

Voorwoord

‘Schrijven is niet vertellen wat het is, maar al schrijvend onder woorden brengen wat het zou kunnen zijn.’ – Gerrit Komrij

Dit boek gaat over vernieuwend besturen en organiseren in de zorg. Het is het resultaat van zes jaar antropologisch onderzoek waar ik met veel plezier aan heb gewerkt. Ik wilde zicht krijgen op wat vernieuwende, waardevolle manieren van organiseren kunnen zijn en deze ontrafelen. Kunnen we begrijpen hoe het werkt in organisaties die ‘het anders doen’? Dat anders doen gaat soms over heel concrete keuzes, maar vaak ook over lastig grijpbare processen en subtiele details; dingen die je wel aanvoelt, maar moeilijk onder woorden kan brengen. Het vinden van taal om deze soms broze processen en de samenhang daartussen te beschrijven is voor mij een zeer leerzame ervaring geweest.

Er staat weliswaar één naam op dit boek maar velen hebben direct of indirect bijgedragen aan de totstandkoming ervan. Ik ben hun bijzonder dankbaar.

Allereerst de medewerkers van Esdégé-Reigersdaal en Buurtzorg Nederland, de zorgorganisaties die deelgenomen hebben aan het onderzoek. Meer dan honderd cliëntbegeleiders, wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden, stafmedewerkers, managers, coaches, gedragskundigen en anderen lieten mij meekijken in de keuken van hun dagelijks werk en deelden hun verhalen. Ik bedank jullie zeer voor jullie bijdrage aan het onderzoek. Jullie inzichten en betrokkenheid hebben grote indruk op mij gemaakt. In het bijzonder licht ik hier de bestuurders Pierre Quaedvlieg, Dik van Bruggen en Jos de Blok uit. Zij hebben mij niet alleen deelgenoot gemaakt van hun dagelijkse werkzaamheden, maar ook de moed gehad om in een uitdagend onderzoeksproject te stappen. Ik dank jullie voor het vertrouwen dat jullie in mij stelden om samen op pad te gaan, jullie organisaties zonder voorbehoud open te stellen voor mij als onderzoeker en bovenal voor de inspirerende wisselwerking die is ontstaan.

Ook dank ik de mensen van het Transitieprogramma Langdurige Zorg dat een groot deel van dit onderzoek financieel mogelijk heeft gemaakt.

Een onderzoek als dit gaat niet zonder kritische volgers en meelezers. Allereerst noem ik hier mijn promotor Jac Geurts. Je volgde me vol vertrouwen en was op de juiste momenten confronterend en kritisch. De vele gesprekken met jou hebben bijgedragen aan de verdieping van mijn denken. Zo'n promotor wens ik iedereen.

Vincent Cornelissen, vriend en collega toen wij nog bij Twynstra Gudde werkten. Jij hebt tien jaar geleden mijn interesse aangewakkerd om verder te denken, te onderzoeken en te schrijven. Ons project filosofie voor managers en adviseurs was voor mij een eerste aanzet daartoe. Lange tijd hebben we geen contact gehad, maar ik ben blij dat we elkaar in de laatste fase van mijn onderzoek weer getroffen hebben en ik jouw commentaar op mijn onderzoekswerk kon benutten.

En dan mijn collega-promovendi en hoogleraren van het Sioo onderzoeksplatform. Gedurende het hele onderzoek vond ik bij jullie een plek waar ik kon reflecteren op mijn werk. Jullie vormden een belangrijk klankbord voor mijn ideeën en concepten. Vooral in de verschillende analysefasen van het onderzoek heb ik mijn interpretaties aan jullie voorgelegd. Dank voor het kritische, maar altijd opbouwende commentaar op mijn werk. De opmerkingen hebben mij scherp gehouden, vooral ook bij de methodologische keuzen die ik maakte. Ze stimuleerden mij om kritisch te blijven reflecteren op mijn rol als onderzoeker. In het bijzonder dank ik Gerhard Smit, voor het begeleiden van deze inspirerende bijeenkomsten en voor de specifieke commentaren op delen van dit boek. Trees Lamers, Pieterbas Lalleman, Marion Schobre, Isolde van Roekel, Jeannette Knol en Yolande Witman dank voor de bijdrage die jullie geleverd hebben aan de interessante proefpromotie. Ik zal ook na mijn promotie met veel plezier deel uit blijven maken van ons onderzoeksplatform.

Sommige gesprekken kunnen er ineens voor zorgen dat er een verrassend inzicht ontstaat, kwartjes vallen of dat het zelfvertrouwen toeneemt, soms zelfs zonder dat de gesprekspartner zich daarvan bewust is. De gesprekken die ik aan het begin van het onderzoek heb gevoerd met Pieter Tops en André Wierdsma hebben dat effect op mij gehad. Dank daarvoor.

Verder bedank ik de leden van de sectie Bestuur en Beleid van de gezondheidszorg van het iBMG voor hun commentaar op een van de cases en Peter Meijer voor het onderzoekswerk dat hij samen met mij bij Esdégé-Reigersdaal

heeft gedaan. Floor Jaspers, dank voor het kritisch lezen van het manuscript, je tekstuele scherpte en al het redactiewerk.

Ten slotte wil ik Rob Hoogma bedanken. Hij is van begin tot eind bij het onderzoek betrokken geweest en heeft inspiratie en steun geboden. We hebben elk op een eigen manier bijgedragen aan het denken over besturen en organiseren in de zorg. Productief maken wat je aan het hart gaat, dat was de drijfveer. Vanuit verschillende rollen – ik als onderzoeker, jij als bestuurder – konden we elkaar bevragen, stimuleren en scherp houden. Je hebt meegelezen met de eerste concepten en de eerdere versies van dit boek en ik heb je waardevolle commentaren verwerkt. Daarnaast heb je ook een belangrijke rol gespeeld in het plezier en volhouden van het onderzoek. Jouw betrokkenheid maakte dat ik de noodzakelijke discipline kon ontwikkelen, ook tijdens de lastige momenten.

Tijdens de laatste maanden van het onderzoek, waarin ik al mijn inzichten tot dit boek heb gemaakt, heb ik veel tijd doorgebracht in de Slangenborg, het gastenverblijf van de benedictijnse St. Willibrordsabdij in Doetinchem. Daar werd mij een heel inspirerende plek geboden om in alle rust te werken aan de afronding van dit boek. Daar heb ik ook het heilzame ritme van een geordende dagindeling ervaren. De tekst uit het boek van Wil Derkse over benedictijns tijdsmanagement geeft een mooie en toepasselijke beschrijving daarvan: *'de klok die steeds aangeeft dat met iets begonnen moet worden of dat het tijd is ergens mee op te houden, een werkhouding die niet zozeer op het afhebben van het werk is gericht, maar op het werk zélf, het serieus nemen van perioden van inspanning én van ontspanning, van je omgeving op orde brengen en momenten waarop je met iets moois in contact bent.'*

Het 'op orde brengen van mijn omgeving' was niet altijd makkelijk. Max, Bob, Thijs en Joris, jullie hebben dat geweten en zijn daar altijd ruimhartig en stimulerend mee omgegaan. Daar heb ik heel veel aan gehad. Lieve moeder, jij hebt het mede mogelijk gemaakt dat ik mijn werk, onderzoek en privéleven gemakkelijk kon combineren. Ook nu nog stimuleer je mij om mijn dromen te realiseren. Aan jou draag ik dit boek op.

Annemarie van Dalen
Amsterdam, juli 2012

Inhoud

1	Inleiding	13
2	Ontwikkelingen in de zorg en maatschappelijke tendensen	19
2.1	Deregulering en ‘New Public Management’	20
2.2	Toezicht en verantwoording: meten is weten	22
2.3	Prestatiemeting en de perverse effecten	25
2.4	Productbenadering	27
2.5	Professionals bekneld, bestuur en managers onder druk	29
2.6	Op zoek naar hoe het anders kan	30
3	Onderzoeksvragen, aanpak en proces	33
3.1	Onderzoeksvragen: op zoek naar principes en patronen	35
3.2	Karakter van het onderzoek: van binnenuit onderzoeken	36
3.3	Verkenning, richtinggevende begrippen en selectie case I	41
3.4	De eerste case study	45
3.5	De tweede case study	48
3.6	Vergelijkende analyse	51
3.7	Betrouwbaarheid van het onderzoek	53
4	Esdégé-Reigersdaal: groot zijn, klein handelen	57
4.1	Een korte kennismaking	58
4.2	Organisatievorm	63
4.3	Vertrouwen en verantwoordelijkheid	78
4.4	Ondersteunen dicht bij de praktijk	89
4.5	De inhoud van zorg is leidend voor het handelen	103
4.6	Levende kwaliteit	119
4.7	Esdégé-Reigersdaal anno 2012	140

5	Buurtzorg Nederland: van niche naar rolmodel	143
5.1	Een korte kennismaking	143
5.2	De inhoud van de zorg als vertrekpunt voor organiseren	152
5.3	Zelf organiseren van de zorg	167
5.4	Ondersteunen in plaats van managen	184
5.5	Dynamisch blijven organiseren	205
5.6	Buurtzorg anno 2012	233
6	Esdégé-Reigersdaal en Buurtzorg vergeleken: vijf patronen van organiseren	235
6.1	Van thick descriptions naar analysetabellen	236
6.2	Op zoek naar dynamieken en patronen	254
6.3	Vijf organiseerpatronen	256
7	De zorginhoud stuurt het organiseren	257
7.1	Handelingsruimte in relatief autonome eenheden	258
7.2	Zorgverleners ook verantwoordelijk voor organiseren van het eigen werk	262
7.3	Omgaan met de trekkracht van staf- en ondersteunende diensten	265
8	Plannen in wisselwerking	269
8.1	Hoe bereik je de gewenste resultaten: opvattingen over strategie	269
8.2	Lokale oordeelsvorming	275
8.3	Eenvoudige systemen voor planning en evaluatie: niet meer regelen dan nodig	279
9	Coördineren door vertrouwen, ondersteuning en normatieve controle	283
9.1	Vertrouwen als uitgangspunt	283
9.2	De dynamiek van vertrouwen	284
9.3	Ondersteunen	290
9.4	Controlemechanismen van de derde orde	292
10	Institutioneel ondernemen	297
10.1	Meervoudige taakopvatting	297
10.2	Institutionele druk hanteren	299
10.3	Denkkaders beïnvloeden	304

11	Betekenis maken	311
11.1	Waar is het ons om begonnen?	311
11.2	Levende richtinggevende ideeën	315
11.3	Taal en verhalen in de praktijk	324
12	Resultaten en reflecties	327
12.1	Wat heeft dit onderzoek opgeleverd?	327
12.2	Wat voor soort kennis is dit?	332
12.3	Hoe generaliseerbaar is deze kennis?	336
12.4	Wat zijn voordelen en beperkingen van de gehanteerde aanpak?	338
12.5	Wat is de waarde van dit type onderzoek in de zorg?	341
12.6	Tot slot: zijn er lessen te trekken uit dit onderzoek en wat zijn discussiepunten?	344
	Literatuur	351
	Bijlage Publicaties waarvan delen verwerkt zijn in dit boek	365
	Samenvatting	367
	Summary	373
	Over de auteur	379

1 Inleiding

‘Het begin der wijsbegeerte is de verwondering’ – Plato

Zorg en het organiseren daarvan is een onderwerp dat veel mensen op de een of andere manier bezighoudt. Dat wordt mij keer op keer duidelijk als ik aan geïnteresseerden vertel over het thema van dit boek. Mensen beginnen dan al snel over hun persoonlijke ervaring met zorgverleners, over het regelen van zorg voor een van hun ouders of ze refereren aan berichtgeving over misstanden in verpleeghuizen of de uit de pan rijzende kosten van ons zorgstelsel. In die korte gesprekjes komt over het algemeen de opvatting naar voren dat het nodige verbeterd kan worden in de zorg.

Ook ik denk dat het beter kan. Ondanks het feit dat de gezondheidszorg in Nederland van een uitzonderlijk hoog niveau is, is er veel meer mogelijk in de organisatie van de zorg dan men nu in praktijk brengt. Het is dan ook niet voor niets dat veel betrokkenen in de zorgsector op zoek zijn naar verbeteringen en vernieuwing, naar mogelijkheden om dingen anders te doen. De vraagstukken en problemen laten zich echter niet gemakkelijk en eenduidig definiëren en zijn zeker niet op te lossen met snelle antwoorden of ‘quick fixes’. Zoveel is mij duidelijk geworden in mijn werk als organisatieadviseur en toezichhouder bij verschillende organisaties in de gehandicaptenzorg, jeugdzorg, verpleging en verzorging en de thuiszorg.

Steeds vaker verwonderde ik mij over de trend om alles wat met kwaliteit te maken heeft – kwaliteit van zorg, onderwijs, het openbaar vervoer of het handhaven van de openbare orde – te willen meten met objectieve, kwantitatieve maatstaven en indicatoren. En over het idee dat het stellen van cijfermatige normen waar die kwaliteit aan zou moeten voldoen zou leiden tot verbetering van die diensten. Ik ben vóór inzicht in kwaliteit, maar het heilig verklaren van metingen en cijfers leidt vaak tot perverse effecten en vervreemdende situaties. Iedereen kent de voorbeelden van scholen die slecht presterende kinderen

voor het gemak maar niet laten meedoen met de Cito-toets zodat de gemiddelde score van de school niet daalt. Of van ouderen die worden vastgezet in hun stoel of worden gesedeerd zodat ze weinig bewegen en niet kunnen vallen. Het aantal valincidenten is namelijk een van de kwaliteitsindicatoren. Op papier worden goede scores gerealiseerd, maar de kwaliteit van zorg laat in de praktijk nog al eens te wensen over. En vraagstukken die gaan over wat kwaliteit van bestaan nu eigenlijk is en welke risico's bij het leven horen, raken uit beeld door de focus op metingen en cijfers.

Ook verbaasde ik me over organiseervraagstukken in de zorgverlening die zo op het eerste gezicht met relatief eenvoudige oplossingen aangepakt zouden kunnen worden. In de praktijk worden deze echter niet gerealiseerd of maar half, terwijl de niet opgeloste problemen wel een grote impact hebben op het werk van zorgverleners en op de kwaliteit van de zorg en de dienstverlening.

Tijdens een van mijn adviesopdrachten liep ik mee met Marja tijdens haar ochtenddienst. Marja werkt in een team dat zes mensen met een ernstige meervoudige handicap begeleidt. De dienst begon om zeven uur 's ochtends. Marja werkte heel hard door om alle bewoners te waken, te wassen en aan te kleden. Elke keer wanneer een van de bewoners 'klaar' was, werd deze in een stoel geholpen met een beker drinkontbijt of een in stukjes gesneden boterham die Marja tussen de bedrijven door had klaargemaakt. Het was een race tegen de klok om iedereen klaar te maken voor het vertrek naar de dagbesteding. Door de tijdsdruk kon Marja de bewoners niet de aandacht geven die zij wilde en ze was zichtbaar ontevreden met de situatie. Na afloop vertelde ze dat ze veel liever met de bewoners aan tafel zou willen eten, om daar boterhammen te smeren zoals ze dat wel eens in het weekend doet. Dat is gezelliger en rustiger voor de bewoners. Ze heeft gemerkt dat de bewoners veel beter eten als het rustig is. Op mijn vraag waar die tijdsdruk vandaan komt, antwoordde zij: *'het busje van onze dagbesteding komt om half tien, dan moeten alle bewoners klaarstaan om te vertrekken. Daar kunnen wij niets aan veranderen.'*

Marja en haar collega's hebben niet het gevoel dat zij invloed kunnen uitoefenen op deze situatie of weten geen oplossingen te vinden. Zorgverleners geven vaak aan dat zij hun werk doen 'ondanks de organisatie in plaats van dankzij de organisatie'. Bestuurders lijken in toenemende mate te kiezen voor rationele besturingsvormen met bijhorende instrumenten als outputsturing, kwaliteitsmanagement, prestatie-indicatoren en benchmarks. En dat alles in een context waarin overheid, zorgverzekeraars en toezichthoudende instanties steeds meer eisen stellen aan kwaliteit, verantwoording en controle.

Regelmatig voerde ik hier gesprekken over met zorgbestuurders. Tijdens een van die gesprekken werd ik geraakt door wat een bestuurder zei. Pratend over de vraagstukken in de zorg en de problemen die hij voor zijn instelling zag, zat hij wat te schuiven op zijn stoel. Onverwachts riep hij vertwijfeld uit: *'Alsof ik alles kan oplossen. Ik maak de regels niet. Ik moet gewoon deze organisatie op een fatsoenlijke wijze draaiende houden. En zorgen dat onze cliënten krijgen wat ze nodig hebben, met de middelen die daarvoor beschikbaar zijn.'* In zijn uitroep klonk onmacht door. In gesprekken met anderen werd mij geleidelijk duidelijk dat veel bestuurders een latent onbehagen kennen. Een van die bestuurders zei het als volgt: *'Je weet dat je niet waarmaakt wat je zou willen en je voelt je onmachtig om dat aan te pakken.'*

Door deze ervaringen vroeg ik mij af of er ook bestuurders zouden zijn die dat gevoel van onbehagen hebben aangegrepen om de zorg anders te organiseren. Hoe zouden hun organisaties eruit zien? Welke opvattingen over goede zorg zijn daar leidend? Welke principes hanteert men daar en welke dilemma's komt men tegen? En, hoe verhouden deze organisaties zich tot de verwachtingen en eisen van deze tijd? Dat ben ik gaan onderzoeken.

Waarover gaat dit boek en voor wie is het bedoeld?

15

Dit boek gaat over vernieuwend besturen en organiseren in de zorg. In dit boek vertel ik het verhaal van twee zorgorganisaties die, tegen de stroom in, een innovatieve zorgpraktijk ontwikkeld hebben. Ik wilde weten hoe het werkt in die organisaties en wat we daarvan kunnen leren over organiseren van de zorg in deze tijd. Het boek is gebaseerd op zes jaar antropologisch onderzoek waarin ik mij heb verdiept in het dagelijks doen, denken, streven en voelen van mensen in zorgorganisaties. Tevens heb ik veel literatuur bestudeerd. Ik heb geprobeerd om de verkregen inzichten aan elkaar te koppelen.

Met dit onderzoek wil ik opvattingen en ideeën uit de praktijk van innovatieve zorgorganisaties inzichtelijk maken en daardoor bijdragen aan kennis over vernieuwend sturen en organiseren in de zorg. Daarbij stel ik ook een aantal vigerende gedachten over de organisatie van de zorg ter discussie om een bijdrage te leveren aan het debat hierover.

Dit boek is bedoeld voor zorgverleners, managers, cliënten(organisaties), bestuurders, toezichthouders, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in organiseren van de zorg en op zoek zijn naar vernieuwing. Het boek

biedt een perspectief op anders organiseren. Het is echter geen 'how to do' boek. De lezer moet geen pasklare antwoorden of een eenduidig stappenplan verwachten. Ik heb het geschreven voor mensen die hun eigen ervaringen willen aanleggen tegen die van de betrokkenen in dit onderzoek. Voor hen die zoeken naar manieren om de zorg te organiseren vanuit de vragen van hun cliënten en niet schromen om de gebaande paden te verlaten. Voor degenen die willen nadenken over hun eigen handelen en zelf nieuwe kennis willen ontwikkelen door te experimenteren in de eigen praktijk.

De inzichten die in dit boek naar voren komen, zijn waarschijnlijk ook nuttig voor bestuurders in andere delen van de publieke sector, zoals het onderwijs, politie of justitie. Het boek kan ook interessant zijn voor wetenschappers en startende onderzoekers die geïnteresseerd zijn in een voorbeeld van antropologisch onderzoek in de zorg.

In dit boek doe ik verslag van de resultaten van het onderzoek én van het onderzoeksproces. Dit boek gaat ook over een specifieke manier van onderzoek doen. Het is een voorbeeld van een participatieve en interpreterende manier van kennis verwerving. Vanuit mijn achtergrond als organisatie-antropoloog ben ik ervan overtuigd dat je een organisatiepraktijk het beste begrijpt als je deze van binnenuit onderzoekt, met de mensen die er werken. En, dat je daarbij niet alleen moet kijken naar losse elementen, maar vooral oog moet hebben voor het grotere geheel.

Gedurende het onderzoek heb ik een aantal artikelen geschreven en tussentijdse onderzoeksresultaten gepubliceerd. Op basis daarvan gaf ik presentaties voor bestuurders en beleidsmakers en mocht ik congressen inleiden. Delen uit die publicaties heb ik verwerkt in dit boek. De bijlage achter in dit boek geeft een overzicht van deze publicaties.

Hoe ziet de inhoud van dit boek eruit?

De kern van het boek bestaat uit twee diepgaande case studies. De cases staan beschreven in twee omvangrijke hoofdstukken (4 en 5) waarin ik de wijze van organiseren van twee innovatieve zorgorganisaties inzichtelijk maak. In de daarop volgende hoofdstukken (6 tot en met 11) leg ik verbanden tussen verschijnselen die ik in de beide organisaties ben tegengekomen en probeer ik deze te verklaren en te verdiepen met behulp van theorie. Hieronder geef ik de inhoud van elk hoofdstuk kort weer.

In hoofdstuk 2 beschrijf ik enkele ontwikkelingen in de publieke sector en maatschappelijke tendensen die de context typeren waarbinnen zorgorganisaties functioneren. Hier sta ik ook stil bij het publieke debat en de kritische kanttekeningen daarin over sturen en organiseren van de zorg. Het hoofdstuk geeft een beeld van trends in het dominante denken en de tegengeluiden die deze oproepen. Het schetst de achtergrond van waaruit ik op zoek ben gegaan naar organisaties ‘die het anders doen’.

In hoofdstuk 3 formuleer ik mijn onderzoeksvragen en werk ik deze uit tot een onderzoeksontwerp. Ook vertel ik hoe het onderzoeksproces is verlopen. Ik geef aan wat het karakter van het onderzoek is, in welke wetenschappelijke traditie het staat en hoe ik aankijk tegen mijn rol als onderzoeker. Verder laat ik zien hoe ik de cases heb geselecteerd en hoe ik gegevens heb verzameld, geanalyseerd en geïnterpreteerd. In dit hoofdstuk wordt duidelijk hoe ik tot de bevindingen in dit boek ben gekomen.

Hoofdstuk 4 gaat over de eerste case in dit onderzoek: Esdégé-Reigersdaal. Dit is een organisatie in de kop van Noord-Holland die zorg biedt aan mensen met een handicap. In de beschrijving wordt duidelijk hoe men de zorgverlening organiseert en welke onderliggende principes daarbij leidend zijn. Het hoofdstuk start met een korte introductie van Esdégé-Reigersdaal, daarna volgt een beschrijving van de organisatievorm. De vier paragrafen die daarop aansluiten gaan over de organiseerprincipes en hoe die tot uitdrukking komen in de praktijk van zorgverleners en bestuurders ten tijde van het onderzoek in 2007.

In hoofdstuk 5 beschrijf ik Buurtzorg Nederland, de tweede case in dit onderzoek. Buurtzorg is een thuiszorgorganisatie die in 2006 is opgericht en sindsdien zeer snel groeit. Mijn onderzoek daar vond plaats in de periode 2008-2010. Ook dit hoofdstuk start met een korte introductie van de organisatie. Daarna volgen vier paragrafen die organiseerprincipes, opvattingen en voorbeelden uit de dagelijkse praktijk levend maken.

In hoofdstuk 6 beschrijf ik hoe ik de beide cases met elkaar heb vergeleken en hoe ik tot de formulering van vijf organiseerpatronen ben gekomen. De uiteenzetting van dit analyseproces is een aanvulling op het methodische hoofdstuk 3. Dit hoofdstuk is vooral interessant voor degenen die willen weten hoe ik tot de constructie van de patronen ben gekomen. Ook zij die in één oogopslag willen zien wat de principes, opvattingen en regels zijn die ik in de beide organisaties tegenkwam, kunnen terecht bij dit hoofdstuk. In paragraaf

6.1 heb ik tabellen opgenomen die de principes, opvattingen en regels op een overzichtelijke manier weergeven.

Hoofdstuk 7 gaat over het eerste organiseerpatroon: 'de zorginhoud stuurt het organiseren'. Dit patroon gaat over de werkverdeling en zeggenschap in de onderzochte organisaties. Wat zijn vertrekpunten voor het inrichten van de organisatie? Hoe krijgt handelingsruimte vorm? Wat zijn opvattingen over diversiteit en overlap? Welke taken hebben zorgverleners en hoe kijkt men aan tegen staf- en ondersteunende diensten?

In hoofdstuk 8 staat het tweede patroon 'plannen in wisselwerking' centraal. Hierin komt de totstandkoming van resultaten naar voren. Ik laat zien welke opvattingen over strategievorming en planning daarbij een rol spelen, hoe lokale oordeelsvorming ontstaat en welk type systemen men in de onderzochte organisaties hanteert.

Hoofdstuk 9 gaat over het derde patroon dat de wijze van organiseren in de beide organisaties typeert. De manieren waarop men het werk coördineert staan centraal in dit patroon. Vertrouwen speelt daarin een bepalende rol, evenals ondersteuning die medewerkers ontvangen en controlemechanismen die daarop aansluiten. Dit hoofdstuk beschrijft de samenhang tussen deze elementen en hoe ze tot uitdrukking komen in de praktijk van de onderzochte organisaties.

In hoofdstuk 10 komt naar voren hoe de bestuurders omgaan met externe eisen die aan de organisaties worden gesteld. Wat voor taakopvatting hebben zij? Hoe gaan zij om met institutionele druk? Hoe verkrijgen zij legitimiteit en welke denkkaders sturen hun handelen?

Hoofdstuk 11 belicht het laatste en integrerende patroon. Dit gaat over de werking van identiteit, visie en richtinggevende ideeën en de belangrijke rol die deze zaken spelen in betekenis makende processen.

In het afsluitende hoofdstuk 12 sta ik stil bij de opbrengsten van dit onderzoek. Wat voor soort kennis heeft dit onderzoek opgeleverd en hoe generaliseerbaar is deze kennis? Wat draagt mijn onderzoek bij aan praktijkverbetering en wetenschap? Ook sta ik stil bij de methode van onderzoek. Ik beschrijf wat de voordelen en beperkingen zijn gebleken en wat de waarde van dit type onderzoek is voor de zorg. Tot slot werp ik enkele vragen en discussiepunten op en deel ik mijn gedachten daarbij.

2 Ontwikkelingen in de zorg en maatschappelijke tendensen

‘Alles dat kan worden geteld, telt niet noodzakelijkerwijs. Alles dat telt kan niet noodzakelijkerwijs worden geteld’ – Albert Einstein

In het publieke debat over de langdurige zorg in Nederland komt een breed gedragen beeld naar voren dat het anders moet. Van verschillende kanten klinkt er kritiek: de kwaliteit schiet tekort, de zorg is versnipperd, bureaucratie overheerst en de betaalbaarheid staat onder druk. De staat van de gezondheidszorg is een veelbesproken thema in de politiek, in de media, op congressen van zorgprofessionals en onder cliënten en hun vertegenwoordigers. Betrokkenen spreken over ‘de menselijke maat terugbrengen in de zorg’, ‘de relatie cliënt-zorgverlener weer centraal stellen’, ‘de focus op efficiency en productie maken is doorgeschoten’ en ‘er moet meer ruimte komen voor bezieling en beroepstrots van professionals’. Tegelijkertijd klinkt ook de roep om efficiënter te werken en ‘governance’ te versterken: meer waarborgen voor transparantie en toezicht op kwaliteit en de besteding van de overheidsmiddelen, aanscherping van protocollen, uitbreiding van prestatie-indicatoren en risicobeheersing. Ook vraagt men om een strengere aanpak bij dreigende misstanden, om persoonlijke aansprakelijkheid voor bestuurders en sanctionerende instrumenten voor toezichthouders.

‘Naasten van ouderen in verpleeghuizen organiseren zich om misstanden een halt toe te roepen. (...) In één klap werden 27 zorginstellingen voor ouderen en gehandicapten van de zorgcombinatie onder verscherpt toezicht geplaatst. Dat is, erkent de IGZ, de grootste operatie in de ouderenzorg in de geschiedenis van de inspectie. (...) Klachten stromen binnen op websites als Bejaardenvogelvrij.nl en Ouderenbescherming Nederland. De laatste site is van belangenorganisatie Meldpunt Ouderenbescherming Nederland, die aan de wieg staat van weer een nieuwe protestbeweging: die van de “dwaze kinderen”. Voor zaterdag 2 april belegt de actiegroep een bijeenkomst op het Plein bij de Tweede kamer in Den Haag. Dat moet de

eerste publieke demonstratie worden van boze klanten in de ouderenzorg. Deelnemers worden opgeroepen te verschijnen in zwarte kleding.' (Bron: de Volkskrant 23 maart 2011)

Het geschetste beeld geldt overigens voor meer sectoren. We zien dezelfde knelpunten en vraagstukken ook terug bij de politie, justitie en het onderwijs. De problemen en het debat daarover kunnen we niet los zien van de ontwikkelingen in de publieke sector in de afgelopen dertig jaar. In deze periode hebben zich grote veranderingen voorgedaan in de wijze waarop de zorg in Nederland is georganiseerd, gefinancierd en bestuurd. In de periode van mijn onderzoek (2006-2012) nam de kritiek op de wijze van organiseren en sturen toe. Deze kritiek komt van binnen én buiten de zorg: cliënten en verwanten, zorgprofessionals, opinieleiders, politici, zorgbestuurders en wetenschappers.

In dit hoofdstuk belicht ik, zonder volledig te willen zijn, enkele van deze ontwikkelingen en sta ik stil bij kritische kanttekeningen die daarbij gemaakt worden.

2.1 Deregulering en 'New Public Management'

20

Tot ongeveer dertig jaar geleden bepaalde de overheid op een groot aantal onderwerpen hoe zorginstellingen hun werk moesten doen. De herinrichting van de Nederlandse verzorgingsstaat heeft ertoe geleid dat de overheid een deel van haar taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg heeft overgedragen aan 'het veld'. Deze deregulering en verzelfstandiging gingen gepaard met de invoering van gereguleerde marktwerking en concurrentie, ondernemerschap en maatschappelijke zelfsturing (Meurs & Van der Grinten, 2005). Concurrentieverhoudingen en prijsprikkels moesten zorgen voor meer efficiëntie en kwaliteitsverbetering. Zorgaanbieders en partijen in het maatschappelijk middenveld moesten zelf voor regulering, sturing en controle zorgen. Bestuurders van zorginstellingen kregen hierdoor niet alleen een grotere vrijheid, maar ook een grotere verantwoordelijkheid. Zij moesten meer dan voorheen opereren in een maatschappelijk krachtenveld. Zorgorganisaties voeren dus niet alleen meer het overheidsbeleid uit, ze moeten zelf het beleid mede ontwikkelen. De politiek heeft zich verplaatst (Bovens et al., 1995). Discussies en besluitvorming over belangrijke maatschappelijke vraagstukken spelen zich steeds meer af buiten de traditionele politieke arena, en steeds meer binnen overlegorganen, bestuurskamers en researchafdelingen van ziekenhuizen (Grit & Meurs, 2005).

De theorie van het 'New Public Management' (NPM) die in deze periode opkwam, bood een bedrijfsmatig kader om zorginstellingen in te richten en te managen. NPM is gebaseerd op het neoliberale gedachtegoed dat een terugtrekkende overheid nastreeft, ruimte geeft aan marktwerking in publieke organisaties en het werk van professionals stevig wil controleren met metingen (Stoopendaal, 2008). Ook werd bepleit om managementinstrumenten uit de private sector in te zetten in publieke organisaties (Hood, 1991). Het Angelsaksisch georiënteerde NPM staat een duidelijke scheiding van beleid en uitvoering voor en wil het menselijk handelen controleren op basis van meetbare doelen om misbruik van publieke middelen te voorkomen (WRR, 2004). NPM heeft verschillende verschijningsvormen. Wat al deze vormen bindt is het bedrijfseconomische en rationalistische referentiekader (Noordegraaf, 2004). Onder invloed van NPM heeft het beheersmatige denken zich sterk ontwikkeld binnen zorgorganisaties. Deze organisaties moesten als 'normale' bedrijven opereren en presteren, met heldere strategieën, 'planning & control', prestatiemeting, klantgerichtheid en aandacht voor outputsturing, meetsystemen en administratieve processen.

Het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) schetst scherp de vertrekpunten en de onbedoelde neveneffecten van de NPM-benadering. De veronderstelling dat uitvoerders de handelingsruimte misbruiken en hun inhoudelijke kennis aanwenden voor het eigen belang, leidt tot instituties die moeten toezien op een correcte uitvoering van taken. Dit kan als een vorm van geïnstitutionaliseerd wantrouwen worden beschouwd en dat is niet passend in een omgeving als de zorg waarin maatschappelijk georiënteerd gedrag centraal staat (WRR, 2004). Met de opkomst van bedrijfsmanagement in de publieke sector is planning & control een steeds belangrijker rol gaan spelen en inmiddels kunnen we stellen dat het is uitgroeid tot een hype (Noordegraaf, 2004). Zorgorganisaties moeten zo operationeel mogelijke targets stellen en zo veel mogelijk zaken in de vorm van kengetallen onder woorden brengen. Indicatoren moeten SMART zijn, dat wil zeggen: 'specific, measurable, achievable, relevant en time-related'. De premisse onder planning & control is dat besluiten economisch verantwoord zijn, dat ze doelbewust genomen worden en systematisch worden uitgevoerd. Dat leidt tot omvangrijke en sterk gestructureerde systemen van planning en beheersing die focussen op specifiek voorgeschreven gebieden. De ruimte van medewerkers om zelf te organiseren en sturen raakt daarmee beperkt (Volberda, 2004). Binnen veel organisaties heeft dit geleid tot grote interne systeemdruk en schijncontrole (Aardema, 2005). Op papier bereikt een instelling resultaten, maar of de uitvoering van zorg in de

dagelijkse praktijk echt goed verloopt, blijft buiten beschouwing. In veel organisaties heeft planning & control het karakter van een rituele dans gekregen: de ene helft van het jaar schrijven we onze plannen, de andere helft zijn we kwijt aan verantwoording over de resultaten (Frissen, 2005).

2.2 Toezicht en verantwoording: meten is weten

Vanuit de omgeving is er grote druk om steeds meer informatie over de kwaliteit van de gezondheidszorg te verstrekken: men wil zien wat er gebeurt met het in de zorg geïnvesteerde geld. Van bestuurders, managers en professionals verwacht men in toenemende mate dat zij zich verantwoorden over hun doen en laten. Om de publieke belangen te waarborgen heeft de overheid verschillende instrumenten ingezet, onder andere om de transparantie, het toezicht, de verantwoording en controle te verbeteren. Overheid, toezichthoudende instellingen en verzekeraars vragen zich steeds meer af hoe zij naast doelmatigheid meer inzicht en grip krijgen op kwaliteit van de zorg en dienstverlening. Alle sectoren maken afspraken om objectief meetbare normen te ontwikkelen voor kwaliteit en bijhorende prestatie-indicatoren als instrument om verantwoording af te leggen over de geleverde zorg. Men moet in vele richtingen tegelijk (verticaal en horizontaal) verantwoording afleggen. Waar dat niet adequaat gebeurt, wordt de oplossing gezocht in betere structuren, heldere verantwoordelijkheden, betere veiligheidssystemen en dwingende keurmerken (Putters, 2009).

Toezicht houden kenmerkt zich in toenemende mate door risicomanagement en risicobeheersing. Burgers accepteren steeds minder risico's, waardoor de overheid risico's nog beter probeert in te schatten en te hanteren (De Wolf, 2007; Chavannes, 2007). Interne en externe toezichthouders worden hierbij gezien als organen die risico's moeten beheersen of zelfs moeten reduceren. Deze opvatting komt duidelijk naar voren in de 'Zorgbrede Governancecode' (BoZ, 2010). Dit is een richtinggevend normenkader voor goed bestuur en toezicht in de zorg, opgesteld door afgevaardigden van Raden van Toezicht en de brancheorganisaties. De code moet volgens de opstellers opgevat worden als een bundeling van 'moderne, en inmiddels breed gedragen, algemene opvattingen in de zorg over goed bestuur en goed toezicht'. Deze code stelt dat de Raad van Bestuur verantwoordelijk is voor het beheersen van de risico's en dat zij 'de interne risicobeheersings- en controlesystemen bespreekt met de Raad van Toezicht'.

Benaderingen gebaseerd op risicomanagement gaan vaak gepaard met een roep om systemen die steeds meer gegevens genereren die op afstand van het primaire proces kunnen worden beoordeeld. Dat heeft een aantal nadelen. Zorgverleners ervaren het als bureaucratische druk om deze informatie te leveren, vooral wanneer deze geen toegevoegde waarde heeft voor het eigen professionele handelen in de praktijk. Deze vorm van risicomanagement draagt de illusie van risicobeheersing in zich (De Wolf, 2007). Risico-inschattingen reduceren de ervaren onzekerheid, geven houvast en lijken beheersing van risico's mogelijk te maken. Onberekembare onzekerheden lijken daardoor berekenbare risico's geworden. Of zoals andere onderzoekers het formuleren: de wens om de zekerheid en voorspelbaarheid van zorgbestuur te vangen in prestatie-indicatoren leidt tot schijnwerelden en schijnzekerheden (zie ook Van der Lans, 2005; Van den Brink et al., 2005). Verder leidt deze manier van denken er toe dat betrokkenen zich in toenemende mate gaan 'indekken'. Wanneer iedereen zich naar de letter van de wet heeft ingedekt, ontstaat de paradoxale situatie dat vervolgens niemand meer verantwoordelijk kan worden gehouden. Risicomanagement leidt zo tot een systeem van georganiseerde onverantwoordelijkheid (Strikwerda, 2007).

'Niemand heeft nog inzicht in de kwaliteit van de ouderenzorg doordat het door de overheid ingestelde meetsysteem faalt. De cijfers over bijvoorbeeld doorligwonden en medicijnfouten, die de huizen jaarlijks moeten aanleveren, blijken onbetrouwbaar. Op de overheidssite waarop verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen worden vergeleken, is een deel van de kwaliteitsgegevens verwijderd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg erkent dat de kwaliteitscijfers deels niet deugen. Daarmee komt de transparantie in de ouderensector, die vijf jaar geleden onder druk in gang werd gezet, in het geding.' (Bron: de Volkskrant 30 juli 2011)

Trappenburg (2006) stelt dat de zoektocht naar steeds verfijndere audits, controle- en verantwoordingsinstrumenten de vorm van een ziekte heeft aangenomen, een 'sociale neurose'. Zij citeert de politiek filosoof Graham Lock. Lock heeft een essay geschreven over de teloorgang van Nederland. Hij schrijft: *'just like the neurotic who washes his hands a thousand times a day, our hyperrational society, under the political disguise of so called responsibility, cannot stop producing ever more refined instruments to measure and control itself a thousand times a day'* (Lock, 2005: 207, In: Trappenburg, 2006). Keuning en Wolters (2007) spreken van 'controlefabrieken' waarbij alles wat 'in control' is nog eens extra gecontroleerd wordt. Zij stellen dat de nadruk op controle de aandacht afleidt van het klantgericht zijn. Wantrouwen werkt verlamdend op

klantgerichtheid en op het ondernemen van risicovolle, nieuwe dingen. De toename van audit-activiteiten heeft de aard van de dienstverlening veranderd (Power, 2000). Mensen die veelvuldig geaudit worden gaan anders denken over hun werk. Zij kijken naar hun eigen werk door de ogen van auditors en focussen meer op de meetbare en kwantificeerbare aspecten van hun werk. Volgens Power zijn auditsystemen niet ontwikkeld om naar het 'echte' werk te kijken, maar om controlesystemen te beoordelen. Gecontroleerd wordt dus hoe de organisatie zichzelf stuurt en controleert. Hij stelt dat we terecht zijn gekomen in de 'audit society', een label voor het verlies van vertrouwen in het (bij) sturend vermogen van mensen in organisaties.

Toezicht en verantwoording worden niet alleen gedomineerd door nadruk op risicobeheersing en controle maar ook op afrekenen in plaats van leren (WRR, 2004). De neiging van zowel markt als overheid is om er naar aanleiding van misstanden nog een schepje bovenop te doen. Politiek reageert niet zelden op incidenten met nieuw beleid en regelgeving voor een gehele sector. De media spelen daarbij een belangrijke rol. Incidenten worden breed uitgemeten en de angst voor reputatieschade is groot. Iedere burger, verontruste ouder of betrokkene kan een filmpje op het internet plaatsen of naar een actualiteitenprogramma sturen (Putters, 2009). Bewijslast en proportionaliteit zijn in de media vaak ver te zoeken en op internet zelfs geheel afwezig (Van Erp, 2007). In het debat over toezicht en verantwoording klinkt ook steeds vaker de roep om bestuurders van zorginstellingen persoonlijk aansprakelijk te stellen. Ook daarin komt de nadruk op afrekenen duidelijk naar voren in plaats van op onderzoeken en leren.

'Het kabinet gaat onderzoeken of het mogelijk is om werkgevers in de zorg die ongekwalificeerd personeel inzetten aansprakelijk gesteld kunnen worden voor wanbestuur. SP-Kamerlid Leijten, die een motie van deze strekking had ingediend, kreeg dinsdag een meerderheid achter zich van PvdD, de PvdA, GroenLinks en het CDA. Volgens de SP komt het vanwege de financiële problemen in met name de thuiszorg steeds vaker voor dat ongekwalificeerd personeel wordt ingezet bij het uitvoeren van verpleegkundige handelingen. Dit ondermijnt volgens de SP de kwaliteit van zorg en is strijdig met de Kwaliteitswet zorginstellingen. Vanuit dit wettelijk kader moet het kabinet nu van een Kamermeerderheid onderzoeken of zorgbestuurders persoonlijk aansprakelijk kunnen worden gesteld, wanneer zij ongekwalificeerd personeel inzetten. Het kabinet moet voor de zomer duidelijk maken wat het met de motie doet. Kamerlid Leijten is ervan overtuigd dat de motie zal uitmonden in concreet beleid. "Dankzij dit voorstel zal een zorgbestuurder zich wel

twee keer bedenken voor hij ongekwalificeerd personeel inzet”, aldus Leijten. “Doet hij dat wel, dan betaalt hij zelf de rekening.” (Bron: www.skipr.nl, 30 maart 2011)

2.3 Prestatiemeting en de perverse effecten

Er wordt sterke kritiek geuit op eenzijdig sturen op output en prestatieingen. Zorgethici (onder andere Van Heijst, 2005; Baart, 2001) vestigen de aandacht op een ontwikkeling waarbij het professionele handelen teruggebracht wordt tot datgene wat meetbaar is en te vatten is in concrete doelen, waardoor mogelijk essenties uit de zorg verloren gaan. Waarden als efficiency, beheersing en transparantie lijken (humane) waarden als betrokkenheid, aandacht, betekenisvol handelen en vertrouwen te overheersen. De essentiële vraag: ‘leveren we de goede zorg?’ dreigt te worden vervangen door: ‘leveren we de zorg binnen de gestelde kaders?’ De vraag of de kwaliteit van dienstverlening aansluit bij (maatschappelijke) opvattingen over kwaliteit van leven en bestaan verdwijnt hiermee naar de achtergrond. Opvattingen over professionaliteit hebben de afgelopen jaren een vooral technisch-instrumentele invulling gekregen. Waardegebonden elementen van professioneel handelen die voortkomen uit ‘existentiële en morele bronnen van oriëntatie’ raken uit beeld (Kunneman, 2005). Daarmee wordt bijvoorbeeld bedoeld: persoonlijke betrokkenheid, aandacht, integriteit, maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef, maar ook creativiteit, nieuwsgierigheid en innovatief vermogen.

De kritiek op prestatiekening wordt scherp geuit omdat deze meting perverse effecten met zich meebrengt (onder andere CEG, 2006; WRR, 2004; De Bruijn, 2006). Prestatiekening lokt strategisch gedrag uit bij managers en professionals. Dat uit zich bijvoorbeeld in het weren van cliënten met een hoog risico en het focussen op ‘makkelijke’ gevallen omdat men daarmee de voorgeschreven prestaties makkelijker bereikt. Andere voorbeelden zijn het onnodig uitvoeren van verrichtingen om gestelde doelen te behalen, fraude van gegevens en focus op de kortetermijneffecten van kwaliteitsverbetering.

‘De opvallende daling van het aantal patiënten met doorligplekken (decubitus) blijkt niet te bestaan. Veel ziekenhuizen noemen doorligwonden vochtletsel of vochtighedsletsel. Daardoor neemt het aantal decubitus-patiënten af, en krijgen instellingen een betere beoordeling van de Inspectie voor de Volksgezondheid. De patiënt dreigt de juiste behandeling mis te lopen. In een artikel in het blad Medisch Contact schrijft de Utrechtse internist

Jeen Haalboom vandaag dat steeds meer decubitus-patiënten worden “wit-gewassen”. Haalboom was tot 2002 voorzitter van de Stuurgroep Decubitus. Hij verbaasde zich over de recente, verrassende afname van het aantal patiënten in de grote niet academische ziekenhuizen. Volgens Haalboom doet de daling zich voor bij ziekenhuizen waar de verpleging onderscheid maakt tussen decubitus en vochtletsel. De patiënten met vochtletsel worden niet geregistreerd. (...) De verpleging krijgt vaak de schuld als veel patiënten doorligwonden hebben. Er is hun veel aan gelegen de kwaal tegen te gaan. Als die aanpak tot flatteuze decubituscijfers leidt, zijn directies al snel blij. Want instellingen staan onder grote druk sinds decubitus wordt gemeten en openbaar wordt gemaakt. Dat kan een rol spelen. Voor de patiënt is het volgens Haalboom ook een slechte zaak als er onderscheid gemaakt wordt tussen vochtletsel en doorligwonden. Bij vochtletsel is het advies de patiënt gedurende de eerste twee dagen niet te behandelen. Die tijd maakt het verschil tussen herstel of juist verergeren van de kwaal (...) duizenden patiënten krijgen zo de verkeerde behandeling waarschuwt Haalboom. De inspectie ziet het aantal patiënten met doorligwonden als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de zorg.’ (Bron: de Volkskrant 19 januari 2007)

Outputsturing kan innovaties blokkeren omdat outputsturing focust op zaken die al goed gaan. Dat laat weinig ruimte voor het naar buiten brengen van dilemma's, problemen en lastige situaties, terwijl die juist de aangrijpingspunten vormen voor vernieuwing. Sturen op output houdt onvoldoende rekening met het professionele karakter van de dienstverlening zelf. De kwaliteit van de dienstverlening is voor een groot deel afhankelijk van handelen op basis van 'tacit knowledge' van de professionals en hun relatie met de cliënt. Outputsturing biedt hier weinig ruimte voor en vermeerderd bovendien de administratieve handelingen. De druk om prestaties te meten en te controleren neemt immers alleen maar toe.

Het ontdekken van perverse en ongewenste effecten leidt echter (nog) niet tot de afschaffing of verandering van het systeem (WRR, 2004). Wanneer blijkt dat de kosten de baten overstijgen wordt vaak gekozen voor eerste orde veranderingen (aanpassingen in het systeem) en niet om het systeem ter discussie te stellen. Daarnaast vormt de waarde die men tegenwoordig hecht aan transparantie en verantwoording een belangrijke reden voor het voortbestaan van deze metingen: organisaties die hun output en verantwoordingssystemen op orde hebben, scoren goed. Uit onderzoek is gebleken dat organisaties die goede prestaties hebben geleverd (dat wil zeggen prestaties leveren, waarop zij worden afgerekend) vaak veel hebben geïnvesteerd in de bureaucratistische com-

petenties om hun eigen prestaties zo goed mogelijk te meten (WRR, 2004). Dat heet ook wel de ‘performance paradox’; wie op papier goede prestaties levert, is misschien een prima boekhouder, maar niet noodzakelijk een goede zorgverlener (Tonkens, 2003).

Een argument dat regelmatig gebruikt wordt om prestatiemeting in te zetten is dat het informatie oplevert die cliënten kunnen gebruiken om een zorginstelling te kiezen. Maar critici stellen dat het idee van de in vrijheid kiezende geëmancipeerde burger onvoldoende geïncrimineerd is. Uit onderzoek van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (2006) blijkt dat patiënten zich niet altijd gedragen als ‘rationeel kiezende zorgconsumenten’. Zij hebben wel belangstelling voor prestatiemetingen, maar gebruiken deze slechts in beperkte mate bij hun keuze uit het zorgaanbod. Zij gaan eerder af op ervaringen van anderen in hun directe omgeving. Dat blijkt ook uit recent onderzoek waarin de WRR (2012) het effect onderzoekt van het gevoerde marktwerkingsbeleid van de afgelopen jaren. Mensen met een zorgvraag maken maar beperkt gebruik van hun keuzevrijheid en kiezen vooral op basis van locatie en het reputatiemechanisme: goede verhalen van mensen die dicht bij hen staan. Zij gedragen zich niet als consument en kiezen anders dan de economische theorie doorgaans veronderstelt. De WRR stelt dan ook de vraag of de huidige ontwikkeling van kwaliteitsmaatstaven daar veel aan verandert.

2.4 Productbenadering

Parallel aan de ontwikkelingen van deregulering en marktwerking veranderde geleidelijk ook het karakter van het werk van zorgverleners in de richting van te vermarkten producten in plaats van deskundige handelingen die vragen om een persoonlijke en individuele benadering (Van der Boom, 2008). Vanuit het nieuwe bedrijfsmatige sturingsparadigma zijn termen als ‘concurrentie’, ‘product’ en ‘markt’, doorgedrongen tot op de werkvloer van de zorg, waar zij voor zowel zorgverleners als patiënten vervreemdend werken (Stoopendaal, 2008). Taal speelt een belangrijke rol in die vervreemding. Wie na een lang ziekbed zijn levenseinde ziet naderen, is moeilijk een zorgconsument te noemen die op de valreep nog gauw even een zorgarrangementje boekt (Tien, 2003). En de patiënt die halsoverkop in het ziekenhuis is terechtgekomen, ervaart dat ziekenhuis helemaal niet als een markt met producten waaruit vrij te kiezen valt (Mol, 2006).