktijk.

Op systeemniveau betekent dit:

- **gemeenschapsgerichte concepten** mogelijk maken, waarbij professionele zorg aansluit op wat al in wijken en netwerken aanwezig is;
- **eigenaarschap** over gezondheid **delen** door burgers als actieve deelnemers te zien;
- **leefstijl als fundament inbedden**, waarbij slaap, gezonde voeding en beweging collectieve uitdagingen zijn die om een passende context vragen.

In de praktijk zien we steeds meer initiatieven waarin dit vorm krijgt, al blijft de rol van burgers vaak nog begrensd.

Wanneer participatie geen eigenaarschap krijgt: van prosument als instrument naar motor van systeemtransitie

Het **prosumentenmodel** wint terrein in de zorg. Burgers monitoren hun gezondheid, delen data, denken mee over digitale toepassingen en nemen zorgtaken over. Op papier verschuift de rol van zorgontvanger naar medeproducent, maar in de praktijk blijkt het model vaak top-down georganiseerd.

Zorgorganisaties, technologiebedrijven en financiers bepalen de kaders, terwijl burgers wel mogen meedoen, maar zelden mede-eigenaar zijn. **Participatie fungeert zo vooral als instrument voor efficiëntie, niet als motor voor systeemvernieuwing.**

Een toekomstbestendig prosumentenmodel vraagt om een radicaal andere aanpak: bottom-up organiseren. Niet instituties, maar (zorg)cliënten, naasten en burgers bepalen wat waardevolle zorg is en hoe die vorm krijgt.

Bouwstenen hiervoor zijn o.a. peer-to-peer ondersteuning door ervaringsdeskundigen (bijvoorbeeld op het gebied van leefstijlverandering). Eigendom van data en oplossingen dichterbij burgers, zodat zij regie houden over hun gezondheidstraject.

Bottom-up zorg verschuift de focus **van behandelen naar voorkomen**, en van **professionele naar relationele zorg**. Gezondheid wordt zo opnieuw ingebed in het dagelijks leven, wat leidt tot **minder zorgvraag** en **meer welzijn**, in plaats van extra druk op het systeem.

Wanneer betrokkenheid van burgers wordt uitgebouwd en zij niet alleen als gebruikers, maar als medeorganisatoren van gezondheid optreden, stelt dat eisen aan het systeem. Het vraagt om bestuurders die ruimte maken voor initiatieven die ontstaan in de leefwereld van mensen en deze weten te verbinden met de ontwikkeling van de organisatie. Zoals Guus van Montfort het formuleert: *"Echt (bestuurlijk) leiderschap is vooral luisteren naar de dynamiek op de werkvloer."*

Wat dit betekent voor leiderschap verkennen we in het volgende hoofdstuk.

3b. Leiderschap voor systeemvernieuwing *van leren naar verankeren*

De zorg kent geen gebrek aan goede voorbeelden. De uitdaging zit in het vertalen van wat we leren naar hoe het systeem functioneert. Sociale innovatie strandt zelden omdat initiatieven niet werken, maar omdat de lessen eruit onvoldoende doorwerken in sturing, bekostiging en professionele normen.

Zolang leren niet leidt tot andere keuzes, blijft vernieuwing een uitzondering. Leiderschap voor systeemvernieuwing richt zich precies op dat spanningsveld: het verbinden van praktijk en systeem. Dat betekent:

- ervaringen uit de **praktijk** serieus nemen als **stuurbron**;
- **randvoorwaarden scheppen** om geleerde lessen toe te passen, te herhalen en door te ontwikkelen;
- ambassadeurs uit verschillende lagen **verbinden**, zodat **kennis en energie behouden** blijven;
- het geleerde koppelen aan **strategische keuzes** door prioriteiten, middelen en verantwoordelijkheden te **herschikken op basis van wat in de praktijk werkt**.

Kernkwaliteiten voor systeemleiderschap

Systeemverandering begint met persoonlijk leiderschap: het besef dat niet alles direct op te lossen is, maar dat je wel steeds **beweging** kunt **faciliteren**. Vier essentiële kernkwaliteiten:

1. Lef om tegen de stroom in te varen

Bereid zijn om besluiten te nemen die afwijken van bestaande normen of belangen. Pionieren en prikkelen zonder te wachten op volledige overeenstemming.

2. Vertrouwen en wederkerigheid

Relaties opbouwen met systeempartijen, professionals en ervaringsdeskundigen, gericht op gezamenlijke vooruitgang.

3. Meervoudige waardecreatie

Keuzes maken die niet alleen eigen belangen dienen, maar ook maatschappelijke, organisatorische en professionele waarde combineren, met focus op het collectief, zoals centraal staat bij brede welvaart.

4. Spanning verdragen

Erkennen dat formele kaders en inhoudelijke noodzaak niet altijd samenvallen, en toch acties ondernemen die beweging mogelijk maken. Het systeem is immers nooit klaar, maar altijd onderweg naar nieuw evenwicht.

Dit is geen rol voor één type actor. Het vraagt om **leiderschap op alle niveaus**, van bestuurders tot professionals en van financiers tot toezichthouders.

Alleen dan kan wat in de praktijk werkt ook echt doorwerken in de inrichting van het systeem.

Conclusie: brede welvaart als systeemkeuze

De zorg staat voor een fundamentele keuze: blijven optimaliseren binnen het bestaande systeem of transformeren naar een stelsel met brede welvaart als uitgangspunt.

Deze whitepaper toont aan dat die transformatie alleen lukt als we drie principes toepassen:

1. Anders organiseren

Vernieuwing ontstaat in de praktijk, waar zorg vorm krijgt rond mensen, hun netwerken en lokale behoeften. Om dit structureel te verankeren, moeten we werk, sturingskaders en verantwoordelijkheden herontwerpen. Het gaat niet om meer pilots, maar om het normaliseren van wat werkt. Door variatie te omarmen, leren te faciliteren en ruimte te bieden voor lokale initiatieven.

2. Ecosysteem denken

Gezondheid en welzijn ontstaan niet in isolatie, maar in samenhang met sociale, economische en fysieke omgevingsfactoren. Dit vraagt om een verschuiving van sectoraal organiseren naar regionale verantwoordelijkheid.

Bekostiging, governance en samenwerking moeten gericht zijn op gezamenlijke opgaven, niet op organisatiebelangen. Alleen zo doorbreken we de versnippering van het huidige systeem.



3. Leiderschap op alle niveaus

Transformatie mislukt zelden door gebrek aan goede voorbeelden, maar door gebrek aan leiderschap dat leren vertaalt naar systeemverandering. Dit leiderschap is nodig op meerdere fronten:

- Van burgers, gemeenschappen en professionals die als mede-eigenaars van welzijn, gezondheid en zorg optreden.
- Van bestuurders, financiers en toezichthouders, die als ambassadeurs randvoorwaarden scheppen om vernieuwing door te laten werken in beleid, bekostiging en standaarden.

Onze oproep

De vraag is niet of het anders kan, maar of we bereid zijn het systeem zo te veranderen dat het andere normaal wordt. Dat vraagt om moed: tegen de stroom in varen, spanningen verdragen en keuzes maken die collectief welzijn versterken. Deze whitepaper is geen blauwdruk, maar een uitnodiging tot actie – voor bestuurders die macht willen delen, professionals die hun vakmanschap willen inzetten voor wat écht werkt, en burgers die hun stem willen laten horen. Samen kunnen we de zorg inrichten zodat leren, samenwerken en welzijn leidend zijn. Niet als uitzondering, maar als fundament.

✉ **Meer weten of bijdragen? Mail ons via connect@veranderzicht.com**

Bronnen en inspiratie

- Bekkum, van (2025) – *Ecosysteemstrategie: voorstel voor een definitie*
- Boulton (2024) – *The Dao of Complexity*
- Branten (2025) – *The Starting Point*
- Bregman (2024) – *Morele Ambitie*
- Canoy (2024) – *Winst is mij een zorg (ESB Podcast)*
- Charro, de e.a. (2019) – *Spelen met samenwerken*
- Centrola e.a. (2018) – *Experimental Evidence for Tipping Points in Social Convention*
- Gigerenzer (2007) – *Gut Feelings*
- Kania & Kramer (2011) – *Collective Impact*
- Kramer (2024) – *Tricky Tijden*
- Kruijer (2013) – *Over de vitalisering van bureaucratie en sturingsinnovatie*
- Monfort, van (2026) – *Perspectief voor de toekomst van de zorg*
- Potjer (2019) – *Experimenteel Bestuur*
- **Praktijkervaringen Veranderzicht en Sigra**
- Putters (2024) – *Navigeren op het smalle pad van brede welvaart*
- Rittel & Webber (1973) – *Wicked Problems*
- Rumelt (2022) – *The Crux*
- Rotmans (2021) – *Omarm de chaos*
- Senge (1990) – *The Fifth Discipline*
- Sivers (2010) – *First Follower*
- Wit, de (2020) – *Society 4.0*