

Bestuurskunst

Besluiten en bijsturen in de zorg

Henrie Henselmans



u i t g e v e r i j

SWP

‘De organisatie van zorg’ is een serie managementboeken die vanuit verschillende invalshoeken en vakgebieden kijkt naar de manier waarop wij zorg vormgeven, nu en in de toekomst. Zo kan de lezer zorg in een breder perspectief plaatsen en mogelijk bijdragen aan de verbetering ervan.

Bestuurskunst

Besluiten en bijsturen in de zorg

Henrie Henselmans

ISBN 978 90 8560 089 3

NUR 805

THEMA KJC

© 2020 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprerecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprerecht.nl) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, www.stichting-uvO.nl UvO@cedar.nl.

Samenvatting

Besturen en leidinggeven in de zorg vraagt om veel besluiten en veel bijsturing. De zorghoud, het geld en de gemeenschap van mensen die een organisatie vormen, vragen voortdurend om onderlinge afweging. Wat moet voorgaan en op welke moment?

De effecten van veel maatregelen zijn min of meer voorspelbaar als de kosten en baten getalsmatig zijn uit te drukken. Vaak is dat echter niet het geval. Daarover gaat dit boek. Overzicht en rationaliteit zijn minder aan de orde dan we denken. Het menselijk tekort, emoties, groepsdynamieken, organisatiepolitiek en onvoorziene gebeurtenissen kleuren het dagelijks werk van leidinggevendenden. Dat zou je allemaal als ‘verstorend’ kunnen zien, want ieder zou het liefst altijd ‘de inhoud’ of ‘de bedoeling’ voorop zetten. De realiteit is dat besluiten en leidinggeven altijd te maken hebben met meer lagen, meer partijen en meer belangen. Verder zijn in de zorg altijd uiteenlopende waarden – vakmanschap, gastvrijheid, betaalbaarheid, toegankelijkheid – in het geding. Die kunnen ook niet allemaal en tegelijkertijd ‘bediend’ worden.

Daarom wordt ‘besturen’ in dit boek meer als kunst dan als kunde omschreven. En kunst maken begint altijd met kijken. Hoe moet je kijken naar besluiten, naar medewerkers, naar macht, naar deugdelijkheid, naar hiërarchie, naar de omgeving van de zorg?

Het lezen van een boek over het maken van kunst maakt je geen goede kunstenaar, maar het helpt wel om je eigen kunstbeoefening beter te begrijpen en te sturen. Van het lezen van een boek over diëten val je niet af, maar het kan helpen om de vereiste discipline op te brengen. Zo is het ook met een boek over bestuurskunst, dat meer vragen oproept dan beantwoordt. Het helpt om te bepalen wat je belangrijk vindt, welke kleur je in je organisatie wilt hebben, wat maakbaar is en wat niet.

Voorwoord

Een zorgbestuurder die schrijft en reflecteert op het vak van bestuurder dan wel de kunst van het besturen, is een hachelijke onderneming. Niet zelden wordt het een ‘management goeroe boek’ en is de eigen ervaring en het eigen gelijk leidend. Leuk om door te bladeren om het daarna weer snel weg te leggen. Dat geldt niet voor dit boek.

Henrie Henselmans is er met zijn boek ‘Bestuurkunst’ in geslaagd om zijn eigen ervaringen en die van zijn collega’s te verbinden met inzichten uit de wetenschappelijke literatuur over management en bestuur. Henselmans maakt uitstapjes naar de kunstwereld, de filosofie en de sociologie. Dat is verfrissend en behulpzaam bij het in kaart brengen van de veelzijdigheid van het werk van de zorgbestuurder. Henselmans analyseert hoezeer de principes doelmatigheid, beslisvaardigheid en rationaliteit het beleidsdiscours domineren en een grove simplificatie zijn van een weerbarstige praktijk. Deze praktijk is gefragmenteerd met verschillende normatieve kaders die om voorrang strijden. In de gezondheidszorg is sprake van uiteenlopende politieke en professionele belangen. In zo’n context is besturen een spel van wikken, wegen en afwegen en weer opnieuw beginnen. Met zijn boek laat Henselmans goed zien hoe belangrijk het is om als bestuurder aandacht te schenken aan de verschillende ‘genres van het goede’. Er is niet één opvatting over kwaliteit van zorg en dus ook niet over wat goed bestuur is of zou moeten zijn.

Ik ben het lang niet altijd eens met Henselmans. De keuze voor de kunst van het besturen spreekt mij niet aan en overtuigt mij niet, maar dat is niet erg. Het boek zet aan tot denken, tot verder lezen biedt ruimte voor gesprek en discussie. En juist daar moeten we het van hebben in de zorg.

Pauline Meurs

Hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

Inhoud

Inleiding	11
1 Besturen in de zorg	16
1.1 Wat is zorg?	16
1.2 Omvang van de zorg	18
1.3 Eigenaardigheden van het besturen van zorg	19
1.4 Transities in de zorg als epidemiologische opgave	20
2 Taken van een zorgbestuurder	25
2.1 Ervoor zorgen dat de instelling functioneert en voor de inrichting van het huis zorgen	25
2.2 Prestaties van de instelling bewaken	30
2.3 Verantwoording afleggen	31
2.4 Rollen van een zorgbestuurder	32
3 Een organisatie leiden	34
3.1 Op welke bronnen kan een bestuurder zich baseren?	35
3.2 Maakt de leider het verschil?	37
3.3 Deelaspecten van leiderschap	40
3.4 De betekenis van de bestuurder	41
4 Deugdelijk besturen	44
4.1 Authenticiteit en charisma	44
4.2 Welke deugden doen ertoe	46
4.3 Deugden, geboden, waarden en normen	47
4.4 Deugdelijk besturen	48
5 Medezeggenschap en toezicht	51
5.1 Harmonie	52
5.2 De politieke arena	54
5.3 Hoe realiseren we de gewenste omgangsnormen?	55
5.4 Toezicht en bestuur	57

6	Besluiten	62
6.1	Beperking van de rationaliteit	63
6.2	Het vuilnisbakmodel	64
6.3	De kunst van het doormodderen	64
6.4	Mensenwerk	65
6.5	Intuïtie en ervaring	67
7	Besluiten in organisaties	69
7.1	Organisatorische besluitvorming	69
7.2	Besluitvorming in groepen	70
7.3	Besluitvorming en participatie	71
7.4	Wat bedacht wordt, moet worden uitgevoerd	73
7.5	Besluitvorming als politiek	75
7.6	Hoe moeten we besluiten waarderen en evalueren	77
8	Complexiteit	79
8.1	Geen bijsturing, maar sterke sturing	79
8.2	Complexiteit hanteren	81
8.3	Vereenvoudiging	83
8.4	Regels vereenvoudigen	84
8.5	Onzekerheid	86
8.6	Wat te doen?	87
9	Macht	92
9.1	Macht en interactie	93
9.2	Macht en dominantie	94
9.3	Macht en hiërarchie	95
9.4	Machtshantering en het delen van macht	97
10	Rechtvaardigheid en eerlijkheid	98
10.1	De filosofie van rechtvaardigheid	98
10.2	Rechtvaardigheid op basis van procedures en regels	101
10.3	Integriteit, betrouwbaarheid en hypocrisie	102
10.4	Het morele kompas	105
10.5	Destructief leiderschap	106

11	Bureaucratie en vertrouwen	108
11.1	Bureaucratie	108
11.2	Rationaliseren en standaardiseren van de zorg	109
11.3	Vertrouwen	111
11.4	Vertrouwen verdienen en bevorderen	112
11.5	Vertrouwen en toezicht	113
11.6	Tekorten in vertrouwen	114
12	Rekenschap	116
12.1	Vertrouwen en welwillendheid	117
12.2	Doelen en afrekenen	117
12.3	De quasi-markt	118
12.4	Naming and shaming	119
12.5	Het onbehagen van professionals	120
12.6	Verhalen en cijfers	121
12.7	Hanteerbaar en zinvol afleggen van verantwoordelijkheid	123
12.8	Meer vertrouwen en minder bureaucratie in de praktijk	125
12.9	Verschillen accepteren	127
13	Zorgmedewerkers	130
13.1	Intrinsieke en extrinsieke motivatie	131
13.2	Zelfbepaling	132
13.3	Tevredenheid en betrokkenheid	132
13.4	Motivatie bevorderen of ondermijnen	134
13.5	Nog drie belangwekkende bevindingen uit de zelfbepalingstheorie	137
13.6	Een positief organisatieklimaat	138
14	Hiërarchie, empowerment en ‘leren’	140
14.1	Duidelijkheid en gehoorzaamheid	140
14.2	Zelforganisatie	141
14.3	Controle zonder management	143
14.4	Zelforganisatie als werkwijze	144
14.5	Leren in plaats van zelf organiseren	146
14.6	Teamleren	147

15	Toekomst en strategie	149
15.1	Scenariodenken	150
15.2	Leren voorspellen	151
15.3	Strategie en de nabije toekomst	152
15.4	Strategisch denken in soorten	153
15.5	Welke manier van denken over strategie helpt de zorg?	156
15.6	De toekomstagenda van de zorg	157
15.7	De zorg en de samenleving	158
15.8	Twee vragen voor de nabije toekomst	160
16	Samenwerking	162
16.1	Succes- en faalfactoren	162
16.2	Maatvoering voor samenwerking	164
16.3	Zeggenschap en grenzen	166
16.4	Samenwerking in een netwerk	167
16.5	Samenwerkingswetten	168
16.6	Samenwerking besturen	170
16.7	Meervoudig organiseren	170
16.8	Maatschappelijke ambitie	171
17	Gebeurtenissen	175
17.1	Noodlot	176
17.2	Schuldtoewijzing	177
17.3	Morele verontwaardiging	179
17.4	Veiligheid	180
17.5	Verantwoordelijkheid nemen	181
17.6	Verontschuldiging en vergeving	182
18	Nabeschuiving en de coronacrisis	185
	Literatuur	191

Inleiding

Wat kan er nou zo moeilijk zijn aan het besturen van een zorginstelling. Er zijn maar drie punten waar je op moeten letten. Ervoor zorgen dat de patiënten beter worden en als dat niet helemaal lukt dat hun leven iets wint aan kwaliteit. Ervoor zorgen dat er niet meer geld uitgaat dan er binnenkomt. Ervoor zorgen dat anderen de resultaten van de twee eerste punten zien. Dit boek is niets anders dan een uitbreiding van de genoemde opgave en we zullen zien dat het bovenstaande wel klopt, maar niet de hele werkelijkheid weergeeft. De praktijk is toch ingewikkelder.

Het kijken, denken en handelen van de bestuurder staat voorop. Dat roept direct vragen op. Gaat het over hoe een bestuurder denkt en handelt of gaat het om hoe een bestuurder zou moeten denken of handelen. Nou, dat loopt een beetje door elkaar en dat lijkt me ook niet bezwaarlijk. Een uitsluitend descriptieve benadering – hoe een bestuurder denkt en handelt – zou leiden tot een opsommend geheel en bovendien is dat een empirische vraag waar, zo zal blijken, gewoonweg niet veel antwoorden op zijn. Het tekort aan kennis hierover wordt doorgaans opgevuld met anekdotes, heldenverhalen of juist ondergangsverhalen van bestuurders.

Een meer prescriptieve benadering – zo zou het moeten zijn – wordt makkelijk een domineeachtig verhaal en ook daarvoor geldt dat er geen goede gronden zijn om tot een voorschrift te komen. Ik streef naar een mengvorm waarin feitelijkheid en wenselijkheid, eigenlijk vooral door de lezer, tegen elkaar worden afgewogen.

Ik doe een poging iets van het besturen te belichten dat vaak minder aan de orde komt. Hoe je tot afwegingen komt, welke belangen voorgaan als er conflicterende belangen zijn en hoe je evenwicht vindt tussen de drie componenten van iedere zorginstelling: de organisatie als bedrijf met rendement, de organisatie als een professionele instelling met vaklieden en de organisatie als gemeenschap waarin een grote groep mensen het met elkaar uit moet houden en het liefst ook nog wat plezier heeft. Kortom, wat je doet of zou kunnen doen als calculaties geen houvast bieden.

Veel aandacht van een bestuurder wordt opgeslokt door dagelijkse kwesties en de hoeveelheid en variëteit van de werkzaamheden staan reflectie in de weg. Hoewel je als bestuurder veel bezig bent met trage langetermijnprocessen heeft de dagelijkse agendadruk meer het karakter van snel en kort. Er wordt vaak geadviseerd om tijd te maken voor reflectie, maar het komt er meestal niet van.

Besturen, leiden en managen

Het onderscheid tussen leiden en managen doet ertoe in dit boek. Ik maak het onderscheid op basis van werkzaamheden en verantwoordelijkheden, en niet tussen managers en leiders. Er zijn echter ook betogen die juist sterk benadrukken dat managers en leiders totaal verschillende types zijn (zie bijvoorbeeld Zaleznik, 1993).

Iedere manager is wel meer of minder een leider mag je hopen, en iedere bestuurder zal zich ook met managementtaken bezighouden. Maar bij het bestuur zal het leiden en niet het managen voorop staan. Bij management gaat de vorm boven de inhoud en het proces boven de werkelijkheid. De wijze van communicatie en het besluitvormingsproces gaat boven de inhoud. Een manager kan altijd terugvallen op kaders en doelen. Leiden is eigenlijk een vagere activiteit. Het gaat om verbeelding, visievorming en het overbruggen van tegenstrijdigheden. Terugvallen op kaders is maar beperkt mogelijk, die moet je vooral zelf scheppen. De symboolfunctie van de leider, binnen en buiten de organisatie, is ook een accent dat bij management minder aan de orde is. Leiders moeten het organisatieklimaat en de organisatie-hygiëne beïnvloeden en dat vraagt een vreemde mix van effectiviteit, moraliteit en externe gerichtheid.

Hanke Lange typeert het verschil tussen management en bestuur aan de hand van tijd en ruimte. Een bestuurder gaat in zijn afwegingen uit van langere termijnen, in ieder geval meerdere jaren, en van een meer integraal perspectief op de organisatie zelf. Een bestuurder kijkt verder dan de deelbelangen van organisatieonderdelen. Bovendien richt een bestuurder zich op de positie van de organisatie in de samenleving (Lange, 2014). Toezichthouders delen met een bestuurder dezelfde oriëntatie, maar hebben wel andere verantwoordelijkheden.

Dit boek richt zich op medewerkers in de zorg met een leidende rol, dat zullen vaak bestuurders zijn, maar ook directeuren, stafleden, toezichthouders en adviseurs.

Besturen is geen toegepaste wetenschap. Waar bij management het volgen van regels en protocollen nog enig soelaas biedt, is dat bij besturen niet het geval. Daar gaat het meer om afwegingen. Strijdige waarden, tegengestelde belangen, uiteenlopende visies en grillige verwachtingen van de buitenwereld kenmerken het speelveld van een bestuurder.

Geen wetenschap en geen beroep. Wat dan wel? Kunst en kunde?

‘Het is hoogst boeiend een bestuurder zich zo te zien inspannen het juiste evenwicht te verkrijgen, maar als wij hem zouden vragen waarom hij dit deed of dat veranderde, zou

hij het ons misschien niet kunnen zeggen. Hij volgde geen vaste regels. Hij zoekt zijn weg op de tast. Het is waar dat sommige kritisch aangelegde bestuurders in bepaalde perioden pogingen hebben ondernomen de wetten van hun bestuur te formuleren; maar het is gebleken dat slechte bestuurders, die deze wetten trachtten toe te passen niets bereikten, terwijl goede bestuurders ze konden veronachtzamen en toch tot een nieuw soort harmonie kwamen, waaraan nog niemand had gedacht' (Gombrich, 1992, p. 16). Dit citaat drukt kernachtig uit hoe kunst zich verhoudt tot het meer systematische werk met vaste regels. Het citaat is afkomstig uit de beroemdste inleiding in de kunstgeschiedenis, maar het woord 'kunstenaar' heb ik vervangen door 'bestuurder'.

Besturen is iets wat wel valt te leren, maar niet te onderwijzen. Het leren van het doen, en de reflectie hierop, kunnen helpen bij het ontwikkelen van een bestuurlijk repertoire. In dit licht kun je dit boek lezen. Bestuurders hebben net als gewone mensen veel aannames, die vaak geheel of gedeeltelijk onbewust zijn. Hoe zie je macht? Wat is je opvatting over de motivatie van mensen? Ga je uit van samenwerkend samenleven of juist van meer competitie? Hoe zie je bureaucratie? Wat is de invloed van complexiteit? Je beseft niet iedere dag dat de antwoorden op deze vragen je optreden bepalen.

Ik sta in dit boek stil bij veel 'grote' begrippen met het doel verborgen aannames bloot te leggen, om die een meer expliciete plaats te geven in de dagelijkse afwegingen van een bestuurder. Veel van het bestuurlijk werk wordt bepaald door de omstandigheden, maar ook door het wereld- en mensbeeld van de bestuurder. Zijn eigen aard en zelfbeeld doen ook een duit in het zakje. Daar denk je ook niet ieder dag aan, gelukkig maar.

Dit boek heb ik geschreven op basis van ervaringen van mezelf en van vele anderen met wie ik de afgelopen jaren vraagstukken deelde in opleidingen en intervisiegroepen. Gelukkig hoef je niet alles zelf mee te maken om iets te leren.

Daarnaast baseer ik me op literatuur die me de laatste jaren heeft geïnspireerd.

Ik ga zoveel mogelijk voorbij aan modes en handleidingachtige modellen. Niet dat die niet nuttig zijn, maar het is een ander genre dat al ruimschoots beschikbaar is.

De belangrijkste vragen in het dagelijks leven van een bestuurder zijn 'hoe moet ik dit zien' en 'wat te doen'. Het antwoord daarop kan bijna nooit ondubbelzinnig of eenvoudig zijn. Als er wel een eenvoudig en onomstreden handelwijze mogelijk is, wordt daarover – zo mag je hopen – elders en 'lager' in de organisatie naar tevredenheid besloten. Denk hierbij aan het eerder genoemde onderscheid tussen leiden en managen.

Besturen mag dan wel meer kunst en kunde zijn dan wetenschap en beroep, maar er valt toch wel iets te zeggen over de uitoefening van die kunst en kunde. Kunde kan geleerd

worden en kunst kan niet zonder kunde. Materiaalkennis, compositie, kleurenleer, perspectief en lichteffecten zijn aspecten van kunde. Kunst en kunde staan in het besturen niet tegenover elkaar.

In dit boek ga ik niet voorbij aan de minder feestelijke aspecten van besturen in de zorg: het menselijk tekort, belangentegenstellingen, het lot, eer en erkenning, machtsuitoefening en ongewenste en onbedoelde uitkomsten van besluiten.

Het grote doel van dit boek is een kleine bijdrage te leveren aan het door Guicciardini in 1530 genoemde onderscheidingsvermogen: ‘Het is een grote dwaling om in algemene – of anders gezegd, volgens een vaste regel – over de wereld te spreken. Ze kennen allemaal afwijkingen en uitzonderingen omdat omstandigheden variëren, en die kunnen niet aan de hand van een en dezelfde maatstaf beoordeeld worden. De verschillen en uitzonderingen vindt men vaak niet in boeken beschreven. Alleen met onderscheidingsvermogen kom je ze te weten’ (Guicciardini, 2017, p. 12).

In hoofdstuk 1 ga ik in op de aard van het besturen in de zorg en in het bijzonder op de gevolgen van het hybride karakter van de zorg en de botsende waarden die daaruit voortkomen.

In hoofdstuk 2 komen de taken van een bestuurder aan de orde. Dat is niet allemaal even spannend, maar soms is het goed iets op een rijtje te zetten.

Hoofdstuk 3 gaat over de relatie tussen leiderschap en de resultaten van organisaties. Aansluitend ga ik in hoofdstuk 4 in op de meer normatieve opvattingen over leiderschap. De verhoudingen tussen bestuur en medezeggenschap en tussen bestuur en intern toezicht komen wat uitvoeriger aan bod in hoofdstuk 5. Het zijn deze verhoudingen die veel aandacht vragen van een bestuurder en een groot deel van zijn dagelijkse agenda vullen. Besluitvorming en de beperkingen daarvan staan centraal in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 komt besluitvorming binnen organisaties ter sprake: participatie in besluitvorming en draagvlak. Besluitvorming en complexiteit is het onderwerp van hoofdstuk 8.

Hoofdstuk 9 gaat over macht. Machtshantering hoort nu eenmaal bij een bestuurlijke positie, maar dat wordt doorgaans zoveel mogelijk onder het tapijt geveegd. Moraliteit hoort bij macht, want die geeft het antwoord op de vraag waartoe en hoe macht wordt gebruikt. Dat komt aan de orde in hoofdstuk 10.

In hoofdstuk 11 reflecteer ik op de begrippen bureaucratie en vertrouwen. Ik ga wat dieper in op het algemene gevoel dat er te veel bureaucratie en te weinig vertrouwen is.

Daar borduur ik in hoofdstuk 12 op voort. Hoe moet verantwoording worden afgelegd en wat is daarin de rol van professionals?

De motivatie en betrokkenheid van medewerkers in de zorg komen aan bod in hoofdstuk 13.

Hoofdstuk 14 sluit aan op het medewerkersperspectief, maar nu ligt het accent op de organisatie zoals die tot uiting komt in hiërarchie, empowerment en leren.

Hoofdstuk 15 gaat over de toekomst. De toekomst van de organisatie waar je leiding aan geeft en de toekomst van de zorg kunnen twee heel verschillende dingen zijn.

De noodzaak en de hindernissen van samenwerking beschrijf ik in hoofdstuk 16.

Hoofdstuk 17 ('Gebeurtenissen') heeft een heel ander karakter. Het gaat over onverwachte, in de regel negatieve gebeurtenissen die de instelling of de bestuurder zelf – dat onderscheid valt soms weg – in de schijnwerper zetten van, ja van wie eigenlijk niet. Met de opkomst van sociale media doet iedereen mee. Feiten raken dan makkelijk uit het zicht en worden verdrongen door verontwaardiging. Er mag dan wel geen absolute waarheid bestaan, maar ook dan geldt dat het ene verhaal beter is dan het andere. Verontschuldigen aanbieden is soms nodig en dat kan goed en slecht gebeuren.

In hoofdstuk 18 bespreek ik de voorgaande hoofdstukken in het licht van de coronacrisis.

Het is mijn ambitie om managementmodes te vermijden, maar daarmee is het boek niet tijdloos, zo dat al mogelijk zou zijn.

De tijdgeest speelt juist een grote rol bij de keuze voor de thema's. De maatschappelijke onvrede over de zorg, de problematiek van de arbeidsmarkt in de zorg, de roep om vertrouwen en het afschaffen van bureaucratie en de grote maatschappelijke impact van incidenten kleuren mijn keuze voor de thema's van de achttien hoofdstukken.

Terminologie

Ik gebruik in dit boek de term 'patiënt' voor alle ontvangers van zorg. Daar zit geen inhoudelijk idee achter, het gaat slechts om de leesbaarheid. Lees voor 'patiënt' ook cliënt en bewoner. Verder spreek ik over 'bestuurders'; lees voor bestuurders ook 'allen die bij bestuurlijke vraagstukken betrokken zijn': behandelaren met bestuurlijke taken, adviseurs, stafleden, directieleden, toezichhouders.

Dank gaat uit naar vele collega's waar ik van mocht leren. Meelezer stimuleerden tot verbetering van het manuscript. Bijzonder dank gaat uit naar Sophie Lamers (echtgenote), Paul Schnabel ('doktervater') en Tom Kuipers (vriend). Zij namen een eerdere versie van dit boek nauwgezet door en gaven veel constructief commentaar.

1 Besturen in de zorg

De marktwerking in de zorg is ruw en ongevoelig. De overheidssturing is vlak en sloom.

De professionele sturing is gesloten. In plaats daarvan hebben we ze alle drie nodig.

(Vrij naar Henry Mintzberg, 2017)

In dit hoofdstuk bespreek ik wat zorg is en in welke omstandigheden zorginstellingen hun werk doen. De veranderingen van het zorgstelsel in het laatste decennium behandel ik vanuit een epidemiologisch perspectief.

1.1 Wat is zorg?

Vragen naar wat zorg is en vooral vragen welke zorg nodig is, is vragen wat gezondheid is. Wat we gezond vinden, verandert in de loop der tijd. De World Health Organization (WHO) definieerde in 1948 gezondheid als ‘een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebreken’. Als we deze definitie – met het woord ‘compleet’ – letterlijk zouden nemen zouden we heel veel ongezonde mensen hebben. Inmiddels is een nieuwe definitie van Machteld Huber uit 2011 heel snel gemeengoed geworden in de zorg: ‘Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven’ (Huber e.a., 2016).

Het is maar een definitie zou je kunnen zeggen, maar de nieuwe definitie heeft diepgaande invloed op de zorg als die tenminste het uitgangspunt van de besluitvorming over individuele patiëntenzorg wordt. Het bestrijden van ziekte en symptomen in de curatieve zorg en het compenseren van handicaps in de ‘care’ staan dan niet meer op zichzelf. Van zorgprofessionals wordt gevraagd veel breder te kijken en de communicatie met patiënten wordt navenant belangrijker. Dan gaat het over ‘persoonsgerichtheid’, zoals Gerrit Glas (2015) dat begrip uitgewerkt heeft. Glas noemt vier aanvullende aspecten op het ziek zijn ‘in engere zin’ (daar waar ik spreek over ziekte moet ook handicap worden gelezen):

- 1 De wijze waarop de patiënt zijn ziekte presenteert. Bagatelliserend, dramatiserend, berustend? Zoekt de patiënt hulp of juist niet? Is de patiënt genegen adviezen op te volgen?

- 2 Wat is de context van het dagelijks leven? Heeft werk of dagbesteding invloed op het welbevinden en wat betekent de ziekte voor het sociale leven?
- 3 Wat is de relatie tussen de ziekte zelf en het omgaan met het eigen ziek zijn. Demoralisatie en moedeloosheid zijn bekende en bepalende nevenverschijnselen van ziekte.
- 4 De persoonlijkheid van de patiënt bepaalt vanzelfsprekend ook sterk hoe iemand ziekte beleeft en wat de ziekte uiteindelijk betekent voor het dagelijks leven.

Deze brede manier van kijken leidt ook tot andere gesprekken die verder gaan dan diagnose en therapie. In de spreekkamer worden dan de volgende vragen gesteld:

- Wat betekent ziek zijn voor u als persoon en voor de dingen die u belangrijk vindt?
- Wat betekent ziek zijn voor de manier waarop u uw leven wilt inrichten en voor wie u bent.
- Wat zijn uw sterke kanten en zouden die nu kunnen helpen?
- Zijn er mensen, activiteiten of dingen in uw leven die belangrijk voor u zijn en die in deze periode extra belangrijk voor u worden?

Mogelijk is er sprake van enige hypercorrectie bij deze positieve benadering, want de vraag wat het onvermogen is – of de kwaal – is hier een beetje uit beeld geraakt. Het biomedisch denken vraagt wel om uitbreiding, maar hoeft niet aan de dijk te worden gezet.

Je kunt je afvragen wat de bespreking van dit soort professionele detaillering bijdraagt aan het bestuurlijk werk. Heel veel zou ik zeggen, omdat de verantwoording wordt afgelegd op basis van kwaliteitsindicatoren die op hun beurt worden afgeleid van de bedoeling van de zorg. De kwaliteit van zorg en de verantwoording daarover is nu nog overwegend ziekte- en symptoomgericht. Het is geen toeval dat de WHO de nieuwe definitie van gezondheid niet wilde accepteren omdat die onvoldoende meetbaar is. Daarmee is de tragiek van het meten van de kwaliteit van zorg meteen duidelijk. Wat belangrijk is kan niet altijd worden gemeten en wat gemeten kan worden, doet niet altijd ter zake. Het belangrijke gebrekkig meten wint het niet van het onbelangrijke goed meten.

De persoonsgerichtheid die Glas voorstaat is ook een doelstelling achter veel beleid, maar wordt vaak aan het zicht onttrokken door de dominantie van gemiddelde doelmatigheid die zich beter in maat en getal laat uitdrukken dan persoonsgerichtheid. De vraag wat patiënten nodig hebben is van belang in het contact tussen patiënt en hulpverlener in ‘de spreekkamer’, maar is ook beleidsmatig belangrijk. Iedere patiënt meteen de juiste zorg geven, niet meer en niet minder, zal zeker doelmatig zijn. Dat is vooralsnog een toekomstideaal en vooralsnog niet goed meetbaar.

1.2 Omvang van de zorg

Aantal patiënten

Bijna iedereen in Nederland heeft een huisarts, er zijn er ongeveer 9000, en ze ontvangen ieder jaar ruim 70 procent van de inwoners (gemiddeld 4,3 contact per inwoner en 6 contacten per patiënt per jaar). Dat gaat richting 75 miljoen consulten per jaar.

Ruim 1 miljoen mensen hadden in 2015 contact met een van de ruim 700 instellingen in de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

8,3 miljoen mensen bezochten in 2017 een ziekenhuis, veelal de poliklinieken. De ziekenhuizen hebben tezamen ruim 41.000 ziekenhuisbedden (ziekenhuiszorg.nl).

5,3 miljoen inwoners (32 procent van de bevolking) kampten in 2011 met een chronische aandoening en het is de verwachting dat dit oploopt tot 7 miljoen in 2030 (40 procent van de bevolking).

Er zijn in Nederland 2,2 miljoen mensen met een lichte verstandelijke beperking (IQ tussen 70 en 85) en 142.000 mensen met een IQ onder de 70. Deze laatste groep ontvangt vaak langdurig hulp, thuis of verblijvend in een instelling (ruim 75.000) (VNG.nl).

Het zijn grote getallen die in schril contrast staan met de grote aandacht voor het kleine aantal incidenten in de patiëntenzorg dat in de pers de aandacht trekt. Dat heeft de zorg gemeen met de luchtvaart; je leest niet elke dag hoeveel vliegtuigen er succesvol vliegen.

Aantal medewerkers

13 procent van de beroepsbevolking – ruim 1 miljoen mensen – is werkzaam in de zorg (Factsheet zorg, Arbeidsmarkt.nl). In veel zorgdisciplines – in het bijzonder verzorgenden en verpleegkundigen – wordt een oplopend tekort voorzien.

Financiële omvang

In 2017 bedroegen de kosten voor de totale zorg in Nederland – inclusief welzijn en maatschappelijke opvang – ongeveer € 97 miljard (CBS.nl). Dat komt neer op € 6000 per persoon per jaar. Ruim 80 procent van deze uitgaven is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Koplopers zijn de medisch specialistische zorg (€ 27,3 miljard), verpleging en verzorging (€ 18,1 miljard) en de zorg voor verstandelijk gehandicapten (€ 10 miljard).

1.3 Eigenaardigheden van het besturen van zorg

Allereerst gaat het in de zorg over wat iedereen het meest belangrijk vindt: gezondheid. En men verwacht ook dat de gezondheidszorg daaraan bijdraagt. Dat heeft vanzelfsprekend gevolgen voor de zorgsector. Gezondheidszorg gaat verder dan het bestrijden van kwalen. De verwachtingen van burgers, de grenzen van de zorg en het leven met een aandoening die niet goed te genezen is, bepalen mede de aard van het besturen in de zorg. Dat maakt het ingewikkelder, maar ook interessanter dan het vervaardigen van materiële producten of het leveren van commerciële diensten – hoe nuttig ook – die er minder toe doen, want ze raken niet de angst voor verlies van gezondheid of van het leven zelf.

De zorgsector is erg gevoelig voor het verschil tussen de verwachtingen van burgers en de daadwerkelijke prestaties van de zorg. Burgers willen graag dat zorg toegankelijk is, direct beschikbaar, dichtbij en passend. Passend in die zin dat de hulp direct precies het goede doet, zonder veel verwijzingen of overlap. Dat alles lukt natuurlijk niet op ieder moment. Zelfs als de zorg goed presteert en steeds beter wordt, bestaat de mogelijkheid dat verwachtingen meer en sneller toenemen. Er blijft dan een groot verschil in de stijgende lijn van de zorgkwaliteit en de nog sterker stijgende lijn van verwachtingen van de burgers (Minderman, 2012, pp. 136-138).

Ten tweede: in de zorg speelt de (medische) professie een belangrijke en bepalende rol. Mensen hebben vertrouwen in een dokter en andere hulpverleners, maar veel minder in instanties en instellingen. De kern van zorg is het contact en het vertrouwen tussen professionals en patiënten en alles wat daaruit voort kan komen. De moeilijkheden rondom de professie in de zorg komen in de hoofdstukken twaalf en dertien uitgebreid aan de orde.

Ten derde: de zorg is hybride, staat tussen de markt en overheid in. Deze positie beperkt de strategische ruimte voor een bestuurder (Boonstra & Van Twist, 2017). De vraag welke zorg, welke welzijnsdiensten en welke maatschappelijke ondersteuning nodig is, wordt nauwelijks door de zorginstellingen zelf beantwoord. Daarover gaat een ingewikkeld stelsel van zorgafspraken, zorgverzekeringen, tariefinstanties en toezichtorganen. Kim Putters vraagt zich in zijn oratie *Besturen met duivelse lastiek* dan ook af of de bestuurder de zorginstelling eigenlijk nog wel bestuurt. Hij noemt het omgaan met de kluwen van – vaak tegenstrijdige – wensen, regels en verwachtingen ‘meervoudig besturen’. Hij benadrukt dan ook dat een zorgbestuurder meerdere rollen tegelijkertijd moet kunnen vervullen. Ik kom op die uiteenlopende rollen terug in paragraaf 1.4. Voor dit moment geef ik aan dat de rollen vaak strijdig zijn en dat je als bestuurder niet kunt volstaan met de inhoud voorop te stellen zoals ieder dat zou willen. ‘Het risico bestaat dat als je het

bestuurlijk handelen langs inhoudelijke lijnen legitimeert, je aanloopt tegen procedurele, organisatorische of financiële onmogelijkheden', aldus Putters (2009). Dan hebben we het alleen nog maar over besturen en nog niet over de verwarring en frustratie op de werkvloer die opgeroepen wordt door registratieverplichting, die vooral voortkomt uit verantwoordingsregels en een bonte verzameling van bekostigings- en kwaliteitsregels.

Ik heb hierboven netjes geschreven over 'hybriditeit'. Er zijn ook minder neutrale typeringen in omloop, bijvoorbeeld 'stuck-in-the-middle'; wel de nadelen van marktwerking (competitie), maar zonder de voordelen (je gang kunnen gaan als de klanten maar afnemen). Wel veel regeldruk, maar niet de veiligheid van het gegarandeerde budget van voor de marktwerking. Het is niet mijn bedoeling hier de voor- en nadelen van marktwerking te bespreken, maar ik sta mezelf een verzuchting toe: competitie zonder marktwerking doet zich dominant voor op het gebied van prijzen en veel minder op het gebied van kwaliteiten. De dominantie van de prijs boven de kwaliteit is terug te voeren op macro-economische overwegingen, waarbij voorkomen moet worden dat zorguitgaven andere belangrijke publieke uitgaven, zoals voor onderwijs en veiligheid, gaan verdringen. Een 'wat als-geschiedenis' staat niet goed bekend, maar 'wat als' fors was ingezet op competitie met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid? Zouden we dan niet verder zijn met de transities in de zorg?

Dat de zorgkosten – of eigenlijk de toename van de zorgkosten die de economische groei overstijgt – beteugeld moeten worden staat niet meer echt ter discussie. Daar blijft het dan ook bij, het doel wordt gedeeld, maar over de te bewandelen weg en de inzet van middelen is consensus ver te zoeken. Dat is ook in eerste instantie een politieke vraag die ik hier niet verder aan de orde stel. Politiek gaat immers over de inzet van middelen en veel minder over doelen. Over doelen ontstaat makkelijke overeenstemming. Iedereen wil wel dat iets beter wordt, maar het antwoord op de vraag 'wie wat doet' en 'wie betaalt' is een politieke vraag, dus zijn er weinig eenduidige antwoorden.

1.4 Transities in de zorg als epidemiologische opgave

Richard Jansen (2017) schetst in zijn oratie de opeenvolgende veranderingen in de bekostiging van de zorg. Hij houdt de volgende periodisering aan:

1972-1982: outputbekostiging;

1983-2001: budgetbekostiging en capaciteitsregulering;

2002-heden: gereguleerde competitie en selectieve inkoop.