

Concentratie in de zorg: lessen van buiten

Lezing voor het College voor Zorgverzekeringen,

Dag van het advies, 10 november 2011, Diemen Zuid.

Margo Trappenburg

Dames en heren,

Ik ben mijn wetenschappelijke leven begonnen bij de vakgroep Politicologie aan de Universiteit van Leiden. De core business van een vakgroep Politicologie is verkiezingsonderzoek. Medewerkers zijn dol op verkiezingen, studenten zijn dol op verkiezingen en bij iedere verkiezing in binnen- of buitenland wilden onze studenten een actualiteitencollege: docenten over de overwinning van de ene partij en de nederlaag van de andere. Het gevaar van zo'n actualiteitencollege was dat iedereen elkaar na zou gaan praten; we waren tenslotte allemaal politicoloog en we hadden allemaal de vorige avond voor de buis gezeten, dus wat zou je elkaar nog kunnen vertellen? Maar gelukkig hadden wij in de vakgroep collega Rudy Andeweg, die erom bekend stond dat hij elke verkiezingsuitslag omgekeerd kon interpreteren. Hadden we allemaal gekeken naar een duidelijke overwinning van de PvdA, dan kon Andeweg het zodanig in perspectief plaatsen dat er eigenlijk sprake was van een *nederlaag* van links. Hadden we allemaal een republikeinse overwinning in Amerika gezien, dan kon Andeweg uitleggen dat het op de lange termijn eerder een verschuiving was in democratische richting.

Hier moest ik aan denken toen het CvZ mij opbelde of ik een bijdrage zou willen leveren aan deze dag over concentratie van zorg, want de toelichting bij de uitnodiging was ongeveer als volgt. Ja, we willen het gaan hebben over concentratie, en dat vindt iedereen een heel goed idee, want dat is het natuurlijk ook, en nu dachten we, dan kun jij wel een verhaal houden dat het ergens eigenlijk toch een heel verkeerd plan is. Er zijn van die momenten dat ik denk: wat voor reputatie heb ik eigenlijk?

Dus als ik hier de schaduwzijden van concentratie ga belichten doe ik dat nadrukkelijk in opdracht van het CvZ.

Goed. Een van de punten die je in kunt brengen tegen concentratie in de zorg is dat het absoluut haaks staat op een beleid in de richting van marktwerking. Concentratie van zorg eist samenwerking en coördinatie en het verkleint de keuzevrijheid van de patiënt-consument. Maar voor al diegenen die toch al geen voorstander waren van markt in de zorg – en dat zijn er in de zorg heel veel – is dat geen nadeel, dat is eerder een voordeel. Dus dat aspect laat ik buiten beschouwing.

Om te laten zien wat er voor andere nadelen kleven aan concentratie in de zorg wil ik met u gaan kijken naar een ander maatschappelijk veld waar die concentratie al enkele decennia aan de gang is. Dat veld is de wetenschap.

Kijken we eens terug naar de wetenschap in de jaren tachtig, begin jaren negentig. De wetenschappelijke wereld van toen was een bont geheel, met allemaal verschillende typen onderzoek en verschillende typen onderzoekers. Je had in je vakgroep altijd een paar mensen die werden aangeduid als **congresbaronnen**. Die mensen zaten in internationale onderzoeksprojecten, samen met collega's uit het buitenland, zij schreven 'papers', die ze presenteerden op buitenlandse congressen en het algemeen gevoel over dergelijke collega's in de vakgroep was dat zij een veel te groot beroep deden op het kleine, collectieve reisbudget van de vakgroep. Wat moesten die congresbaronnen toch elke keer in Amerika, Italië of Australië? Liepen ze daar op onze kosten lekker door de stad of langs het strand? Was er sprake van nachtelijke uitspattingen met aantrekkelijke buitenlandse collega's? Dat wisten we niet, maar we dachten er het onze van. Af en toe lazen we publicaties van de congresbaronnen in buitenlandse bladen.

De rest van de vakgroep schreef niet of hoogstzelden in buitenlandse bladen. Wij hadden onze Nederlandse wetenschappelijke tijdschriften. Het was een grote eer als je werd gevraagd voor de redactie van een Nederlands wetenschappelijk blad. En we maakten bundels. Dan bedachten we met elkaar een onderwerp en een interessante vraag, daar zochten we auteurs bij en dan probeerden we er een mooi samenhangend verhaal van te maken. Sommige collega's schreven daarnaast ook

regelmatig in de krant of in Nederlandse weekbladen. Over het algemeen lazen we elkaars werk en we lazen ook het werk van vakgenoten aan andere universiteiten. Dat betekende dat we vrij breed lazen: als politicoloog las je over verkiezingsonderzoek, coalitievorming, beleidsvorming, implementatie van beleid, politieke filosofie en internationale betrekkingen; je hield het allemaal een beetje bij en soms kon je op leuke ideeën komen door interessante dwarsverbanden te leggen. De enige echt internationaal beroemde Nederlandse politicoloog, Arend Lijphart, was daarin ons grote voorbeeld. Hij vergeleek de binnenlandse politiek in Nederland met wat hij wist van het vakgebied internationale betrekkingen.

Iedereen had een combinatie aanstelling: ongeveer 50 procent onderzoek en 50 procent onderwijs en bij toerbeurt deden we dienst in het vakgroepbestuur. Ons onderzoek werd voor het overgrote deel gefinancierd via de zogenaamde eerste geldstroom, geld dat een faculteit kreeg van het ministerie van Onderwijs.

Vanaf halverwege de jaren negentig werd alles anders. Allereerst ontstond het idee dat er in de wetenschap onvoldoende kwaliteit werd geleverd. Niet incidenteel, met hier en daar een disfunctionerende medewerker die onvoldoende publiceerde en al jarenlang dezelfde cursus gaf, nee, structureel. En de oplossing die daarvoor werd gevonden was concentratie. Zo werd het destijds in de wetenschap niet genoemd, maar achteraf kun je dat heel goed constateren. Het onderzoek van de congresbaronnen werd zalig verklaard. Iedereen moest voortaan dat type onderzoek gaan doen. Iedereen moest gaan participeren in internationale projectgroepen. Iedereen moest gaan publiceren in internationale tijdschriften die werkten met een systeem van anonieme *peer review*. Om te zorgen dat dit daadwerkelijk zou gebeuren werd een groot deel van het onderzoek overgeheveld van de eerste naar de tweede geldstroom. Voortaan moesten wetenschappers plannen indienen bij NWO, de organisatie die de tweede geldstroom beheert. Die plannen werden daar allemaal naast elkaar gelegd en de onderzoekers met de beste plannen kregen van NWO geld om promovendi of postdoc onderzoekers in dienst te nemen, om data te verzamelen en om internationale congressen te organiseren.

Het was een strategie die het best paste in de betawetenschappen. In de geneeskunde, waar men in binnen- en buitenland op zoek is naar de beste behandeling voor allerlei vormen van kanker, of naar genen die coderen voor erfelijke ziekten. In de natuurkunde, waar iedereen in de weer is met de relativiteitstheorie, de wet van Ohm en de wet van Buys Ballot. Natuurkundige wetten zijn in Amerika niet anders dan in Afrika of Europa.

Maar de logica werd onverkort ook van toepassing verklaard in de sociale wetenschappen: voortaan moesten we meedoen in internationale projecten en publiceren in internationale tijdschriften, tenminste als we ons geld terug wilden krijgen. In de sociale wetenschappen paste het model veel minder goed. Bij ons gaan de dingen in Afrika nadrukkelijk heel veel anders dan in Amerika of in Europa, en het zoeken naar algemene wetmatigheden is in veel gevallen dus een onzinnige exercitie. Het is natuurlijk wel interessant om sommige dingen internationaal te vergelijken. Om bij de politicologie te blijven: het is interessant om te kijken of de neergang van links dan wel de opkomst van het populisme internationale verschijnselen zijn en wat daar dan achter zit. Dat soort onderzoek deden onze congresbaronnen echter al. Het nieuwe beleid zorgde er nu voor dat we *allemaal* dat soort onderzoek moesten gaan doen. Dat ging ten koste van onderzoek dat specifiek over Nederland gaat (bijvoorbeeld een vergelijking van besluitvormingstrajecten in Nederland, of een analyse van debatten over de gezondheidszorg door de jaren heen). Dat soort onderzoek is voor buitenlanders nauwelijks interessant, dus dat krijg je heel moeilijk gepubliceerd in buitenlandse tijdschriften.

Nog erger wordt het als je de concentratie logica ook loslaat op een rechtenfaculteit. Daar bestudeert men de ontstaansgeschiedenis van wetten, de uitspraken van de Hoge Raad, trends in de rechtspraak enzovoort. Een paar juristen doen Europees recht, of internationaal privaatrecht, maar de meeste houden zich bezig met nationaal recht en hun publicaties zijn vooral interessant voor Nederlandse justitiabelen en andere Nederlandse juristen. Het is dolle onzin om in een rechtenfaculteit internationale publicaties te eisen en gelukkig zijn de meeste rechtenfaculteiten erin geslaagd om deze trend zo goed en zo kwaad als het gaat buiten de deur te houden.

Anders lag dat bij wijsbegeerte, waar voluit werd ingezet op internationaal publiceren in wetenschappelijke tijdschriften, als was de zoektocht naar rechtvaardigheid of de zin van het bestaan volstrekt vergelijkbaar met de ontrafeling van het menselijk genoom of de genezing van multiple sclerose.

De verdeling van onderzoeksgeld vond voortaan plaats volgens het Mattheus principe. "Want aan een ieder die heeft zal gegeven worden en hij zal overvloedig hebben. Maar wie niet heeft, ook wat hij heeft zal hem ontnomen worden."

Mattheüs, 25:29.

In de tweede geldstroom gold dat je onderzoeksgeld kreeg als je veel publiceerde in internationale tijdschriften.

Aan je eigen universiteit werd het nog resterende geld uit de eerste geldstroom vaak verdeeld volgens het zogeheten focus en massa principe. Een universiteit, zo was de gedachte, moest zich profileren op een aantal kernterreinen waarop excellente groepen (een typische term uit de bètawetenschap) actief waren. De focus van het universitaire onderzoek moest liggen op die excellente groepen en met behulp van extra onderzoeksgeld kon men ervoor zorgen dat deze groepen nog groter werden. Dus had je al geld via NWO, dan was de kans groot dat jouw universiteit daar nog een schepje bovenop deed.

Vaak werd deze redenering op twee niveaus toegepast. Op universitair niveau door het College van bestuur en op facultair niveau door je faculteitsbestuur.

Veelbelovende, veel publicerende onderzoeksgroepen werden steeds groter en groter en het loonde voor deze groepen om aldoor hetzelfde te blijven doen, want je kreeg vooral geld voor onderzoek op een terrein waarop je reeds je sporen had verdiend. Voor ons, eenvoudige gamma wetenschappers, leidde dat soms tot de verzuchting dat we toch niet nog meer wilden weten over terrein x of y? Dat op dat vlak zo langzaam aan toch wel alles wat we er *ever* ooit over zouden willen weten in kaart was gebracht? Maar dat soort observaties konden gelukkig worden afgedaan als kinnesinne, zodat niemand zich daar iets van aan hoefde te trekken.

Concentratie in de wetenschap was geen eendagsvlieg. Het is een proces dat nog steeds doorgaat. Hoewel er al diverse concentratieslagen zijn gemaakt begint een nieuwe decaan of een nieuwe universiteitsvoorzitter zijn ambtstermijn nog steeds

graag met de aankondiging van een nieuwe, verdere concentratieslag. Dan moeten de onderzoeksterreinen die in de focus en massa operatie gepremieerd zijn worden gecomprimeerd tot een kleiner aantal speerpunten.

Wat heeft het ons opgeleverd, die concentratie in de wetenschap?

Om het in voetbaltermen te zeggen: onze beste jongens en meisjes spelen tegenwoordig Champions league. Die doen mee met de groten aan een internationale competitie en vinden dan hopelijk samen met buitenlandse collega onderzoekers belangwekkende dingen. Voor deze onderzoekers, de voormalige congresbaronnen is het leven mooier geworden: hun werk is prestigieuzer geworden en zij hebben veel, veel meer middelen ter beschikking om het uit te voeren. Voor alle overige onderzoekers, de gewone *rank and file* publicisten gold dat zij hun onderzoeksinspanningen moesten omgooien. De beste manier om internationaal te publiceren, zo leerden wij door schade en schande, was om je te superspecialiseren op een heel klein gebiedje. Daar wist je dan na enige tijd alles van en daarover kon je publiceren in gespecialiseerde Engelstalige tijdschriften.

Breed lezen doen we allang niet meer; dat geldt als amateuristisch en onprofessioneel. Als wij onderzoeksgeld willen krijgen moeten we immers laten zien dat we op terrein x of y alles weten wat los en vast zit; dan kunnen we ons niet ook nog eens in terreinen a tot en met w gaan verdiepen. Een collega aio constateerde laatst een beetje sip dat nog helemaal niemand haar internationale publicatie had gelezen of geciteerd en ik hoorde mij toen de gang van zaken uitleggen. Ellen, niemand gaat die publicatie ooit nog lezen behalve drie, vier of vijf mensen die toevallig iets willen schrijven over vrijwel hetzelfde onderwerp; je hebt die publicatie nu binnen, hij kan op je cv, dat is het, wees er trots op, wees er blij mee, leuker dan dit wordt het niet. Als je wilt dat mensen iets gaan doen met jouw bevindingen moet je er een lezing over houden.

Publicisten, mensen die vooral publiceerden in Nederlandse wetenschappelijke bladen zijn er steeds minder. Slimme onderzoekers publiceren niet in het Nederlands en Nederlandse bladen hebben dan ook een nijpend kopij tekort. Veel Nederlandstalige wetenschappelijke bladen zijn opgeheven of omgevormd tot Engelstalig tijdschrift.

De interactie tussen wetenschap en de nationale samenleving is door dit alles sterk verzwakt. In de beta wetenschap kun je zeggen dat dit niet erg is, dat we onze beste jongens en meisjes graag afstaan aan een internationale zoektocht naar een medicijn tegen kanker of nieuwe inzichten over kometen en zwarte gaten. In de sociale wetenschap is het offer dat de samenleving brengt groter en de opbrengst geringer. Grofweg kun je daar zeggen dat het onderzoek degelijker is geworden, maar ook saaier en eenzijdiger.

En in een discipline als de wijsbegeerte kun je je afvragen wat je in hemelsnaam hebt aan superspecialisatie op een mini gebiedje. Ik zit in een jury die jaarlijks een beroemde filosoof moet belonen met een publieksprijs. Het moet een beroemde filosoof zijn, wiens werk ook zeggingskracht heeft voor gewone mensen, zonder filosofische scholing. Een van mijn mede juryleden, een belezen filosoof die het echt kan weten, verzuchtte treurig: 'Er **zijn** bijna geen filosofen meer die voor niet filosofen interessant zijn' en daar zit iets in.

Tot slot heeft concentratie in de wetenschap geleid tot het losser worden van de band tussen onderwijs en onderzoek. Een vakgroep die goed wil scoren bij het binnenhalen van onderzoeksgelden doet er goed aan enkele medewerkers bijna helemaal of helemaal vrij te stellen van onderwijs, zodat zij zich kunnen wijden aan het schrijven van publicaties en het werken aan een goed onderzoeksvoorstel. Een onderzoeker die vervolgens NWO geld heeft binnengehaald gebruikt dit om zijn of haar onderwijs af te kopen. Op die manier worden zoveel mogelijk publicaties gerealiseerd en die kun je weer inzetten bij de volgende financiële verdelingsronde. Het onderwijs komt van lieverlee neer op de mensen die bij NWO verdelingsrondes buiten de boot vallen, die vervolgens – als een soort straf, of om het werk van hun succesvolle collega's over te nemen – extra onderwijs moeten geven, daardoor geen tijd hebben om zich voor te bereiden op een nieuwe ronde verdeling van onderzoeksgeld, dan dus opnieuw misgrijpen en zo maar door. Het is de vraag of het voor studenten beter is als zij steeds meer en steeds vaker onderwijs krijgen van docenten die de band met de onderzoekspraktijk dreigen te verliezen.

Een beetje concentratie in de wetenschap was best een goed idee, maar het is in de wetenschap veel te ver doorgeslagen.

Goed, hoor ik u nu denken, maar wij gaan helemaal niet te ver doorslaan. Wij gaan gewoon beginnen met concentratie in de zorg, maar wij houden daar tijdig mee op. Wij doen het alleen op terreinen waar het verstandig is. Wij zijn immers niet gek. Dat optimisme miskent volgens mij wat er aan de hand is in de wetenschap. Het is namelijk helemaal niet zo dat men daar op een sectorspecifieke wijze gek is, of van geen ophouden weet. Men lijdt daar aan een kwaal die zeer veel voorkomt in de wereld van bestuur en beleid in Nederland. Men denkt mee met de tijdgeest. Dat is een eigenschap die Nederlandse beleidsmakers, managers en bestuurders hebben geleerd van Machiavelli.

Machiavelli schreef in 1513 een beroemd geworden boekje met adviezen voor leiders en dat boekje is er een dat managers en politici op hun nachtkastje hebben liggen. Het centrale inzicht van Machiavelli was dat leiders **de juiste man op de juiste tijd op de juiste plaats** moeten zijn. In tijden van crisis moet je daadkrachtige leiders hebben, die knopen kunnen doorhakken en ferme besluiten kunnen nemen. Als er geen crisis is heb je aan moed en daadkracht niet veel. Dan heb je meer aan leiders die goed kunnen overleggen, die draagvlak weten te creëren, of mensen kunnen binden aan een organisatie. Goede leiders beschikken over meerdere registers en kunnen tijdig omschakelen als de situatie daarom vraagt. Dit idee van Machiavelli is het centrale uitgangspunt van veel Nederlandse managers. Op talloze trainingen en nascholingscursussen leren managers dat zij in een snel veranderende wereld leven en dat het hun taak is om daar met hun organisatie 'strategisch op in te spelen'. Elke beginnende trend, elke losse ingeving van een politicus kan door managers worden opgepakt en aangegrepen voor een proactieve verandering in hun organisatie. Het Machiavellisme blijft in Nederland echter niet beperkt tot managers. Historicus James Kennedy publiceerde in 1995 een studie over de veranderingen in de Nederlandse samenleving vanaf de jaren zestig. In *Nieuw Babylon in aanbouw* stelt hij zich de vraag hoe het komt dat de hang naar democratisering, vernieuwing en verandering, die in heel West-Europa en Noord Amerika werd gevoeld, in Nederland zoveel sterker aansloeg dan elders. Tot aan het eind van de jaren vijftig werd Nederland beschouwd als "een eigenaardig en ouderwets landje, dat nog trouw was aan tradities en gewoonten van een vorig tijdperk." Begin jaren zeventig was de Nederlandse reputatie totaal veranderd. Kennedy schrijft:

“Na een decennium vol provo’s en rebelse katholieken bleek Nederland voorop te lopen in tolerantie en progressiviteit. De Nederlandse visie op soft drugs, prostitutie, homoseksualiteit, het koningshuis, orde en gezag trok veel aandacht in de buitenlandse pers. Amsterdam werd beroemd en berucht als een internationaal Babylon.”

Volgens Kennedy moet deze verandering voor een groot deel worden verklaard uit de houding van de Nederlandse elites. In andere landen (met name in de Verenigde Staten) bood de heersende elite tegenwicht tegen de progressieve democratiseringsbeweging. Men bestreed daar de nieuwe ideeën en verdedigde de *status quo*. In Nederland deed men dat niet of nauwelijks. In plaats daarvan zagen Nederlandse elites (politieke elites, kerkelijk leiders, academische leiders, medische leiders) het als hun taak de veranderingen te faciliteren en in goede banen te leiden. Wetten, regels en instituties moesten worden aangepast aan de nieuwe tijdgeest. De Machiavellistische kunst van het aanpassen aan een nieuwe tijd is in Nederland vervolmaakt.

Als concentratie eenmaal een hype is, als concentratie eenmaal wordt gezien als modern, iets waar je als goed manager, bestuurder of beleidsmaker mee bezig **moet** zijn, dan is de kans groot dat iedereen die iets te vertellen heeft in de zorg er mee aan de slag zal gaan. Tot aan het CvZ aan toe, zeg ik hier voorzichtig bij.

En men zal er ook niet tijdig mee ophouden. Dat niet kunnen ophouden heeft een tamelijk complexe oorzaak, die ik niettemin aan zorgexperts zonder problemen kan uitleggen, want daar is een medische metafoor voor. Wat is het geval? In werkelijkheid is het zo dat men overal in de wereld van bestuur en beleid waar organisatorische beslissingen moeten worden genomen, lijdt aan hyperigheid. Met de tijdgeest meedenken, proactief reageren, de boot niet willen missen, de bakens verzetten, hoe wil je het noemen. Daar lijdt men aan, maar men *denkt* dat men lijdt aan iets heel anders. Men denkt dat er sprake is van stroperigheid, dat het heel moeilijk is om dingen te veranderen en dat men omringd wordt door vastgeroeste structuren. Er is sprake van wat we in de zorgsector zouden noemen: een totaal

gebrek aan ziekte inzicht. Daardoor zijn heel veel bestuurders en beleidsmakers in Nederland bezig met het veranderen van dingen die al lang veranderd zijn. Ik geef een paar voorbeelden.

Er was in het basisonderwijs in de jaren vijftig sprake van frontaal lesgeven met weinig aandacht voor niveaoverschillen tussen kinderen. Die kritiek werd geuit; onderwijzers en schooldirecteuren zagen dat er iets in zat en pasten hun onderwijs razendsnel aan. Binnen de kortste keren zat de basisschool vol met niveaugroepjes voor lezen en rekenen, maar dat nam de kritiek niet weg. Critici bleven langdurig hameren op de kwalijke kanten van klassikaal lesgeven en men is zo lang blijven doorveranderen dat er nu allerwegen onzekerheid is over het eindniveau van groep 8 kinderen, omdat er zoveel aandacht is gekomen voor niveaoverschillen dat het moeilijk is geworden om nog uitspraken te doen over de groep als geheel.

Of, ander voorbeeld: er was van alles mis met het Nederlandse immigratie- en integratiebeleid ten aanzien van minderheden tot ver in de jaren negentig. Begin 21^{ste} eeuw werd daar terechte kritiek op geuit. De vreemdelingenwetgeving werd prompt veel strenger gemaakt en datzelfde gold voor de inburgeringseisen. Maar nog jaren nadien werd en wordt geroepen dat minderheden hier worden doodgeknuffeld en dat we te maken hadden met een wassende stroom immigrerende moslims, alsof deze trend niet allang was bijgebogen.

Het tijdgeest denken, het meedenken met modeverschijnselen en daarmee door blijven gaan als de ratio allang verdwenen is, zien we ook in de Nederlandse gezondheidszorg. Ik geef een paar voorbeelden uit recent zorgonderzoek. Daar is bijvoorbeeld het proefschrift van Hannerieke van den Boom over de wijkverpleegkundige in verschillende landen (*Home nursing in Europe*, 2008). Dat boek gaat over de meet- en regelmode; naar het klassieke voorbeeld van de steunkous die in precies vijf minuten moet worden aangedaan. Van den Boom vergeleek de wijkverpleegkundige in Nederland met haar collega's in Denemarken, Frankrijk en Duitsland. Wat bleek? Alleen bij ons is de hype van de meet- en regelgekte in volle hevigheid doorgedrongen tot de werkvloer van de

verpleegkundige. In Denemarken willen managers, meters en bestuurders ook wel eens iets gek, maar daar gaat men dan gewoon niet op in. In Frankrijk en Duitsland hebben wijkverpleegkundigen wel problemen, maar die hebben betrekking op hun verhouding met artsen of met mantelzorgers, niet op tijdschrijf-diotie. Dat doen ze daar gewoon niet. Ze zijn wel wijzer. Maar bij ons is de gekte totaal doorgeslagen naar veel te grote, door gerationaliseerde thuiszorginstellingen, waar traditionele wijkverpleegkundigen uit wegvluchten om dan uit arren moede maar hun eigen organisatie Buurtzorg op te richten.

Annemieke Stoopendaal deed onderzoek naar de **fusie mode** in de zorg (haar proefschrift heet *Zorg met afstand* en verscheen ook in 2008). Stoopendaal inventariseerde hoe veel en hoe uitgebreid er is gefuseerd in de Nederlandse zorgsector.

Tussen 1995 en 2004 daalde het aantal algemene ziekenhuizen in Nederland van 110 tot 90. Het gemiddelde aantal banen per ziekenhuis steeg in dezelfde periode van 1250 tot 2010. Het aantal instellingen in de thuiszorg daalde tussen 1990 en 1995 van 295 tot 86.

Daarna kwamen er een aantal nieuwe toetreders op de markt en de laatste jaren is er in de thuiszorg weer sprake van een nieuwe fusiegolf.

Het aantal verpleeghuizen na af van 230 in 1995 tot 170 in 2007 en het gemiddelde aantal banen per verpleeghuis steeg in dezelfde periode van 410 naar 710. Het aantal verzorgingshuizen daalde van 1200 in 1995 naar 580 in 2005.

Het aantal instellingen voor gehandicapten daalde van 260 in 1995 naar 160 in 2004 en het gemiddeld aantal banen per instelling groeide van 290 naar 810.

In de Geestelijke Gezondheidszorg ten slotte daalde het aantal instellingen van 160 in 1995 naar 130 in 2004. Er werd in de zorg gefuseerd met concurrenten (instellingen met dezelfde missie) maar er werd ook verticaal gefuseerd tussen instellingen met een verschillende functie: tussen verpleeghuizen en thuiszorginstellingen bijvoorbeeld, of tussen thuiszorginstellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Waren die fusies allemaal noodzakelijk en verstandig en ter verbetering van de kwaliteit van de zorg? Of was er sprake van meedenken met de tijdgeest en meegaan met heersende modes? De vraag stellen is hem beantwoorden.

Isabelle Fabricotti, universitair docent aan het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg noemt die modegevoeligheid isomorfisme. Instellingen nemen ideeën van elkaar over, ongeacht of het idee wel overal even goed past.

Fabricotti deed zelf onderzoek naar reorganisaties in de zorg (*Zorgen voor zorgketens* 2007). Reorganisaties, zo leren we uit haar boek, zijn eigenlijk altijd verschrikkelijk, ook als ze niet gepaard gaan met het ontslaan van medewerkers. In Fabricotti's boek wordt er gecentraliseerd of gedecentraliseerd. Ik citeer:

"Het centraliseren van de ondersteunende diensten gaat gepaard met het doorbreken van lang bestaande persoonlijke banden tussen managers en professionals enerzijds en ondersteuners anderzijds. Managers en professionals raken hun bekende contactpersoon kwijt door de herplaatsing van ondersteuners naar een centrale locatie of een herverdeling van hun taken. Het doorbreken van persoonlijke lijnen leidt in beginsel tot problemen, omdat managers en professionals niet meer weten bij wie ze moeten zijn en minder gemakkelijk zaken kunnen regelen. Zo stelt een zorgmanager van [zorginstelling] Carint: 'Het is allemaal veel lastiger nu. Ik loop tegen dingen aan waarbij ik eerst moet zoeken, omdat ik niet weet waar ik moet zijn. Ik heb dat ik mensen aan de lijn heb of mailtjes krijg en denk: wie ben jij dan? Vroeger had je één persoon en die wist alles'.

Het decentraliseren van de ondersteuning heeft als voordeel dat managers en professionals een vast team als aanspreekpunt hebben, maar als nadeel dat de lijnen binnen de ondersteuning worden doorbroken. Een hoofd ondersteunende dienst van [zorginstelling] Pantein vertelt bijvoorbeeld over op locatie werkende ondersteuners: 'Ik ken die mensen absoluut niet. Ik zou niet weten wie ik daar zou moeten bellen'. Het niet kennen van ondersteuners leidt in zorgketens tot problemen bij de afstemming of het doorvoeren van beleid, systemen en werkwijzen."

Waarom wordt er dan toch zoveel gereorganiseerd?

Fabricotti constateert dat er onder managers in de zorg een haantjescultuur heerst, waarbij iedereen graag het agressiefste idee zou willen loslaten op zijn organisatie. Bestuurders en managers willen, als zij elkaar op de golfbaan tegenkomen, niet voor elkaar onderdoen. Zegt de ene bestuurder: "ik ben bezig met een grootschalig

fusieproces, echt een gigantische klus waarbij ik de hele club kantel en door mekaar schud”, dan kan de ander niet reageren met: “bij mij weet iedereen precies wat ie moet doen, het loopt gesmeerd, heerlijk, al die rust in de tent.” Nee, dan wil die ander niet achterblijven, die aapt dat na.

Ook in de zorg hebben we te kampen met modeverschijnselen, waar managers en leidinggevende gedachteloos achteraan lopen: schaalvergroting, prestatie indicatoren, taakafsplitting, ketenvorming, marktwerking, vermaatschappelijking, patiëntenparticipatie: we kennen talloze modes in de zorg. Concentratie van zorg zou heel goed de nieuwste mode kunnen zijn.

Er zijn een aantal zorgelijke indicaties die daarop wijzen.

Concentratie in de zorg lijkt een volstrekt logische en terechte keuze als het gaat om complexe ingrepen die niet heel vaak voorkomen. De Whipple operatie bij pancreaskanker, een slokdarmoperatie: je kunt je helemaal voorstellen dat die zorg geconcentreerd aanbiedt in een of enkele instellingen. Concentratie van zorg lijkt ook heel goed en logisch als het gaat om zeldzame erfelijke ziekten, die de gemiddelde arts veel te weinig tegenkomt om er echt mee aan de slag te kunnen.

Wie Medisch Contact bijhoudt merkt echter dat het daar beslist niet bij gaat blijven. Er woedt in Medisch Contact een hoog oplopende discussie over de concentratie van kinderoncologische zorg: in een, twee of vier kinderkankercentra. De Inspectie voor de Gezondheidszorg denkt dat concentratie van zorg ook een goed idee is voor veel voorkomende moeilijke ingrepen: voor baarmoederhalskanker, borstkanker, darmkanker, prostaatkanker, hemato-oncologische behandelingen en voor bottumoren. Ik citeer hoofdinspecteur Wim Schellekens: Wetenschappelijk onderzoek laat steeds weer zien: meer is beter. Onderzoek dat het tegendeel laat zien – “minder is beter” – bestaat niet.’ Schellekens tekent aan dat wetenschappelijk onderzoek naar volumennormen bij de behandeling van zeldzame ziekten ‘erg moeilijk’ is. Maar het wetenschappelijk onderzoek dat er is, laat meestal een – soms forse – reductie van de sterfte- en complicatiekansen zien.

Minister Schippers verklaarde dat zij ook toe wil naar een concentratie van verloskundige zorg.

Het is niet vreemd dat mij zo nu en dan het gevoel bekruipt dat we hier toch te maken hebben met een nieuwe hype.

En voordat iedereen er dus proactief op in gaat spelen, met de tijdgeest mee gaat denken en zijn of haar beleid er op af gaat stemmen is het goed om de kanttekeningen te plaatsen die zo hard nodig zijn bij elke hype.

De eerste kanttekening heeft te maken met het verschijnsel waar ik u eerder op wees: hypes gaan door, ook als ze allang niet meer nodig zijn. In het geval van concentratie van zorg: we hebben al concentratie van zorg. Academische ziekenhuizen fungeren als een derde lijn voor ingewikkelde of minder voorkomende aandoeningen. Niet ieder ziekenhuis mag transplantaties doen. Dat geldt ook voor sommige andere hoog risico behandelingen. Het is goed denkbaar dat we concentratie van zorg waar dat nuttig is al hebben we gerealiseerd en dat we nu aan de slag gaan met concentratie van zorg op terreinen waar de voordelen minder evident zijn om vervolgens door te slaan naar terreinen waar het echt contraproductief is (denk nog maar even aan mijn lessen uit de wetenschap: we begonnen met concentratie in de bètawetenschappen waar het nuttig is, we gingen door met sociale wetenschappen waar de voor- en nadelen elkaar in evenwicht houden en gingen vervolgens verder met wijsbegeerte, waar het echt dolle onzin is). Ik zou dus nu alvast heel hard gaan denken over het soort zorg dat we in elk geval niet moeten gaan concentreren.

Een tweede kanttekening. Concentratie van zorg zal de sterftetekansen in Nederland veranderen. Nu is het zo dat je, als je in de randstad woont, in of bij een grote stad, sneller in een ziekenhuis bent dan in de rest van het land. Op de Veluwe, in Noordoost Groningen, in Zeeland. Maar er zijn in Zeeland, Groningen en op de Veluwe wel degelijk ziekenhuizen en in die ziekenhuizen werken capabele dokters. Het zijn vast niet de allerbeste dokters op hun vakgebied, we mogen aannemen dat

die liever werken in academische ziekenhuizen, of althans in grote ziekenhuizen waar ze vaker met ingewikkelde kwesties worden geconfronteerd.

Op het moment dat de dokters die in Hardenberg of Delfzijl werken echter nooit meer iets leuks mogen doen, omdat ze daar hun quotum niet kunnen halen, zullen die artsen daar niet willen blijven. De slechtste misschien nog wel, want die hebben geen keuze. Maar gemiddelde artsen met enige ambitie zullen dan liever vertrekken naar een groter ziekenhuis. Kleine ziekenhuizen in Delfzijl, Hardenberg en Zeeland verliezen hun beste personeel. Dat betekent dat mensen die in deze regio's met spoed geholpen moeten worden dichtbij huis geen adequate medische hulp meer zullen krijgen. De kans om voortijdig te overlijden in die gebieden wordt groter en dit is niet waar mensen op rekenden toen ze daar gingen wonen of bleven wonen. In veel gevallen moet je in de gezondheidszorg kiezen tussen snelle, gemiddelde zorg of excellente zorg op een later tijdstip en het is lang niet altijd zo dat het laatste beter is. Bij veel medische aandoeningen, zelfs bij complexe ingrepen als een aneurysma, is snel ingrijpen ook van levensbelang.

De ellende is dat dit een verschijnsel is dat iedereen direct kan begrijpen maar dat – als we niet heel goed uitkijken - niet gaat worden meegenomen in onderzoek naar concentratie in de zorg. We gaan in dat soort onderzoek de operatieresultaten vergelijken van dokter de Bruin, die in een groot ziekenhuis dertig operaties van een bepaald type per jaar doet, met die van dokter de Wit die in een klein ziekenhuis vijf van dergelijke operaties verricht. Dokter de Bruin scoort beter. Maar we meten niet of de patiënten van dokter de Wit op tijd in een ander ziekenhuis hadden kunnen zijn. Het is goed mogelijk dat drie van die patiënten, als dokter de Wit er niet was geweest, zouden zijn overleden.

Een derde kanttekening bij de voordelen van concentratie. Is medische deskundigheid het enige wat telt in de zorg? Laten we eens kijken naar de ziektepatronen in Nederland, die je vrij goed kunt afleiden uit overzichten van wat we uitgeven aan gezondheidszorg per leeftijdscategorie. Wij geven in Nederland – ik ga hier af op het RIVM – 37,6 procent van het zorgbudget uit aan 65 plussers. Dat is heel erg veel. Ik laat mijn bestuurskunde studenten wel eens onderzoek doen in ziekenhuizen en zij zijn altijd een beetje verrast als ze zien hoeveel oude mensen

daar liggen. Zorg is er voor jong en oud, maar heel veel zorg is – gelukkig maar – voor oude mensen. Als je jong bent, dan wil je kost wat kost overleven. Daar heb je alles voor over. Ouders van kinderen met kanker vliegen desnoods naar Amerika, als hun kind daar een betere overlevingskans heeft. Voor jong volwassenen en voor ouders van opgroeiende kinderen geldt hetzelfde. Je mag niet dood, je wilt niet dood en als een deskundige dokter in een gespecialiseerd ziekenhuis je kansen vergroot, dan wil je die hebben. Concentratie van zorg speelt in op die logica.

Maar als je boven de 65 bent veranderen je preferenties. Dan heb je, als het goed is, een mooi leven gehad. Je kinderen zijn in de meeste gevallen volwassen. Het is leuk, zelfs fantastisch om kleinkinderen te hebben, het is heerlijk om boeken te kunnen lezen of boeken te kunnen schrijven, om vrijwilligerswerk te doen, of er met de caravan op uit te trekken, maar de klemmende urgentie is er vanaf. Als je dan iets mankeert wil je er natuurlijk wel iets aan laten doen, maar niet alles kost wat kost. Je hoeft heus niet de allerbeste arts voor jouw prostaatkanker, je hebt genoeg aan een gemiddelde arts in het ziekenhuis om de hoek, waar je zelf heen kunt en waar je vrouw gemakkelijk op bezoek kan komen als je er even moet blijven. Je hoeft niet de allerbeste arts voor je diabetes; je vindt het fijn als de huisarts dat bijhoudt en je hebt daarnaast genoeg aan af en toe een bezoekje aan een gemiddelde internist. Als je een beetje pech hebt (en dan ben je helemaal niet uitzonderlijk) heb je zowel diabetes als prostaatkanker en dan is het fijn als je voor beide aandoeningen in hetzelfde ziekenhuis terecht kunt. Oude mensen willen vooral niet teveel toeters en bellen op medisch gebied. Concentratie van zorg staat niet op hun lijstje, en gezien de ziekte- en sterftেকansen in de bevolking lijkt het verstandig om bij de inrichting van de gezondheidszorg nadrukkelijk rekening te houden met hun wensen.

Een laatste kanttekening. Een buurtziekenhuis kan een prachtige organisatie zijn. Een buurtziekenhuis is kleinschalig en kleinschaligheid is heerlijk: informeel, gezellig en overzichtelijk. In kleinschalige organisaties werken mensen die de hele organisatie overzien en die dus heel snel iets kunnen regelen of kunnen improviseren voor patiënten. Kleinschaligheid is al simpelweg prettig omdat je sneller de weg kent (grote ziekenhuizen zijn voor de gemiddelde patiënt al snel doolhoven, waar je eindeloos moet zoeken voor je bent waar je moet zijn). Een kleinschalig ziekenhuis

confronteert patiënten vrij direct met andere buurtbewoners die ook patiënt zijn, maar iets heel anders mankeren. Je ziet er van alles en je leert dus je eigen medische behoeften in perspectief te plaatsen. Je bent de enige niet. Je bent geen nummer – zoals je je toch automatisch gaat voelen in een heel groot ziekenhuis -, je bent een mens waar wat mee mis is. Maar je bent niet de enige mens waar wat mee mis is in jouw buurt, dat kun je zien. Dat helpt soms om je eigen medische nood te relativeren. Dat helpt volgens mij beter dan een uitdraai van de kosten die voor jou zijn gemaakt, zoals het ministerie van VWS zich nu voorstelt. Kleinschalige ziekenhuizen kunnen een terrein zijn om je burgerschap te oefenen (net als het schoolplein, het buurthuis of de kantine van de voetbalclub).

Het buurtziekenhuis kan zo'n oefenterrein blijven, zolang het een leuke werkplek is voor gemiddelde, niet extreem ambitieuze artsen. De gemiddelde arts in een buurtziekenhuis is goed vergelijkbaar met de publicisten-docenten die we vroeger hadden in de wetenschap. Ze speelden geen Champions League, maar ze waren breed georiënteerd, ze wisten veel en dat was ook iets waard. Dat geldt in de geneeskunde ook. Minder gespecialiseerde artsen zijn, zo kan ik mij voorstellen, beter geschikt om bejaarde patiënten met allerlei kwalen te helpen; die weten wat de ene behandeling kan betekenen voor de andere ziekte. Gemiddelde artsen moeten natuurlijk hun beperkingen kennen; als patiënten iets heel ingewikkelds mankeren of complexe zorg nodig hebben, moeten gemiddelde artsen patiënten verwijzen. Maar gewone aandoeningen, of spoedeisende dingen moeten gemiddelde artsen in het buurtziekenhuis zelf kunnen behandelen. Als gemiddelde artsen in het buurtziekenhuis niets meer zelf mogen doen zullen ze er niet meer willen werken. Dan kun je er als patiënt die nog iets te verliezen heeft niet meer heen, want dan wordt de zorg daar ondermaats. Je hebt lang niet altijd excellente zorg nodig, maar aan ondermaatse zorg heeft niemand iets.

Concentratie in de zorg. Het is tot op zekere hoogte verstandig, maar kijk in hemelsnaam uit voor een te hoge dosering. Voor je het weet is concentratie een mode en dan gaan we er net zo lang mee door, tot we kampen met omgekeerde problemen: gedemotiveerde artsen die alleen nog maar een type operatie mogen doen, omdat dat de manier is waarop het ziekenhuis de volumenorm kan halen.

Patiënten met spoedeisende aandoeningen die overlijden voor ze de operatietafel van de excellente chirurg die de volumenorm gemakkelijk haalt kunnen bereiken. Opgejaagde oude mensen die naar ziekenhuis A moeten voor hun prostaat, naar ziekenhuis B voor hun Parkinson en naar ziekenhuis C voor hun diabetes. Concentratie in de zorg wordt een mode en met modes moet je verschrikkelijk uitkijken.