

Over grootschaligheid, kleinschaligheid en de inhoud van de zorg

Van Kleeflezing 2008

Rotterdam, 12 december 2008.

Margo Trappenburg.

Dames en heren, als u het goed vindt wil ik deze lezing beginnen met mijn persoonlijke visie op kleinschaligheid en grootschaligheid. Dit is de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschappen in Utrecht. Dit is mijn werkplek. Op mijn werk werken ongeveer honderd personen, iedereen meegerekend. Wetenschappelijke staf, administratief personeel, receptionistes, boekhouder, beheerder, schoonmaker. Onze conciërge heet John. John is de beste conciërge die wij kennen. John waakt over ons pand. Wij zitten aan het randje van de Utrechtse binnenstad, dus zo nu en dan loopt er een vage verdwaalde figuur door het pand. Maar niet zonder dat John hem in de gaten heeft. John pakt eventuele zwervers vriendelijk bij de kladden en leidt ze ferm naar de uitgang. Elk jaar spreekt John onze nieuwe eerstejaars toe en legt hen uit dat ons mooie pand schoon en opgeruimd moet blijven. En het is bij ons ook netjes. In onze toiletten schrijven studenten niet op de deuren. Op onze wanden zit geen graffiti. Gevonden voorwerpen weet John meestal direct bij de juiste eigenaar terug te krijgen. Onze studenten dwepen met John.

In de kantine staat Marcel. Marcel weet van mij en van al mijn collega's wat we lekker vinden. Als er geen tomaat is voor Ank legt hij haar uit hoe dat komt. Als er nog 1 kiwi is, terwijl Paul nog niet heeft geluncht houdt Marcel die kiwi achter voor Paul. Als een van ons buiten de deur gaat lunchen met collega-onderzoekers van een andere universiteit is Marcel altijd een beetje gekwetst, want hij kan ook best een lunch regelen met iets warmes en een interessante fruithap, zegt hij.

Wij van Bestuurs- en Organisationswetenschappen zijn een klein faculteitje. Wij hebben een vaste instroom van negentig nieuwe studenten per jaar en elk jaar moet mijn baas alle zeilen bij zetten om dat zo te mogen houden, want we zouden makkelijk kunnen doorgroeien tot 200 of 250 studenten per jaar. We passen nu precies in het pand, als we allemaal genoeg nemen met veel minder vierkante meters dan waar de ARBO ons recht op geeft. Dat doen we dan maar, want het is een principekwestie

dat we met ons allen en met onze studenten in één pand zitten en niet verspreid gehuisvest zijn over de Utrechtse binnenstad.

Zo af en toe moet ik voor een afspraak of een gastcollege naar de rest van Universiteit Utrecht, buiten de stad aan de Uithof. En elke keer als ik daar ronddoel ben ik dankbaar dat ik daar niet vast naar toe hoef.

Klein zijn en klein blijven gaat niet vanzelf. Op gezette tijden worden wij belaagd door hogere machten aan de Universiteit. Meestal gaat het dan om een efficiëncyslag waarbij “ondersteunende diensten moeten worden gecentraliseerd”. Wij zijn bestuurs- en organisatiewetenschappers. Ons bedot je niet makkelijk. Wij weten wat centralisatie van ondersteunende diensten betekent: het betekent dat wij onze eigen schoonmaker, onze conciërge en onze kantine-man kwijt kunnen raken. Het betekent dat we niet meer snel een beroep kunnen doen op John als er ergens iets hapert of kapot is; daar zal een bureaucratische procedure voor in de plaats komen met een centraal reparatie-indicatie orgaan, ergens ver weg aan de Uithof.

Klein zijn en klein blijven is riskant. Sterkere machten kunnen op een achternamiddag besluiten om een kleine organisatie te elimineren. Het vereist enige koelbloedigheid om te leven met dat risico, en niet te bezwijken voor de verleiding van groei omwille van een soort preventieve zelfbescherming.

Klein zijn en klein blijven eist tenslotte de nodige zelfdiscipline. Als mijn baas collega hoogleraren tegen het lijf loopt, die sterke verhalen vertellen over fusies die zij zijn aangegaan met belendende faculteiten, over de verdubbeling van hun studentenaantal, of over een navenante uitbreiding van hun personeel met vijftien nieuwe junior posities, dan moet mijn baas daar rustig onder blijven. Hij moet dan dingen zeggen als “Bij ons gaat alles z’n gangetje, niks bijzonders”. Dat is voor bazen, die gewend zijn elkaar na te apen en tegen elkaar op te bieden in dadendrang – bestuurskundigen spreken in dit verband over ‘isomorfisme’ – niet eenvoudig.

Op dit moment geef ik een cursus aan onze eerstejaars over klassieke denkers in de bestuurskunde. De cursus begint met Plato, in de Griekse oudheid en ik leg mijn studenten dan uit waarom de Grieken de kleine stadstaatjes waarin zij leefden klein wilden houden, waarom ze geen imperium stichtten zoals de leiders in hun barbaarse buurlanden. De Grieken, leg ik dan uit, vonden het mooi en waardevol om rechtstreeks contact te hebben met medeburgers, zij vonden het een prettig idee om hun staatje in twee dagen te kunnen doorkruisen, dat hield de lijnen kort en

persoonlijk en de staatszaken overzichtelijk. De Grieken vonden het waardevol om met elkaar na te denken over alle dingen van de staat: buitenlandse betrekkingen, oorlog en vrede, handel, misdaad, straf, de verbanning van ongewenste medeburgers. In een groter staatsverband zou je nooit op een vergelijkbaar intense manier betrokken kunnen zijn bij staatszaken. De Grieken hielden het bewust kleinschalig.

We vervolgen de cursus dan met Machiavelli, die leefde rond 1500, in Italië, in de tijd van de Renaissance. Het was een tijd waarin vorsten het voortdurend aardig of noodzakelijk leken te vinden hun gebied uit te breiden met een aangrenzend vorstendom of republiekje. De ene vorst rukte op naar dit gebied, de andere smeedde een pact met een buitenlands koningshuis in Frankrijk of Spanje en belegerde vervolgens samen met het buitenlandse leger een naburig hertogdom. Het was een wirwar van kongsi's, samenzweringen, veroveringen, en veroveringen die weer teniet werden gedaan. Het was namelijk helemaal niet makkelijk om je gezag te behouden in nieuw veroverde gebieden. Met name mijn vrouwelijke studenten kijken mij in de Machiavelli weken verbijsterd aan en vragen mij dan waarom iedereen het niet rustig hield bij zijn eigen staatje. Waarom al dat gepacteer en al die veroveringsdwang? Waar kwam dat vandaan? Ik leg ze dan uit dat die drang voortkwam uit overwegingen van zelfbehoud enerzijds – als je groter bent, sta je sterker en word je niet onder de voet gelopen door anderen – en uit macho machtsvertoon anderzijds: kom, laat ik eens tonen wat een krijgshaftig en spectaculair heerser ik ben. Ik probeer mijn studenten uit te leggen dat de kans vrij reëel is dat zij, als ze eenmaal groot zijn en aan het hoofd staan van een organisatie – een overheidsorgaan, een bedrijf, een zorginstelling – mogelijk hetzelfde gedrag zullen vertonen dat zij nu zo onbegrijpelijk vinden bij de vorsten van Machiavelli. Ik probeer ze in te prenten dat ze dan nog eens terug moeten denken aan de pure en verstandige reacties uit hun tijd als eerstejaars student: waarom houden leiders het niet gewoon bij hun eigen organisatie? Waarom moet het allemaal groter en anders, terwijl iedereen weet dat daar zoveel gedoe bij komt kijken?

Tenslotte lezen wij een aantal teksten van Max Weber en van Weber leren we dat schaalvergroting onvermijdelijk leidt tot meer bureaucratie: dat geldt bij overheidsorganisaties, bij politieke partijen, bij bedrijven en bij verenigingen.

Vatten we deze ervaringswijsheid en de politiek-filosofische onderbouwing daarvan kort samen, dan kom ik uit op een drietal eerste lessen uit Utrecht.

- Klein zijn is intrinsiek anders dan groot zijn. Het maakt uit of je in een organisatie al je collega's kent dan wel alleen je eigen afdeling. Het maakt uit of een politieke gemeenschap in één dag te doorkruisen is per trein van Oost naar West, van Noord naar Zuid en weer terug zoals die van ons, of dat een politieke gemeenschap verschillende tijdzones kent en vooral per vliegtuig moet worden bereisd zoals het geval is in de Verenigde Staten. Schaal doet ertoe. Grotere gemeenschappen en grotere organisaties hebben te maken met meer specialisatie (wat prettig kan zijn), met langere lijnen (wat bijna altijd vervelend is) en met bureaucratie wat voor- en nadelen heeft.
- Willen groeien lijkt een natuurlijke impuls. Het hoort bij ambitieus gedrag. Als ondernemers, bazen en managers die impuls zelf niet meteen voelen zullen ze daar toch van lieverlee mee kennismaken. Omdat ze gedurig andere bazen ontmoeten die wel groeien en fuseren en zij geneigd zijn dat gedrag te imiteren. Of omdat ze zich door allerlei externe ontwikkelingen bedreigd voelen en het idee hebben dat ze sterker staan als ze groter zijn.
- Klein blijven, hetzelfde blijven of 'jezelf blijven' kost dus moeite, maar kan ook de moeite waard zijn.

Deze lessen uit Utrecht gelden op vele terreinen. Voor bedrijven. Voor politieke entiteiten waarvan de schaal niet vaststaat, zoals de Europese Unie. Voor kinderdagverblijven, basisscholen, middelbare scholen en universiteiten. En in de zorg: voor ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties.

Juist in de zorg lijkt de hang naar grootschaligheid de laatste jaren sterker en sterker te zijn geworden. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg constateerde in een recent rapport dat het aantal zorginstellingen in Nederland de afgelopen decennia drastisch is teruggelopen en dat onze zorginstellingen behoren tot de grootste ter wereld. Dat treft mij in een klein land als Nederland toch als een beetje eigenaardig. Wat is er aan de hand in de zorg? Waar komt de trend naar grootschaligheid specifiek op dit terrein vandaan en hoe moeten werknemers in de zorg zich daar tegenover opstellen? Om de ontwikkelingen in de zorg te duiden en te beschrijven maak ik

gebruik van de politieke theorie van de Amerikaanse filosoof Michael Walzer, beschreven in zijn beroemde boek *Spheres of Justice* uit 1983.

Walzer vraagt zich in dat boek af wat rechtvaardigheid is en hoe we dat kunnen weten en hij geeft op die vraag het volgende antwoord.

Om te weten wat rechtvaardig is moeten we ons verdiepen in de ratio van onze maatschappelijke instituties. We moeten proberen te ontdekken welke principes van rechtvaardigheid verborgen liggen in onze instituties: de school, de universiteit, het ziekenhuis, het kinderdagverblijf, de arbeidsmarkt.

In ons type samenleving, een westers liberale samenleving, heeft rechtvaardigheid alles te maken met een scheiding van maatschappelijke sferen. Vandaar de titel van het boek: *Spheres of Justice*. In elke maatschappelijke sfeer worden andere 'dingen' verdeeld, volgens andere criteria.

In de sfeer van de goddelijke genade bijvoorbeeld tellen religieuze criteria. De vraag of een vrouw ooit paus moet kunnen worden wordt in die sfeer niet beantwoord aan de hand van de wet gelijke behandeling. Homoseksuele kerkgangers die willen aanzitten aan het avondmaal moeten in de sfeer van de goddelijke genade een beroep doen op de heilige schrift en niet op wereldlijke regels.

In de sfeer van het onderwijs gelden twee belangrijke beginselen. Lager onderwijs behoort zo te worden verdeeld dat kinderen (ongeacht hun ras, geslacht, religie of sociale milieu) gelijke startkansen hebben in de maatschappij. Hoger onderwijs daarentegen moet worden verdeeld naar rato van verdienste. De meest getalenteerde en ijverigste studenten hebben als eerste recht op een plaats aan de universiteit.

In de sfeer van de gewone goederen geldt de wet van vraag en aanbod en de logica van de markt: dvd spelers, mantelpakjes en mannenparfums mogen geheel naar eigen inzicht door producenten en consumenten worden verhandeld. Daarbij is het geen probleem dat de een zich een betere dvd speler, een mooier mantelpakje of een lekkerder luchtje kan veroorloven dan de ander.

Walzer betoogt dat deze sfeerspecifieke rechtvaardigheidsnoties berusten op onze gedeelde waarden, hij beweert met andere woorden dat 'wij' vinden dat medische zorg, onderwijs, goddelijke genade en geld en goederen in onze samenleving moeten worden verdeeld op de manier die ik zojuist heb beschreven. Maar hij gaat verder; hij vindt ook dat onze gedeelde waarden mooi in elkaar zitten. Als mensen in elke maatschappelijke sfeer worden beoordeeld aan de hand van

andere criteria, dan zullen die mensen zelden op alle fronten tegelijk verliezen. Iemand kan een waardeloze zakenman zijn in de sfeer van geld en goederen, maar dat zou geen gevolgen mogen hebben buiten die sfeer. De waardeloze zakenman wordt weliswaar niet rijk, maar kan nog steeds een lieve vader zijn, een gepassioneerd lid van de gemeenteraad, of een gerespecteerde ouderling in zijn kerk. Zijn kinderen zouden de school moeten kunnen bezoeken die past bij hun talenten, ongeacht het lage inkomen van hun vader. En als hij bij zijn dokter komt, zijn zijn portemonnee en zijn mislukte carrière in het bedrijfsleven irrelevant. Als hij ziek is en medische hulp nodig heeft is dat voor de dokter het enige wat telt. Een scheiding van maatschappelijke sferen leidt tot complexe gelijkheid. In schema ziet dat er als volgt uit (sheet).

De politiek heeft in Walzer's visie een centrale taak. Het is aan de politiek om te zorgen dat de complexe gelijkheid behouden blijft. Als je wilt dat basisonderwijs gelijke startkansen biedt voor alle kinderen moet het onderwijs op alle basisscholen goed geregeld zijn. Dan moeten scholen en docenten worden betaald via premies en belastingen, zodat het inkomen van ouders geen rol hoeft te spelen bij de schoolkeuze van het kind. Dan moet het universitair onderwijs eveneens kosteloos zijn, of er moet voor kinderen van minder vermogende ouders een stelsel van studiebeurzen bestaan. De politiek moet ervoor zorgen dat de sfeer van geld en goederen – die nogal imperialistisch van aard is – niet overal kan binnendringen.

In de sfeer van de gezondheidszorg, waar u en ik het meest vanaf weten gelden de volgende criteria.

Medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte. Stel dat twee mannen betrokken zijn bij een auto-ongeluk. Beide slachtoffers worden tegelijkertijd binnen gedragen op de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis. De ene heeft een gevaarlijke bloeding in de buik, de ander heeft gelukkig alleen maar een gekneusde enkel. Wie moet de chirurg van dienst nu het eerst gaan helpen? Walzer veronderstelt dat u en ik en de overgrote meerderheid van onze medeburgers die vraag heel eenvoudig vinden. Natuurlijk moet de chirurg eerst kijken naar de patiënt met de gevaarlijke bloeding. We vinden dit ook geen moeilijke vraag. We zullen niet zeggen: ja, daar kun je zo niets van zeggen. We zouden eerst moeten weten of een van de patiënten een bekende Nederlander is, of een criminele jongere, of een

student met talent voor de bèta vakken. Voor de dokter gaat het erom hoe ziek je bent: niet hoe lief je bent, hoe bekend je bent, of hoe rijk je bent.

In veel gevallen valt het begrip medische behoefte samen met de wens van de patiënt, maar niet altijd. Soms willen patiënten dingen die niet goed voor hen zijn en soms beseffen patiënten niet dat zij ziek zijn en medische zorg nodig hebben. In de geestelijke gezondheidszorg spreekt men over zorgwekkende zorgmijders, schizofrene patiënten zonder ziekte-inzicht, en mensen die lijden aan ingebeeelde ziekten. In de sector van verpleeg- en verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten wonen mensen die lang niet altijd kunnen overzien wat zij nodig hebben aan hulp en begeleiding. En zelfs in de sector van de curatieve zorg weten patiënten niet altijd wat goed voor hen is. Met enkele collega's doe ik onderzoek onder chirurgen en een van de terugkerende thema's in interviews gaat over het nut van opereren. Er zijn patiënten die niet willen worden geopereerd hoewel dit goed zou kunnen uitpakken, maar er zijn blijkbaar veel meer patiënten die geopereerd willen worden en aan wie de chirurgen vervolgens uitleggen dat een operatie te gevaarlijk is, niets zou opleveren of er alleen maar toe zou leiden dat zij de laatste maanden van hun leven ook nog zouden moeten kampen met de naweeën van operatief ingrijpen.

Ten derde geldt in de zorg het beginsel van collegialiteit. Professionals in de zorg zijn vakbroeders, die proberen de beste zorg te regelen voor hun patiënt. Als dat zorg is die zij zelf kunnen aanbieden is dat fijn, maar als hun collega van bepaalde complexe aandoeningen meer verstand heeft dan verwijzen zij de patiënt door. Daarbij maakt het niet uit of de collega een deur verderop zit in dezelfde instelling of een ziekenhuis verderop in een andere stad of een andere provincie. Professionals zijn geen waspoederfabrikanten, die in reclameboodschappen uitdragen dat hun specifieke middel witter dan wit of schoner dan schoon wast. Professionals zijn open en eerlijk over wat zij wel en wat zij niet kunnen betekenen voor hun patiënt. Dat is een enorm voorrecht, dat niet alleen geldt voor professionals in de zorg maar ook voor docenten. Als ik voorlichting moet geven aan aspirant studenten op een open dag van de universiteit Utrecht, dan vertel ik gewoon wat mijn opleiding wel en niet te bieden heeft. Daarna luister ik naar wat de scholieren in kwestie zouden willen en dan kan ik zonder problemen eerlijk zeggen: joh, als je dat wilt moet je niet hier zijn. Dan moet je naar politicologie in Leiden of naar Technische



bestuurskunde in Twente. In de zorg is dit nooit mooier onder woorden gebracht dan in de Gedragsregels voor artsen uit 1936:

Een beroep als het onze moet niet met dat van een handelaar over een kam geschoren kunnen worden; een medicus die graag reclame maakt doet beter, evenals zijn collega, wien het alleen om geld verdienen te doen is, in den handel te gaan, waar zijn karakter en gaven meer tot hun recht kunnen komen dan in de medische praktijk.

Het belangrijkste principe in de zorg is het eerste. Medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte. Dat was en is in Nederland nog steeds een centrale gedeelde waarde. In 2002 peilde het Sociaal en Cultureel Planbureau onze mening over de publieke voorzieningen. 75 % van de Nederlanders vond dat de gezondheidszorg toegankelijk zou moeten zijn, ongeacht inkomen. Nederlanders hebben niet veel bezwaar tegen inkomensongelijkheid, maar zij vinden het – vaker dan burgers in andere landen – heel erg als rijkdom zou leiden tot snellere toegang tot publieke voorzieningen. In het Sociaal en Cultureel Rapport 2004 werd vastgesteld dat 91 % van de respondenten van het SCP het onwenselijk zou vinden als mensen die meer kunnen betalen ook betere zorg krijgen.

Ik zei al: de politiek moet er in Walzer's visie voor zorgen dat de verschillende maatschappelijke sferen ook inderdaad gescheiden blijven. Voor veel sferen, met name voor onderwijs en zorg, betekent dit dat de politiek een financiering via belastingen en premies moet regelen, om te zorgen dat de sfeer van het geld en de markt daar niet binnendringt. Collectieve financiering betekent echter ook dat er in economisch barre tijden moet worden bezuinigd. Zoals bijvoorbeeld in de jaren tachtig.

Binnen de theorie van Walzer waren er drie logische, voor de hand liggende manieren van bezuinigen.

1) Als je ervan uitgaat dat medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte kun je proberen om het begrip 'medische behoefte' scherper af te bakenen. Een blindedarmontsteking is een duidelijke aandoening, datzelfde geldt voor kanker, reuma en schizofrenie. Maar voor heel veel andere ziekten, pijntjes en kwalen ligt het



minder duidelijk: tanden die een beetje scheef staan, flaporen, relatieproblemen, langdurige rouw, verlegenheid, ADHD en dyslexie ligt dat veel minder duidelijk. In tijden van economische tegenspoed kun je het begrip ziekte scherper afbakenen.

2) Je kunt er ook voor kiezen om strenger te zijn over wat geldt als medische zorg. Je kunt bijvoorbeeld bepalen – en dan sluit je aan bij lopende discussies onder medische professionals – dat een behandeling alleen vergoed wordt als deze deugdelijk wetenschappelijk onderzocht is. Evidence based, zoals dat heet in de moderne geneeskunde. In 1991 constateerde de Gezondheidsraad in een veel gelezen rapport, getiteld *Medisch handelen op een tweesprong*, dat er onder artsen grote verschillen van inzicht en aanpak voorkwamen. De Gezondheidsraad vond dit onwenselijk; de raad vond dat artsen veel meer moesten werken op basis van wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen. Dat pleidooi werd goed opgepakt binnen de medische professie. Sinds het rapport van de Gezondheidsraad heeft het maken en toepassen van richtlijnen een hoge vlucht genomen en voorstelbaar is dat het toepassen van richtlijnen in een aantal gevallen ook kostenremmend werkt.

Inperken van de begrippen medische behoefte en medische zorg zijn ‘sfeereigen manieren van bezuinigen’. Er was nog een derde manier van bezuinigen denkbaar, die weliswaar niet als ‘sfeereigen’ kon worden omschreven, maar die ook geen inbreuk maakte op de verdelingslogica van de medische sfeer, namelijk bezuinigen op personele lasten. Deze drie manieren van bezuinigen zijn in de jaren tachtig en negentig ook allemaal uitgeprobeerd. Het bezuinigen op personele lasten, met name op de salarissen van medische specialisten, lukte niet goed. Specialisten gingen naar de rechter, draaiden zondagsroosters en verzetten zich op alle manieren tegen aantasting van hun inkomenspositie.

Bezuinigen langs de weg van richtlijnen en protocollen liep wel zij het dat behandelen volgens richtlijnen en standaarden soms ook kostenverhogend kan werken.

Inperking van het verzekerde pakket door een scherpere afbakening van het begrip ziekte is een methode die we nu nog steeds veel toepassen, zie het voorbeeld van de pakketverkleining per 2005. Uit het pakket gehaald: flapoorcorrectie, bovenooglidcorrectie, buikwandcorrectie, besnijdenissen en hersteloperaties na sterilisatie. In de jaren tachtig en negentig werkte deze methode echter niet zo goed als je zou hopen en dat kwam omdat de overheid alleen ging over de omvang van

enerzijds het AWBZ pakket en anderzijds het ziekenfondspakket. Het ziekenfonds was bestemd voor – dat weet u allemaal vast nog wel – tweederde deel van de bevolking en dan het minst draagkrachtige deel. Dat betekende dat als de politiek vaststelde dat zo of zo aandoening (zeg: onvruchtbaarheid, flaporen, snurken of ADHD) niet langer zou worden beschouwd als een ziekte, dat dit een vaststelling was die alleen gold voor het ziekenfonds verzekerde deel van de bevolking. Dat maakt zo'n oordeel gelijk een stuk minder sterk. Als een minder draagkrachtige vrouw onvruchtbaar is moet zij zich daar maar bij neerleggen, want ivf zit niet in het ziekenfondspakket, maar als een rijke vrouw hetzelfde heeft zou er dan mogelijk wel een behandeling opgenomen zijn in de polis van haar particuliere verzekeraar. Dit probleem maakte deze manier van bezuinigen veel minder bruikbaar dan die anders zou zijn geweest en daar was eigenlijk maar een logische oplossing voor: er moest een volksverzekering ziektekosten komen, gefinancierd met belastingen of sociale premies. Net als in zoveel andere Europese landen.

Omdat een van onze drie grote politieke stromingen ernstige bezwaren had tegen het hele idee van zo'n volksverzekering moest die verzekering als het ware worden verpakt en geherdefinieerd. Er werd een marksausje overheen gegoten met veel concurrentie, prikkels en consumentenvrijheid en er werd gesuggereerd dat het hier niet om een simpele bezuinigingsmaatregel ging, maar om een manier om eindelijk eens iets te doen aan de opeens ondermaatse kwaliteit van het zorgstelsel. In deze periode krijgen managers en economisch directeurs het steeds meer voor het zeggen in de zorg. Er waren in het verleden natuurlijk altijd wel beheerders en administrateurs geweest, maar deze stelden zich dienend op. Die zorgden dat medische professionals zich konden wijden aan hun eigenlijke werk en niet hoefden te tobben over de hoeveelheid toiletpapier, schone lakens voor patiënten, de salarisadministratie, de koffie, de parkeerruimte en al dat soort dingen. Dat waren beheerders en administrateurs waar je eigenlijk alleen maar gemak van had. Maar sinds de jaren tachtig hebben managers het idee gekregen dat zij organisaties in de zorg echt moeten besturen. Het moest allemaal goedkoper en tegelijkertijd moest het ook allemaal beter en patiëntvriendelijker.

Wat deed dit met de gezondheidszorg? Het gaat hier om een invasie van sfeer oneigenlijke elementen in de zorg: een retoriek in termen van markt, klanten, en keuzevrijheid enerzijds. En een eindeloze reeks verbetertrajecten en

kwaliteitssystemen anderzijds, die allemaal gepaard gaan met nulmetingen, registratie, evaluaties en formulieren.

Je zou je kunnen voorstellen dat de zorg hierop gereageerd had met een zekere luchthartigheid: dat kunnen ze nu allemaal wel willen, maar dat gaan we dus beslist niet doen. Dat waait wel weer over. Fel weerstand bieden was ook een optie en er werd ook wel weerstand geboden, met name door huisartsen, maar op zeker moment was het op.

James Kennedy, hoogleraar nieuwste geschiedenis aan de Universiteit van Amsterdam heeft ooit mooi uitgelegd dat Nederlandse elites (politieke, culturele, medische, religieuze elites) beschikken over een eigenaardige visie op verandering. Waar menige elite in menig buitenland meent dat je veranderingen gewoon kunt tegenhouden omdat lang niet elke verandering een verbetering is, daar lijken Nederlandse elites te denken dat veranderingen worden veroorzaakt door onvermijdelijke ontwikkelingen waar je toch niets aan kunt doen. De globalisering, de individualisering, en zelfs de vermarkting, of 'de tijdgeest' worden gepercipieerd als entiteiten van buitenaf die veranderingen met zich meebrengen die onvermijdelijk zijn. Je kunt je maar beter aanpassen. Dat geldt voor allerlei soorten Nederlandse elites als we Kennedy mogen geloven (en dat doe ik zeker), maar het geldt eens te meer voor managers en bestuurders. Als managers en bestuurders een verandering bespeuren in de hen omringende omgeving, dan is hun eerste neiging om daar 'strategisch' dan wel, nog beter, 'pro-actief op in te spelen'. Managers en bestuurders lijken soms wel eens op circusdieren die automatisch springen door elke hoepel die hen wordt voorgehouden. Managers en bestuurders gaan vrijwel altijd meedenken met nieuwe beleidsplannen, sterker nog, zij schaken soms alvast een paar zetten vooruit, zodat zij straks een voorsprong hebben op andere organisaties, waar de managers en bestuurders niet zo bij de hand waren. Een beetje manager gaat naar cursussen verandermanagement of leest daar hele boeken over. Ik ben nog nooit een aankondiging tegengekomen van een cursus waarin managers wordt geleerd hoe zij bepaalde veranderingen moeten tegenhouden.

Wij doen in Nederland met elke gekte en met elke nieuwe mode mee en dus lijden we ook erger dan elders. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit het recent verschenen proefschrift van Hannerieke van den Boom over de wijkverpleegkunde in verschillende landen. Van den Boom vergeleek de wijkverpleegkundige in Nederland met haar collega's in Denemarken, Frankrijk en Duitsland. Wat bleek? Alleen bij ons

is de meet- en regelgekte, het management en de bureaucratie in volle hevigheid doorgedrongen tot de werkvloer van de verpleegkundige. In Denemarken willen managers, meters en bestuurders ook wel eens iets gekks, 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 tijdschrijfdiotie. Dat doen ze daar gewoon niet. Ze zijn wel wijzer.

Samen met Jolanda Dwarswaard en Medard Hilhorst van het Erasmus MC onderzoek ik de effecten van vermarkting op professionals in de gezondheidszorg. Wat doet al dat gepraat over consumenten, keuzevrijheid en concurrentie met hun beroepsethiek? Wij kijken met vooral naar huisartsen en chirurgen met zo nu en dan een uitstapje naar enkele andere beroepsgroepen. Voor ons onderzoek hebben wij de vaktijdschriften van chirurgen en huisartsen geanalyseerd grofweg vanaf de Tweede Wereldoorlog tot nu. Jolanda Dwarswaard heeft bovendien een aantal huisartsen en chirurgen geïnterviewd.

Er zijn heel duidelijk effecten van vermarkting te vinden. Zo werd op enkele maanden geleden hier in Rotterdam de Academie voor medisch specialisten opgericht, een gezamenlijk initiatief van Orde, Erasmus MC (iBMG) en VVAA. In de toelichting schrijft de Orde het volgende:

“Tijdens de opleiding tot medisch specialist is er (vooralsnog) weinig aandacht voor managementvaardigheden en onderwerpen die bijdragen aan het zo goed mogelijk functioneren van (aankomend) medisch specialisten. Daarnaast moeten medisch specialisten - afhankelijk van de werksituatie - kunnen onderhandelen en verstand hebben van de ziekenhuisfinanciën en de financiering van de medisch-specialistische gezondheidszorg. Ook voor medisch specialisten die zich niet direct met management bezighouden, zijn vaardigheden als conflicthantering, timemanagement en omgaan met werkdruk belangrijk. Orde, Erasmus MC (iBMG) en VVAA beogen dit hiaat op te vullen. In de Academie bundelen zij hun gezamenlijk scholingsaanbod voor (aankomend) medisch specialisten.”

De academie biedt cursussen aan in strategie en beleid, time management, project management, proces management, efficiënt vergaderen, logistiek en communicatie in complexe situaties.

Als ik dat zo lees slaat de schrik mij om het hart en herinner ik mij een stuk in het Leidse universiteitsblad *Mare* van enkele jaren geleden. Het ging over een afgestudeerde studente medicijnen die samen met enkele medestudenten had geconstateerd dat er een hiaat zat in haar opleiding. Ze hadden heel veel geleerd over ethiek, gezondheidsrecht en communicatie met patiënten, maar het interpreteren van röntgenfoto's was er bekaaid afgekomen en of ze daar niet alsjeblieft nog een beetje in konden worden bijgeschoold, voor ze werden losgelaten op onschuldige patiënten.

Uit ons interviewmateriaal blijkt dat professionals zien en merken wat marktwerking met hen en hun collega's doet. Ik lees een paar kenmerkende citaten voor.

Een chirurg:

“Als mensen redelijk hopeloze vormen van kanker hebben waarbij je gewoon weet dat een operatie gewoon geen winst meer oplevert, zijn er zoveel mensen die zeggen, al is er maar een procent kans, wil je het alsjeblieft doen. En naarmate de marktwerking sterker is en die dokter zegt ja, ik kan nog een uur gaan zitten praten waarom het niet hoeft maar ik kan ook denken: men wil het, en iedereen roept dat het meer patiëntgerichte zorg moet worden. Dus ik ben politiek correct bezig, ik verdien er meer aan, ik vind het veel leuker om te opereren dan om een uur lang te gaan zitten praten. Dus welke incentive heb ik nog om aan de patiënt uit te leggen dat het echt niet hoeft. Dus er ligt daar een redelijk complexe balans.”

En een andere chirurg vertelde over

“een vriendje van hem, die in de maag, darm en leverziekten opgeleid was, die begon een privé-scopie kliniek. En die gaat adverteren met: Weet u wel zeker dat u geen dikke darm kanker hebt? U weet het pas zeker als u bij mij bent geweest voor een scopie. Genereert gewoon zijn eigen aanbod. En het is in zijn financieel belang dat alle mensen erg bang zijn dat ze dikke darm kanker hebben.”

Nog een andere chirurg vertelt:

“Het is eigenlijk gewoon productie draaien, echt wel. Ja, die kleine dingen merk je. Dan moet je patiënten terug laten komen voor dit en dat, want dat is dan gunstiger voor het ziekenhuis. (...) Een huisarts zou het ook kunnen doen, maar ik bedoel, ik ben er een uur mee bezig geweest, waarom zou een huisarts er nog wat op verdienen dan. Aan de andere kant, het is wel weer, moeten wij allemaal weer de hele ochtend bezig zijn met hechtingen als ze allemaal weer terugkomen...”

Een vrouwelijke chirurg zei:

“Ik vind dat altijd erg moeizaam. Ik heb een beetje het gevoel dat dat haaks staat tegenover de kwaliteit die we willen leveren, want ik heb het gevoel dat de marktwerking zou moeten betekenen dat wij moeten concurreren met de burens, maar dat wil ik helemaal niet. Ik wil samenwerken met de burens, want ik wil dat mijn patiënt het beste krijgt en dat betekent dat als ze bij de burens iets beter kunnen dan wij dat dat het liefst bij de burens gebeurt en dat als wij iets beter kunnen dan dat het liefst hier gebeurt. En dat als ik het niet weet, dat ik eventjes overleg met de burens. En ik wil dus helemaal niet concurreren. Ik vind dat eigenlijk een heel slecht idee, maar we merken er natuurlijk wel wat van. Want er zijn privé kliniekjes (...) bijvoorbeeld er is hier in de buurt een kliniek voor spataderzorg en dat betekent dat ik ineens wat minder patiënten zie met gewone spataderen, want die kunnen daar in een wat mooiere formule terecht, in een wat mooier huis met mooie koekjes bij de koffie.”

Het ziekenhuis waar deze mevrouw werkt gaat dan proberen deze patiënten weer terug te winnen, door veel tijd en energie te steken in de ontwikkeling van een spataderstraat. Soortgelijke hoeveelheden tijd en energie zijn nodig voor de ontwikkeling van een liesbreukstraat en een cataractstraat. Een van de geïnterviewde chirurgen wees op de herverdelende effecten van dergelijke projecten.

“Je kan maar één keer je tijd besteden. En wij besteedden onze tijd vroeger aan andere dingen. Iemand die echt ziek was ging eerst, maar niet spataderstraten en liesbreukstraten, dat waren sluitstukken in de planning.”

Ook bij huisartsen hoorden we over de effecten van marktwerking.

“Ook in deze praktijk zullen zo nu en dan ECG’tjes gedraaid worden, niet omdat ik het noodzakelijk vind, maar omdat de patiënt het gedeeltelijk vraagt en omdat ik daar een vergoeding tegenover zie staan, terwijl ik vroeger misschien gezegd zou hebben: Nou dat lijkt me niet zo’n nuttige bijdrage aan het onderzoek.”

“Wat ik vaak merk is dat je meer defensief wordt en meer klantgericht wordt. Dat gaat niet altijd samen met die eed, denk ik hè. Als ik uitga van het uitgangspunt: ik doe iets voor jou omdat het goed is voor je gezondheid, dan betekent ook wel eens dat we het niet met elkaar eens zijn. Als je servicegerichtheid vooropstelt, dan probeer je een klant tevreden te stellen.”

En op huisartsencongressen hoor je tegenwoordig het volgende grapje:

Vroeger zeiden we: als het over twee weken niet over is komt u nog maar een keertje terug. Nu zeggen we: zullen we een afspraak maken voor over twee weken? Kassa!

Dat zijn de effecten van marktwerking op professionals in de zorg. Voor hen geldt dat zij enerzijds gecommitteerd zijn aan de traditionele principes uit de sfeer van de zorg, aan hun beroepseed, aan de gedragsregels van hun professie en dat zij nu anderzijds worden geconfronteerd met nieuwe eisen: klantvriendelijkheid, winstgerichtheid, omzet en efficiency. Zij moeten proberen daar een weg tussen te vinden, en ter geruststelling voor diegenen onder u die gehecht zijn aan de traditionele principes in de sfeer van de zorg: veel zorgprofessionals laten hun beroepsethiek toch prevaleren boven al het andere.

Maar zei ik al, sinds de jaren tachtig zit de zorgsector ook vol met managers die aan het hoofd staan van organisaties en instellingen. Annemiek Stoopendaal betoogt in haar recent verschenen proefschrift dat minder dan de helft van de bestuurders van zorginstellingen tegenwoordig nog is opgeleid als arts of verpleegkundige. Voor deze actoren ziet het verhaal er heel anders uit. Die denken als het ware in een andere



taal: die hebben het over outputgerichtheid, balanced score cards, 180 graden evaluaties, certificering, kwaliteitskeurmerken, onderhandelingsposities en wat dies meer zij. Die zijn geneigd om (denk nog even terug aan mijn lessen uit Utrecht) Machiavellistisch te reageren op kansen en bedreigingen. Bij de ingezette tendens naar vermarkting is veelvuldig gewezen op het grote voordeel van nieuwe toetreders: kleine flexibele ondernemers die gaten in de markt zouden zien en daar maatwerk zouden kunnen leveren. Maar een minstens even logisch gevolg van marktwerking is schaalvergroting: snel fuseren met de concurrent voordat hij je wegconcurrert. Groter worden om sterker te staan tegenover verzekeraars. Groter worden zodat toekomstige klanten simpelweg niet om je heen kunnen. Stoopendaal maakt in haar proefschrift de balans op. 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 tenslotte daalde het aantal instellingen van 160 in 1995 naar 130 in 2004. Er werd in de zorg gefuseerd met gewone 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. En daar staan we dan eind 2008. We zien de effecten van de ingevoerde marktwerking. We zien, horen en lezen over de aarzelingen van professionals. Wordt het nu echt: de klant is koning, u vraagt wij draaien? Moeten we echt veel meer energie gaan steken in de ontwikkeling van liesbreukstraten en spataderzorg, terwijl dat ten koste gaat van de aandacht voor patiënten met een ernstiger, maar minder vaak voorkomende aandoening? Moeten we nu echt gaten in de markt ontdekken, preventieve screenings gaan aanbieden op van alles en nog wat, omdat daar heus

wel vraag naar zal zijn? Ook als ook dat ten koste gaat van de zorg voor echte patiënten die minder lucratief is?

We zien een herverkaveling van de zorg die Machiavelli goed zou hebben begrepen. En we zien dat de politiek aarzelt. Was dit nu allemaal wel een goed idee? Men aarzelt om grotere delen van de zorg over te geven aan systeem van vrije prijsvorming en vrije onderhandelingen. Men twijfelt over al die hele grote instellingen. Men overweegt of er niet een aanvullende fusietoets voor de zorg zou moeten komen, naast de normale markt controle door de Nederlandse Mededingings Autoriteit. Iedere keer als in het nieuws komt dat in een of ander ziekenhuis patiënten aangesloten bij een bepaalde verzekeraar met voorrang, met spoed of met korting worden behandeld gaat er een schok door de politiek. Recent nog in het Kennemer Gasthuis, waar je na bijbetaling van 900 euro aanspraak kon maken op een snellere behandeling. Eerder was er het Diaconessenhuis in Leiden, waar men versnelde behandeling aanbood aan verzekerden van een bepaalde verzekeraar. Je hoort op zo'n moment voorstanders van de marktwerking en van het nieuwe stelsel in alle ernst beweren dat er natuurlijk wel afspraken mogen worden gemaakt over versnelde behandeling, maar dat deze niet ten koste mogen gaan van andere patiënten. Tja, wat zou dan nog de reden moeten zijn om je te verzekeren bij een verzekeraar die zo'n speciale deal getroffen heeft? De introductie van marktwerking in de sfeer van de zorg betekent een inbreuk op het traditionele verdelingsprincipe: verdeling naar rato van urgentie en behoefte. Volgens mij wijzen al die aarzelingen erop dat men die consequentie eigenlijk nooit echt heeft gewild. Men heeft blijkbaar gedacht dat de introductie van marktwerking aan alle kanten win win win situaties zou creëren. Men heeft in de politiek ook enige spijt van alle regel- en administratiegekte. Men spreekt tegenwoordig mooie woorden over professionals die weer zouden moeten doen waar ze voor opgeleid zijn, en niet de helft van hun tijd zouden moeten doorbrengen boven hun dossiers of achter de computer. Men wil minder papieren rompslomp. Maar dat betekent weer niet dat men afwil van de transparantie, het kwaliteitsbeleid en de verbetertrajecten. Blijkbaar leeft bij sommige politici het idee dat er ook zoiets bestaat als 'zuivere administratieve rompslomp' en je die dan pijnloos zou kunnen afschaffen.

Gegeven deze weifelmoedigheid van de politiek, wat zou dan het advies moeten zijn aan de zorgsector? Wat mij een lief ding waard zou zijn is als de zorgsector gewoon haar eigen koers zou blijven varen en zelf zou vasthouden aan die sfeereigen

principes. Voor medische en andere zorgprofessionals zou dat vanzelf moeten spreken, maar er zijn ook managers en bestuurders in de zorg die zich verbonden voelen met de zorg en met de medewerkers in hun instelling. Het zijn daar echt niet alleen maar Machiavellistische bestuurders. Denk aan de wijkverpleegkundigen in Denemarken uit het proefschrift van Hannerieke van den Boom, die gewoon niet meedoen met de registratiegekte en alle managementmodes. Niet altijd meedenken met politici en hogere machten. Niet overal proactief op inspelen. Niet zo bang zijn om ergens een boot te missen. Laat sommige dingen gewoon overwaaien en hou vast aan bewezen waardevolle, breed gedeelde principes.

Als je kiest voor een eigen koers betekent dat lang niet altijd: kiezen voor grootschaligheid. Kleinschaligheid heeft een heleboel voordelen, herhaal ik nog even mijn lessen uit Utrecht: kortere lijnen, meer gemeenschapsgevoel, minder bureaucratie. Maar soms is grootschaligheid beter. Onder chirurgen loopt momenteel een discussie over specialisatie. De algemene heelkunde is zo groot geworden dat niemand meer kan claimen dat hele terrein te beheersen. Men knipt het op in stukjes. Maar hoe klein moeten die stukjes worden: moet je een algemene vaatchirurg hebben? Of een nog meer gespecialiseerd aneurysma specialist? Hoofdhals chirurg? Of hersenchirurg? Halschirurg? Als iemand een heel klein specialisme heeft moet de zorg zo zijn georganiseerd dat hij of zij toch nog voldoende patiënten ziet en als er heel veel verschillende specialisten zijn moet er heel goed worden nagedacht over de vraag hoe een dienstenrooster er dan uit moet zien. Moet er van drie specialismen een chirurg dienst hebben? Van vijf? Van twaalf? En hoe organiseer je dat dan? Het is best mogelijk dat grootschaligheid een manier is om deze problematiek het lijf te bieden. Het is ook denkbaar dat bepaalde dure apparatuur alleen lonend is in heel grote instellingen met heel veel patiënten. Het is bovendien niet per se onmogelijk om grote instellingen toch menselijk te besturen. De eerder aangehaalde Annemiek Stoopendaal keek naar het bestuur van een aantal mega-instellingen. Zij zag dat er daar ook wel bestuurders werken die zich niet verschansen in een prachtig kantoor met een secretaresse en een privé chauffeur, maar die de werkvloer bezoeken om daar te praten met patiënten en medewerkers. Stoopendaal beschrijft de directeur van een heel groot ziekenhuis:

Hij is zuinig met ziekenhuisgeld, maar geeft ook zelf het goede voorbeeld.  
“Bestuurders en managers rijden niet in (grote) auto’s van de zaak, de

jaarlijkse managementteamvergadering wordt vanwege de kosten en de beeldvorming niet op de hei gehouden maar in het ziekenhuis zelf, er worden weinig externe adviseurs of interim managers ingeschakeld.”

Stoopendaal observeerde ook in een grote instelling voor verpleging en verzorging, waar zowel medewerkers als bewoners gehecht zijn aan hun routines: aan hun vloerbedekking, hun winkeltje, hun naamplaatjes en hun kleding. Daar wordt eindeloos de tijd genomen voor beslissingen over koekjes bij de koffie, nieuwe kopjes en nieuwe vloerbedekking. Ik citeer:

“Deze organisatie is als een eiland waar de tijd enigszins stil is blijven staan. De manier waarop er wordt gewerkt en samengeleefd in deze organisatie geeft, in vergelijking met de twee andere organisaties, een anachronistisch gevoel van bijna voorbije weldadigheid. Alsof er ondanks modernisering en schaalvergroting hier nog een klein bolwerkje van een oude sociale structuur is blijven bestaan, een bolwerkje tegen verharding en verzakelijking. De bestuurder beheert de menselijkheid en dat gedrag wordt gekopieerd en gewaardeerd.”

Het kan dus wel. Maar ga niet lichtzinnig over tot fusies, schaalvergroting of reorganisaties. Bedenk bij elke verandering:

Schaalvoordelen zijn in Nederland niet waarschijnlijk. Wij hebben al relatief grote instellingen, nog groter groeien leidt waarschijnlijk niet tot efficiency winst. En zelfs als er nog enige efficiencywinst te behalen valt, bezin je dan vooral op alle nadelen. Veranderen kost tijd en geld. De transactiekosten zijn groot. Het doorbreken van routines maakt iedereen onzeker. Dat kan ten koste gaan van normaal eigen initiatief van medewerkers. Zij durven niet meer af te gaan op hun informele contacten, ze durven niet meer te improviseren, want ze weten niet wat in de nieuwe structuur precies wel en niet van hen gevraagd wordt.

Het zou mooi zijn als zorgmanagers en zorgbestuurders hier een oud adagium zouden overnemen uit de medische ethiek, dat we zowel bij huisartsen als bij chirurgen nog heel veel tegenkwamen. In dubio abstine. Bij twijfel: niet doen. Niet opereren, geen medicijnen geven, niet gaan behandelen. En voegen we daaraan toe: niet reorganiseren, niet fuseren, niet vergroten en niet veranderen.

Dank u wel.