

## **Metten en weten: de keerzijden**

**Lezing voor het Dick van Bekkum IKR symposium,  
Bergen op Zoom, 30 oktober 2008.**

### **Margo Trappenburg**

Dames en heren, ik wil mijn lezing graag beginnen met een verhaal over managers uit het nieuwe boek van Hans de Bruijn, hoogleraar bestuurskunde aan de TU Delft. De Bruijn vergelijkt professionele organisaties - scholen, universiteiten en ziekenhuizen - met zwermen vogels en met termieten. Zwermen trekvogels slagen erin gezamenlijk naar Afrika te vliegen zonder botsingen terwijl niemand de leiding heeft, door een soort spontane coördinatie. Termietenkoloniën bouwen fantastische heuvels met allerlei gangen en holen en ook daar komt geen leidinggevende oppertermiet aan te pas. Alles gaat prima, totdat managers hun intrede doen. Ik citeer De Bruijn:

“De manager ziet allerlei problemen bij de termieten. De termieten krioelen teveel door elkaar, zeker bij de start van de bouw van de termietenheuvel. Dat lijkt erg inefficiënt en daar moet een verbeteringslag mogelijk zijn. Er ontstaan torentjes die niet worden afgebouwd – ook dat is inefficiënt en ook daar is verbetering mogelijk. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn volstrekt onduidelijk. De manager vraagt zich af of er een *Handboek Termietenheuvel bouwen* is. De huidige generatie termieten, zo stelt de manager, weet hoe je een termietenheuvel bouwt. Dat is altijd min of meer informeel geregeld en goed gegaan. Maar in moderne tijden moeten dergelijke processen worden beschreven, zodat nieuwe termieten zich sneller eigen kunnen maken hoe een heuvel te bouwen. Idealiter worden deze processen ook INK-achtig gecertificeerd, zodat de buitenwacht meer vertrouwen krijgt in de termieten en hun heuvel. Op een receptie ontmoet de manager zijn medemanager bij de vogels. Ze vertellen elkaar hoe slonzig hun organisaties ervoor staan. Er blijkt ook al geen *Handboek zwermen* te bestaan. Niemand, zo vertelt de manager van de vogels verontwaardigd, kan hem uitleggen wie er verantwoordelijk is voor het

zwerm patroon. Beiden constateren hoe de tijden veranderen en dat professionele organisaties zich ontwikkelen van vrijblijvende samenwerkingsverbanden tot goed gestructureerde 'echte' organisaties. Thuisgekomen meldt de manager zijn termieten dat zich in de organisatie van de vogels soortgelijke ontwikkelingen voordoen als bij de termieten. Blijkbaar is hier sprake van een trend, die onafwendbaar is en dus is het voor de termieten noodzakelijk om zich aan te passen aan de nieuwe werkelijkheid." (p. 116, licht gewijzigd)

We zien in dit verhaal alle eigenschappen van managers op een rijtje: het onbedwingbare verlangen om verbeterlagen te maken, door structurering en protocollering. Het imitatiegedrag van managers die allemaal naar dezelfde soort cursussen en symposia gaan. En ten slotte de neiging van managers om overall onafwendbare trends te ontwaren, waar strategisch op in moet worden gespeeld.

Metten en verbeteren is voor een belangrijk deel managementgedrag. Dat betekent niet dat het altijd zinloos en verwerpelijk is. Niet alle management is onzin en metten kan soms heel nuttig zijn. Het betekent wel dat we er met een zekere achterdocht naar moeten kijken. Laten we daarom eens beginnen met een aantal zorgelijke algemeenheden over metten.

- Meetprocessen lijken vaak vanzelf steeds groter en ingewikkelder te worden. Neem de universiteit (mijn eigen werkplek). Daar is de laatste decennia steeds meer de nadruk gelegd op outputcriteria. Iedere onderzoeker moet een bepaalde hoeveelheid publiceren, zeg, twee Engelstalige artikelen per jaar. Daar begint het mee, maar dan komen de vragen. Tellen alle Engelstalige artikelen even zwaar? Het ene tijdschrift is veel strenger dan het andere. Zou je dat niet moeten meewegen? Dat lijkt plausibel en voor we het weten komt er een lijst met A, B en C tijdschriften en moet je ook tellen in welke categorie tijdschriften je publiceert. Tellen artikelen op verzoek geschreven even hard mee als zomaar ingediende artikelen? Vaak is de beoordeling van zomaar ingediende stukken strenger, maar aan de andere kant: als een onderzoeker gevraagd wordt om een bepaalde bijdrage is dat toch een teken dat de

betreffende auteur verstand van zaken heeft? Hoe moeten we dat verdisconteren? Moeten we geen rekening houden met het feit dat sommige onderzoekers *native speakers* zijn in de Engelse taal, terwijl andere van huis uit Nederlands, Tsjechisch, Turks of Spaans spreken? De Engelstalige collega's spelen als het ware een permanente thuiswedstrijd, terwijl de rest de hele tijd uitwedstrijden speelt. Is dat wel eerlijk? Enzovoort en zo verder. Meetsystemen beginnen helder en worden dan steeds ingewikkelder tot er uiteindelijk een diploma boekhouden nodig is om het puntentotaal nog te kunnen uitrekenen. Je kunt soortgelijke discussies voeren over de prestaties van ziekenhuizen. Voor het ene ziekenhuis is het gemakkelijker om goede scores te halen op klantvriendelijkheid dan voor het andere, simpelweg omdat het ene ziekenhuis prettiger patiënten heeft: minder assertief, beter Nederlands sprekend. Moet je dat meewegen? Moet je rekening houden met de leeftijd en de lifestyle van patiënten als je de prestaties van de medische staf wilt beoordelen? Met de grootte van de tumor als het gaat om het slagingspercentage oncologische behandelingen? Enzovoort. Meetsystemen dijen altijd uit, als je niet uitkijkt.

- Dat zelfde geldt voor registratieverplichtingen. De verleiding is groot om, als iemand toch al a, b, en c moet registreren van hem of haar te vragen om x, y en z er ook nog even bij te zetten, voor geval van je weet maar nooit. Het is immers altijd handig om gegevens te hebben. Socioloog en columnist Evelien Tonkens heeft dit mooi omschreven als het 'Jij loopt toch naar de keuken' verschijnsel. Als jij toch naar de keuken loopt kun je best even een bordje meenemen. En die vuile pannenset. En het glaswerk van gisteren. En de boodschappen die nog in de gang staan.
- Administratieve verplichtingen worden heel vaak afzonderlijk bekeken en beoordeeld en elke afzonderlijke administratieve handeling lijkt weinig belastend, terwijl die specifieke verplichting juist wel heel nuttig kan zijn. Het komt dus maar zelden voor dat administratieve verplichtingen worden geschrapt, terwijl er wel steeds meer meet- en registratiemomenten bij komen.

- De meet- en regelgekte is voorts geneigd om steeds maar door te groeien omdat er in de loop der jaren een hele kaste is gegroeid van meters en rekenaars, die daar belang bij heeft. Roland Bal, hoogleraar Bestuur en Beleid van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit, wees erop in zijn oratie. Er is de afgelopen jaren "een hele industrie opgebouwd die zich bezighoudt met het bevorderen van transparantie. Mensen van universiteiten, adviesbureaus, van verzekeraars, zorginstellingen, de overheid, op allerlei plekken zijn inmiddels mensen die belang hebben bij het opstellen van prestatie-indicatoren, het verzamelen van data over prestaties, het vergelijkbaar maken ervan en het rangordenen van die informatie voor allerlei doeleinden."
- Ten slotte hebben we relatief weinig zicht op de kosten van al die meet-, registratie- en verbeter-systemen met de bijbehorende managers, controleurs, inspecteurs, keuringsdiensten en wat al niet. Het is hun taak om de kosten en baten van medische zorg, onderwijs en welzijnswerk te evalueren, niet om hun eigen functies kritisch onder de loep te nemen. Hoeveel kosten al die meters en regelaars zelf precies? Over het algemeen moeten die kosten worden opgebracht door belasting- en premiebetalers en dat zou moeten aanzetten tot zuinigheid en spaarzaam gebruik.

Na deze algemene oproepen om voorzichtig te zijn met meten wil ik in de rest van deze lezing met u kijken naar drie klassieke redenen om te meten. Bij elk van die redenen zal ik een paar kritische kanttekeningen plaatsen.

De eerste reden. Wij meten het gedrag en de prestaties van professionals om hen aan te zetten tot vlijt, ijver en kwalitatief goed werk. Als onze professionals (met name in de gezondheidszorg) bepaalde scores halen, dan zijn er tal van beloningen voor de instelling waarin zij werken. Ze krijgen een gouden, zilveren of bronzen keurmerk van de verzekeraar. Ze krijgen een HKZ keurmerk of een kwaliteitsbewijs van de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten. Hun ziekenhuis komt op de website van het CBO als een Sneller Beter ziekenhuis, waar andere ziekenhuizen een voorbeeld aan kunnen nemen. Ze krijgen een goed rapport van de inspectie. Soms zijn er bovendien nog financiële bonussen te incasseren, direct of indirect. Is dat niet

een prima principe? Ja, zou je kunnen zeggen, want het werkt in elk geval. Dat weten we uit heel veel onderzoek. Als je mensen prikkels geeft om een bepaald gedrag te vertonen, dan gaan zij doorgaans dat gedrag vertonen. De ellende met prestatie-indicatoren en keurmerken is niet dat ze niet werken, maar dat ze vaak te goed werken. Ze leiden tot wat de eerder aangehaalde Hans de Bruijn aanduidt als 'pervers' of 'strategisch' gedrag. Als de NS wordt afgerekend op het percentage op tijd vertrokken treinen zal men ervoor zorgen dat dit percentage hoog genoeg is. Voor reizigers betekent dit vaak dat treinen niet meer op elkaar wachten. Zo reed ik onlangs van Utrecht naar Eindhoven, waar ik zou moeten overstappen op de aansluitende trein naar Maastricht, die zou vertrekken van het tegenover gelegen perron. De trein naar Maastricht reed net voor onze neus weg en de conducteur legde mij uit dat dit vrij vaak gebeurde, sinds de prestatie-indicator van de op tijd vertrokken trein. Hij raadde reizigers altijd aan om klachten in te dienen bij de NS, want zelf wist hij niet wat je eraan zou moeten doen. De gemiddelde forens kent in dit verband ook het verschijnsel van de enigszins defecte trein die wel op tijd vertrekt, maar net buiten het station wordt stilgezet, zodat het percentage niet in gevaar komt.

Wat bij de NS gebeurt, kan natuurlijk ook in de gezondheidszorg. Als ziekenhuizen worden afgerekend op het percentage overleden patiënten, moeten zij – dat is de gedachte achter de prestatie-indicator - ervoor zorgen dat zo min mogelijk patiënten overlijden, door die patiënten zo goed mogelijk te behandelen. Ze kunnen er echter ook voor kiezen stervende patiënten tijdig naar huis te sturen, of doodzieke patiënten niet op te nemen maar te verwijzen naar andere ziekenhuizen. Hoe harder de prestatie-indicator, des te groter wordt de kans op dit type van strategisch gedrag.

Prestatie-indicatoren leiden ertoe dat professionals zich toeleggen op datgene wat gemeten wordt. Andere taken, die niet worden gemeten kan men wel een beetje verwaarlozen. Als universitaire medewerkers worden afgerekend op hun eigen publicaties kan dat ten koste gaan van de aandacht voor de probeersels en het onderzoek van hun jongere collega's. Lezen loont niet, anderen helpen loont niet, alleen schrijven loont en zelf onderzoeken en publiceren. In de wetenschap kunnen we misschien nog zeggen: jammer dan. Dan moeten die jongere collega's het maar

met wat minder aandacht doen, daar worden ze groot van. In de gezondheidszorg is dat veel problematischer. Als het feit dat men zich concentreert op prestatie-indicatoren daar leidt tot gebrek aan aandacht en begeleiding van jongere collega's, krijgen we op de wat langere duur slechtere zorg en mindere dokters of verpleegkundigen.

In de zorg is het ook heel goed denkbaar dat de aandacht voor alles wat gemeten moet ten koste gaat van groepen patiënten die niet figureren in de prestatie-indicatoren. Stervende patiënten die terminale zorg nodig hebben. Patiënten met een zeldzame aandoening die niet kan worden behandeld in een mammapoli, een heuppoli of een cataractstraat. Familieleden van patiënten die angstig of wanhopig zijn en die best wat aandacht en steun van professionals zouden kunnen gebruiken.

Prestatie-indicatoren kunnen leiden tot pervers gedrag. Prestatie-indicatoren kunnen ook een papieren werkelijkheid creëren. Zo sprak ik eens de directeur van een koepelorganisatie bestaande uit een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen. De organisatie was beoordeeld door de inspectie en een van de verpleeghuizen had een onvoldoende gescoord. Bij herbeoordeling enkele maanden later was dat probleem echter opgelost. De directeur legde mij uit dat ze iemand aan het werk hadden gezet om alle vereiste protocollen en papieren in orde te maken en dat had gewerkt. Aan de eigenlijke zorg in het betreffende verpleeghuis was niets veranderd. Mathieu Weggeman, hoogleraar Organiseerkunde aan de TU Eindhoven gaf in een lezing het voorbeeld van een ziekenhuis dat een speciale PR medewerkster had aangesteld, om hoger te eindigen in de ranglijst van het Algemeen Dagblad. Ook dat project was helemaal geslaagd, zonder dat er ook maar iets was veranderd in de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis.

Prestatie-indicatoren leiden verder tot voorzichtigheid. Als universitaire medewerkers worden afgerekend op het aantal artikelen dat zij publiceren in internationaal gerefereerde tijdschriften leidt dat tot superspecialisatie. Als je steeds meer weet van een heel klein deel van je vakgebied kun je er op zeker moment op vertrouwen dat je artikelen op dit specifieke deel wel zullen worden geaccepteerd door de redactie van het meest voor de hand liggende vaktijdschrift op dat terrein. Het is veel riskanter om een nieuw onderwerp bij de kop te nemen, of een rare

samenwerking te beginnen met een of meer collega's in een andere faculteit. Een nieuw onderwerp vergt tijd en een nieuwe samenwerking kan mislukken en dat zijn risico's die je niet moet nemen als je carrière afhangt van prestatie-indicatoren en scorelijstjes. Ook in de gezondheidszorg kunnen prestatie-indicatoren leiden tot voorzichtigheid en behoudzucht. Dat kan een goede zaak zijn, maar dat is niet altijd en zeker niet automatisch zo. De medische wetenschap heeft veel te danken aan artsen die risico's durfden te nemen, die onorthodoxe behandelingen voorschreven, of gevaarlijke operaties toch tot een goed einde probeerden te brengen.

Ten slotte leiden prestatie-indicatoren – door hun eerdergenoemde neiging tot eindeloos uitdijen – tot steeds meer regels en uitzonderingen, tot steeds meer administratie- en registratieverplichtingen en tot steeds meer bureaucratie.

Ik kom toe aan de tweede reden waarom wij meten. Wij meten omdat moderne patiënten consumenten moeten worden, die verstandige, beredeneerde keuzes kunnen maken in de zorg. Als een patiënte borstkanker heeft moet zij op internet kunnen zien welk ziekenhuis de beste papieren heeft als het gaat om de behandeling van borstkanker patiënten. Als een patiënt slokdarmkanker heeft moet hij kunnen nagaan hoeveel ervaring de chirurgen in ziekenhuizen A, B en C hebben met slokdarmoperaties. Er moet transparantie zijn in de zorg, want daar hebben patiënten recht op.

Ik vind dat een reden waarover wij onvoldoende hebben nagedacht en ik heb dit proberen uit te leggen in een van de hoofdstukken van mijn boek. Laten we, bij wijze van gedachte-experiment, ons voorstellen dat we op Internet precies kunnen zien welke chirurg bijzonder goed is in borstkankeroperaties, welke gewoon goed, en welke chirurg tot de zesjes behoort. Veel borstkankerpatiënten raadplegen de betreffende sites en zij willen allemaal – uiteraard, neem het hen eens kwalijk – naar de chirurg die bijzonder goed is in borstkankeroperaties. Deze chirurg heeft binnen de kortste keren een enorm lange wachttijd. De patiënten moeten vervolgens kiezen: wachten tot de beste chirurg tijd voor hen heeft met alle risico's van dien – de tumor kan groeien, de kanker kan uitzaaien – of genoeg nemen met een wat mindere chirurg en een lelijk litteken. Kunnen en willen patiënten dit soort keuzes echt maken?

Veel patiënten misschien wel, maar vast niet allemaal. Er zijn ook patiënten voor wie dergelijke afwegingen veel te moeilijk zijn, patiënten die de weg niet weten tussen de wirwar van indicatoren op kiesbeter.nl en independender.nl. Komen deze patiënten automatisch terecht bij de mindere dokters? Denken we, of nemen we aan dat het deze patiënten minder kan schelen hoe hun borstkas eruit ziet na de operatie? Vinden we dat zij minder recht hebben op goede zorg, omdat zij niet bereid waren die extra inspanning te leveren van de zoektocht op internet naar de allerbeste chirurg? Is het terecht dat de beste zorg terecht komt bij de meest mondige, slimste patiënten? Vinden we dat de eerlijkste manier om gezondheidszorg te verdelen?

Voor jonge, pas beginnende artsen is het te hopen dat er nog een aantal domme, niet internettende patiënten overblijven. Zij hebben immers aan het begin van hun carrière nog niet de uitgebreide ervaring met opereren of behandelen die hun oudere collega's hebben. Zij zullen dus niet snel worden uitverkoren door de slimme internetters onder hun patiënten.

U denkt misschien dat dit zo'n vaart allemaal niet zal lopen, omdat er in Nederland heel veel patiënten zijn die erop vertrouwen dat de zorg overal zo ongeveer wel goed is. Dat zijn patiënten die een ziekenhuis uitkiezen op basis van afstand, omdat zij het kennen, of omdat de huisarts dit ziekenhuis voor hen uitkoos. Dat zijn mensen die ervan uitgaan dat ze best naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis kunnen en die erop vertrouwen dat de artsen daar het wel eerlijk zullen zeggen als zij met een bepaalde operatie weinig ervaring hebben. Die mensen nemen ook altijd aan dat zij, als ze echt iets bijzonders zouden mankeren, alsnog wel worden verwezen naar extra capabele dokters in gespecialiseerde ziekenhuizen. Die mensen zaten en zitten helemaal niet te wachten op al die transparantie, al die informatie en al die indicatoren in de zorg. Zij gaan er vanuit dat zorg behoort te worden verdeeld naar medische behoefte: wie er het ergst aan toe is komt eerst aan de beurt bij de meest bekwame dokter en wie minder ziek is kan langer wachten of kan terecht bij een gemiddelde arts. Er zijn in Nederland inderdaad heel veel van dit soort mensen, maar hen wordt de laatste tijd van alle kanten ingepeperd dat zij gekke Henkies zijn. Zij worden eindeloos bestookt met overheidspropaganda waarin hen wordt uitgelegd dat zij zich moeten oriënteren op de zorg, waarin hen wordt voorgehouden dat zij de



beste zorg moeten regelen voor zichzelf en de hunnen en waarin de impliciete boodschap is dat zij zich niet druk moeten maken om de belangen van andere patiënten. Deze gemiddeld solidaire, weinig eisende Nederlanders zullen op zeker moment merken dat mondigheid, assertiviteit en eisend gedrag beloond worden in de zorg. Die zullen merken dat hun solidaire houding zich tegen hen keert en die zullen dan eieren voor hun geld kiezen en zich alsnog omvormen tot mondige, kiezende consumenten. Tandenknaarsend, met pijn in het hart, met frisse tegenzin en met heel veel spijt. Maar zij zullen dat doen.

De mensen die niet zullen omzwaaien naar de rol van mondige, kiezende consument zijn diegenen die dit niet kunnen. Zij worden de patiënten van de mindere, onervaren, beginnende artsen.

Dat is het logische gevolg van de hang naar transparantie, inzicht in de kwaliteit van zorg en de toegenomen keuzevrijheid. Er treden herverdelingseffecten op die we niet hebben beoogd en waar we nog eens heel goed over na moeten denken.

De derde reden om te meten heet Evidence based geneeskunde. We willen niet zomaar wat doen in de gezondheidszorg, we willen behandelingen aanbieden die bewezen effectief zijn en dat betekent dat behandelingen moeten worden getest, bij voorkeur in dubbelblind gerandomiseerd onderzoek. Pas als een behandeling beter werkt dan een placebo in een randomized clinical trial moeten we die behandeling aanbieden aan patiënten. Pas als een nieuwe behandeling in een randomized clinical trial beter werkt dan de standaard behandeling van het moment moet de nieuwe behandeling worden aangeboden in plaats van de oude. Evidence based geneeskunde is veruit de beste reden om te meten, maar zelfs aan deze reden zitten haken en ogen. Over die haken en ogen gaat het in een vorig jaar verschenen Signalement van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (het Centrum voor Ethiek en Gezondheid is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg).

Ten eerste werken de resultaten van gerandomiseerd onderzoek, die onder gecontroleerde omstandigheden werden verkregen, niet altijd in de praktijk. In de praktijk van alledag faalt de apparatuur, hebben medewerkers minder ervaring met bepaalde diagnostische middelen en lijden patiënten aan meerdere ziekten tegelijk.

Ook al zijn er richtlijnen en evidence based methoden, dan nog is behandelen en genezen in de medische praktijk een proces van uitproberen met vallen en opstaan.

Ten tweede is er een grens aan wat allemaal kan worden onderzocht volgens de gouden standaard van het dubbelblind gerandomiseerde onderzoek. Het is heel goed mogelijk dat het prettiger is om in een ziekenhuis te liggen waar de muren fris geverfd zijn, waar de gordijnen een artistiek patroon hebben, waar de verpleegkundigen zoveel mogelijk in de buurt zijn en zo min mogelijk zitten te schrijven in hun eigen cabinetje. Het is goed denkbaar dat patiënten zich kalmer en opgewekter voelen als aardige verpleegkundigen de tijd nemen om een praatje met hen te maken, als een knappe jonge dokter naar hen lacht of als een oude, wijze dokter hen een vaderlijk kneepje in de schouder geeft. Waarschijnlijk voelen mensen die langer in het ziekenhuis verblijven zich veel beter als hun haar zo nu en dan gewassen wordt, als ze – binnen zekere grenzen - zelf mogen kiezen wat ze eten en als ze geen last hebben van luidruchtige, stinkende of anderszins hinderlijke medepatiënten. Het is goed denkbaar, zeg ik. Sterker: ik acht het heel waarschijnlijk. Zo waarschijnlijk dat ik het prima vind als ziekenhuispersoneel deze uitgangspunten in acht neemt bij het verlenen van zorg, zonder dat dit eerst in een eindeloze serie vernuftige trials hoeft te worden uitgeprobeerd. Dit zijn uitgangspunten van goede zorg die je kunt naleven zonder enig bewijs van hun effectiviteit. Als de glimlach en de fris gewassen haren niet leiden tot klinisch aantoonbare positieve resultaten mogen ze toch in het arsenaal van instrumenten van goede zorg opgenomen blijven.

Er zijn lastig meetbare vormen van zorg, er zijn daarnaast ook patiëntengroepen voor wie evidence based geneeskunde niet geschikt is. Denk aan ouderen met een heleboel verschillende aandoeningen. Zorg voor deze groep valt bijzonder moeilijk te testen in een gerandomiseerde testsituatie. Denk aan zwakzinnige patiënten met een psychiatrische stoornis. Deze patiënten zijn niet intelligent genoeg voor veel vormen van psychotherapie of gedragstherapie; psychofarmaca hebben bij hen mogelijk een ander effect dan bij patiënten met een normaal IQ. Zorg wordt ook bij deze groep een kwestie van uitproberen. Denk aan de bedrijfsgeneeskunde, waar veel aandoeningen mede gerelateerd zijn aan het gedrag van bazen en collega's en de thuissituatie van de werknemer. Hoe krijg je dat verwerkt in een testdesign?

Waar ik ook ernstig voor zou willen waarschuwen is het idee dat je de coördinatie en de organisatie van zorg ook zou moeten willen testen in een of ander ingewikkeld onderzoeksdesign. Coördinatie en organisatie doen ertoe in de zorg, maar het is een illusie te denken dat er zoiets zou bestaan als een evidence based bewezen beste manier van organiseren. Aan iedere vorm van organiseren kleven voor- en nadelen voor allerlei groepen. Neem de jeugdzorg voor probleemgezinnen. U kent die gezinnen wel uit de beschrijvingen in krantenartikelen. Vader verslaafd aan de drank, moeder een borderline stoornis, veel schulden, zoon ADHD, dochter een loverboy, en een andere zoon die regelmatig op het politiebureau zit. Als het een beetje tegenzit heeft zo'n gezin een hele batterij hulpverleners over de vloer: een medewerker van de Jellinek voor vader, een psycholoog of psychiater voor moeder, een gezinsvoogd voor de kinderen, een speltherapeut voor de ene zoon, een wijkagent of een reclasseringsambtenaar voor de andere zoon en een schuldhulpverlener van de gemeentelijke kredietbank.

Werkt het niet veel beter als je één maatschappelijk werker het hele gezin zou laten begeleiden? Dat is best mogelijk, maar dat zou – dat begrijpt iedereen – een ongelooflijk goede, ervaren maatschappelijk werkster moeten zijn, niet bang voor verantwoordelijkheid, niet bang om in te grijpen en met heel veel overwicht. Als het in een experimentele setting beter zou gaan met een probleemgezin onder het regime van een dergelijke maatschappelijk werkster (ik denk nu aan Maxine Gray uit Judging Amy, hebt u die serie toevallig gezien?), dan zegt dit niets over de waarde van maatschappelijk werk in het algemeen in dit soort situaties. Bij andere gezinnen en andere hulpverleners kan het anders gaan om een variëteit van redenen.

Manieren van organiseren zijn ook niet generaliseerbaar. Als iets een goede organisatievorm is in ziekenhuis A, maar voor ziekenhuis B een heel andere structurering van de werkzaamheden zou betekenen, dan is die organisatievorm voor ziekenhuis B alleen om die reden al veel minder geschikt. Alle medewerkers in ziekenhuis B zouden er aan moeten wennen, mee moeten leren werken, er zou een langdurige overgangperiode zijn met alle risico's van dien op fouten en misverstanden. Managers klagen er wel eens over dat professionals in hun organisatie lijden aan het 'Not invented here' syndroom. Als zij een bepaalde werkwijze niet zelf hebben bedacht, willen zij die niet overnemen uit andere

organisaties. Not invented here, is echter geen pathologisch syndroom, het is een heel verstandige aversie tegen veranderingen. Organisaties kunnen op heel veel manieren worden vormgegeven en elk van die manieren heeft voordelen maar ook serieuze nadelen. Als een organisatie lange tijd op een bepaalde wijze kan functioneren kunnen de medewerkers voor een deel van hun werk varen op routine. Zij zijn dan ook in staat om de nadelen van hun organisatievorm te ondervangen, door informeel overleg met collega's, door snel even iets te regelen. Als een organisatie om de zoveel tijd op de schop genomen wordt vinden de medewerkers het al lastig genoeg om uit te vinden wat zij zelf moeten doen en wat hun collega's in de geherordende andere afdelingen uitspoken. Dan zij zij niet langer in staat om zelf even snel wat te regelen om cliënten, patiënten of studenten te helpen. Een van de weinige algemeen geldende zekerheden in de organisatiekunde is dat verandering onrust en onzekerheid creëert en dat is bijna altijd onwenselijk.

Ik sluit af. Meten is een proces wat moeilijk in de hand te houden is. De meet- en registratiegekte breidt zich als vanzelf uit: er moet steeds meer gemeten en geadministreerd worden door steeds meer mensen over steeds meer activiteiten. Er zijn drie plausibele redenen om te meten: je wilt professionals prikkelen tot het leveren van betere zorg, je streeft naar transparantie en keuzevrijheid voor de patiënt en je gelooft in evidence based geneeskunde. Aan elk van die redenen kleven bezwaren. De prikkels voor professionals leiden tot strategisch gedrag en hebben perverse effecten. De transparantie en keuzevrijheid voor de patiënt heeft herverdelingseffecten waar we nog eens heel goed naar moeten kijken. En evidence based geneeskunde is een mooi ideaal dat echter lang niet altijd en op lang niet alles toepasbaar is.

Met meten zou het moeten zijn zoals het vroeger was met huisartsenzorg, voor de vermarkting daar toesloeg. De huisarts vond dat zijn patiënt het beste af was als hij zich kon redden zonder medische hulp. Als er dan toch zorg nodig was, dan liefst zo min mogelijk.

Meet, maar meet met mate.

