

Toe zien in de zorg

De macht van angsten en de kracht van vertrouwen

We zijn boos over wat de zorg kost, over wat de zorg presteert en over het bestuur van de zorg. De boosheid hierover gaan we te lijf met meer regels en meer toezicht — een garantie op nog meer ergernis. Om de agressie jegens cliënten, verzorgers, managers, toezichthouders en overheid te laten verdwijnen, moeten we de ouderdom weer gaan zien als een voortzetting van het leven met andere middelen. Han Noten: ‘De scheiding in ons denken tussen “zelf leven” en “verzorgd worden” moet veel minder strikt worden dan zij nu is.’

HAN NOTEN

Het moet herkenbaar zijn. Je bereidt een artikel voor dat je wilt gaan schrijven en opeens slaat de schrik toe: ‘Dit gaat niet lukken!’ Bij mij kun je het moment dat zich dat gevoel gaat voordoen, aflezen aan de omvang van het dossier. Dat wordt steeds dikker met steeds meer invalshoeken, en het wordt steeds moeilijker om een beeld te krijgen van waar het nu uiteindelijk in de kern om gaat. Dan moet het hoofd weer leeg — de stal moet worden uitgemest.

Op dat punt sta ik nu in mijn zoektocht naar de bron van de grote problemen waar de ‘zorg’ mee kampt in onze samenleving. Het is een bijzondere zoektocht, een queeste welhaast. De voorbereiding is mislukt, maar ik wil u als lezer graag meenemen in het proces van die mislukte

voorbereiding om te kijken of we van dat proces toch iets kunnen leren.

Mijn doelstelling is redelijk cerebraal. Ik wil ruimte creëren in uw en mijn hoofd om beter te begrijpen wat er gaande is in de wereld van de zorg. Die wereld is erg groot en divers. Mijn verhaal zal zich daarom vooral richten op de ouderenzorg. En ik kom niet tot een conclusie in de trant van ‘zo is het en zo moet het worden’. Ik hoop dat ik u daarmee niet op voorhand teleurstel.

65

KWAADHEID EN ONMACHT

De zoektocht begint eigenlijk bij mijzelf. Ik ben voorzitter van ActiZ, de organisatie voor ondernemers in de verpleeg- en verzorgingshuiszorg, thuiszorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Officieel ben ik dat twee dagen per week, maar men is zo iets natuurlijk zeven dagen per week. Dat merk ik wanneer ik als voorzitter gecon-

Over de auteur Han Noten is lid van de Eerste Kamer voor de PvdA en voorzitter van ActiZ

Noten zie pagina 75

fronteerd word met zaken die me kwaad maken. En dat gebeurt steeds vaker.

Het is een soort kwaadheid die gerelateerd is aan onmacht. En die onmacht hangt samen met het beeld van de zorg waarvan ik merk dat het in de samenleving bestaat. Ik kan het aan de omvang van mijn mailbox zien als er een 'zorg'-aflevering is geweest van *NOVA* of *EenVandaag*, en ik hoef echt niet naar *Uitzending Gemist* te gaan om te weten waar deze over ging. Natuurlijk, de naam is anders, de plaats is anders, maar de sfeer en beeldvorming zijn iedere keer hetzelfde: die van een sector in zwaar weer.

Ik word geconfronteerd met verhalen over de slechte behandeling van ouderen in de verpleeghuizen door een schrijnend gebrek aan personeel, met de werkelijkheid van de omvallende Meavita's, met de nieuwe cijfers over de resultaten van onze sector. Ik zie dat de bedrijfstak — met name de ouderen- en thuiszorg — langzaam maar zeker in een negatieve spiraal terecht is gekomen.

Het vreemde is dat, paradoxaal genoeg, tegelijkertijd bij veel burgers het beeld bestaat dat de zorg in hun directe omgeving eigenlijk helemaal niet zo verkeerd is. En internationaal gezien wordt de kwaliteit van de ouderen- en thuiszorg in ons land hoger gewaardeerd dan in de landen om ons heen. Maar er is een maatschappelijk gevoel dat het heel erg slecht gaat met de zorg, en dat het alleen nog maar slechter zal worden. Pas nog, op de verjaardag van mijn moeder hoorde ik de klacht: 'Ja, we betalen steeds meer en we krijgen steeds minder.' Als ik dan vraag naar de concrete situatie waarin mensen zelf zich bevinden, dan ligt het allemaal veel genuanceerder. Maar toch, al met al bestaat een uiterst negatief beeld van de zorg.

STIJGENDE KOSTEN

Een gevoel van onmacht overvalt me misschien nog wel sterker als het gaat om het vraagstuk van de kosten van de zorg. U weet, we hebben een probleem: de kosten van de zorg rijzen de pan uit. U weet het misschien ook wel helemaal

niet en ik weet het soms eigenlijk ook niet, maar het is wel een zeer krachtig doembeeld: de kosten van de ouderenzorg rijzen de pan uit, en het is de vraag of een almaar stijgende premiedruk wel gedragen kan worden. De demografische ontwikkelingen zullen bovendien alleen maar leiden tot nog weer een verdere toename van de zorgkosten in de toekomst.

Met behulp van het dossier dat ik gemaakt heb, zal ik proberen dit beeld te nuanceren en zal ik ordening aanbrengen in de discussie, die tot een beter begrip kan leiden. Ik behandel een paar vraagstukken om uiteindelijk terecht te komen bij het vraagstuk van het toezicht en bestuur in de zorg. Ik begin bij de kosten, omdat die kosten uiteindelijk zo ongelofelijk dominant zijn in alle discussies.

Ik beperk me voor het gemak even tot de stijging van de kosten van de ouderenzorg. Hoe hebben die kosten zich de afgelopen jaren ontwikkeld ten opzichte van de kosten in de cure? In 2005 waren de uitgaven voor de ouderenzorg € 12,7 mrd, voor de ziekenhuizen en specialistenpraktijken € 17 mrd.¹ In 2009 waren die nominale kosten € 15,4 mrd, respectievelijk € 21,3 mrd.

Dit zijn dus de kosten van de ouderenzorg ten opzichte van de kosten van alle burgers die een beroep doen op de cure. De cure-kosten zijn meer gestegen dan de kosten voor de ouderen, zowel in absolute zin als percentueel. Dat is een heel interessant gegeven. Tussen beide uitgaven wordt, zonder dat we ons daar zo bewust van zijn, een flinke wig gedreven.

Het is demagogisch, maar ik heb toch een keer op een rijtje gezet wat nu de kostenontwikkeling in de ouderenzorg zijn ten opzichte van de vakantie-uitgaven. Het CBS registreert de kosten van korte vakanties (langer dan één nacht van huis) en van lange vakanties. Laat ik niet lullig doen en die getallen als uitgangspunt nemen — dus de pretparken zitten er niet bij; u moet echt al minstens één nachkje buiten de deur slapen. In 2002 was dat bedrag € 12,6 mrd, in 2005 € 13,7 mrd en in 2009 gaven we met z'n allen al € 15,1 mrd uit aan vakanties. In 2005 is

het totale budget wat wij samen uitgeven voor vakanties het volume van wat we uitgeven voor ouderenzorg voorbijgegaan, en in 2009 waren de bedragen, ondanks de crisis, bijna gelijk. Cijfers over 2010 zijn nog niet bekend, maar de verwachting is weer een sterke verhoging van de vakantie-uitgaven.

Een wat absurde vergelijking zult u misschien zeggen, maar die absurditeit drukt ons wel met de neus op een interessant fenomeen. Achter al die financiële plaatjes van de ziekenzorg, de ouderenzorg en de vakanties zit een 'normatief kader', een waardesysteem wat bepaalt wat kosten zijn en wat uitgaven. Het geld voor vakanties zijn uitgaven, het geld voor de ouderen zijn kosten en een vergelijking tussen beide is absurd. Zo denken we er blijkbaar over.

Dit normatieve kader bepaalt onze bereidheid om de stijgende kosten voor de ouderenzorg te betalen — en die bereidheid neemt af. Het is echter te gemakkelijk om daaruit te concluderen dat de stijging van de kosten een probleem vormt. Het zou ook zo kunnen zijn dat de waarde die we hechten aan die ouderenzorg relatief afneemt. Ik acht dit een aannemelijke hypothese. Hebben wij die toegenomen kosten afgezet tegen de demografische ontwikkelingen? Hebben we ze in het licht geplaatst van de door de welvaartstijging veranderde opvattingen over 'normale' zorg? Vroeger vonden we twee tot zes personen op een kamer normaal, maar tegenwoordig niet meer. Als we hierover nagedacht zouden hebben, dan hadden we die toegenomen kosten begrijpelijk gevonden. In plaats daarvan zijn we — als samenleving — de ouderenzorg als een last gaan beschouwen, als een kostenpost.

Waarom noemen we deze zorg een kostenpost? Ik heb de discussie over de bezuinigingen in de afgelopen anderhalf jaar nogal vreemd gevonden. Wat me opviel als vertegenwoordiger van een werkgeversorganisatie, want ook de zorg kent werkgevers, is dat vooral vanuit VNO en MKB Nederland krachtig gestuurd wordt op bezuiniging in onze sector. Want uitgaven in de zorg zijn collectieve kosten en die moeten we als samenleving zoveel mogelijk reduceren. Ik

heb toen in een debat een vraag gesteld: 'Als wij een collectieve kostenpost zijn, moet ik dat dan vergelijken met de wegenbouw in dit land?'

Ik bleek op dat moment de zaak niet goed begrepen te hebben, maar ik denk dat ik de zaak wel goed begrepen heb. Want de wegenbouw in dit land is voor honderd procent een collectieve uitgave, maar er wordt niet op die manier naar gekeken. Er is echt niemand die roept dat er minder wegen moeten komen omdat de uitga-

Geld besteed aan vakanties zijn uitgaven, geld besteed aan ouderen zien we als kosten

ven in de wegenbouw collectieve kosten zijn, en we die zoveel mogelijk moeten reduceren. In de zorg gebeurt dat wel. Dat betekent dat we niet alleen in vergelijking met de particuliere uitgaven voor vakanties in een totaal ander waardesysteem zitten, maar ook in vergelijking met de collectieve uitgaven voor het bouwen van wegen.

Nog een paar vergelijkingen: ook het onderwijs heeft een economische meerwaarde en hetzelfde geldt voor 'de veiligheid' in ons land. Ja, zelfs voor de kinderopvang zijn we ervan overtuigd dat het een belangrijke economische meerwaarde heeft. Het bijzondere is dat we dat van ouderenopvang niet vinden. Ouderenopvang heeft géén economische betekenis.

OUDERENOPVANG

Dat woord 'ouderenopvang' heb ik eerlijk gezegd eerder nooit durven gebruiken, maar misschien is een deel van onze business inderdaad wel ouderenopvang. Dat brengt me bij een tweede vraagstuk dat ik wil behandelen: de plaats van de zorg tegen de achtergrond van de maatschappelijke veranderingen. Ik denk oprecht dat wij als samenleving een buitengewoon mooie relatie hebben met de ouderenzorg.

En dat komt, denk ik, omdat die relatie voor een belangrijk deel bepaald wordt door emoties van schuld en schaamte. Wanneer de collectieve ouderenzorg aan de orde is, — of het nu in de Tweede Kamer is of binnen het huisgezin — dan voelen we ergens diep van binnen dat we eigenlijk zelf voor onze ouders moeten zorgen. Spreek het woord ‘ouderenzorg’ maar eens net iets anders uit en zeg ‘ouderszorg’. Dat doet zeer! Ouderenzorg, daar kunnen we nog afstand van houden. Die gaat niet over mij en niet over mijn moeder. Maar ouderszorg gaat over mijn moeder. En haar moeder was dement en misschien wordt zij het ook. Het uitbesteden van die ouderszorg is pijnlijk.

Natuurlijk is het ontstaan van de collectieve ouderenzorg rationeel heel goed te verklaren; we hebben geen hele rits zussen en broers meer met wie we gezamenlijk de zorg op ons kunnen nemen, de arbeidsmarkt is veranderd, kinderen wonen niet meer in de buurt van hun ouders. We moeten en kunnen zoveel meer dan werken, zorgen en bidden. Kern van wat ik probeer te verwoorden is dat het misschien wel eens zou kunnen zijn dat volgens ons intrinsieke waarde-systeem de zorg voor ouders iets is zoals de zorg voor kinderen: dat hoor je eigenlijk zelf te doen. Misschien ondersteund door ouderenopvang, maar niet overgenomen door ouderenopvang. En daarom is het ook heel logisch dat de ouderenzorg en ook de thuiszorg van oudsher privaat waren.

Het is echt een rare misvatting in politiek Den Haag, en ook van een heleboel mensen daarbuiten, dat we de ouderenzorg aan het privatiseren zijn. Het oorspronkelijke kenmerk van de zorg voor de ouders is lokale, private zelforganisatie en vrijwilligerswerk. En laten we niet badinerend doen over dat vrijwilligerswerk: het was een ‘Gemeinschaft’ met een lange voorgeschiedenis, een private wereld waarin mensen samen zorgden voor hun eigen ouders. Die private wereld is de afgelopen decennia verstatelijkt. De concrete aanleiding vormde de woningnood na de Tweede Wereldoorlog. Om de grotere woningen voor de snel groeiende

gezinnen vrij te krijgen werden in snel tempo bejaardenoorden gebouwd. Ouderen schreven zich vaak al op hun zestigste in om zodoende op hun vijftenzestigste een plaatsje te hebben in het bejaardenoord. In de loop der tijd veranderden deze bejaardenoorden geleidelijk in verzorgingshuizen en de bejaarden werden ouderen met een veel hogere leeftijd.

Het is een rare misvatting dat we de ouderenzorg aan het privatiseren zijn — deze is van oudsher juist privaat

De ouderenzorg werd een ‘Gesellschaft’, een formele door de staat gefinancierde en gecontroleerde organisatie. De invloed van de overheid op de uitvoering en de organisatie van de zorg is sindsdien alleen maar toegenomen. Misschien niet in juridische termen maar wel in proces-termen. Het staat onomstotelijk vast dat de ouderenzorg steeds meer geprofessionaliseerd, geanonimiseerd en geïnstitutionaliseerd is. De drijvende krachten achter deze ontwikkeling zijn door bestuurskundigen uitvoerig beschreven.² Alles bij elkaar beslaat die ontwikkeling, denk ik, een periode van vijfentwintig, hooguit dertig jaar.

Ik wil nog iets over dat woord professionaliseren zeggen, omdat ik in verwarring gebracht wordt door de betekenis waarin dat woord vaak gebruikt wordt. Mijn goede vriend Ben heeft een ouder broertje die zwaar epileptisch en verstandelijk gehandicapt is. Dat is hij al van vlak na zijn geboorte, toen hij een hersenbloeding kreeg. Het is een schat overigens, een schat van dik zestig jaar. Toen hij een jaar of zes was sloeg hij Ben met een zwabber een fors gat in zijn hoofd en dat was het moment om te constateren dat het thuis echt niet meer ging en er een ander huis voor Harm, want zo heet hij, gezocht moest worden. Hij kwam terecht in een huis met vijf

andere mensen, dat werd gerund door twee vrouwen — die werden ‘tante’ genoemd. Ik heb geen idee over hun opleiding — ik sluit niet uit dat ze die überhaupt niet hadden. De ene tante was lief en de andere tante was streng. Over hun onderlinge relatie zit ik nu ook even na te denken — het kan best zijn dat ze meer van elkaar waren dan ‘tantes’. Als wij het hebben over een toekomst van de zorgverlening, dan doet vaak het beeld bij me op dat ik had toen ik dit verhaal hoorde. Dat is het beeld van een heel warme, verstandige, persoonlijke omgeving, waarin — denk ik — professionele zorg werd verleend. Die zorg was echter niet geprotocoliseerd. Het woord epilepsie werd nauwelijks gespeld. Het was een wereld die daar ter plekke vorm kreeg, met alle voor- en nadelen van dien.

De professionalisering in de zorg waar we tegenwoordig over spreken, dekt een heel andere werkelijkheid. Hierin gaat het om het verhogen van de kwaliteitsstandaards. Het vaststellen van die standaards in technische termen is het protocolleren van het proces. Ergo, het professionaliseren anno 2011 staat gelijk aan het protocolleren van het werk. Dat heeft zeker voordelen, maar ook nadelen: het schept afstand.

Die afstand is de reden dat mijn oma niet wilde dat ik dokter zou worden. Ze zei altijd: ‘Je mag alles worden behalve dokter.’ Want ze had een hekel aan dokters — die stonden op te grote afstand van de burgers. In ons dorp, ik kom uit het Zuiden, daar was het een soort drie-eenheid: Onze Lieve Heer, de burgemeester en de dokter. In die volgorde. Onze Lieve Heer, daar had je niet zoveel last van, want dat was alleen op zondag. En de burgemeester moest ook een ketting om: die vertegenwoordigde het dorp en dat moest waardig gebeuren. Maar de dokter, daar had ze een rare relatie mee. Ik snap dat wel, want enerzijds moest hij (het was altijd een hij toentertijd) uitstralen dat hij voor elke kwaal een oplossing wist, maar anderzijds verlangden men van hem ook nabijheid en warmte.

Van een warme professionele, private Gemeenschap hebben we de ouderenzorg getransformeerd in een zakelijke professionele,

publieke Gesellschaft. Vervolgens zijn we in die publieke Gesellschaft het marktprincipe gaan inbouwen. De zorgorganisaties zijn hierdoor hybride organisaties geworden. En daar krijgen we gratis het soort bestuurders bij dat bij marktwerking hoort, inclusief hun salarissen. Morele verantwoording over deze gang van zaken is wat mij betreft ongerijmd.

Bij de introductie van de marktwerking is te veel voorbijgegaan aan het feit dat als je de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg wilt garanderen, je ook moet nadenken over de vraag hoe je maatschappelijke steunstructuren organiseert. De markt doet dat niet voor je. De markt garandeert geen 24 uur beschikbaarheid en de markt hanteert geen lage tarieven voor het aantrekken van steunkousen op het platteland van Groningen. De markt krijg je ook niet zover dat ze investeert in het voorkomen van de zorgvraag zonder dat ze daarvoor beloond wordt. De zorgverlener en de zorgvrager zijn misschien allebei uit op het minimaliseren van de zorgbehoefte. Van de markt is dat nog maar de vraag. Ik wil hier dan ook geen pleidooi houden voor meer marktwerking in de ouderenzorg, wel voor minder staatswerking.

SCHULD EN SCHAAMTE

De ouderenzorg als Gesellschaft is paradoxaal. Zorgen voor je ouders is je eigen verantwoordelijkheid, je verdient er geen geld mee en de motivatie is intrinsiek, behoort tot het wezen van de relatie die je met je ouders hebt. De verzakelijking van de Gesellschaft past daar niet bij. In de zorgorganisaties die we in de loop van de jaren gecreëerd hebben, zijn die waarden losgelaten, of beter: ze zijn niet losgelaten maar verstopt achter kwaliteitseisen, protocollen, competentie modellen, controleformulieren, individuele activiteitenplannen, vraagverduidelijkingsgesprekken, et cetera. Ze zijn verstopt door op wantrouwen gebaseerde institutionalisering, met alle ellende van verantwoording, controle, bureaucratisering en ten slotte anonimisering van de relatie zorgvrager-zorgverlener als resultaat.

Het gevoel is een massaal gevoel van tekortschieten bij kinderen én bij medewerkers in de ouderenzorg. Dat gevoel willen we compenseren met de eis tot het herstel van de 'gemeenschappelijke' waarden: passie, liefde en persoonlijke verzorging naar omstandigheden. En dat in een organisatiecontext die daar niet (meer) op berekend is. Abraham de Swaan, de uitvinder van de paradox van de collectieve actie, zou hier zijn vingers bij aflikken. Zijn stelling is heel simpel³: de paradoxen van collectieve actie ontstaan (en verdwijnen ook weer) doordat de verwachtingen die mensen van elkaar hebben zich wijzigen met de verhoudingen waarin zij tot elkaar staan. Wordt wantrouwen heersend, dan zal de intrinsieke bereidheid om aan collectieve acties deel te nemen, gering worden. Hoe hard er ook geroepen wordt om meer passie, meer liefde, meer persoonlijke aandacht; dat gebeurt niet zomaar. Net zomin dat je iemand kunt opdragen om spontaan te zijn. Als je tegen iemand zegt 'wees spontaan', dan geef je hem een opdracht die hij niet kan uitvoeren. Of mijn moeder met Kerstmis: 'Nu is het gezellig' (ik kom uit Limburg); een betere aanleiding tot ruzie was er niet.

Als ik die twee dingen, de behoefte aan passie en liefde en een met elkaar geschapen systeem van wantrouwen en controle, bij elkaar optel dan kom ik tot een model (het klopt misschien niet helemaal, maar dat is mijn manier om te proberen het te begrijpen). Wij, u en ik, wij allemaal voelen ons schuldig en schamen ons. En het is een psychologisch gegeven dat als iemand je schuldig en schaamtevol laat voelen, je ongelofelijk kwaad wordt. Daar kunnen mensen niet tegen. En die kwaadheid projecteren we op degene die ons dat schuldgevoel bezorgt. U herkent het wel, denk ik. Wat doen we met die schuld en schaamte? Die zetten we om in agressie op het systeem. En de systeemeigenaren zitten in Den Haag, dat is de politiek.

Wat kan de politiek met die agressie? Ze kan objectiveren: het aantal pyjamadagen op het totale aantal dagen in de zorg; het aantal cliënten en familie met klachten op het totale aantal

cliënten en familie; het aantal ongelukken per patiënt, et cetera. Ze kan aan de hand van de nieuwste cijfers over de ouderen- en thuiszorg laten zien dat langzaam maar zeker een bedrijfstak ontstaat die met negatieve vermogens en negatieve resultaten werkt. Ze kan aanvoeren dat meer dan de helft van de organisaties, als er sprake zou zijn van een markt, technisch failliet is. Dat het geld op raakt. Maar die objectivering werkt dus niet.

Iedereen is vreselijk benauwd om een beslissing te nemen waar hij later op afgerekend kan worden

Vervolgens gebeurt er niets omdat iedereen vreselijk bang en benauwd is om een beslissing te nemen waar hij later op afgerekend kan worden. Tenminste, ik heb niet het gevoel dat er sprake is van een naderende politieke doorbraak om in de AWBZ de uitgaven in de hand te houden en de zorg dichter bij de cliënten te krijgen. Het is heel prettig om in de Tweede Kamer te praten over het foute gedrag van bestuurders of toezichthouders in de zorg. Het is veel ingewikkelder om daaruit conclusies te trekken en risico's te nemen als het gaat om systeemwijzigingen.

Wat wel gebeurt, is het overdragen van angst naar de organisaties, en naar de bestuurders van de organisaties. Het is interessant om te zien hoe dat in zijn werk gaat. Want de overdracht is niet zo van: hier krijgt u van mij een beetje collectieve angst. Die angst wordt op een institutionele manier overgedragen. Die angst wordt gesplitst. Angst voor de kwaliteit, daar hebben we de toezichthouders voor. En angst voor de tarieven, daar hebben we de toezichthouders voor. Dan is er een angst of de horecawetgeving wel adequaat wordt toegepast, daar hebben we de toezichthouders voor. En angst dat de werknemers worden uitgebuit, daar hebben we wel drie toezichthouders voor.

Angst voor stijgende kosten? Daar hebben we verschillende financieringsstromen voor. Angst voor het effect dat die financieringsstromen leiden tot inefficiënt gedrag? Daar hebben we de financieringsstromen voor opgedeeld in handelingen. Angst voor een onterechte verrichting van die handelingen? Daarvoor hebben we toezichthouders op de indicatiestelling.

Kim Putters zette onlangs alle toezichthouders in de zorg op een rij. Het bleken er veertig te zijn. Ook de onoverzienbare hoeveelheid wet- en regelgeving is om bang van te worden. Voor een kleinere organisatie is deze onnavolgbaar. Lees om een beeld te krijgen een keer de Wet toelating zorginstellingen (wtzi). Dat heb ik ooit gedaan. Aan die wet moeten de zorginstellingen zich allemaal houden. En ik durf te wedden dat ze geen idee hebben wat die wet behelst, al doen ze ongetwijfeld hun best.

Wat doen al die zorginstellingen die al die gesplitste angst over zich heen krijgen, en wat doen die bestuurders in de zorginstellingen? Die denken: dit gaat een keer fout. Ik weet nog niet welke wet, maar er is een wet waar ik me niet aan houd, en binnenkort komen ze langs en gaan ze het me vertellen. Tijdens mijn eerste bestuursvergadering als voorzitter van ActiZ, werd een van mijn medebestuurders weggeroepen omdat een demente bewoner een medebewoner met een

Voor kleine organisaties is de wet- en regelgeving onnavolgbaar

vaas op het hoofd had geslagen. Een dodelijk klap. Niet alleen een dramatische gebeurtenis, maar ook een dagelijkse gebeurtenis in een sector waar vierhonderdduizend mensen werken en één miljoen mensen leven. Er is geen protocol dat dit kan voorkomen. Maar de organisatie, en de mensen die er werken, zijn op zo'n moment afschuwelijk kwetsbaar voor het publieke oordeel.

Tijdens de tweede vergadering werd een collega weggeroepen omdat een kraamhulp was gearresteerd wegens babyroof. Op verzoek van

de huisarts weliswaar, omdat er acuut gevaar dreigde. Maar toch, ook hier is geen protocol te bedenken.

Toen ik de eerste keer manager werd dacht ik bij mezelf: jeetje, straks komen ze erachter dat ik dit helemaal niet kan. De gemiddelde bestuurder van een zorginstelling moet die angst volgens mij ook hebben. Er zijn zoveel wetten. Zoveel risico's. Die zorgbestuurders geven die angst weer door aan hun medewerkers, en ze vertalen die angst in hun organisatie en besturing van het zorgproces. Dat moeten ze, omdat ze anders denken de controle te verliezen. Boosheid, angst, angstsplitsing, overdracht, nog weer overdracht: uiteindelijk komen we terecht op de plek waar iemand die zorg nodig heeft en iemand die zorg verleent, elkaar ontmoeten.

Maar ho even! Welke wet is hier van toepassing? Want mevrouw is net uit het ziekenhuis gekomen vanwege een operatie, is vervolgens gevallen. Zulke dingen gebeuren natuurlijk. Maar het duurde zes uur voordat ze werd gevonden en in die tijd heeft ze de vloer bevuild. Hier zijn wel drie wetten van toepassing: schoonmaken van het huis (WmO), de zorg voor mevrouw (AWBZ) en de specialistische hulp (Zvw). En met een beetje pech tijdens de aanbesteding zijn er ook drie zorgverleners (drie organisaties, drie financieringsstromen, drie maal factureren).

Snapt u hoe het kan? Ik snap het nog steeds niet. Er is gewoon iemand die zorg nodig heeft. Ik begrijp heus wel dat er zoiets als concurrentie moet zijn, en dat het gevolg dus is dat er drie zorgaanbieders moeten zijn en dat die elkaar de tent uitvechten — omdat anders de drang om te presteren verdwijnt en er geen dynamiek is om te innoveren. Maar die splitsing, die voortkomt uit pure angst, leidt tot een waanzinnige controle die uiteindelijk volstrekt bizarre en inefficiënte zorgprocessen tot gevolg heeft.

ZORGCONSUMENT FRANKENSTEIN

In de door angst gedreven drift om de zaak onder controle te houden, zit — daar ben ik van overtuigd — de oorzaak van het probleem in de

zorg. Het probleem zit niet in het zorgproces zelf. Het probleem zit hem in de manier waarop wij proberen dat proces te sturen, te beheersen, te controleren en vorm te geven. En ik heb voor iedereen begrip, want we kunnen er allemaal niks aan doen. Het zit diep in de verwachtingen en het handelen in onze samenleving.

In de door angst gedreven drift om de zaak onder controle te houden zit de oorzaak van het probleem in de zorg

Foucault⁴ beschrijft de besturingsprocessen van een zorginstelling — evenals die van gevangenissen, fabrieken en kantoren — in een sociaal-maatschappelijke context van machtsuitoefening en controle. Wij hebben in onze moderne samenleving een permanent streven geïnternaliseerd naar controle over en disciplineren van het individu. Ook al weten we dat de zekerheid van het kunnen beheersen van het gedrag van anderen, maar ook van onszelf, quatsch is, toch streven we naar die zekerheid. Die controle en disciplineren wordt volgens Foucault gevoed door een gezamenlijk gedeelde waarheidsmacht. Hij beschrijft hoe vanaf de zeventiende eeuw zich een wil tot weten ontwikkelt die, vastgelegd in schema's van mogelijke, waarneembare, meetbare en klasseerbare objecten, ons een 'zekere plaats, een zekere blik en een zekere functie' moet geven.

Er is een permanent streven naar harde maatstaven voor verifieerbare en nuttige kennis. We zien dat terug in de discussies in de media met specialisten, patiënten, zorgverzekeraars, zorgbesturen, lokale, regionale en landelijke politici. Er moet kennis zijn, er moet transparantie zijn, er moet verantwoording worden afgelegd aan de hand van harde maatstaven. 'Waar dat niet adequaat gebeurt,' zo zegt Putters, 'wordt opnieuw de oplossing gezocht in betere struc-

turen, heldere verantwoordelijkheden, betere veiligheidssystemen, dwingende keurmerken, en meer transparantie-eisen rond prijs én kwaliteit.'⁵ Elke keer weer is er die neiging — of het nu vanuit de markt is of vanuit de overheid — 'om er naar aanleiding van misstanden nog een tandje bij te doen.'

Terecht merkt Putters op dat deze vorm van bestuurlijk handelen 'wegdrijft van waar het om draait: de goede zorg voor de patiënt'. Wantrouwen stuurt de patiënt-zorgverlenerrelatie — vertrouwen is er alleen in contracten en meetinstrumenten. Ik denk, en dit is het centrale punt, dat wij in de maatschappij met z'n allen zijn gaan denken dat de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager zonder vooraf gemaakte afspraken en opgestelde contracten onvermijdelijk leidt tot een maximale zorgvraag en een maximaal zorgaanbod. De gedachte dat als je de processen in de zorg niet tot in detail bewaakt, dat leidt tot enorme stijging van de kosten. Als ware het de natuurlijke neiging van een zorgverlener om zoveel mogelijk zorg te geven en de natuurlijke neiging van iemand die zorg nodig heeft, om zo veel mogelijk zorg te vragen. Dit is volgens mij een van de paradigma's die achter het besturingssysteem zit dat we met z'n allen hebben opgebouwd. En ik begin er sterk aan te twijfelen of die veronderstelling wel klopt. Volgens mij heb ik hier een heel fundamenteel punt te pakken als we het hebben over bestuur en toezicht in de zorg.

Zou het niet zo kunnen zijn dat zorgverleners zich er, in tegenstelling tot wat iedere beleidsmaker lijkt te denken, heel goed van bewust zijn dat zorg een schaars goed is in termen van geld en tijd, en dat hun inzet optimaal moet worden aangewend? Dat zij er dus helemaal niet op uit zijn om zo veel mogelijk handelingen te verrichten. Het zou toch op zijn minst interessant zijn om dat te onderzoeken. Zou het zo kunnen zijn dat zorgverleners, als zij hun eigen definitie mogen volgen van wat kwalitatief goede zorg is, intrinsiek gemotiveerd zijn om zoveel mogelijk de cliënt en de omgeving van de cliënt zelfredzaam te maken?

En misschien geldt hetzelfde wel voor de gemiddelde zorgvrager. Onze moeders, denk ik dan bijvoorbeeld, die willen zo weinig mogelijk zorg. Zij willen namelijk zo veel mogelijk zelf doen. Die zijn er helemaal niet op uit om in bed gelegd te worden en om niet meer te mogen lopen. Dat geldt tenminste voor mijn moeder. En het is ook onderzocht. Een analyse van de onderzoeksliteratuur van de laatste vier decennia levert geen bewijs op van de wijdverbreide veronderstelling dat de *moral hazard* van maximalisering van zorgvraag en maximalisering van zorgaanbod inderdaad opgeld doet als geen externe beperkingen worden gesteld.⁶ Het beeld van de individuele zorgvrager als homo-economicus die per definitie het onderste uit de kan wil hebben en naar maximale zorg streeft, klopt niet. Mensen zijn in hun interactie met de zorgverlener daar helemaal niet mee bezig. Die willen het beste zorgresultaat, maar dat is heel iets anders dan zoveel mogelijk uren.

Als de cliënten niet om zoveel mogelijk zorg vragen, en als het niet de natuurlijke neiging van de zorgverleners is om zoveel mogelijk zorg aan te bieden, zou het dan zo kunnen zijn dat

In het regeerakkoord staat dat mensen recht krijgen op een minimaal aantal keren douchen — wat een flauwekul!

het moet van de organisaties? De managers, de bestuurders, ontwikkelen die niet allerlei 'tools' om de productie van zorg te maximaliseren?

Ook voor deze stelling is geen bewijs te vinden. Sterker nog, uit het jaarlijkse benchmark-onderzoek van ActiZ, uitgevoerd door rwc, blijkt dat in de praktijk gemiddeld maar 53% van de indicatie wordt gevuld. In normaal Nederlands: van de hoeveelheid zorg die van het onafhankelijk indicatiestellingbureau mag worden geleverd, wordt in werkelijkheid maar

53% geleverd. En het meest opmerkelijk is dat er geen relatie is tussen de hoeveelheid zorg en de tevredenheid van cliënten.

Geen *moral hazard*, geen homo-economicus, geen opportunistische bestuurders, maar wel een besturingssysteem dat van die niet bestaande werkelijkheid uitgaat. We sturen dus op niet bestaande fenomenen, op basis van veronderstellingen die bewijsbaar niet kloppen, en daarmee roepen we ze op. Abram de Swaan en Margo Trappenburg laten alle twee op pijnlijke wijze zien dat we de calculerende burger juist oproepen door de manier waarop we het systeem inrichten. Door onze manier van sturen creëren we onze eigen Frankenstein: de zorgconsument.

KWALITEIT VAN LEVEN, NIET KWALITEIT VAN ZORG

Het is dus dringend nodig dat we onze verwachtingen bijstellen, alleen dan kunnen we de paradox van de collectieve actie van Abram de Swaan doorbreken. En dan kan het vertrouwen ontstaan dat mensen niet als vanzelf misbruik maken van collectieve gelden. Dan kan geloofd worden dat de logica van het zorgen gericht is op het minimaliseren van de professionele zorg en het optimaliseren van de zelfredzaamheid; dat dit de eigenlijke drijfveren van het zorgproces zijn, de zorglogica van alledag.

Gaan we uit van diametraal andere verwachtingen, namelijk van de minimaal noodzakelijke zorg en van optimale zelfredzaamheid, dan ontstaat een totaal andere definitie van het begrip kwaliteit. Op dit moment zien we kwaliteit als 'het in een zo'n kort mogelijke tijd tegen zo laag mogelijke kosten uitvoeren van de handelingen die we hebben gedefinieerd in ons systeem'. Het begrip 'resultaat' spreekt in geen enkel opzicht een rol. We meten de kwaliteit soms wel, maar we sturen er niet op.

Neem bijvoorbeeld zoiets banaals als het ZorgZwaartePakket-systeem waarin de care uiteengelegd is in een groot aantal handelingen-pakketten, waaraan een tijd is opgehangen om

een budget per pakket vast te kunnen stellen. Een model dus om greep te krijgen op de werkelijkheid. In het regeerakkoord staat dat mensen recht krijgen op een minimaal aantal keren douchen, uitgelaten worden en luierverschoning. Wat een flauwekul! Alsof je op die manier iets

Wie betaalt bepaalt en in het huidige systeem betaalt de cliënt niet

zinnigs zou kunnen zeggen over de kwaliteit van zorg. Maar die verzonnen kwaliteit fixeren we dus wel in een wet. Of mensen er behoefte aan hebben en of het leidt tot een hogere waardering, dat doet er allemaal niet toe. En zo komen we bij een minister die op 28 mei 2010 in een brief aan de kamer schrijft dat de door hem in het kader van kwaliteitsontwikkeling ingestelde regieraad tot zijn grote tevredenheid 'een richtlijn heeft ontwikkeld voor richtlijnen'.

Genoeg gewanhoopt. Het is tijd om het idee van diametraal andere verwachtingen verder uit te werken. De kern van het probleem zit in de wijze waarop we nu 'sturen' in de zorg. Als we er nu eens mee ophouden te vertellen wat de inhoud van de zorg is en wat de kwaliteit is? Als we de overtuiging hebben dat het niet gaat om de kwaliteit van de zorg voor ouderen, maar dat het gaat om de kwaliteit van het leven van ouderen, ligt het voor de hand dat we zowel de inhoud van de zorg als de definitie van de kwaliteit laten bepalen door de zorgverlener en de zorgvrager. Dat is op zijn minst toch een spannende gedachte? Mijn stelling is dat dit zal leiden tot lagere kosten door hogere opbrengsten én, daar ben ik zeker van, duurdere handelingen. Hebt u de economische paradox te pakken? Dus ik moet duurdere handelingen verrichten om te komen tot lagere kosten. Iedereen die Mercedes rijdt snapt wat ik bedoel.

Vraagje (ietwat demagogisch): in wie heeft u meer vertrouwen: in de Tweede Kamer, in de

NMA, de toezichthouders, de inspectie of in de goede intenties en het gezonde verstand van zorgvrager en zorgverlener daar beneden op de vloer? De vraag stellen is hem beantwoorden. Ik redeneer nu van binnen naar buiten. Stel dat mijn stelling klopt. Dan moeten we gaan sturen op de kwaliteit van het proces tussen zorgverlener en zorgvrager. Om te beginnen moeten eisen gesteld worden aan de kwaliteit van mensen die in de zorg werken. Niet aan die van organisaties.

Niet organisaties moeten worden toegelaten tot het systeem, maar mensen. Dat vraagt een radicaal andere manier van sturen die veel beter past bij onze dominante zorgwaarden: passie, persoonlijk aandacht, liefde en vertrouwen. Sociologisch gezien is het systeem zo weer congruent. Hoger gekwalificeerde mensen betekent: mensen met een hogere opleiding en mensen die beter beloond worden en, niet te vergeten, mensen met meer zeggenschap die niet verstikt worden in protocollen, maar gedreven worden door hun eigen vakmanschap.

Sturen op mensen in plaats van op regels, protocollen en controlesystemen is niet vrijblijvend, want het betekent dat de 'nieuwe' zorgverlener geconfronteerd wordt met schaarste. En het betekent meer zelfstandigheid, de mogelijkheid zich te verschuilen achter het gezag van de leidinggevende verdwijnt. Het zal ook een andere bewaking van de kwaliteit vereisen. In plaats van verticale controle, horizontale supervisie — niet vrijblijvend maar verplicht.

Het tweede wat er moet gebeuren, is het versterken van de positie van de cliënten en hun naasten. Die moeten op het paard worden gezet: zij moeten de vraag gaan sturen. Niet de vraag zoals die gefragmenteerd is terug te vinden in protocollen en zorgzwaartepakketten, wel de vraag die ze zelf stellen vanwege hun eigen behoeften. Als we de cliënt echt leidend willen laten zijn, dan is een aantal systeemwijzigingen onvermijdelijk.

De cliënt zal allereerst met de voeten moeten kunnen kiezen. Wie betaalt bepaalt en in het huidige systeem betaalt de cliënt niet. Een

wirwar aan instellingen bepaalt de vraag, het zorgproces, de kwaliteit én de prijs. De cliënt is in dit zoekplaatje nauwelijks te vinden. De introductie van een systeem van vouchers zou hier een oplossing kunnen zijn.⁷ Daarnaast zal de cliënt in staat moeten worden gesteld om zijn zorgvraag op een normale manier te verwoorden. Dus niet in 'geknipte zorg' maar 'integrale zorg'. De veranderingen in morbiditeit, het toenemend aantal 'kwetsbare ouderen' met nieuwe complexe zorgvragen en de veranderen-de opvattingen over zorgbehoeften vragen om integrale zorg. En niemand twijfelt er meer aan dat de zorg gebaat is bij dat integrale aanbod.⁸

Dit alles kan alleen gerealiseerd worden als we ten eerste de complexiteit van de financiering van de zorg durven aan te pakken. Een samenhangende vraag vraagt om een samenhangend aanbod en een samenhangend aanbod vraagt om een eenvoudige financiering. En dat betekent volgens mij dat we langzaam maar zeker moeten durven te constateren dat in onze sector, in ieder geval in de ouderenzorg, de AWBZ geen enkele toegevoegde waarde meer heeft. Het is qua maatschappelijke kosten volledig voorspelbare zorg. Als je als actuaire een pensioen kunt uitrekenen dan kun je ook de kans op dementie uitrekenen en de maatschap-

pelijke kosten die daarbij horen. De huidige drie verschillende financieringsstromen (ZvW, AWBZ, WmO) zorgen voor splitsing en chaos. Maak er één van.

Ten tweede zullen we andere vormen van toezien moeten ontwikkelen. Vormen die gebaseerd zijn op het vertrouwen in de zorglogica zoals die tussen de professional en de vrager in een dialoog tot stand komt. Op beide vragen wil ik in een volgend artikel terugkomen.

Hoe het ook zij, de scheiding in ons denken tussen 'zelf leven' en 'verzorgd worden' moet veel minder strikt worden dan zij nu is. Zowel in de samenstelling als in de financiering en de organisatie van de zorg. Zelf een deel van de door jezelf samengestelde dienst betalen is daarmee niet iets schandelijks in een wereld waarin de solidariteit verdwijnt, maar de logische consequentie van de emanciperende cliënt die niet afhankelijk is van mijnheer de dokter of vaderlijke staat.

Dit artikel is een bewerking van twee lezingen: één voor verplegenden en verzorgenden in juli 2009 te Amsterdam en de andere ter gelegenheid van de Seneca-conferentie in september 2010 te Beestervaag. Deze bewerking is gedaan samen met Ben Fruytier, lector Hogeschool Utrecht.

Noten

- 1 CBS Statline, Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering, 2010. Gewijzigd op 20 mei 2010.
- 2 Zie voor een overzicht Arentsen, M. en W. Trommel (red.) *Moderniteit en overheidsbeleid: hardnekkige beleidsproblemen en hun oorzaken*. Uitgeverij Coutinho, Bussum, 2005.
- 3 Swaan, A. de, *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Bert Bakker, Amsterdam (zesde druk), 2004.
- 4 Foucault, M. *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*. Groningen: Historische uitgeverij, 1989.
- 5 Putters, K. *Besturen met duivelselastiek*, 2009. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar met als leeropdracht 'Management van instellingen in de gezondheidszorg' aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam op 9 oktober 2009.
- 6 Holst, J. 'Zuzahlungen als Bumerang. Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen wirkte sich langfristig negativ aus', in: *WZB-Mitteilungen* 120/juni 2008.
- 7 SER rapport AWBZ 2008.
- 8 Stuurgroep Chronische Zorg. *Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van de chronische zorgen de huidige eerste lijn*. Ministerie van VWS, 11 juni 2010.