

Toezen in de zorg: over de macht van angst en de kracht van vertrouwen¹

Inleiding

Het moet herkenbaar zijn. Je bereidt een artikel voor dat je wilt gaan schrijven. Je bent al een hele tijd mee bezig 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. Ik verzamel rapport na rapport en artikel na artikel, de map word steeds dikker en dan zegt mijn schoonvader ook nog eens een keer wat en dan ga ik weer googelen en dan print ik dat weer uit. En dan stuur ik allemaal mails naar het secretariaat van “ik herinner me nog dat ..” en “kunnen jullie eens voor mij nakijken of ...” en dan gaan die mensen ook allemaal aan het zoeken en dat verzamel je dan en plotseling besef je: “ Misschien ben ik nu wel op een hele zichtbare manier bezig er een stal van te maken”. Dat dossier 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. Wat is het vraagstuk? Waar draait het om? En dan moet het hoofd weer leeg. Dan moet die stal worden uitgemest. Dan moet ruimte komen om écht tot een antwoord te komen. Vergelijk het maar met gaan samenwonen. Ik woonde voordat ik mijn vrouw leerde kennen, zelfstandig en zij ook. Toen zijn we verliefd geworden en bij elkaar gaan wonen. We hebben beide onze spullen in dat huis gezet en dat werd een allegaartje. En dan duurt het heel lang totdat je inziet dat het huis weer leeg moet en daarna opnieuw moet worden ingericht. Dan ga je pas echt samenwonen.

¹ Dit artikel is een bewerking van twee lezingen van Han Noten. Een lezing tijdens de jaarlijkse conferentie voor Verplegende en Verzorgende in juli 2009 te Amsterdam en een lezing tijdens de Seneca conferentie in september 2010 te Beesterzwaag. Deze bewerking is gedaan samen met dr Ben Fruytier, lector Hogeschool Utrecht.

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 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 geef u dat alvast mee en ik hoop niet dat ik u daarmee op voorhand al teleurstel. Ik heb het ei van Columbus niet gevonden. Ik heb wel ideeën waar het te vinden is.

Een gevoel van 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 je bent dat natuurlijk zeven dagen per week. Dat merk je wanneer je als voorzitter geconfronteerd wordt met zaken die je 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 je merkt dat het in de samenleving bestaat. *Nova, Netwerk of Een Vandaag*, ik kan gewoon aan mijn mailbox zien dat er een uitzending is geweest en ik hoef niet naar “Uitzending gemist” te gaan om te weten waar het over ging. Natuurlijk, de naam is anders, de plaats is anders, maar de sfeer en beeldvorming is iedere keer hetzelfde. En die is redelijk desastreus: 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 en dan heb ik het met name over ouderen- en thuiszorg. Ik zie dat langzaam maar zeker een situatie aan het ontstaan is van een bedrijfstak die in een negatieve spiraal is terechtgekomen.

Dan denk je bij jezelf: “Jeetje wat is hier aan de hand?”. Is het echt zo slecht? En dan voel je onmacht want 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 de kwaliteit van de ouderen- en thuiszorg in ons land hoger gewaardeerd wordt dan in de landen om ons heen. Dus er is een hoge waardering voor de ouderen- en thuiszorg als je het aan de mensen vraagt die ermee te maken hebben in de praktijk. 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. Er zitten mensen aan tafel en je hoort: “ja, we betalen steeds meer en we krijgen steeds minder”. Dat is als het ware het politieke gevoel, terwijl als je dat gaat objectiveren dat niet zo blijkt te zijn. Of als je gaat vragen over de concrete situatie waarin ze zelf zich bevinden dan ligt het allemaal veel genuanceerder. Maar toch, een uiterst negatief beeld en wederom het gevoel van onmacht om dat beeld aan te passen.

Dat gevoel geldt des te meer als het om het vraagstuk van de kosten van de zorg gaat. U weet we hebben een probleem: de kosten van de zorg rijzen de pan uit. U weet het misschien helemaal niet en ik weet het soms eigenlijk ook niet, maar het is wel een zeer krachtig beeld. Als we het hebben over ouderenzorg dan hebben we het over toenemende kosten en dat is een maatschappelijk vraagstuk van de eerste orde. En het is maar de vraag of die premiedruk gedragen kan worden. En de demografische ontwikkelingen leiden alleen maar tot een verdere toename van de kosten. Bekijk de plaatjes, vaststaande beelden.

De kosten van de ouderen- en thuiszorg

Met behulp van het dossier dat ik gemaakt heb, zal ik proberen het beeld te nuanceren en 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. Niet in alle verwijten maar wel in alle discussies.

Een tijdje terug was ik bij een presentatie over de nominale stijging van de AWBZ kosten. Gigantische getallen maar ja, het spijt me, er is toch geen enkele beleidsmaker of wetenschapper die zich bezig houdt met nominale stijgingen? Je houdt je altijd bezig met de reële kosten en procentuele stijgingen in vergelijking met andere kosten. Wat gebeurt er

nou eigenlijk als we het hebben over de kosten van de AWBZ ten opzichte van de welvaartsstijging die tot uiting komt in andere publieke en private kosten. 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 miljard euro, voor de ziekenhuizen en specialistenpraktijken 17 miljard². In 2009 waren de nominale kosten 15,4 miljard respectievelijk 21,3 miljard.

Dit zijn dus de kosten van de ouderenzorg ten opzichte van de kosten van alle burgers die een beroep doen op de cure. U ziet de cure-kosten zijn meer gestegen dan de kosten voor de ouderen, zowel in absolute zin als percentueel. Dat is toch een heel interessant gegeven of niet? We zijn daar bezig om, zonder dat we dat we ons daar zo bewust van zijn, een flinke wig te maken.

Een andere vergelijking. 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. Van uw en mijn vakanties. Dat is echt een heel mooie vergelijking. CBS registreert de kosten van korte (langer dan 1 nacht van huis) en lange vakanties. Laten we die getallen nemen. Dus we zijn echt niet lullig. De pretparken zitten er niet bij. U moet echt al minstens één nachtje buiten de deur slapen. In 2002 was dat bedrag 12,6 miljard, in 2005 13,7 miljard en in 2009 gaven we met z'n allen al 15,1 miljard uit. 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. In 2010 wordt weer een sterke verhoging van de vakantie-uitgaven voorzien. En u weet er is géén wekelijks debat in de Tweede Kamer waarin zorg wordt uitgesproken over de kosten van vakanties.

Een wat absurde vergelijking zal 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. En dat kader

² CBS Statline (2010), *Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering*

. Gewijzigd op 20 mei 2010

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 over. Datzelfde normatieve kader bepaalt ook onze bereidheid om de stijgende kosten voor de ouderenzorg te betalen. Die bereidheid neemt af. Het is echter te gemakkelijk om daaruit te concluderen dat de stijging van de kosten een probleem vormen. Het zou ook wel eens kunnen zijn dat de waarde die we hechten als samenleving aan die ouderenzorg relatief afneemt. En eerlijk gezegd is dat wat mij betreft meer dan een vraag. Ik denk dat het een aannemelijke hypothese is. 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? Bijvoorbeeld, vroeger vonden we twee tot zes personen op een kamer normaal maar tegenwoordig niet meer. Als we dat gedaan zouden hebben dan zouden we die toegenomen kosten begrijpelijk gevonden hebben. Maar we vinden dat niet omdat we als samenleving de ouderenzorg als een last zijn gaan beschouwen, als een kostenpost.

Waarom noemen we het 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, 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 100% een collectieve uitgave maar er wordt niet op die manier naar gekeken. Er is echt niemand die roept er moeten minder wegen komen want uitgaven in de wegenbouw zijn collectieve kosten en die moeten we zoveel mogelijk reduceren.

In de zorg wel. Dat betekent dat we niet alleen in vergelijking met de particuliere uitgaven voor vakanties in een totaal ander waardesysteem zitten, maar ook vergeleken met de

collectieve uitgaven voor het bouwen van wegen. We zijn als samenleving overtuigd dat die wegenbouw een meerwaarde heeft.

Ik maak nog een paar vergelijkingen; ook het onderwijs heeft een economische meerwaarde en hetzelfde geldt voor “de veiligheid” in ons land. Ja, zelfs van de kinderopvang zijn we overtuigd dat het een belangrijke economische meerwaarde heeft. Het bijzondere is dat we dat van ouderopvang niet vinden. Ouderopvang heeft géén economische betekenis.

Ik heb dat woord ouderopvang eerlijk gezegd nooit durven gebruiken. Misschien is een deel van onze business wel ouderopvang en nu kom ik bij een tweede vraagstuk dat ik wil behandelen. Ik ga van het kostenvraagstuk naar het vraagstuk van de plaats van de zorg tegen de achtergrond van de maatschappelijke veranderingen.

Maatschappelijke verandering: van vrijwillige private zorg naar professionele staatszorg

Ik denk oprecht dat wij als samenleving een buitengewoon moeizame 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. En wie praat er nou graag over 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 in ons dat je eigenlijk zelf voor je ouders moet zorgen. Dus spreek het woord ‘ouderenzorg’ gewoon iets anders uit en zeg ‘ouderszorg’. Oh jee 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, die zit daar, die heeft een gezicht. En haar moeder was dement en misschien wordt zij het ook. En 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, we wonen als kinderen niet meer in de buurt. We moeten en kunnen zoveel meer dan werken, zorgen en bidden. Kortom het is allemaal heel ingewikkeld om te regelen en laten we nu eerlijk zijn, er zijn toch ook voordelen aan de ouderenzorg verbonden, zowel voor ons als voor onze ouders? Of niet soms.

Kern van wat ik probeer te zeggen is dat het misschien wel eens zou kunnen zijn dat volgens ons intrinsieke waardesysteem 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, maar 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 badineer dat vrijwilligerswerk niet. Het was een 'Gemeinschaft' met een lange geschiedenis, 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 2e 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 vijfenzestigste 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. 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 procestermen. Het staat onomstotelijk vast dat de ouderenzorg steeds meer geprofessionaliseerd, geanonimiseerd en geïnstitutionaliseerd is. De drijvende krachten achter deze ontwikkeling zijn door bestuurskundigen uitvoerig beschreven³. En alles bij elkaar beslaat die ontwikkeling, denk ik, een periode van 25 hooguit 30 jaar.

Ik wil nog iets over dat woord professionaliseren zeggen omdat ik niet goed begrijp in welke betekenis dat woord gebruikt wordt. Mijn goede vriend Ben heeft een ouder broertje en die is zwaar epileptisch en verstandelijk gehandicapt. Dat is hij al van vlak na zijn geboorte toen

³ Zie voor een overzicht Arentsen, M. en W. Trommel (red.), 2005. *Moderniteit en overheidsbeleid: hardnekkige beleidsproblemen en hun oorzaken*. Uitgeverij Coutinho, Bussum

hij een hersenbloeding kreeg en met de beperkte middelen van toen maar juist in leven gehouden kon worden. Het is een schat overigens, een schat van dik 60 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 dat moest worden geconstateerd dat het thuis echt niet meer ging en er een ander huis voor Harm, want zo heette hij, gezocht moest worden. Hij kwam terecht in een huis met vijf andere mensen, dat werd gerund door twee vrouwen. En die werden tante genoemd. Ik heb geen idee over een opleiding, ik sluit niet uit dat die er überhaupt niet was. De ene tante was lief en de andere tante was streng. Over hun onderlinge relatie zit ik nu ook even na te denken en ik sluit niet uit dat het meer waren dan tantes. Als wij het hebben over een toekomst van zorgverlening dan associeer ik dat vaak met het beeld dat ik voor me had toen ik dat verhaal hoorde. Dat was het beeld van een heel warme, verstandige, persoonlijke omgeving. Waarin denk ik professionele zorg werd verleend. Maar die was niet geprotocoliseerd voor alle duidelijkheid. 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 waar wij nu over praten dekt een heel andere werkelijkheid. Daar 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 2010 staat gelijk aan het protocolleren van het werk. Dat heeft z'n voordelen, zeker, maar ook zijn nadelen: het schept afstand. En die afstand is de reden dat ik geen dokter mocht worden van mijn oma. Mijn oma zei altijd: "Je mag alles worden behalve dokter." Want ze had een hekel aan die doktoren want die stonden op te grote afstand van de burgers. In ons dorp, ik kom uit het Zuiden en 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 móest 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 we ook nabijheid en warmte.

Wat ik probeer te zeggen is het volgende: we hebben als samenleving een moeizame relatie met de ouderenzorg. We hebben haar van een warm professionele, private Gemeinschaft in een zakelijk professionele, publieke Gesellschaft getransformeerd. Dat is wat er in sociologische termen aan de hand is. En nu zijn we in die publieke Gesellschaft het marktprincipe gaan inbouwen: de zorgorganisaties zijn hybride organisaties geworden. En daar krijgen we gratis het soort bestuurders bij dat bij marktwerking hoort. Inclusief hun salarissen. Dat is een feit. Morele verontwaardiging daarover is wat mij betreft ongerijmd. Bij de introductie van de marktwerking is teveel voorbijgegaan aan het feit dat als je de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg wilt garanderen, dat je dan misschien toch 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 daar voor beloond wordt. De zorgverlener en de zorgvrager zijn misschien alle twee uit op het minimaliseren van de zorgbehoefte. Voor de markt is dat nog maar de vraag. Dit alles is dan ook geen pleidooi voor meer marktwerking in de ouderenzorg, wel voor minder staatswerking.

Schuld en schaamte

De ouderenzorg als Gesellschaft heeft iets paradoxaals. Zorgen voor je ouders is je eigen verantwoordelijkheid, je verdient er geen geld mee en de motivatie is intrinsiek, behoort tot het wezen van je relatie met je ouders. De verzakelijking van de Gesellschaft past daar niet bij. In de zorgorganisaties die we met elkaar gecreëerd hebben, zijn die waarden losgelaten. Of eigenlijk niet losgelaten maar verstopt achter kwaliteitseisen, protocollen, competentie modellen, controleformulieren, individuele activiteitenplannen, vraagverduidelijkinggesprekken, etc. Kortom verstopt door op wantrouwen gebaseerde institutionalisering met alle ellende van verantwoording, controle, bureaucratisering en tenslotte anonimisering van de relatie zorgvrager- zorgverlener als resultaat. Het gevolg is een massaal gevoel van tekortschieten bij kinderen én bij medewerkers in de ouderenzorg en dat gevoel willen 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 was heel simpel ⁴: 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. En hoe hard er ook geroepen wordt om meer passie, meer liefde, meer persoonlijke aandacht, dat gebeurt zo maar niet. Heel simpel: “Wees spontaan!” , ja dat kan dus niet. 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 soort model. Het klopt misschien niet, maar dat is mijn manier om te proberen het te begrijpen. ‘Wij, u en ik, wij allemaal voelen ons schuldig en schamen ons. Als je psycholoog bent weet je dat als iemand je schuldig en schaamtevol laat voelen, je ongelofelijk kwaad wordt. Daar kun je niet tegen. En die kwaadheid projecteer je op degene die dat schuldgevoel bezorgd. 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.

Besturen en toezien: angst is een slechte raadgever

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

⁴ Swaan, A. de (2004) *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Bert Bakker, Amsterdam (zesde druk)

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 hele bedrijfstak aan het ontstaan is die met negatieve vermogens en negatieve resultaten werkt. Dat meer dan de helft van de organisaties, als er sprake zou zijn van een markt, domweg technisch failliet is. Dat het geld op raakt.

Die objectivering werkt dus niet. Wat kan het mij schelen dat de middelen beperkt zijn en dat de kans op een ongeluk erg klein is. Het mag niet gebeuren dat mijn moeder iets overkomt en jij moet daar iets aandoen. En als je daar niks aan doet dan ben jij schuldig want ik kan geen schuld hebben.

Wat doet vervolgens dat systeem? Dat systeem raakt in paniek maar doet niets. Waarom gebeurt er niets in de AWBZ om de uitgaven in de hand te houden en de zorg dichterbij de cliënten te krijgen? Tenminste ik heb niet het gevoel dat sprake is van een naderende politieke doorbraak. Er gebeurt niets omdat iedereen vreselijk bang en benauwd is om een beslissing te nemen waar hij later op afgerekend kan worden. Het is heel prettig om in de Tweede Kamer te praten over het foute gedrag van bestuurders of toezichhouders in de zorg. Het is veel ingewikkelder om daaruit conclusies te trekken en risico's te nemen als het gaat om systeemwijzigingen.

Wat het systeem wél doet is de angst overdragen naar de organisaties. En daar zitten bestuurders. 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. Nee, die angst wordt op een institutionele manier overgedragen. Die angst wordt gesplitst. Angst voor de kwaliteit daar hebben we de toezichhouders voor en angst voor de tarieven daar hebben we de toezichhouders voor. Dan is er een angst of de horecawetgeving wel adequaat wordt toegepast, daar hebben we de toezichhouders voor. En angst dat de werknemers worden uitgebuit, daar hebben we wel drie toezichhouders voor. Stel je nou eens voor dat de zorg ook nog eens misbruikt wordt door angst voor de kosten. Daar hebben we verschillende financieringsstromen voor. Stel je voor dat die financieringsstromen leiden tot inefficiënt gedrag. Daar hebben we de financieringsstromen voor opgedeeld in handelingen. Maar stel je nou eens een keer voor dat die handelingen onterecht worden verricht. Daarvoor hebben we toezichhouders op de indicatiestelling.

Mijn collega in de eerste Kamer Kim Putters heeft een keer alle toezichthouders in de zorg op een rijtje gezet. Hij kwam op veertig geloof ik. Maar dat zijn alleen maar de toezichthouders. Kijk vooral ook naar de hoeveel wet en regelgeving. Want daar word je letterlijk bang van. De hoeveelheid is onoverzienbaar. Voor een kleinere organisatie dus ook onnavolgbaar. Lees een keer de wet 'toelating zorginstellingen'(WTZi). Dat heb ik ooit gedaan. Daar moeten de zorginstellingen zich allemaal aan houden. En ik durf te wedden, ze hebben geen idee. Ze doen ongetwijfeld hun best maar het is nauwelijks mogelijk. Dus wat doen al die zorginstellingen die al die gesplitste angst over zich heen krijgen en wat doen die bestuurders in de zorginstellingen? Die denken: dat 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, de branchevereniging voor thuiszorg, kraamzorg en verpleeg en verzorgingstehuizen, werd een van mijn medebestuurders weggeroepen omdat een demente bewoonster een medebewoner met een vaas op het hoofd had geslagen. Een dodelijk klap. Niet alleen een dramatische gebeurtenis maar ook een dagelijkse gebeurtenis in een sector waar 400.000 mensen werken en 1 miljoen mensen leven. Er is geen protocol dat dit kan voorkomen. Maar de organisatie, de mensen die er werken zijn op zo'n moment afschuwelijk kwetsbaar voor het publiek 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. Volgens mij is dat een fundamentele angst die de gemiddelde bestuurder van een zorginstelling moet hebben. Er zijn zoveel wetten. Zoveel risico's. Er gaat gehed een keer iets verkeerd. Ik weet niet wat en ik weet niet wanneer. Maar er gaat iets verkeerd, ik ga me ergens niet aan houden. Het NMA gaat zeggen dat ik een verkeerde afspraak gemaakt heb maar ik wist niet eens dat ik een afspraak gemaakt heb, maar ze gaan het wel zeggen. En waarschijnlijk hebben ze gelijk. Volgens hun manier van denken, maar ik wist het niet. En wat doen die zorgbestuurders met die angst? Die geven ze door aan hun medewerkers, die vertalen ze in hun organisatie en besturing van het zorgproces. Dat

moeten ze omdat ze anders denken dat ze controle verliezen. Boosheid, angst, angstsplitsing, overdracht, nog weer overdracht. En uiteindelijk komen we dan na een lange tocht terecht op de plek waar iemand die zorg nodig heeft en iemand die zorg verleent, elkaar ontmoeten. En de hele wereld is ongelofelijk druk geweest en er is een hoop wantrouwen gecreëerd, zoveel, je kunt je het niet voorstellen. En dan kan de zorgverlener eindelijk de zorg gaan verlenen waar de cliënt om vraagt.

Maar ho even, welke wet is hier van toepassing? Want mevrouw is net uit het ziekenhuis gekomen vanwege een operatie, is vervolgens gevallen, dat gebeurt natuurlijk. Maar het duurde zes uur voordat ze werd gevonden en in die tijd heeft ze de vloer bevuild. Dit is geen bijzonder verhaal, dit is gewoon dagelijkse koek. En hier zijn dus wel drie verschillende wetten op 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. En u snapt waarom want het zijn nou eenmaal drie zorgverleners, want het zijn drie organisaties, want het zijn drie financieringsstromen en er moet ook drie keer gefactureerd worden.

U snapt dat wel toch? Ik snap dit dus nog steeds niet. Ik snap niet hoe dat kan. Want het is gewoon iemand die zorg nodig heeft. En ik snap wel dat er zoiets als concurrentie moet zijn en dat er dus drie zorgaanbieders moeten zijn en dat die elkaar de tent uitvechten. En dat moet ook allemaal wel omdat anders de drang om te presteren verdwijnt en er geen dynamiek is om te innoveren. Maar eigenlijk snap ik helemaal niet dat we het zo georganiseerd hebben. Wat ik zie is dat die splitsing uit pure angst leidt tot waanzinnige controle die uiteindelijk volstrekt bizarre en inefficiënte zorgprocessen tot gevolg heeft.

Sturen op basis van vertrouwen in de relatie zorgverlener-zorgvrager

Als je de zaak zo op een rij zet, leidt dat tot een situatie die zowel vanuit het perspectief van de zorgvrager als vanuit het perspectief van de professionele zorgbieder bizar is. En nu tergt mij een theoretische vraag. Wat ik gedaan heb is vanuit de buitenwereld afdalen naar dat zorgproces. En wat ik heb proberen te laten zien is hoe het zorgproces, gelegitimeerd door die buitenwereld, onder invloed is gekomen van al die angsten en besturing- en controledriften. En wat de gevolgen zijn voor het zorgproces. Maar wat is nu de

hoofdgedachte die achter al die aanbestedingen, toezichthouders en wetgevers steekt? Want in die 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 zo diep in de verwachtingen en het handelen in onze samenleving. Foucault⁵ beschrijft de besturingsprocessen van een zorginstelling, evenals 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 17^e 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 politiek. 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 structuren, heldere verantwoordelijkheden, betere veiligheidssystemen, dwingende keurmerken, en meer transparantie-eisen rond prijs én kwaliteit"⁶. Er is elke keer weer de neiging of het nu vanuit de markt is of vanuit de overheid "om er naar aanleiding van misstanden nog een tandje bij te doen".

⁵ Foucault, M. (1989). *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*. Groningen: Historische uitgeverij.

⁶ Putters, K (2009) **Besturen met duivselastiek**. 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

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 en vertrouwen is er alleen in contracten en meetinstrumenten. Ik denk, en dit is het centrale punt, dat wij in de maatschappij met zijn allen zijn gaan denken dat de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager zonder vooraf gemaakte afspraken en opgestelde contracten onvermijdelijk leidt tot maximale zorgvraag en maximale zorgaanbod. Iedere politicus hoor ik zeggen: “Als je de processen in de zorg niet tot in detail bewaakt dan leidt dat tot enorme stijging van de kosten.” Want, denken ze dan, het is de natuurlijke neiging van een zorgverlener om zoveel mogelijk zorg te geven zoals het ook de natuurlijke neiging is 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 besturingsstelsel zit dat we met z’n allen hebben opgebouwd. En ik begin me eerlijk gezegd langzamerhand af te vragen 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 zo kunnen zijn, in tegenstelling tot wat iedere beleidsmaker denkt, zou het zo kunnen zijn dat zorgverleners zich heel goed bewust zijn dat zorg een schaars goed is en in termen van geld, 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 helemaal niet uit op in bed gelegd worden en om niet meer te mogen lopen. Tenminste die van mij wel. En zo zijn er velen. En dit is onderzocht. Een analyse van de onderzoeksliteratuur van de laatste vier decennia kon geen bewijs leveren van de wijdverbreide veronderstelling dat het moral-hazard probleem in de gezondheidszorg

opgeld doet⁷. En de recent gepresenteerde resultaten van de benchmark in de VVT-sector levert het bewijs dat van maximalisering van de zorgvraag geen sprake is⁸. 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. Of beter gezegd; zoveel mogelijk minuten.

Okay, als de cliënten het niet vragen, en het niet de natuurlijke neiging van de zorgverleners is om zoveel mogelijk zorg aan te bieden, zou het dan zo kunnen zijn dat het moet van de organisaties? De managers, de bestuurders, ontwikkelen die niet allerlei “tools om de productie van zorg te maximaliseren”? Ook hier is weer geen bewijs te vinden dat deze stelling onderbouwt. Sterker nog, uit het jaarlijkse benchmark onderzoek van ActiZ, uitgevoerd door PWC, 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. En hier komt de werkelijk pijnlijke paradox boven drijven. We sturen op niet bestaande fenomenen op basis van veronderstellingen die bewijsbaar niet kloppen en daarmee roepen we ze op. De Swaan en Trappenburg laten alle twee op pijnlijke wijze zien dat we de calculerende burger juist oproepen door de wijze waarop we het systeem inrichten. Door onze manier van sturen creëren we onze eigen Frankenstein: “de zorgconsument”.

⁷ Holst, J. (2008) Zuzahlungen als Bumerang. Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen wirke sich langfristig negativ aus. In WZB-Mitteilungen 120/juni 2008

⁸ Benchmark: Thuiszorg levert 53% van indicatie - VVT is klaar voor de toekomst. In: *Zorgmarkt. Platform over ondernemen in de zorg*. 05 oktober 2010 - ActiZ

Naar een nieuwe definitie van zorgkwaliteit

We moeten op een of andere manier voor elkaar krijgen dat we onze verwachtingen gaan bijstellen. Want alleen zo kunnen we de paradox van de collectieve actie doorbreken. Zo kan langzamerhand het vertrouwen ontstaan dat mensen geen misbruik maken van collectieve gelden. Dat de logica van het zorgen gericht is op het minimaliseren van de professionele zorg en het optimaliseren van de zelfredzaamheid. Dat dít de eigenlijke drijfveren van het zorgproces zijn; de zorglogica van alledag.

Maar hoe krijg je dat voor elkaar? In de Middeleeuwen zorgde het christelijke geloof daarvoor, maar op een andere manier dan de gelovigen geloofden. Wie vertrouwde op de goedheid van de ander kon rekenen op de redding van de ziel in het hiernamaals. Het was niet eens nodig dat die boodschap ook alom geloofd werd, het was genoeg dat de meeste mensen geloofden dat anderen dat geloofden⁹.

Als je vanuit de diametraal andere verwachting van minimaal noodzakelijke zorg en optimale zelfredzaamheid uitgaat, dan krijg je een totaal andere definitie van het begrip kwaliteit. Op dit moment definiëren wij kwaliteit als het uitvoeren van de handelingen die we hebben gedefinieerd in ons systeem en dat in een zo kort mogelijke tijd tegen zo laag mogelijke kosten. Dit is heel cynisch hoor. Het begrip ‘resultaat’ spreekt namelijk in geen enkel opzicht en waar dan ook een rol. We meten de kwaliteit soms wel, maar we sturen er niet op. Kijk naar zoiets banaals als het ZorgZwaartePakket-systeem waarin de care uiteengelegd is in een groot aantal handelingenpakketten waaraan een tijd is opgehangen om een budget per pakket vast te kunnen stellen. Een model dus om greep te krijgen op de werkelijkheid. Vervolgens lezen we in het regeerakkoord dat mensen recht gaan krijgen op een minimaal aantal keren douchen, uitgelaten worden en luierverschoning. Dat maakt zichzelf belachelijk door te roepen dat je twee minuten recht hebt op iets. Wat een flauwekul. En wat een pretentie. Alsof je op die manier iets zinnigs zou kunnen zeggen over de kwaliteit van zorg. Maar vervolgens wel die verzonnen kwaliteit fixeren 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

⁹ A. de Swaan (idem) 38

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".

Maar genoeg gewanhoopt; Laten we de idee van de diametraal andere verwachtingen nu eens verder uitwerken. De stelling is dat hoe we nu sturen, dat daar de kern van het probleem zit. Wij gaan in de toekomst dus niet langer vertellen wat de inhoud van de zorg is en ook niet wat de kwaliteit is. Vanuit de overtuiging dat het niet gaat om de kwaliteit van de *zorg* voor ouderen maar dat het gaat om de kwaliteit van het *leven* van ouderen. Dan ligt het voor de hand dat we zowel 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. Nou iedereen die Mercedes rijdt snapt wat ik bedoel.

Is dit denkbaar? Even een tikkeltje demagogisch maar daardoor niet minder waar: in wie heb ik 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. Wat moet ik dan doen? Dan moet ik gaan sturen op de kwaliteit van het proces tussen zorgverlener en zorgvrager. Dat betekent dat ik moet beginnen met het stellen van eisen aan de kwaliteit van mensen. Niet aan die van organisaties. De kwaliteitsgarantie moet zitten in de kwaliteit van de man en de vrouw. 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 zo weer congruent. Hoger gekwalificeerde mensen houdt in hogere opleiding en betere beloning. En niet te vergeten mensen met meer zeggenschap die niet verstikt worden in protocollen maar gedreven worden door hun eigen vakmanschap. Maar dat sturen op mensen in plaats van op regels, protocollen en controlesystemen is niet vrijblijvend, want het betekent dat de

‘nieuwe’ zorgverlener geconfronteerd wordt met de schaarste. En het betekent meer zelfstandigheid, de mogelijkheid zich te verschuilen achter het gezag van de leidinggevende verdwijnt. Dat vraagt ook andere bewaking van kwaliteit. In plaats van verticale controle horizontale supervisie. Overigens niet vrijblijvend dus verplicht.

Het tweede wat je moeten doen is het versterken van de positie van de cliënten en hun naasten. Die moeten op het paard worden gezet. Zij krijgen een belangrijke rol omdat ze echt de vraag gaan sturen. Niet de vraag zoals die gefragmenteerd is terug te vinden in protocollen en ZZP's. Wel de vraag die ze zelf stellen vanwege hun eigen behoeften. Als we die cliënt echt aan het stuur willen zetten, dan zijn 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 (zie bijlage). De introductie van een systeem van vouchers zou hier een oplossing kunnen zijn¹⁰. 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 veranderende opvattingen over zorgbehoeften vragen om integrale zorg. En niemand betwijfelt meer dat de zorg gebaat is bij dat integrale aanbod¹¹.

Maar dit alles kan alleen als we ten eerste de complexiteit van de financiering van de zorg durven te reduceren. 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 echt 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 actuaaris een

¹⁰ SER rapport AWBZ 2008

¹¹ Stuurgroep Chronische Zorg (2010) *Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van de chronische zorgen de huidige eerste lijn*. Min van VWS 11 juni 2010

pensioen kunt uitrekenen dan kun je ook de kans op dementie uitrekenen en de maatschappelijke 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 doctor of vadertje staat.