

De Zorg een Asset?

Een Sociologische blik op de Zorg

Prof.dr. Iris Wallenburg

De Zorg een Asset?

Een Sociologische blik op de Zorg

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Iris Wallenburg

Bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Sociologie van de Zorg aan Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam op 6 december 2024.

De Zorg een Asset

*Geachte mevrouw de rector magnificus,
Geachte decaan,
Lieve collega's, studenten, familie en vrienden,
Zeer gewaardeerde gasten,*

Laat ik meteen met de deur in huis vallen. Is de zorg een asset? Dat is de vraag die ik vandaag met u wil verkennen. Een asset is een product of dienst waar je in kunt investeren, en vervolgens veel geld mee kunt verdienen. Denk maar aan vastgoed of aandelen. Maar ook de gezondheidszorg lijkt steeds meer een asset te worden. Net als in ons omringende landen hebben we te maken met commerciële ondernemers en private investeerders. Zij beloven de gezondheidszorg efficiënter te maken door deze beter te organiseren en daarmee urgente problemen zoals het tekort aan artsen en verpleegkundigen op te lossen. Bijvoorbeeld door het flexibiliseren van de arbeidsmarkt en het digitaal leveren van zorg op afstand. Of door het inzetten van voorspellende geneeskunde via artificiële intelligentie. Commerciële ondernemers en private investeerders manifesteren zich hiermee steeds prominenter in de dagelijkse zorgverlening – denk aan een tandartsenpraktijk die onderdeel wordt van een keten en daar de administratie en organisatie van het zorgproces aan uitbesteedt. De innovatieve ideeën én grote sommen geld die deze partijen bereid zijn in de zorg te steken, maken hen steeds meer tot een aantrekkelijke partner voor zowel de overheid als zorgorganisaties.

In deze oratie, en voor wie daarbij was, ook in het symposium voorafgaand hieraan, wil ik graag met u verkennen hoe de zorg steeds meer een asset aan het worden is. En wat dit betekent voor hoe we in de samenleving zorg organiseren en hier betekenis aan geven. Daarmee wil ik ook mijn vakgebied introduceren: de Sociologie van Zorg. De Sociologie van Zorg is gericht op de zorg en het zorgen als maatschappelijke en relationele praktijk; namelijk hoe we de zorg als dienstverlening organiseren, de rol die zorg speelt in de maatschappij en hoe en door wie zorg wordt verleend aan mensen en hun omgeving. De Sociologie van Zorg is dan ook breder dan het thema van assets en assetization, maar deze vormt wel een mooie vindplaats om veranderingen in de zorg te duiden, en daarmee de bijdrage van een sociologische blik op de zorg te laten zien.

Laten we eerst een paar voorbeelden verkennen uit het afgelopen jaar om zo een beeld te schetsen van hoe de zorg als een asset op steeds meer plekken zichtbaar wordt. Het meest in het oogspringende voorbeeld is waarschijnlijk Co-Med, een commerciële huisartsenketen die afgelopen jaren huisartsenpraktijken heeft opkocht om deze efficiënter te organiseren en zo meer patiënten te kunnen bedienen. De oprichters van Co-Med speelden daarmee in op het groeiende tekort aan praktijkhoudende huisartsen in Nederland. Dit werd ondersteund door zorgverzekeraars die ook de druk ervaren van het personeelstekort en steeds meer moeite hebben om aan hun wettelijke zorgplicht te voldoen. Begin van de zomer ging Co-Med failliet, na maanden van problemen waarin steeds meer praktijken werden opgekocht, huisartsen niet bereikbaar waren, de kwaliteit van zorg steeds verder onder druk kwam te staan en de financiële dekking flink bleek te rammelen. Afgelopen maanden zijn in de media allereerste reconstructies verschenen die laten zien hoe een initiatief als Co-Med werd omarmd door het veld als oplossing voor een prangend probleem, maar ook hoe beleidsmakers en toezichthouders worstelden met deze nieuwe speler.

Of, een ander voorbeeld, misschien is u de reclame opgevallen van oud-Feyenoorders John de Wolf en Royston Drenthe voor Zorgwerk tijdens de rust van het EK-voetbal, ook afgelopen zomer. Zorgwerk is

een commercieel digitaal platform dat bemiddelt voor ZZP'ers in de zorg. Verpleegkundigen, maar ook andere zorgwerkers, kunnen zich via het platform laten inhuren door een zorgorganisatie voor een losse dienst of opdracht – een manier van werken die de afgelopen jaren steeds populairder is geworden. Zorgwerk was niet het enige digitale zorgplatform dat een fiks bedrag neertelde om op prime time te adverteren. Ook Aethon, een dit jaar gelanceerd digitaal zorgplatform, kwam tijdens het EK regelmatig voorbij. En als u niet van voetbal houdt; ze adverteren ook groots op treinstations, in bushokjes én langs de snelweg. Het zijn in het oog springende voorbeelden dat zorg een asset aan het worden is: een domein waar je geld mee kunt verdienen. En daar wordt groots reclame voor gemaakt, iets dat tot voor kort niet gebruikelijk was in Nederland.

Partijen als Co-Med en Zorgwerk worden ook wel 'de nieuwe economie' genoemd omdat ze deels digitaal werken en veelal uitgaan van losse contracten of diensten, iets wat we al langer kennen uit de bezorgservice en taxi-industrie. Uber is daarvan wellicht de bekendste. Ze zijn echter nieuwkomers in de gezondheidszorg en brengen hun eigen financiële, technische en sociale infrastructuur mee die steeds verder verknoopt raken met het bestaande zorgstelsel. De digitale zorgplatforms die ik zo-even noemde zijn bijvoorbeeld veelal dochterondernemingen van internationaal opererende detachingsbedrijven die ook buiten de gezondheidszorg actief zijn. Maar assetization gebeurt ook veel kleinschaliger en dichter bij huis. Ik denk dan bijvoorbeeld aan een zelfstandig werkende zorgverlener die via Facebook in contact komt met een gezin dat intensieve begeleiding zoekt voor een zorgbehoefstig kind. En die vervolgens uit het Persoonsgebonden Budget kan worden betaald. Of artsen en verpleegkundigen die zich profileren op sociale media.

Samen met een groep studenten van de masteropleiding Health Care Management aan onze faculteit heb ik eerder dit jaar onderzocht hoe artsen en verpleegkundigen sociale media gebruiken in hun werk. We zagen hoe verpleegkundigen op TikTok hun beroepsgroep en beroepsidentiteit profileren. En dat zowel artsen als verpleegkundigen sociale media gebruiken om zichzelf als professional én als individu te presenteren en zo nieuwe opdrachtgevers aan te trekken. Laura Cevat en Marize Ziere hebben daarbij laten zien dat artsen via TikTok grotere groepen patiënten proberen te bereiken om weerstand te bieden aan nepnieuws over gezondheid en behandeling, en daarbij soms ook eigen producten en diensten aanbieden. Deze zelf-manifestatie en *branding* past binnen het huidige tijdsperk van de digitale wereld, maar is binnen de gezondheidszorg een nieuw fenomeen, en is ook nog nauwelijks wetenschappelijk onderzocht.

Dit zijn allemaal voorbeelden van hoe de zorg steeds meer als een asset wordt gezien. Maar wat betekent het als bedrijven, ondernemers en investeerders de zorg tot hun terrein maken? Wat betekent dit voor patiënten, maar ook voor de mensen die in de zorg werken? En wat vraagt dit vervolgens van beleidsmakers, toezichthouders en beroepsverenigingen? Want, en dat wil ik alvast meegeven, het is niet zo dat de assetization van zorg ons zomaar overkomt en waarvan we maar moeten afwachten wat de uitkomst zal zijn. Of, de positieve uitleg, waarvan we heel veel kunnen verwachten en ervanuit kunnen gaan dat het wel goed komt. Het is iets dat we beter moeten gaan begrijpen om er ook actief vorm aan te kunnen geven. Hier wil ik met de leeropdracht 'Sociologie van de Zorg' komende jaren graag aan bijdragen.

Asset & assetization in de zorg

Eerst nog wat meer over die termen, **asset** en **assetization**. In het Nederlands zou je het kunnen vertalen als 'vermogensbenutting' of 'het creëren van economische waarde', maar omdat dit niet zo lekker klinkt houd ik het bij het Engels. Een *asset* is een product, dienst of eigendomsrecht waarmee rendement, of in het Engels 'een *cashflow*' kan worden gegenereerd (Birch & Muniesa, 2020). Er wordt winst gemaakt, en het streven is die winst steeds verder te vergroten en dus om meer kapitaal te verwerven. *Assetization* is een werkwoord. Het gaat over actieve handelingen waarbij 'iets' in een winstgevend product of dienst wordt omgezet en waarbij het betreffende bedrijf of persoon zelf ook meer waard wordt. Een actueel voorbeeld is een technologiebedrijf dat samen met een ziekenhuis werkt aan toepassingen voor artificiële intelligentie (ook wel AI) om zo arbeidsbesparende technologie te ontwikkelen. De 'winst' zit

hier vooral in de belofte AI op de zorgmarkt te brengen, iets waarvan veel wordt verwacht. En *juist door die belofte van AI te bestendigen en mogelijk een stukje dichterbij te brengen*, wordt het bedrijf zelf ook meer waard (Birch, 2020). Dit is een belangrijk aspect van assetization: het gaat niet zozeer om een concreet product dat nú goed werkt en waarvan meer kan worden verkocht, maar vooral over iets dat nu nog klein is en straks groot gaat worden; iets waar je in wilt investeren om er later geld aan te verdienen. Het **narratief van de innovatie** is dus belangrijk, want dat narratief en de daarmee gepaard gaande belofte is geld waard. Hiermee wijkt assetization af van meer traditionele manieren van winst maken in de zorg, waarbij het vooral gaat om het verhogen van de productie af het aanbieden van wat ook wel 'luxe zorg' is gaan heten, zoals cosmetische ingrepen. Bij assetization gaat het niet zozeer om het product zelf maar om *de belofte* dat met dit product in de toekomst geld is te verdienen. Het is dus die belofte die geld waard is—én geld maakt. En om een belofte te verkopen is goede marketing nodig.

Het is verder goed om ons te realiseren dat het spectrum van commerciële ondernemers en private investeerders in de zorg breed en divers is, van individuele zorgprofessionals op sociale media tot lokale en nationale zorgondernemers en private equity. Een voorbeeld van een zorgonderneming is MedTZorg van bestuurder Martijn Ruiten, een van de sprekers vanmiddag. MedTZorg levert commerciële huisartsenzorg op plaatsen waar reguliere huisartsen zich niet willen vestigen of terugtrekken. Afgelopen jaren was dit vooral in een aantal regio's het geval bij mensen met een beperking en in het gevangeniswezen. Zij vullen ook avond-, nacht- en weekenddiensten in op plekken waar te weinig specialisten ouderengeneeskunde zijn. Zorgondernemers als MedTZorg helpen dus in urgente maatschappelijke behoeftes te voorzien waar de reguliere zorg deze door de toenemende werkdruk steeds vaker verstek laat gaan.

Verderop op het spectrum ligt private equity; een in de politiek en media veel besproken actor. Bij private equity gaat het, letterlijk vertaald, om privaat kapitaal, bijvoorbeeld afkomstig van pensioenfondsen. Een kapitaalcrachtige onderneming investeert in de zorg door aandelen van de betreffende zorgorganisatie te kopen of deze geheel over te nemen, en levert daarbij niet alleen het kapitaal maar ook het netwerk, de kennis en ondernemerservaring om de betreffende zorgorganisatie beter te maken om deze vervolgens, meestal binnen een paar jaar, met winst te verkopen (de Rijk, 2024).

In de politiek, het werkveld, de media en in de wetenschap wordt veel gediscussieerd over deze toenemende rol van investeerders en andere op winst gerichte partijen in de zorg. Voorstanders wijzen op de mogelijkheid om sneller te kunnen innoveren, met een focus op kwaliteit en kostenbesparing, en het aanbieden van een aantrekkelijk werkklimaat voor zorgverleners met meer vrijheid en een hoger salaris. Tegenstanders waarschuwen juist dat we 'slaapwandeland de markt zijn ingelopen' (Godlee 2013) en ons veel bewuster zouden moeten zijn van de mogelijke negatieve consequenties van het toelaten van op winstgerichte en internationaal opererende partijen in de gezondheidszorg. Deze partijen zouden te duur zijn en 'de krenten uit de pap' willen door patiënten met eenvoudige problemen aan te trekken, en dus de mensen met een zwakke gezondheid uit te sluiten, en daarmee het beginsel van solidariteit in de zorg ondermijnen. Bovendien zouden zij vooral gericht zijn op winst op de korte termijn in plaats van te willen bouwen aan een toekomstbestendig zorgsysteem.

Vandaag wil ik een ander perspectief bieden en daarmee mijn vakgebied introduceren. In plaats van me te concentreren op de directe gevaren of mogelijkheden, kijk ik vanuit de Sociologie van Zorg naar de rol die assetization speelt binnen de zorgsector. Daarvoor moeten we het verder openbreken en kijken wat daarbinnen gebeurt; een simpel voor of tegen is daarbij niet behulpzaam. Ik ben geïnteresseerd in hoe assetization in de praktijk werkt, welke implicaties het heeft voor de verwachtingen rond en voor de feitelijke zorgverlening en de waarden die daarin een rol spelen, en welke mogelijke maatschappelijke gevolgen hieruit voortkomen. Een dergelijke insteek laat bovendien ruimte voor de meervoudigheid waarin deze nieuwe initiatieven zich aandienen.

Ik zal eerst ingaan op de Sociologie van Zorg en vervolgens vanuit ons onderzoek laten zien hoe assetization zich in de zorgpraktijk manifesteert, en wat dit vraagt van beleidsmakers, zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers, en welke onderzoeksvragen hieruit naar voren komen.

Een sociologische blik op de zorgmarkt

Eerst dus wat meer over de Sociologie van Zorg. Anders dan bijvoorbeeld de Medische Sociologie, waarin vooral artsen, medische behandeling en gezondheidsverschillen centraal staan, neemt de Sociologie van Zorg het bredere zorglandschap als uitgangspunt en gaat het ook over managers, beleidsmakers, toezichthouders, patiënten, verpleegkundigen en verzorgenden. In de zorg gaat het bovendien niet alleen om expliciete kennis maar ook om belichaamde kennis wat ook wel 'tacit knowledge' wordt genoemd: de kennis die moeilijk te omschrijven en bijna instinctief is en die wordt opgedaan in jarenlange ervaring in het omgaan met en verzorgen van patiënten. Dit zorgen als een fysieke, kennisintensieve en relationele activiteit krijgt expliciet de aandacht binnen de Sociologie van Zorg.

Conceptueel wordt de Sociologie van Zorg verder gevoed door inzichten uit de Sociologie van Arbeid en Professionals, de Economische Sociologie en het Wetenschapsonderzoek. Binnen deze wetenschappelijke stromingen is veel aandacht voor de rol van de markt in het publieke domein. Onderzoekers laten zien hoe de invloed van de markt, en daarmee de invloed van private en op winstgerichte partijen, is toegenomen met de opkomst van het neoliberalisme eind vorige eeuw. De centrale gedachte hierin was dat de markt het publieke domein, zoals de gezondheidszorg maar ook huisvesting, vervoer en onderwijs, efficiënter kan organiseren met meer aandacht voor de wensen van de consument (de patiënt, woningzoekende, burger, scholier en student). De overheid trekt zich daarbij terug als centrale coördinator en beschermer van het collectieve welzijn en neemt vooral de rol van kadersteller en toezichthouder op zich. De uitvoering van de taken wordt overgelaten aan de markt en andere particuliere initiatieven. Michel Callon (1998) benadrukt de performativiteit van de markt, zoals het doorvoeren van marktwerking in de gezondheidszorg. Hij laat zien dat marktinstrumenten niet enkel sturingsinstrumenten zijn om publieke doelen te dienen, maar ook een eigen realiteit en verwachtingen scheppen ten aan zien van wat de zorgmarkt is en zou moeten zijn. En hoe dit gaandeweg ruimte en legitimiteit schept voor andere vormen van sturing en beleving. De sociologen Zygmunt Bauman (2000) en Richard Sennett (1998) stellen dat met de invoering van het neoliberalisme in het publieke domein het tijdperk van 'de vloeibare moderniteit' zijn ingegaan. Hierin zijn individuele burgers en organisaties niet alleen in toenemende mate verantwoordelijk geworden voor hun eigen welzijn, maar het heeft ook geleid tot meer diversiteit, vluchtigheid en onzekerheid. En tot een grotere afhankelijkheid van marktpartijen die deze vluchtigheid en onzekerheid verder aanwakkeren.

Onderzoek van Kean Birch (Birch & Muniesa, 2020; Birch & Ward, 2022), Liliane Doganova (2024) en Mirjam de Rijk (2024) laat zien dat met de opkomst van nieuwe marktpartijen in de publieke sector de nadruk kan gaan verschuiven naar de belangen en de waarden van deze partijen. Zij benadrukken dat dit vooral een kortetermijnbelang is omdat investeringen op de lange termijn onzeker zijn en, volgens de gangbare economische modellen, ook minder waard. Hiermee zien we dus een verschuiving in de temporele orde en het ritme van de gezondheidszorg die steeds meer gericht is op het nú en minder op de toekomst. Dit trekt ook weer andere type investeerders en ondernemers aan, namelijk investeerders die op korte termijn een kans zien en zich ook weer snel terugtrekken als opbrengsten tegenvallen.

Dit zien we ook terug in de Nederlandse gezondheidszorg. In 2006 werd het systeem van gereguleerde marktwerking ingevoerd. Dit systeem richtte zich vooral op de ziekenhuiszorg, maar in de jaren die volgden kreeg het marktdenken en de individuele verantwoordelijkheid van zorginstellingen en andere zorgaanbieders ook in andere zorgdomeinen een steeds grotere betekenis. Het voert voor nu te ver om het zorgstelsel in detail te bespreken, maar belangrijk voor het vervolg van mijn verhaal is dat met deze hervormingen de verantwoordelijkheid voor de organisatie en de financiële risico's steeds meer bij individuele zorginstellingen kwam te liggen die zich als zorgondernemer moesten gaan gedragen. Maar tegelijkertijd ook dat het expliciet niet het doel was om winst te maken op de zorg. Eventuele winsten

moesten worden gebruikt om in de zorg te investeren (Bos et al., 2020). Verder was de wet- en regelgeving erop gericht dat de zorg toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar zou blijven voor iedereen. Marktwerving in de zorg dus, maar wel onder strenge voorwaarden en publieke regulering (Helderman et al., 2005).

Hoewel het geloof in de markt als sturingsarrangement overleefd is gebleven, is deze afgelopen jaren wel onder druk komen te staan. Al voor, maar zeker tijdens de Covid-pandemie, werd meer nadruk gelegd op samenwerking in plaats van concurrentie. Samenwerking in de regio zou bijvoorbeeld kunnen helpen om de beschikbare medische en verpleegkundige capaciteit beter te benutten. Zoals ik jullie zo uit ons onderzoek zal laten zien, zette juist die focus op samenwerking de deur open naar nieuwe en op winstgerichte partijen die kans zagen de zorg tot hun markt te maken. Dát de weg voor hen open kwam te liggen hangt samen met een aantal aanpalende verschuivingen in de maatschappelijke en politieke context. Voordat ik jullie verder mee zal nemen in ons onderzoek zal ik eerst deze verschuivingen kort benoemen. Ik noem er vier.

Ten eerste heeft het overheidsbeleid om wonen en zorg te scheiden en de woningmarkt te liberaliseren de ouderenzorg tot een interessant domein gemaakt om in te investeren en om winst te maken op het woongedeelte van de zorg. *Ten tweede* wordt de arbeidsmarkt steeds krappere en leiden personeelstekorten ertoe dat de overheid en zorgorganisaties terugvallen op commerciële zorgaanbieders en arbeidsbemiddeling. *Ten derde* is, via gedoogconstructies, het uitkeren van winst aan aandeelhouders of andere betrokkenen steeds meer gemeengoed geworden. Bijvoorbeeld bij de Zelfstandige Behandelcentra waar directe winstuitkeringen verboden zijn, maar dit wel mogelijk is via onderaannemerschap. Afgelopen jaren hebben we gezien dat bijvoorbeeld artsen soms als onderaannemer werken voor een Zelfstandig Behandelcentrum en zo kunnen profiteren van de winst. Ook investeerders maken hiervan gebruik. *Ten vierde* heeft de bankencrisis uit 2008 zorginstellingen in de armen van private investeerders gedreven. Zo laat Tessa van Dijk in haar (zeer recente) proefschrift zien dat zorginstellingen door het overheidsbesluit om ziekenhuizen financieel risicodragend te maken, ook voor het eigen vastgoed, ze steeds afhankelijker zijn geworden van de bankensector. De bankencrisis en daaropvolgende Europese regelgeving heeft er vervolgens toe geleid dat zorginstellingen steeds moeilijker grote sommen geld kunnen lenen van de banken. Zorginstellingen wendden zich daarom sneller tot investeerders die gemakkelijker grotere sommen geld beschikbaar stellen. Een aantal van de geschetste bewegingen staat op dit moment ter discussie. Zo is er wetgeving in de maak om het eerdergenoemde ZZP-schap tegen te gaan en ook wordt de mogelijkheid om via gedoogconstructies winsten uit te keren aan private partijen aangepakt. Voor andere bewegingen, zoals de rol en invloed van technologiebedrijven en private equity, wordt de deur juist verder opengezet.

Onderzoek naar schuivende zorgpraktijken

Hoe werkt deze assetization in de zorgpraktijk? De afgelopen jaren hebben we onderzoek gedaan naar deze veranderingen in de zorg. We hebben meegelopen met zorgverleners, projectmanagers en bestuurders, hebben rondgelopen op verpleegafdelingen en gingen op bezoek bij mensen thuis, zijn bij vergaderingen geweest en hebben aan allerhande congressen en netwerkbijeenkomsten bijgedragen om te leren van de discussies die daar werden gevoerd. Ook hebben we beleidsmakers, inspecteurs, patiënten en hun naasten geïnterviewd, en hebben we analyses uitgevoerd van sociale media. Ik neem jullie graag mee in een aantal bevindingen die inzicht bieden in ons veranderende zorglandschap. Ik bespreek daarbij drie vormen van assetization van zorg en verken de impact hiervan op de gezondheidszorg:

- Verknoping van 'oude' en 'nieuwe' zorg
- Opvullen van gaten in het zorgaanbod
- Verplaatsing van zorg naar digitale zorgplatforms

Verknoping van 'oude' en 'nieuwe' zorg

Allereerst de verknoping van oude en nieuwe zorg. Hiermee laat ik zien hoe commerciële ondernemers en private investeerders een plek in de zorg bemachtigen door te komen met oplossingen voor prangende problemen waar traditionele zorgorganisaties niet goed raad mee weten. Daarbij maken zij handig gebruik van de wetten en regels die er zijn, of juist van het feit dat deze wetten en regels nog ontbreken. Ik put hiervoor uit een lopend onderzoek naar regionale samenwerking, een actieonderzoek dat ik in 2018 ben gestart met Roland Bal, Jitse Schuurmans, Nienke van Pijkeren en Oemar van der Woerd. We doen dit in nauwe samenwerking met Vilans, het kennisinstituut voor de langdurige zorg én met zorgorganisaties. Ik noem hier graag nog even Joyce Theunissen, Marloes Berkelaar, en Anke Huizenga als centrale spelers. Het onderzoek was destijds ingegeven door een groeiend tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Inmiddels wordt het actieonderzoek nationaal uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS en is het uitgebreid naar de gehele medische generalistische zorg en betreft het ook de tekorten aan huisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten, en in hun kielzog verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen. Het programma is erop gericht de medisch generalistische zorg beschikbaar te houden voor iedereen – iets wat in toenemende mate onder druk staat. Zo kunnen steeds meer mensen met een complexe zorgbehoefte niet gemakkelijk bij een huisarts terecht.

Het programma is gestart als een initiatief van een aantal regio's om een antwoord te vinden op dit probleem van toegankelijkheid tot zorg. In plaats van nog langer met elkaar om schaarse artsen en verpleegkundigen te concurreren zijn regionale zorgorganisaties gaan samenwerken, bijvoorbeeld door het organiseren van gezamenlijke avond-, nacht- en weekenddiensten, veelal met behulp van een triagepunt om binnenkomende zorgvragen te coördineren. Wat we zagen was dat zorginstellingen vaak vol enthousiasme aan de slag gaan met deze initiatieven en vervolgens op allerlei praktische en institutionele problemen stuiten. Zo blijkt het ingewikkeld om de triage van zorgvragen goed te structureren en is het voor een arts lastig op een veilige manier op afstand met een verzorgende mee te kijken en instructies te geven over een behandeling, zoals wondzorg.

In verschillende regio's zijn zorginstellingen als reactie hierop contracten aangegaan met commerciële partijen die digitale infrastructures kunnen bieden en, niet onbelangrijk, deze kunnen onderhouden en updaten. Een voorbeeld hiervan is DigiContact, waar promovendus Estella Posthuma onderzoek naar doet. DigiContact is een initiatief van samenwerkende regionale zorgorganisaties voor mensen met een beperking waarbij een verpleegkundige op afstand adviseert over zorgvragen, bijvoorbeeld als een bewoner pijn heeft of als er vragen zijn over een wond. Het initiatief is bedoeld om huisartsen te ontlasten door zorgvragen eerst aan een verpleegkundige voor te leggen. De verpleegkundige voert op afstand triage uit en geeft daarbij advies aan begeleiders op de woongroepen die zelf geen medische of zorgachtergrond hebben. Bij spoedgevallen of ingewikkeldere vragen wordt doorverwezen naar een huisarts of wordt 112 gebeld. Steeds meer zorginstellingen sluiten zich bij het initiatief aan omdat ze problemen ervaren met de beschikbaarheid van artsen en gekwalificeerde verpleegkundigen. Om aan de groeiende vraag tegemoet te komen is de hulp ingeroepen van een externe commerciële partij die de triage digitaal heeft ingericht, en is de telefoonlijn vervangen door een door deze partij beheerde app. Van zorginstellingen die aansluiten wordt gevraagd voor een aantal uur per week verpleegkundige capaciteit te leveren. DigiContact is uitgegroeid tot een BV waar steeds meer partijen bij aansluiten, en het levert inmiddels ook nieuwe diensten zoals het tegen betaling online ondersteunen van mensen thuis.

Deze verknoping waarbij traditionele zorgorganisaties de samenwerking opzoeken met commerciële zorgondernemers en waarbij de zorgondernemers de kans aangrijpen om hun zorgaanbod uit te breiden met gebruik van de capaciteit van deze traditionele zorgaanbieders, zien we steeds vaker. Een in het oog springend voorbeeld komt uit het onderzoek van Eliana Bergamin. Zij doet onderzoek naar een commerciële zorgondernemer die digitale monitoring en coaching voor patiënten thuis aanbiedt als vervanging en ondersteuning van de reguliere thuiszorg. De digitale monitoring gaat over het in de gaten houden van de cliënt op afstand, zoals lichaamsfuncties (bijvoorbeeld de bloeddruk), het gebruik van de

koelkast (eet iemand nog wel?), en ook het monitoren van het beweegpatroon (beweegt iemand wel en ook voldoende?). Deze data worden weer ingezet voor het trainen van AI, wat onderdeel van het verdienmodel is. Daarnaast wordt een coach ingezet die wekelijks digitaal inbelt. Het idee hierachter is dat een wijkverpleegkundige efficiënter kan werken als hij of zij alleen de verpleegtechnische handelingen hoeft te doen zoals wondzorg, en dat de sociale ondersteuning kan worden gedaan door een zorgcoach die iedere week een kwartier beeldbelt. Deze zorgcoaches zijn meestal zelf niet opgeleid als verpleegkundige maar worden geselecteerd op motivatie en empathisch vermogen. Enthousiasme en betrokkenheid worden hier dus hoger gewaardeerd dan medische of verpleegkundige kennis en een erkende zorgopleiding. Coaches kunnen wel een korte cursus doen als zij denken kennis te missen – een opleidingsmarkt die overigens ook hard aan het groeien en vercommercialiseren is.

Beide voorbeelden laten zien hoe in de verknoping van bestaande en nieuwe partijen de zorg een meer vloeibaar karakter krijgt: zo worden traditionele normen als een erkend zorgdiploma en het belang van fysiek menselijk contact opnieuw bevestigd, en winnen technologiebedrijven aan erkenning en autoriteit in de uitvoering van zorg (Sharon & Gellert, 2023). Deze beweging wordt vaak gebracht als een neutrale interventie waarin traditionele zorgaanbieders worden ondersteund of waarin – in tijden van nood en urgentie – juist ‘buiten de bestaande kaders en gevestigde belangen wordt gedacht’. We weten echter nog onvoldoende over de impact van deze commerciële bedrijven op hoe de zorg wordt georganiseerd en verleend, en met welke mogelijke gevolgen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Dit gaan we komende jaren verder onderzoeken.

Opvullen van gaten van het zorgaanbod

De tweede vorm van assetization betreft het opvullen van gaten in het zorgaanbod. Ik noemde eerder al MedTzorg dat huisartsenzorg levert op plekken waar schaarste is. Een ander voorbeeld is het Franse zorgconcern Emeis, dat inzet op persoonsgerichte kleinschalige ouderenzorg. In Nederland is het bedrijf beter bekend onder merknamen als ‘Dagelijks Leven’ en ‘Wonen bij September’, u misschien bekend. Emeis heette tot voor kort Orpea. De naamsverandering is ingegeven door de schandalen waar Orpea in 2020 mee te maken kreeg in Frankrijk (dus ook hier hebben we weer te maken met een internationaal opererend bedrijf), toen bleek dat de kwaliteit van de ouderenzorg die zij daar leverden ver onder de maat was. Het bedrijf ging hard onderuit op de beurs en de Franse overheid besloot in te grijpen. Niet door het bedrijf geen zorg meer te laten leveren maar door grootaandeelhouder te worden; de ouderenzorg is immers ‘too big to fail’.

In Nederland profileert Emeis zich op persoonsgerichte ouderenzorg in een kleinschalige woonomgeving, iets waar in de samenleving veel behoefte aan is. Emeis is hiermee in het gat gesprongen dat ontstaan is doordat de overheid de afgelopen tien jaar de verzorgingshuizen heeft gesloten en probeert mensen met een zorgbehoefte zo lang mogelijk thuis te houden. Zowel Dagelijks Leven, dat zich zoals ze zelf zeggen ‘richt op Jan Modaal’ als Wonen bij September, wat is gericht op de rijkere, groeien hard en hebben samen ruim 100 vestigingen door het hele land. Bijna maandelijks komen er nieuwe vestigingen bij. Nederland biedt een aantrekkelijke groeimarkt voor dit concept. Dit komt mede doordat de overheid heeft ingezet op ‘langer thuis’ en daarvoor flexibele financieringsinstrumenten heeft geïntroduceerd zoals het Persoonsgebonden Budget en het Volledig Pakket Thuis. Dit ‘Volledig Pakket Thuis’ maakt het mogelijk om thuis verpleeghuiszorg te ontvangen en geeft daarmee ouderen de ruimte om voor zichzelf passende zorg in te kopen. Emeis richt zich op mensen met een relatief laag complexe zorgvraag en concentreert zich in gebieden in Nederland met een stijgende zorgbehoefte en een krappe arbeidsmarkt (dus daar waar de nood groot is en dus ook de kans op succes), en op de plekken waar de grond nog relatief goedkoop is – ze zitten dus buiten de Randstad. Het aankopen van grond, het bouwen van de instelling en het leggen van regionale samenwerkingsverbanden verloopt via een gestandaardiseerd format.

Laura De Brabandere doet promotieonderzoek naar deze nieuwe vormen van kleinschalige woonzorg. We onderzoeken daarbij wat Kirsten Asdal co-modificatie noemt (Asdal & Huse, 2023): namelijk hoe ‘een zorgmarkt voor woonzorg’ enerzijds, en ‘het zorgproduct persoonsgerichte zorg’ anderzijds in

samenhang gecreëerd worden en tot commercieel en winstgevende dienstverlening worden gemaakt. Iedere bewoner heeft in dit concept een eigen voordeur en een eigen brievenbus, waardoor zij als het ware toch thuis wonen en voldoen aan de voorwaarden voor financiering middels het Volledig Pakket Thuis. Voor andere voorzieningen wordt weer aangeklopt bij de gemeente (bijvoorbeeld een tillift of een fiets met rijder stoel). Op deze manier kunnen de zorgkosten grotendeels worden gedekt. De winst wordt ondertussen gemaakt op het vastgoed – bijvoorbeeld door het vastgoed te verkopen en de ruimte vervolgens weer terug te huren of te leasen. Wat we leren is dat bedrijven als Emeis heel sterk zijn in hun *branding* van persoonsgerichte en innovatieve zorg, goede arbeidsvoorwaarden bieden, en creatief en volhardend zijn in het verkrijgen van financiering en het aangaan van samenwerkingsverbanden met gemeenten en reguliere zorgverleners zoals huisartsen. Zij krijgen veel voor elkaar. Hier is echter ook kritiek op: traditionele verpleeghuizen verliezen de concurrentie (bijvoorbeeld als het gaat om het aantrekken van personeel) en moeten zorg leveren aan een complexere groep. Bovendien zou publiek geld te gemakkelijk naar deze instellingen gaan en wegvloeien naar internationale investeerders en aandeelhouders.

Verplaatsing van zorg naar digitale zorgplatforms

De derde vorm van assetization zit meer op het individuele niveau en betreft de verplaatsing van het aanbod van werk, en dus van zorgverleners, naar digitale platforms en sociale media. Dit is een recent fenomeen in de zorg, maar past bij een al langer gaande trend van flexibilisering van de arbeidsmarkt. Met financiële steun van het Erasmus Trustfonds hebben Justien Dingelstad, Jans Berden, Francisca Grommé, Fenna Nijboer en ik de afgelopen twee jaar onderzocht wat de rol is van deze digitale platforms en de invloed ervan op het werk in de zorg. Verpleegkundigen die als ZZP'er werken kunnen via deze platforms hun uurtarief bepalen en kiezen waar en wanneer ze willen werken. Het geeft hun dus veel meer vrijheid. Het platform zelf verdient hier ook aan. Op het moment dat we de inventarisatie maakten waren er 19 digitale zorgplatforms in Nederland actief. De meeste platforms waren pas recent in de zorg begonnen, sommigen zaten ook in de horeca en retail en gaven aan die ervaring naar de zorg te willen transporteren. Een van de grootste waar we naar hebben gekeken, Dytter, is inmiddels failliet. De geldschieters hebben hier eerder dit jaar de stekker uitgetrokken. De betreffende ondernemer is inmiddels een nieuw zorginitiatief gestart. Dit voorbeeld onderstreept hoe het werken met investeerders een zekere mate van tijdelijkheid en ook vluchtigheid met zich mee kan brengen; iets wat we eerder ook zagen in het voorbeeld van Co-Med. Doordat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben, wordt het sneuvelen van een initiatief meestal opgevangen door andere zorgaanbieders. Patiënten komen daardoor niet direct zonder zorg te zitten, maar het betekent wel een belasting voor het bredere zorgsysteem, middelen gaan verloren en ZZP'ers missen inkomsten als het platform waarvoor ze werken plotseling wegvalt.

Er is afgelopen tijd veel kritiek geweest op verpleegkundigen en andere zorgverleners die op deze manier als ZZP'er werken. Ze zouden te duur zijn en daarmee geld onttrekken aan de zorg, de werkdruk van verpleegkundigen in loondienst verhogen en een bedreiging zijn voor de continuïteit van zorg. Wat hier echter ook relevant is, is dat we zien dat deze verpleegkundigen zich op deze platforms presenteren als zelfbewuste professionals met een boodschap en die uiten op sociale media. Zij herkennen zich niet in de kritiek dat ZZP-schap de zorg uitholt; wat hun betreft voegen zelfstandigen juist professionaliteit en ervaring toe. Dit geldt ook voor Broedersjuul, een veel gevolgde (en dus populaire) verzorgende op TikTok die via dit medium zijn volgers meeneemt in zijn ervaringen in de zorg. Hij toont hiermee niet alleen zijn perspectief op de zorg, maar geeft ook stem en gezicht aan de alledaagse belevenissen en problemen van mensen die in de zorg werken – en claimt daarmee een eigen beroepsidentiteit en professionaliteit die nieuw is voor de zorg. Een paar maanden geleden interviewde Fenna deze TikToker voor het onderzoek, waarna hij zelf een filmpje op TikTok plaatste over het interview, en we zo niet alleen ongevraagd inzicht kregen in zijn beleving van het gesprek, maar hij gaf de vragen die wij hem hadden gesteld ook weer door aan zijn volgers. Een nieuwe en leuke online manier van interacteren met je respondenten die wij nog niet eerder hadden meegemaakt. Uit de reacties van de volgers leerden we bovendien dat niet alleen zorgwerkers Broedersjuul volgen, maar ook cliënten in zorginstellingen. De

vloeibaarheid van sociale media zien we zo steeds meer in de zorg; wie hier met wie interacteert gaat immers voorbij aan de traditionele grenzen.

Mogelijk ligt in deze trend een aanknopingspunt om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken, en kunnen we hiervan leren. De verpleegkundige of verzorgende als initiatiefnemer en zich profilerende professional is een interessant beeld dat afstand neemt van het traditionele beeld van toewijding en onderschikking – namelijk de verpleegkundige die onzichtbaar werk verricht en zich dienend opstelt, handelend in het belang van de patiënt, de artsen, het team en de organisatie (Allen, 2015; Kuijper et al., 2022). Iets dat, gezien de vele kritische reacties op dit soort digitale initiatieven, blijkbaar nog wel steeds van verpleegkundigen en andere zorgwerkers wordt verwacht.

Ik voel me echter ook geroepen hier nog een opmerking te maken; over ZZP'ers in de zorg verschijnen regelmatig zeer negatieve berichten, en dan vooral over hoe criminele organisaties het ZZP-schap misbruiken om geld te onttrekken aan de zorg en, nog erger, kwetsbare mensen te misbruiken. Uiteraard houd ik hier geen pleidooi om dit op de koop toe te nemen. Het gaat tegen alles in waar de zorg voor staat. Maar het is tegelijkertijd geen argument om hiermee het hele ZZP-schap overboord te zetten en mensen proberen te dwingen weer in loondienst te gaan als het ook een uiting is van hoe zorgverleners willen werken. We kunnen en moeten hier meer van leren.

En ook daar is weer een kanttekening bij te maken. Socioloog Richard Sennett (1998) waarschuwt in zijn boek *'The corrosion of character'* voor de keerzijde van tijdelijk en flexibel werk; het steeds flexibeler maken van arbeid maakt mensen kwetsbaar omdat het werk en vooral de toekomst onzeker wordt en relaties vluchtig zijn. Deze kritiek klinkt breder in het huidige onderzoek naar de platformisering van de samenleving; het biedt nieuwe kansen om je leven op je eigen manier in te richten en (werk)relaties aan te gaan, maar het maakt mensen ook afhankelijk van op winst gerichte platformeigenaren en hun, vaak niet-transparante, manieren van sturen (van Dijck et al., 2018). Meer onderzoek hiernaar in de zorg is dan ook hard nodig. Ook om een mogelijk andere keerzijde te belichten: er is nauwelijks zicht op deze groep digitaal werkende ZZP'ers omdat ze in verschillende omgevingen werken en ook, via sociale media en een persoonsgebonden budget, op individuele basis bij mensen thuishouden. We weten daar nog te weinig van, net als hoe de financieringsstromingen lopen die deze nieuwe manieren van zorgverlening mogelijk maakt, of juist stopt als de stekker eruit gaat. Binnen het investeringsthema *Workforce & Sustainability* aan onze faculteit, waar ik samen met Yiannis Kyratsis vorm aan geef, ga ik hier met Fenna Nijboer en Syb Kuijper de komende jaren verder onderzoek naar doen.

Deze voorbeelden van verknoping, opvulling en verplaatsing van zorg laten zien hoe assetization van zorg de financiering, organisatie en uitvoering van zorg beïnvloedt. Hierin zit veel veranderkracht – iets waar in het politieke en ook in het wetenschappelijke debat veel behoefte aan is. Maar de voorbeelden en geschetste dynamiek laten ook zien dat deze veranderingen consequenties kunnen hebben voor de uitvoering van het dagelijks werk en de brede toegankelijkheid van zorg. Hoe precies, dat gaan we verder onderzoeken. Samen met Martijn Felder, Jitse Schuurmans, Roland Bal, Lot Tiebosch en Nando Katoele ga ik komende jaren onderzoeken welke vormen van micro-politiek een rol gaan spelen als de zorg anders wordt georganiseerd. We bekijken hoe in de dagelijkse zorgverlening keuzes worden gemaakt over wie welke zorg krijgt en wat het met zorgverleners doet als ze *niet* meer de zorg kunnen verlenen die ze zouden willen.

Hoe nu verder zult u zich wellicht afvragen?

Ik hoop dat ik u heb laten zien dat de assetization van zorg verder gaat dan de overname van enkele zorginstellingen of de vraag wie er wel en geen winst mogen maken in de zorg. Dit zijn de vragen die op dit moment worden gesteld in het politieke debat en waar vooral cijfermatige antwoorden op komen, namelijk de mate van aanwezigheid van private equity of andere commerciële bedrijven, en hoe zij scoren op kwaliteitsindicatoren. Dit suggereert een zeker mate van controle en sturing – en dus grip op wat er gebeurt. Ik hoop dat ik u heb laten zien dat dit maakbare beeld van zorg niet alleen te eenvoudig maar ook onterecht is. Vanuit de sociologie van zorg en het zorgen is er namelijk wat anders aan de hand dat dieper ingrijpt op ons zorgstelsel; er is een verschuiving gaande in hoe zorg wordt

georganiseerd, wie daarover gaan, en hoe en waar mensen in de zorg werken. En ook in waarden en normen over kwaliteit van zorg en hoe deze wordt georganiseerd en verleend. Bovendien staat de assetization van zorg niet op zichzelf maar is onderdeel van een veel bredere trend en politiek klimaat waarin politiek-economische waarden en belangen prefereren boven sociaal-politiek waarden, en waarin steeds minder belangstelling lijkt te zijn voor bredere maatschappelijke consequenties op de langere termijn.

Annemarie Mol schreef al in 2008 dat 'de logica van zorg' niet rationeel maar relationeel is; het gaat over begrijpen, meebewegen, betrekken en weer aanpassen (Mol, 2008). Zorgen is altijd gesitueerd, en morgen wellicht anders dan vandaag, en juist die aanpassing vraagt zorg en aandacht. En zo zou ik dan ook willen besluiten; de assetization van zorg vraagt ónze zorg. Er is een nieuwe politieke economie in ontwikkeling in de gezondheidszorg, en het is maatschappelijk gezien zaak de geboden narratieven beter te begrijpen. De kunst – en dit is mijn advies aan beleidsmakers, bestuurders en toezichthouders – is deze nieuwe zorgeconomie van dichtbij te aanschouwen en te onderzoeken, en onderdeel te maken van de bestaande gezondheidszorg. Door gebruik te maken van de veranderkracht en kaders te stellen. Daarbij moeten we de publieke waarden die we al heel lang in de gezondheidszorg hebben, zoals solidariteit en gelijke toegang voor iedereen, worden beschermd. Dus geen status aparte en geen 'easy way out' voor commerciële ondernemers en private investeerders, maar medeverantwoordelijkheid – ook op de langere termijn. En door grenzen te stellen en bij te sturen als we zien dat aan deze waarden afbreuk wordt gedaan. Hier wil ik vanuit de leerstoel Sociologie van Zorg de komende jaren graag aan bijdragen.

Dankwoord

Ik ga afsluiten, en dan wel met het leukste deel van de oratie, het dankwoord. Allereerst dank ik het college van bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de decaan van Erasmus School of Health Policy & Management, professor Maarten IJzerman, voor het in mij gestelde vertrouwen om de leerstoel Sociologie van Zorg te bekleden. Job, als plaatsvervangend rector, dank dat je me zojuist hebt 'weggegeven' aan de wetenschap. Dat ik ooit mijn eerste paper – natuurlijk over de Q-methodologie – met jou schreef maakt het verhaal mooi rond. Of laat zien dat we hier allebei al veel te lang zitten ☺. Maar daar zijn dan weer goede redenen voor.

Roland en Hester, sectieleider-af en sectieleider-op van onze mooie vakgroep Health Care Governance. Roland, dank voor je enthousiasme om deze leerstoel mogelijk te maken. Jouw academische bevoegenheid, creativiteit en vermogen om dat wat onmogelijk lijkt mogelijk te maken, is voor mij een voorbeeld. Hester, drie weken geleden stond jij op deze plek met een prachtig verhaal over de patiëntenwetenschappen – ik ben je fan. Dank ook voor het delen van het dagelijkse plezier én frustratie. Met jou even klagen en (helaas steeds vaker) onze verbazing en boosheid uiten over wat er in de wereld gebeurt, doet goed. Ik zie uit naar wat we allemaal nog gaan doen.

Pauline, Tom, Kim, Antoinette, Jan-Kees en Werner, ik ben trots dat ik door jullie ben opgeleid en daarmee zowel de politiek als het bestuur als de wetenschap heb leren kennen van de toppers in het land. Jan-Kees, dank ook dat je me ooit aannam als je student-assistent om zo een weg te vinden in de wetenschap, en ook dat ik er daarmee een nieuwe vriend bij kreeg.

Maarten, dank dat je vanmiddag het symposium wilde voorzitten en ook voor al je hulp in aanloop naar vandaag – jouw scherpte, humor en betrokkenheid kunnen er maar weinig evenaren. Ik hoop nog heel lang met je te kunnen werken, en koester onze vriendschap.

Hester zei het op deze plek drie weken geleden al: wetenschap is teamsport. Ik heb meer mensen te bedanken dan ik hier kan opnoemen. Mijn collega's en ex-collega's van Health Care Governance; een aantal van jullie zijn in het verhaal al voorbijgekomen. Dank voor de fijne samenwerking, het harde werken maar vooral de gezelligheid. Omdat jullie met zoveel zijn beperk me er hier tot twee collega's: Martijn en Jitse. Samen draaien we de grootste, mooiste en soms ingewikkelde projecten, maar trekken we ook de bergen of bossen in voor een lange wandeling. Ik kan me geen fijnere collega's wensen.

Dank ook aan mijn collega's binnen de Convergence, de samenwerking van de Erasmus Universiteit met de TU Delft en het Erasmus Medisch Centrum. In het bijzonder Monique en David. Het is een spannende uitdaging om met jullie te werken aan nieuwe vormen van zorgverlening. Dit geldt ook voor mijn collega's binnen AiPact, het programma van de Erasmus Universiteit op het gebied van AI en de sociale gevolgen hiervan. Ik leer veel van jullie, en vooral wil ik hier Claartje, Rik, Moniek en Francisca bedanken.

Er zijn ook nog collega's buiten deze samenwerkingsverbanden met wie ik veel optrek en hoop de onderzoeksagenda komende jaren verder uit te werken. In het bijzonder Pieterbas. Ooit draaiden we samen nachtdienst als jonge verpleegkundigen in het OLVG en hield je me wakker, nu doen we samen onderzoek naar verpleegkundigen. Hoe mooi is dat!

Dan de oratie zelf. Roland, Hester, Marcello, Maarten en Martijn, dank voor het meelesen en kritisch becommentariëren van de tekst van dit verhaal. Als het soms toch niet klopte, lag het geheel aan mij.

Jochem, jij bedankt voor de prachtige visuele ondersteuning van het verhaal. En je enthousiasme. Het was afgelopen maanden enorm leuk en leerzaam om hier samen met jou aan te werken.

Susan en Patricia, dank voor jullie hulp om het symposium en oratie vandaag mogelijk te maken. Het was een hele klus. En Susan, ook dank dat je de beste secretaresse van de wereld bent, en daarbuiten.

Lieve Barbara. Sinds we elkaar bijna 30 jaar geleden tegenkwamen bij de tram bij Artis, op weg naar de introductie van Bewegingswetenschappen, hebben we elkaars levens gevolgd, met al haar ups en downs. Samen groot worden, of in ieder geval steeds weer een beetje ouder, is prachtig!

Lieve familie. Het is mooi jullie hier allemaal bij elkaar te zien. Ik was misschien niet altijd even goed aanwezig afgelopen jaren en moet misschien beterschap beloven, maar ik ben vooral heel dankbaar en blij dat jullie er vandaag allemaal zijn en hoop dat dit nog heel lang zo zal blijven.

Jeroen, lieve broer. Het is fijn op jou te kunnen bouwen. Als jij er bent weet ik dat het goed komt. Zo ook vandaag. Dankjewel.

Ank en Dick, lieve ouders. Jullie hebben mij en Jeroen bijgestaan in alle fasen van het leven. Dat ik hier vandaag in de toga en met een sieraad sta die ik van jullie heb gekregen, zegt genoeg. Ik dank jullie voor jullie lieve en onuitputtelijke betrokkenheid.

Ik begon mijn verhaal met Feyenoord en eindig met Ajax. Want Amsterdam is mijn thuis. Lars en Juul, bij jullie thuiskomen is een feestje. Dat jullie hier vandaag zijn met jullie vrienden (én de moeders Jacomine en Letteke) maakt me meer dan trots en vooral heel blij – en ik hoop dat het niet al te saai was en anders dat de borrel en het feestje het zo meteen weer goed maken.

Michiel, eigenlijk zou ik je moeten vragen een *informed consent* te tekenen. Veel voorbeelden die ik gebruik komen van de keukentafel, want jij kent en bent de zorg. En veel meer dan dat. Dank voor je humor, toewijding en steun, het maakt alles leuker.

Mijn laatste woorden zijn voor mijn moeder. Lieve Ank, ik weet dat jij trots op mij bent, maar ik ben trots op jou. Vandaag staan we hier gewoon samen.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses. Hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Asdal, K., & Huse, T. (2023). *Nature-made economy. Cod, capital, and the great economization of the ocean*. The MIT Press.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Polity Press.
- Birch, K. (2020). Technoscience Rent: Toward a Theory of Rentiership for Technoscientific Capitalism. *Science, Technology & Human Values*, 45(1), 3-33.
- Birch, K., & Muniesa, F. (Eds.). (2020). *Assetization: turning things into assets in technoscientific capitalism*. The MIT Press.
- Birch, K., & Ward, C. (2022). Assetization and the 'new asset geographies'. *Dialogues in Human Geography*,. <https://doi.org/10.1177/20438206221130807>
- Bos, A., Kruse, F. M., & Jeurissen, P. P. T. (2020). For-Profit Nursing Homes in the Netherlands: What Factors Explain Their Rise? . *International Journal of Health Services* 50(4), 431-443.
- Callon, M. (1998). An essay on framing and overflowing: economic externalities revisited by sociology. In J. Law (Ed.), *On markets*.
- de Rijk, M. (2024). *Gekaapt door het kapitaal. Zorg, onderwijs, wonen en kinderopvang*. Uitgeverij Pluim.
- Doganova, L. (2024). *Discounting the future: the ascendancy of a political economy*. Zone Books: Near futures.
- Helderman, J. K., Schut, F., van der Grinten, T. E. D., & van de Ven, W. P. M. M. (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of health policy, politics and law*, 30(1-2), 189-210.
- Kuijper, S., Felder, M., Bal, R., & Wallenburg, I. (2022). Assembling care: how nurses organize care in uncharted territory and pandemic times. *Sociology of Health & Illness*, 44(8), 1305-1323.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge.
- Sennett, R. (1998). *The corrosion of character: the personal consequences of work in the new capitalism*. W.w. Norton & Company.
- Sharon, T., & Gellert, R. (2023). Regulating Big Tech expansionism? Sphere transgressions and the limits of Europe's digital regulatory strategy, *Information, Communication & Society*. *Information, Communication & Society*. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2023.2246526>
- van Dijck, J., Poell, T., & de Waal, M. (2018). *The Platform Society: Public values in a connective world*. Oxford University Press.

Erasmus University Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E communicatie@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm