

Raad ↵
Volksgezondheid
& Samenleving

Anders verantwoord
voor goede zorg

Blogreeks

Ter inspiratie bij het advies
Blijk van vertrouwen

Anders verantwoord
voor goede zorg

Blogreeks

Ter inspiratie bij het advies
Blijk van vertrouwen

Den Haag, mei 2019

Raad ↵
Volksgezondheid
& Samenleving

Voorwoord

Een advies over anders verantwoorden in de zorg en het sociaal domein. Dat was het startpunt van het adviestraject dat wij als Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) rond de zomer van 2018 zijn gestart. Het was ons al snel duidelijk dat het gaat om een veelomvattend thema. Wat is verantwoording nu precies? En waar komt de kritiek op de huidige verantwoordingspraktijk vandaan? Ook zijn we niet de eersten die ons over dit thema buigen. In de vele gesprekken die we voerden klonk soms scherpe kritiek op hoe het nu gaat, maar ook veel ideeën over hoe het anders kan of moet. Daar wilden we zo veel mogelijk gebruik van maken. Zeker ook omdat het past bij de werkwijze van de RVS om te adviseren in nauwe verbinding met bestaande kennis en ervaringen.

In deze bundel staan acht blogs van auteurs met uiteenlopende achtergronden. We hebben hen gevraagd om ons op persoonlijke titel en vanuit elk eigen kennis en ervaring te inspireren bij het schrijven van ons advies *Blijk van vertrouwen*. Over de huidige knelpunten, maar ook over hoe anders verantwoorden eruit zou kunnen zien. Vanaf november 2018 zijn deze blogs periodiek op onze website verschenen en hebben ze al tot mooie reacties geleid. Alle redenen om ze in deze vorm nogmaals gebundeld beschikbaar te stellen. We zijn de auteurs erg dankbaar voor hun bijdragen. Ze hebben ons elk vanuit een eigen invalshoek enorm geïnspireerd bij de totstandkoming van ons advies.

Jan Kremer

Verantwoordelijk raadslid advies Blijk van vertrouwen

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan.
De RVS heeft tot taak de regering en de Eerste en
Tweede Kamer van de Staten-Generaal te adviseren
over hoofdlijnen van beide beleidsterreinen.

Samenstelling Raad

Voorzitter: Pauline Meurs

Raadsleden: Daan Dohmen, Pieter Hilhorst, Jan Kremer, Bas Leerink, Liesbeth
Noordegraaf-Eelens, Jeannette Pols en Greet Prins.

Directeur: Stannie Driessen

Adjunct-directeur: Marieke ten Have

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl

www.raadrvs.nl

Twitter: @raadRVS

Publicatie 19-03

ISBN: 978-90-5732282-2

Grafisch ontwerp: Studio Duel

Illustraties: Simons (1995) pagina 35, Comic house Gertjan Kleijne pagina 37.

Fotografie: www.istockphoto.com

Druk: Xerox/OBT

© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving,

Den Haag, 2019

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt
of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend
systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van
druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook
zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze
website www.raadrvs.nl

Voorwoord	3
1 Paul Frissen	6
Transparantieverlangen & transparantiedwang	
2 Kees Cools	10
Anders regelen	
3 Annemarie van Dalen	16
Wie houden we hier nu voor de gek?	
4 Jim van Os	20
De accreditatieparadox: over het belang van sociaal kapitaal voor goede zorg	
5 Hans Boutellier	26
Geïnformeerde wijsheid	
6 Souhail Chaghouni	30
Betekenisvol sturen en verantwoorden: het Utrechts sturingsmodel	
7 Mathieu Weggeman	36
Durf te differentiëren naar verantwoordingsregimes	
8 Lieke Oldenhof & Annemiek Stoopendaal	40
Uit de tentakels van de bureaucratische inktvis	

“

Het discours van de transparantie uit zich in codes, verantwoordingsrituelen en afrekeningen. Alles is zichtbaar en moet dat ook zijn.

”



Paul
Frissen

Paul Frissen is bestuursvoorzitter en decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) in Den Haag en hoogleraar Bestuurskunde aan Tilburg University. Hij is als oud Raadslid van de RVS medeauteur van het RVS-advies *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit* (RVS, 2016).

Transparantieverlangen & transparantiedwang

Ooit kwamen er DBC's. In het belang van marktwerking moesten die de kostenstructuur van het ziekenhuis transparant maken. Hoe ironisch: in een markt is de kostenstructuur van de onderneming een gekoesterd en beschermd geheim. Toen dat niet lukte kwamen de DOT's: DBC's op weg naar transparantie. Regeren is vooruitzien.



De decentralisaties in het sociale domein heten inmiddels 3D en suggereren zo levensechte zichtbaarheid. Landelijke monitors moeten resultaten transparant maken voor parlementaire controle en bureaucratisch toezicht. Gemeenten hanteren een 'verwijsindex risicjongeren'. Wijkteams voeren 'keukentafelgesprekken' onder het Noord-Koreaanse motto 'één gezin, één plan, één regisseur'. Ze leveren 'integraal maatwerk' op basis van risicoanalyses, patroonherkenning en data, zo mogelijk 'big'. De statistische waarschijnlijkheid van kindermishandeling rechtvaardigt preventieve interventies. Wie geheimen heeft is beter beschermd tegen de geheime dan tegen de sociale dienst.

Het discours van de transparantie uit zich in codes, verantwoordingsrituelen en afrekeningen. Alles is zichtbaar en moet dat ook zijn. Transparantie heeft dankzij de Verlichting een positieve connotatie. Het verborgene is magisch, het onzichtbare mysterieus. Ze dienen onwetendheid en vaak onderdrukking. Overal moet de keizer van zijn kleren worden ontdaan.

Totale zichtbaarheid wordt opgeëist. Transparantie heeft niet voor niets vaak de gedaante van een getal. Het getal symboliseert de uitrekenbaarheid. In een evidence based wereld spreken de feiten, zeker in kwantitatieve vorm, contextloos voor zich: citatiescores zijn de nieuwe kabbalistiek. Getallen dienen vergelijkbaarheid. Onvergelijkbaarheid en ondoordringbaarheid zijn verdachte tekenen van een kwaad geweten of de wens iets te verbergen.

Ook al heeft het sacrale getal vaak duivelse consequenties, verzet ertegen is onbegonnen werk. Transparantie dient de redelijke rechtvaardigheid van openbaarheid en verantwoording. Dat geldt bij uitstek voor macht en monopolies, betaald met belastinggeld. Als dan ook nog hoge waarde en zwak belang kunnen worden aangeroepen, is verantwoording dure en vanzelfsprekende plicht.

Transparantie moet checks and balances opleveren: tegenkrachten voor private, publieke en politieke machtsuitoefening. Het gaat uiteindelijk om verantwoording in een democratische rechtstaat. Wat we echter krijgen zijn de vaak perverse vormen van indicatoren, lijstjes, rapportages en protocollen. Eindeloze controletorens die lijken op het ritueel van de regendans en zijn teloorgang. Als de medicijnman de frequentie van deze dans opvoert, voedt hij de suggestie dat het de dans is die de regen brengt, niet het opperwezen. Zo ondermijnt hij ongewild de culturele orde.

Precies dit gebeurt in de transparante samenleving. Het utopisch verlangen naar onthulling onttaardt in de nachtmerrie van de onontkoombare en verplicht gedeelde zichtbaarheid. 'Sharing is caring' is een van de slogans in *De Cirkel* van Dave Eggers. De digitale wereld is een panopticum in virtuele en vaak ongreepbare gedaante. Bewakers en gevangenen vallen samen. De gratis app telt onze stappen en legt ons en passant een norm op van gezond bewegen die ons geniepig disciplineert. We zijn trots op onze zelfbeheersing en zelfkennis die fantastische verdienmodellen oplevert en die bepalen wat en wie de gezonde burger is. De maakbaarheid is letterlijk binnen handbereik.

Mediale souteneurs verbinden narcistische burgers en voyeuristische staat. Transparantie als middel voor democratische verantwoording en controle wordt transparantiedwang. Het transparantieverlangen wordt totalitair. Assange en NSA representeren twee kanten van dezelfde medaille.

Maar vrijheid berust op het recht geheimen te hebben, niet doorzichtig te zijn en zonder verantwoording te kunnen handelen – naar eigen inzicht en willekeur. Dat geldt zowel voor de intimiteit van de professionele relatie als voor het recht op ongezond gedrag. Als de professionaliteit gecontroleerd wordt in het discours van de bureaucratie - de meest transparante organisatie die bestaat – perverteert deze. Professioneel handelen is immers ook willekeurig en dus mysterieus en ondoordringbaar handelen. Wie minder verantwoording wil zal daarom dit uitgangspunt moeten aanvaarden. Dat betekent minder collectiviteit en meer particulariteit, minder politiek en meer samenleving. Zo hebben we het publieke domein in Nederland lange tijd ook vormgegeven, overigens.

Als de burger zijn vrijheid niet onverantwoord – in de ogen van staat of medeburger - mag beleven, verliest burgerschap zijn minoritaire kwaliteit. Het recht van verschil is immers altijd ook een recht op duisternis. In de ogen van de ander – die ook meerderheid kan zijn – zijn het verschil en de afwijking vaak duister. Als echter de kern van solidariteit de lotsverbondenheid van de minderheid is en dus de acceptatie van specifiek verschil als het eigene én het andere, dan moet het recht op onverdraaglijke afwijking worden aanvaard. Ook hier is de consequentie dat maatschappelijke verantwoording daarom per definitie pluralistische verantwoording is.

“

De kracht van toezicht is als het licht en het geluid, ze nemen beide af met het kwadraat van de afstand tot de bron. Bij de bron – zorgverlener zelf, maatschap, team – is de effectiviteit van (eigen) toezicht het grootst.

”



Kees
Cools

Kees Cools was tot 2016 partner bij The Boston Consulting Group resp. Booz & Company / Strategy&. Hij richtte er in 2011 samen met Ab Klink, Sander Visser en Jan Kremer de zorgpraktijk op. Sinds 2016 is hij zelfstandig bestuursadviseur. Sinds 1999 was hij tevens hoogleraar Corporate Finance (and Governance) in achtereenvolgens Groningen en Tilburg.

Anders regel

Is "Anders verantwoord" de goede titel voor deze blogreeks, dekt het de lading? De RVS adresseert de onzin en overdaad aan verantwoording voor zorgverleners. Medisch specialisten zitten twee dagen per week achter hun computer te typen en wijkverpleegkundigen zelfs 50% van hun werktijd. Dat is duur (naar schatting zo'n €25 miljard per jaar voor registraties en administratie) en het gaat vooral ten koste van het werk zelf: zorg en aandacht voor elke patiënt. Hooguit een derde van dat administratieve typewerk is zinvol. De RVS wil dit paarse krokodillen probleem te lijf gaan met anders verantwoord.



Maar voordat bloggers, denkers, deskundigen en de RVS zelf met allerlei fraaie oplossingen hard aan de slag gaan moeten eerst een paar dingen duidelijk zijn:

1. Welke administratieve tijd? Lang niet al het typewerk gaat op aan verantwoording.
2. Verantwoording afleggen, welke ingebakken narigheden brengt dat met zich mee?
3. Wat zijn de oorzaken van die transparantie tsunami, de regelzucht en de 'meten is weten' drogredenering?

Het meeste typewerk gaat niet op aan verantwoording maar aan de patiënten-zorg zelf, het vastleggen van de diagnose, de behandeling en de resultaten van de behandeling. "Anders verantwoorden" dekt daarom de lading niet. De RVS zou "Anders verantwoorden" kunnen vervangen door "Anders regelen".

Dan is er nog de echte, interne en externe verantwoording over, grofweg, kwaliteit en financiën. De helft à twee derde van die verantwoordingstijd gaat op aan *interne* regels en registraties. Het RVS-advies zou zich daarom nadrukkelijk moeten richten op de zorginstellingen zelf, naast de klassieke zwarte pietten zoals verzekeraars, toezichthouders, inspectie en de politiek.

De ingebakken problemen van verantwoordelen. Naast alle tijd – en dus ook geld – die daaraan verloren gaat kleven er nog andere narigheden aan die regelmatig en cijferfetisjisme. Die leiden niet alleen tot zinloze registraties, onder het bedrieglijke motto 'meten is weten', maar weet je wat je meet? De belangrijkste zaken worden helemaal niet vastgelegd, zoals echte zorgkwaliteit, gedrag, de kwaliteit van leiderschap, mate van samenwerking, elkaar aanspreken, drijfveren en ambities, 'cultuur' (bijv. de problemen bij hartchirurgie Radboud, longchirurgie VUmc of KNO UMC Utrecht waren ieder terug te voeren op gedrag en gebrekkig leiderschap). Er wordt gemeten wat men denkt te kunnen meten, niet wat je echt zou willen weten. Plus, zodra registraties van belang zijn, vanwege geld, promotie of reputatie, worden ze gemanipuleerd, variërend van beetje sjoemelen tot fraude. Komt nog bij dat *wantrouwen* de basis is van die alsmaar toenemende roep om verantwoording en transparantie. Mensen – eigen medewerkers – die steeds meer zinloos moeten registreren voelen zich steeds minder vertrouwd, verliezen motivatie en het ziekteverzuim stijgt. Volgens een CBS-rapport uit 2017 zit het ziekteverzuim in de zorg in de top van 20 verschillende sectoren. Toenemende regeldruk, monitoring en toezicht gaan ook ten koste van persoonlijke ethiek en moreel handelen. Men voelt zich meer en meer verantwoordelijk voor het blindelings naleven van de regels, niet meer voor 'het

goede doen' en regels negeren als ze niet passen. Vrijheid van handelen, eigen verantwoordelijkheid, mogen niet ondergeschikt worden aan 'het systeem' of 'de regels'. In Sartre's woorden, "de mens is veroordeeld vrij te zijn".

Bovendien, werkgevers stellen regels op om ervoor te zorgen dat werknemers doen wat ze zouden moeten doen, maar zij vergissen zich. Meestal keren die regels zich tegen de bazen. Als werknemers geen goesting hebben *to do what it takes* verschuilen ze zich achter die regelzucht, ze werken geen minuut langer, zetten geen stap extra en registreren zonder na te denken. De ultieme consequentie van regels is begin vorige eeuw prachtig beschreven door Jaroslav Hašek in zijn avonturen van de brave soldaat Švejk. Josef Švejk neemt regels en opdrachten letterlijk en voert ze consequent uit, waardoor hij zijn meerderen tot waanzin drijft en het gezag ernstig ondermijnt.

Ten derde, waar komt die regeldruk vandaan? Als we de oorzaken niet adresseren is elke oplossing gedoemd te mislukken, als onkruid dat de kop alweer opsteekt zodra het gewied is. Drie belangrijke oorzaken zijn het complexe financieringssysteem, de onmogelijkheid om echte kwaliteit van de zorg goed te meten en de meer-regels-registraties-toezicht Pavlov reflex van politiek, samenleving en (interne) toezichthouders telkens als er ook maar iets fout gaat.

Wat te doen, behalve aandacht voor de drie genoemde kwesties? Veel meer aandacht voor 'willen' en 'zijn' dan voor 'kunnen'. Drijfveren, gedrag en gebrek aan persoonlijke integriteit veroorzaken fouten en lage kwaliteit, niet een gebrek aan deskundigheid. Elkaar 'keihard' aanspreken, om te beginnen binnen de maatschappen en andere werkverbanden. Daar en nergens anders is de beste kennis en informatie over (elkaars) kwaliteit en de context van de dokter-patiënt relatie. De kracht van toezicht is als het licht en het geluid, ze nemen ieder af met het kwadraat van de afstand tot de bron. Bij de bron – zorgverlener zelf, maatschap, team – is de effectiviteit van (eigen) toezicht het grootst. Die effectiviteit slinkt kwadratisch met de afstand tot het toezichthoudend of controlerend orgaan (maatschapsbestuur, medische staf, raad van bestuur, raad van toezicht, inspectie, NZa, Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraar, ministerie, ministers, Tweede Kamer, journalisten, de maatschappij, ...). Kritische geesten (*who rock the boat but stay in the boat*) en ook klokkenluiders belonen in plaats van ze verketteren en straffen.

Ook resistentie voor fouten, fouten maken mag, als je er maar van leert. Anticiperen op fouten (tevorens bedenken wat te doen als bepaalde fouten of problemen zich voordoen, in plaats van de klassieke Pavlov reflex van meer regels en registraties en het grote zwarte pieten spel). Het onderkennen van het 'meten is weten' zelfbedrog. Het respecteren en beschermen van persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid en dus ook het recht op eigenheid en intransparantie. Registratie van *afwijkingen* in het zorgproces i.p.v. klakkeloos alles registreren. Niet de kaasschaafmethode, met allerlei schrapsessies e.d., maar een *zero-based* aanpak; met een schone lei beginnen en alleen de noodzakelijke registraties en indicatoren opnemen (het ZIRE experiment is interessant, de IC in Radboud UMC registreert nu 16 indicatoren i.p.v. de 122 reguliere vink-indicatoren, oncologie in Rijnstate 17 en hematologie in UMC Groningen nog maar 15 indicatoren). Forse versimpeling van het financieringssysteem. En als hulpmiddel, stok achter de deur, vermindering met tenminste 80% van het aantal regels en registraties (16 van de 122 is 13%). Minder is meer.

Emile Durkheim parafraserend: 'Als motivatie en zeden ontbreken zijn regels en registraties zinloos. Als motivatie en zeden voldoen zijn regels en registraties overbodig'.

**Als motivatie en zeden ontbreken
zijn regels en registraties zinloos.
Als motivatie en zeden voldoen zijn
regels en registraties overbodig.**

Emile Durkheim

“
Werkers en cliënten ervaren de wijze waarop
verantwoordelijkheid gevraagd wordt als niet
betekenisvol voor het bieden van goede zorg.”



Annemarie van Dalen is organisatie-antropoloog en promoveerde in 2012 op het proefschrift Zorgvernieuwing - over anders besturen en organiseren. Annemarie is bestuurder van Odion en toezichthouder bij Verslavingszorg Noord Nederland, Amstelring en Stichting Ouder en Kindteams Amsterdam.

Annemarie
van Dalen

Wie houden we hier nu voor de gek?

Zorginstituut Nederland hanteert een 'transparantiekalender' die per sector een overzicht geeft van de kwaliteitsindicatoren waarover verantwoording afgelegd moet worden. Neem bijvoorbeeld de verpleeghuiszorg. Een van de 79 indicatoren en sub-indicatoren daar is *"Percentage cliënten –met een ZZP V&V indicatie met behandeling- waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt"*. Om deze gegevens en die van de overige, soortgelijke 78 indicatoren, jaarlijks uit de systemen te kunnen halen moeten zorgverleners deze dagelijks registreren. Niet aanleveren van de gegevens leidt tot een bestuurlijke boete.



Ondanks de vele experimenten als Regelvrije Zorg, Het Roer Moet Om, (Ont)Regel de Zorg en het actieplan dat VWS heeft opgesteld om de overbodige bureaucratie aan te pakken neemt de verantwoordingslast nog steeds toe. Tot frustratie van bestuurders, professionals en cliënten. Tot zover niets nieuws. Het ontbreekt de betrokkenen niet aan de bereidheid om verantwoording af te leggen. Het gaat erom dat werkers en cliënten de wijze waarop verantwoording gevraagd wordt niet als betekenisvol ervaren voor het bieden van goede zorg. De menselijke factor ontbreekt. Kwaliteit van zorg wordt geleverd in de interactie tussen cliënt en zorgverlener. En ja, 'het veld' ontwikkelt ook alternatieven. Zowel binnen als buiten de experimenten. Deze worden op het schild gehesen en geroemd om de plek die de dialoog tussen cliënt en zorgverlener inneemt. En om de aangrijpingspunten die dit biedt om daadwerkelijk te leren en te verbeteren. Echter, ze vervangen of verrijken de vigerende verantwoordingseisen niet.

Dit is een typisch voorbeeld van structureel conflict. Beleid gericht op het verminderen van verantwoordingsdruk is nu een verzameling van wenselijkheden die niet vertaald wordt in keuzes en de daarbij behorende consequenties. Men zegt het een en doet iets anders. Wie houden we hier nu voor de gek? We slingeren heen en weer rond een vast punt en ondertussen blijft de bestaande situatie in stand. We willen 'terug naar de bedoeling', 'doen wat nodig is', 'ruimte voor de professional' en 'de leefwereld' van cliënten centraal stellen. Maar we omarmen niet de waarden en werkwijze die daarbij horen. Dat is het probleem. Objectiviteit, meetbaarheid en cijfermatige vergelijkbaarheid blijven dominant. Het gaat dus niet alleen om minder verantwoorden maar vooral om anders verantwoorden. Een nieuw verantwoordingsperspectief zal recht moeten doen aan de meervoudigheid van het werk in de gezondheidszorg en van brede opvattingen over goede zorg.

Wanneer we de filosoof Ken Wilber losjes volgen kunnen we drie domeinen van de zorgwerkelijkheid onderscheiden met elk eigen waarden, waarheden en bijhorende 'meet' methoden. Het objectieve domein, het intersubjectieve domein en het subjectieve domein. In het objectieve domein gaat het om het zichtbare, dat wat je kunt tellen, meten en vergelijken. Bijvoorbeeld het aantal vierkante meters van een woning, opleidingsniveau van zorgverleners, aanwezigheid van een zorgplan, het aantal valincidenten, geregistreerde medicijnfouten, etc.

De relatie tussen cliënt en zorgverlener maakt onderdeel uit van het intersubjectieve domein. Daar gaat het over contact, gezien en gehoord worden, onderlinge verstandhouding en aard van de bejegening. Hier staat communicatief handelen centraal. Door interactie met anderen geef je betekenis aan je eigen handelen en aan wie je bent als persoon. Dit handelen is in essentie onvoorspelbaar en onbeheersbaar. Je kunt immers niet op voorhand aangeven hoe er op je handelen wordt gereageerd, wat eruit ontstaat, welke betekenis eraan wordt gegeven en je kunt je handelen niet terugdraaien. Niet tellen en meetbaarheid zijn hier de methode en waarde maar dialoog, verkennen van uiteenlopende opvattingen en ervaringen, integriteit en de bereidheid interactie te willen verbeteren. In het subjectieve domein tenslotte, gaat het om de individuele beleving, het innerlijke, dat wat een gevoelige snaar raakt en bijdraagt aan een goed leven. Persoonlijke wensen, dromen, ideeën, verlangens. In dit domein is geen universele waarheid, slechts de waarachtigheid en het vertrouwen van de persoon om zijn of haar binnenwereld te (kunnen) delen in gesprek met een ander.

Meervoudige verantwoording van goede zorg betreft het totaal van deze drie domeinen. Deze staan niet op zichzelf, maar vormen in wisselwerking met elkaar een geheel. In onze hedendaagse samenleving kennen we objectiviteit een groter belang toe. Voor een nieuw verantwoordingsperspectief zullen we subjectiviteit moeten erkennen en herwaarderen als onlosmakelijk onderdeel van goede zorg en een goed leven. En daarmee ook de broosheid, de onvoorspelbaarheid en het niet-telbaarheid ervan. Meervoudige verantwoording betekent dan: op een eenvoudige en werkbare manier inzicht geven in het eigen doen en laten, in het objectieve, subjectieve en intersubjectieve domein. Alleen dan zal verantwoording niet alleen betekenisvol zijn voor systeempartijen maar ook voor zorgverleners en cliënten.

“

We willen 'terug naar de bedoeling', 'doen wat nodig is', 'ruimte voor de professional' en 'de leefwereld' van cliënten centraal stellen. Maar we omarmen niet de waarden en werkwijze die daarbij horen. Dat is het probleem.

”



Jim
van Os

Jim van Os is hoogleraar Psychiatische Epidemiologie en Publieke GGZ en Voorzitter Divisie Hersenen, UMC Utrecht

De accreditatieparadox: over het belang van sociaal kapitaal voor goede zorg

In Denemarken werd in 2005 het *Danish Quality Model* van accreditatie geïntroduceerd en top-down opgelegd. In 2015 werd het stopgezet, mede vanwege de negatieve evaluatie onder zowel zorgpersoneel als de laag van managers dicht bij de werkvloer^{1,2}. Ook elders draagt accreditatie niet bij aan werkplezier, blijkt uit een meta-analyse³. Maar draagt het bij aan kwaliteit en veiligheid?



De accreditatie-hypothese

De hypothese dat accreditatie bijdraagt aan kwaliteit en veiligheid wordt niet gesteund door onderzoek. Een grote studie, uit 2018, vergeleek de zorguitkomsten van miljoenen patiënten uit 4400 Amerikaanse ziekenhuizen (uit een totaal van 6200⁴). De conclusie was dat zorguitkomsten en patiënttevredenheid niet werden beïnvloed door wel of geen accreditatie. Accreditatie is een manier om je zaakjes organisatorisch op orde te krijgen, maar het leidt niet tot betere kwaliteit – terwijl dat wel de reden is waarom het wordt gedaan. Het gaat blijkbaar niet zozeer om de technische manier van werken en de exacte implementatie van de vele indicatoren van JCI of een andere technische vorm van accreditatie, maar om iets anders dat al deze ziekenhuizen gemeen hebben. En dat 'anders' gaat waarschijnlijk over een bepaalde expressie van sociale organisatie en groepsgedrag, die de samenwerking rond kwaliteit en veiligheid bevordert.

De sociaal kapitaal hypothese van kwaliteit en veiligheid

Op basis van het Amerikaanse onderzoek en wat bekend is over dit soort processen in de psychologie en de sociologie, zou je kunnen stellen dat 'kwaliteit en veiligheid' in de kern lijkt te gaan over de mate van sociaal kapitaal binnen de groep. Sociaal kapitaal gaat over de mate waarin mensen in een bepaalde groep bereid zijn om samen te werken aan een gemeenschappelijk hoger doel – zoals een optimale zorguitkomst voor de patiënt⁵. Dimensies van sociaal kapitaal zijn dingen als groepscohesie, vertrouwen en sociale controle. Ziekenhuizen zijn waarschijnlijk van nature plekken van hoog sociaal kapitaal, gegeven de concentratie van professionals die zich aangetrokken voelen tot een ideëel doel⁶. Een groeiend aantal publicaties ondersteunt het belang van sociaal kapitaal. Zo vond een Duitse nationale studie dat sociaal kapitaal sterk was geassocieerd met functionele samenwerking tussen groepen in het ziekenhuis⁷, en in een andere studie was er een verband met de arbeidssatisfactie onder artsen⁸. Een Europees onderzoek vond een positieve relatie tussen sociaal kapitaal in ziekenhuizen en de functionaliteit van het kwaliteitssysteem⁹ en een ander onderzoek presenteerde vergelijkbare bevindingen op het gebied van risk management¹⁰.

De accreditatieparadox

De Deense ervaring maakt duidelijk dat accreditatieprocessen niet alleen de kwaliteit niet zichtbaar bevorderen, maar ook schadelijk kunnen zijn voor het sociaal kapitaal in ziekenhuizen. Dit is de accreditatieparadox. Bezig zijn met een kwaliteitsritueel dat niet zichtbaar bijdraagt aan kwaliteit kan bijdragen aan ervaringen van zinloosheid – de antithese van sociaal kapitaal^{11,12} (Fig. 1).



Fig. 1. De accreditatieparadox: extern opgelegde 'kwaliteits'normen (rechts) verstoren sociaal kapitaal van de organisatie dat nodig is om intern gedragen kwaliteitsnormen te bevorderen (links)

Kwaliteit bevorderen kan dus het beste gebeuren door zinloosheid te bestrijden en sociaal kapitaal te bevorderen.

Sociaal kapitaal in de driehoek zorgvragers, zorgverleners en zorgbetalers

Maar het is niet genoeg om sociale controle alleen te beschouwen op het niveau van binnen de instelling. In de literatuur wordt ook gewezen op het belang van verbinding tussen zorgvragers, zorgverleners en verzekeraars, en dat transformatie nodig is van relaties gebaseerd op markt-conforme kwantitatieve controlemechanismen naar relaties gebaseerd op vertrouwen^{5,13}. Er is een brede roep om aandacht voor dialoog en vertrouwen, als bouwstenen van sociaal kapitaal, in plaats van geïnstitutionaliseerd wantrouwen op basis van kwantitatieve uitkomstvergelijkingen (Fig. 2) die niet valide zijn, zoals aangetoond door de *citizen science* beweging in het Verenigd Koninkrijk (<http://childrensheartsurgery.info/intro>). De VWS-ZiN claim van 'meer patiëntregie door meer uitkomstinformatie in 2022' is daarom misleidend.

Conclusie

De dimensie van sociaal kapitaal, of verbinding tussen mensen, staat niet prominent in het denken over inrichting en uitvoering van gezondheidszorg. Toch is de roep om vertrouwen en verbinding, zowel tussen hulpverleners onderling in het streven naar het gedeelde hogere doel van kwaliteit en veiligheid, als tussen zorgvragers, zorgverleners en zorgbetalers in het streven naar functionele relaties, groeiende. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat sociaal kapitaal een belangrijke voorwaarde is voor betekenisvol werken en goede uitkomsten in de zorg. Er is een breed gedragen wens tot 'verbinding op de werkvloer', 'patiëntenparticipatie in de organisatie', en 'horizontaal toezicht op basis van vertrouwen'. Om aan die wens te voldoen, past meer bewustwording van de dimensie van sociaal kapitaal in de zin van sociale cohesie, vertrouwen en sociale controle. Dit begint bij zelfreflectie en erkenning van verbinding als kernwaarde onder kwaliteit en veiligheid. Met bewustwording ontstaat mogelijkheid toeverandering en sturing. Hopelijk kan Nederland voorop gaan lopen in deze ontwikkeling.

Fig. 2. Beweging van stakeholderrelaties gevoed door markt-gerelateerd kwantitatief wantrouwen (boven) naar dialoog en vertrouwen (onder)



1. Ehlers LH, Jensen MB, Simonsen KB, Rasmussen GS, Braithwaite J. *Attitudes towards accreditation among hospital employees in Denmark: a cross-sectional survey. International journal for quality in health care* : journal of the International Society for Quality in Health Care. 2017;29(5):693-8.
2. Nicolaisen A, Bogh SB, Churrua K, Ellis LA, Braithwaite J, von Plessen C. *Managers' perceptions of the effects of a national mandatory accreditation program in Danish hospitals. A cross-sectional survey. International journal for quality in health care* : journal of the International Society for Quality in Health Care. 2018.
3. Leggat SG, Balding C. *Effective quality systems: implementation in Australian public hospitals. International journal of health care quality assurance.* 2018;31(8):1044-57.
4. Lam MB, Figueroa JF, Feyman Y, Reimold KE, Orav EJ, Jha AK. *Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study. BMJ (Clinical research ed).* 2018;363:k4011.
5. Young GJ. *Redefining payer-provider relationships in an era of pay for performance: a social capital perspective. Qual Manag Health Care.* 2013;22(3):187-98.
6. Dur R, van Lent M. *Socially Useless Jobs.* Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2018.
7. Gloede TD, Hammer A, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H. *Is social capital as perceived by the medical director associated with coordination among hospital staff? A nationwide survey in German hospitals. Journal of interprofessional care.* 2013;27(2):171-6.
8. Ommen O, Driller E, Kohler T, Kowalski C, Ernstmann N, Neumann M, et al. *The relationship between social capital in hospitals and physician job satisfaction. BMC health services research.* 2009;9:81.
9. Hammer A, Arah OA, Dersarkissian M, Thompson CA, Mannion R, Wagner C, et al. *The relationship between social capital and quality management systems in European hospitals: a quantitative study. PLoS one.* 2013;8(12):e85662.
10. Jafari M, Pourtaleb A, Khodayari-Zarnaq R. *The impact of social capital on clinical risk management in nursing: a survey in Iranian public educational hospitals. Nurs Open.* 2018;5(3):285-91.
11. Alkhenizan A, Shaw C. *The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. Journal of family & community medicine.* 2012;19(2):74-80.
12. Cofiel L, Bassi DU, Ray RK, Pietrobon R, Brentani H. *Detecting dissonance in clinical and research workflow for translational psychiatric registries. PLoS One.* 2013;8(9):e75167.
13. Lee TH, McGlynn EA, Safran DG. *A Framework for Increasing Trust Between Patients and the Organizations That Care for Them. JAMA.* 2019;321(6):539-40.

“Verantwoording en toezicht moeten tegelijk flexibel en stevig zijn – ga er maar aan staan.”



Hans
Boutellier

Hans Boutellier is wetenschappelijk directeur van het Verwey-Jonker Instituut. Sinds april 2016 is hij deeltijd hoogleraar Veiligheid & Veerkracht aan de faculteit Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit.

Geïnformeerde wijsheid

In talkshows doet zich met enige regelmaat de situatie voor dat de gast die toevallig aanwezig is haar of zijn mening geeft over het nieuws van de dag. Dus dan kun je bijvoorbeeld horen dat Gerard Joling ook tegen het IS-kalifaat is, of dat Patty Brard vindt dat het maar eens afgelopen moet zijn met de leugens rond de CO₂. Deze voorbeelden zijn fictief, maar ook dat maakt niet meer uit in een tijd van alternatieve feiten en klets-maar-raak-politiek.



In die vervreemdende context van 'ieder zijn mening' voel ik me altijd zeer vereerd als ik mag aanschuiven bij een expertmeeting. Zo mocht ik onlangs aanschuiven bij een expertmeeting van de RVS – het onderwerp was 'verantwoorden in zorg en sociaal domein'. De combinatie van vakkennis van artsen, experts op het terrein van governance en maatschappelijke duiders geeft daadwerkelijk nieuwe inzichten die niet vallen onder de noemer raketwetenschap, maar toch echt veel verder gaan dan het uitwisselen van meningen. Misschien moet ik de opbrengst 'geïnformeerde wijsheid' noemen.

Verantwoording dient plaats te vinden in een steeds onvoorspelbaarder maatschappelijke context. De capaciteiten zijn beperkt, de werkprocessen ingewikkeld en de traditionele toezichtsvormen werken vaak niet meer. Verantwoording en toezicht nemen steeds meer de vorm aan van een proces, waarbij er toch duidelijkheid moet zijn over prestaties en tekortkomingen voor de politiek, de financiers, de (sociale) media en de instellingen zelf. Verantwoording en toezicht moeten tegelijk flexibel en stevig zijn – ga er maar aan staan.

In dat verband gebruik ik graag de metafoor van de geïmproviseerde muziek^{1,2}. Die kenmerkt zich door een bijzondere combinatie van structuur en spontaniteit. Over het algemeen zijn er afspraken en is er een soort van compositie, maar pas in de uitvoering gebeurt het. In het proces wordt uiteindelijk de inhoud gemaakt. Een ander kenmerk: er is individuele ruimte om te excelleren. Een moderne organisatie geeft veel ruimte aan zijn medewerkers – maar deze is niet onbegrensd. Deze is gemarkeerd door de afspraken en er moet de bereidheid zijn om je weer te voegen naar het geheel. Je moet bij wijze van spreken niet eindeloos door blijven toeteren. Iedere partij heeft haar eigen functie, maar alleen met elkaar wordt het wat.

Wat leert ons dat nu over verantwoording? Maatschappelijke waarde wordt in toenemende mate in samenwerking met andere partijen gecreëerd. De improvisatiemetafoor geeft meer zicht op de gelijktijdigheid van structuur en proces. Het leert ons ook dat er een grote onderlinge afhankelijkheid is, maar dat die alleen wat oplevert als iedereen maximaal presteert. Het gaat erom oog te hebben voor een flexibele houding, maar deze te combineren met duidelijkheid en resoluutheid in de communicatie.

Geïnspireerd door de expertmeeting waag ik me aan drie uitgangspunten voor de inrichting van de verantwoordingsfunctie:

1. De maatschappelijke opbrengst wordt gerealiseerd in samenwerking tussen partijen die ieder voor zich vertrekken vanuit een helder beeld van hun *kernfunctie*;
2. *Het perspectief van de burger* c.q. de samenleving dient centraal te staan bij het bepalen van de maatschappelijke waarde, met heldere communicatie rond opbrengsten, werkwijze en eventuele incidenten;
3. Ook het proces van verantwoording vindt in *netwerkverbanden* van relevante organisaties; bij de bepaling van de opbrengst kan men immers niet om de prestaties van andere partijen heen.

Deze uitgangspunten maken het niet makkelijker, maar verankeren wel de noodzaak van samenwerking. Ik ben overigens benieuwd wat Gerard Joling en Patty Brard ervan vinden.

Referenties

1. Boutellier, H. (2011). *De improvisatiemaatschappij. Over de sociale ordening van een onbegrensde wereld*. Den Haag: Boom Lemma
2. Boutellier, H. (2014). *Lokaal bestuur in een improvisatiemaatschappij. Tien principes voor geïnspireerd doen samenleven*. Den Haag: Boom Lemma

“

We proberen gemeenten als een echt bedrijf te runnen. Sindsdien noemen we onze inwoners ‘klanten’ die we verschillende ‘producten’ aanbieden. Dat veel overheidshandelen niet in kwantificeerbare prestaties kan worden uitgedrukt, werd over het hoofd gezien. Onze manier van sturen en verantwoorden vraagt daarom om een nieuwe aanpak.

”



Souhail Chaghhouani is business controller maatschappelijke ontwikkeling bij de gemeente Utrecht. In 2016 werd hij verkozen tot Jonge Ambtenaar van het jaar. Sinds 2018 is hij lid van VeRS, het talentennetwerk van de RVS.

Souhail
Chaghhouani

Betekenisvol sturen en verantwoorden: het Utrechts sturingsmodel

Sinds de jaren '90 van de vorige eeuw is het gedachtegoed van het New Public Management in opkomst en proberen we de gemeente als een echt bedrijf te runnen. Een bedrijf dat expliciete afspraken moet maken over te leveren prestaties en die in meetbare termen moet formuleren en verantwoorden. Sindsdien noemen we onze inwoners 'klanten' die we verschillende 'producten' aanbieden.



Deze producten vertalen we naar een 'doelenboom' met 'SMART-geformuleerde KPI's'. Alsof elke gebeurtenis in de stad een direct causaal verband heeft met die geweldige beleidsnota die afgelopen maand is 'geproduceerd', zijn we onze 'prestaties' hierop gaan afmeten. Dat veel overheidshandelen niet in kwantificeerbare prestaties kan worden uitgedrukt, omdat maatschappelijke ontwikkeling door veel factoren wordt beïnvloed, werd over het hoofd gezien. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dan ook dat het sturen op prestaties volgens het NPM principe binnen de publieke sector vaak tot negatieve resultaten leidt. Er wordt dan namelijk gestuurd op wat we meten en niet zozeer op wat we willen bereiken. Deze top-down benadering gaat uit van uitvoeringsorganisaties in een relatief eenvoudige en voorspelbare omgeving. Maar de samenleving heeft zich ontwikkeld tot een netwerksamenleving, gekenmerkt door complexiteit, verwevenheid en constante beweging en verandering. Onze manier van sturen en verantwoorden vraagt daarom om een nieuwe aanpak.

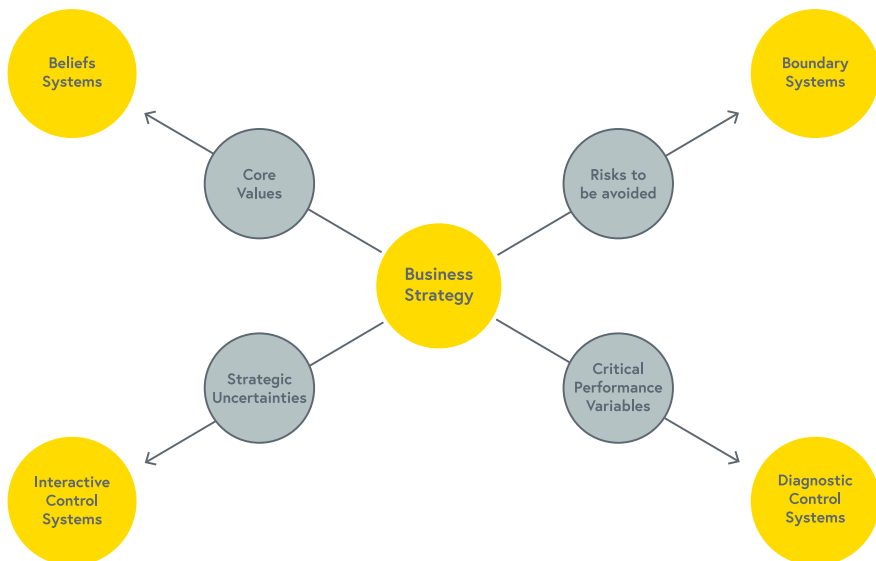
Voor de transformatie in het sociaal domein zijn een brede blik en samenwerking nodig. Dit vraagt, meer dan nu het geval is, om het gezamenlijke gesprek met partners om de opgaven vervolgens samen uit te werken. Zeker nu publieke waarde steeds meer een zaak wordt van de samenleving en de markt, is het soms zoeken naar onze eigen rol als overheid. De kunst is die dingen te doen of te ondersteunen die het verschil maken en publieke (meer)waarde borgen. Het formuleren van 'publieke waarden' kan helpen het handelen van de gemeente te richten op wat er voor de samenleving echt toe doet. Het richt niet alleen het handelen van de gemeente, maar ook dat van bewoners, maatschappelijke organisaties en ondernemers met publieke doelstellingen. Publieke waarden vormen de basis voor het gezamenlijke gesprek. Ongeacht de verschillen in verantwoordelijkheden en rollen.

De transformatie in het sociaal domein is vooral een cultuurverandering en vraagt om innovatief en gedurfd leiderschap dat weet te inspireren en ruimte geeft aan de professionals om te doen wat nodig is. Robert Simons heeft in 1995 zijn bekende artikel 'Control in an age of empowerment' gepubliceerd waarin hij hier bij stil staat. Zijn stelling is dat de kwantitatieve benadering van het NPM niet past bij dynamische organisaties, en daarom dringend aanvulling nodig heeft. Door te beginnen bij gedeelde waarden wordt het eenvoudiger om onze manier van sturing en verantwoording beter aan te laten sluiten bij 'de bedoeling'. Control gaat dan niet alleen om het afvinken van behaalde resultaten (prestatie indicatoren), maar juist om het realiseren van je opgaven binnen daarvoor afgesproken kaders. Dit vraagt om lerende organisaties met veel onderlinge interactie. Zo kunnen we sturen op wat we willen bereiken en minder op wat we willen meten.

Dit verkleint de kans op perverse effecten van beleid ('alle behandelingen geslaagd, patiënt overleden') en het stimuleert om met partners te blijven werken aan de gedeelde waarden. Financiële schotten zullen minder een obstakel vormen. De grenzen tussen overheid en partnerorganisaties – en grenzen tussen partnerorganisaties zullen meer fluïde zijn. De maatschappelijke bedoeling 'wint' het van het individuele belang van personen en organisaties. Deze manier van sturen en verantwoorden gaat uit van de bedoeling - doen wat nodig is - en heeft als kenmerken:

- Waarden zijn het startpunt van het sturingsinstrumentarium (Beliefs System)
- Kaders en randvoorwaarden zijn scherp geformuleerd en gemonitord (Boundary Systems)
- Een set van indicatoren zegt iets over het succes van de interventies (Diagnostic Control)
- Betekenisvolle interactie en dialoog zijn gericht op leren en verbeteren (Interactive Control)

Bron: Simons, 1995



Om deze manier van sturen en verantwoorden te versterken en effectiever te maken zijn we in Utrecht gelijktijdig gestart met het versterken van het data-gedreven werken. Binnen het sociaal domein is ongelofelijk veel data beschikbaar. De uitdaging is niet om die data te verzamelen, maar juist om het op een goede manier in te zetten en helpend te laten zijn. In tegenstelling tot wat de hype 'Big Data' wellicht suggereert kan iedereen met relatief kleine stappen hiermee starten. Overigens vraagt de interpretatie van data ook altijd om duiding in de vorm van uitwisseling van ervaringen en verhalen tussen betrokken partijen. Dit doen we in Utrecht dus mét onze partners. Waar vroeger de P&C cyclus het belangrijkste middel was om te sturen en verantwoording af te leggen, zijn er steeds vaker momenten gedurende het jaar waarin raadsleden op basis van data geïnformeerd worden en hun vragen kunnen stellen. Deze 'themasessies' of 'expertmeetings', meestal vanuit een actueel thema of naar aanleiding van vragen van de Raad, maken dat raadsleden beter op de hoogte zijn en we interactief met elkaar in gesprek zijn over de (voortgang van de) transitie van ons Utrechts zorglandschap.

De transformatie in het sociaal domein vraagt een lange adem en geloof in de ingezette koers. Rome is tenslotte ook niet op één dag gebouwd. Congruentie is hierbij een essentiële randvoorwaarde voor succes. We moeten als overheid leiderschap laten zien waarbij er geen verschil meer is tussen onze overtuigingen, strategieën en gedragingen. Maar ook vanuit bedrijfskundig aspect heeft het een betekenis; namelijk dat de organisatievisie, inrichtingskeuzes, bekostigingsmodel en wijze van sturen en verantwoorden met elkaar in lijn zijn. De kracht van het Utrechts model zit in de samenhang tussen de vier pijlers. Zo helpt de gekozen bekostigingsmodel om zaken slimmer aan te pakken en goed om te gaan met de schaarste. Als we als overheid van elkaar willen leren, dan moeten we elkaar juist op deze congruentie durven spiegelen. Dit vraagt bereidheid tot leren, open staan voor feedback en lef.



“

Hans Galjaard zei het destijds mooi, vrij naar Aristoteles: “Niets is zo ongelijk als de gelijke behandeling van ongelijken”. Laten we daar eens naar gaan handelen.

”



Mathieu Weggeman is hoogleraar Organisatiekunde, in het bijzonder Innovatie Management aan de Faculteit Industrial Engineering & Innovation Sciences van de Technische Universiteit in Eindhoven.

Mathieu
Weggeman

Durf te differentiëren naar verantwoordingsregimes

Differentiatie is het sleutelwoord als het gaat om het verminderen van de verantwoordingslast in zorg en welzijn.

Natuurlijk is niet elke professional, niet elk team en niet elke organisatie vakdeskundig en gemotiveerd genoeg om processturing en procesverantwoording los te laten en in plaats daarvan ruimte en vertrouwen te geven om verder alleen te sturen op een gezamenlijk overeengekomen resultaat. Dat kan niet overal en het kan niet bij iedereen.



Er zijn werknemers die het comfortabel vinden dat alles wat ze moeten doen gepland en gecheckt wordt en er zijn mensen die vooral tijd voor geld willen ruilen, liefst zo weinig mogelijk van het eerste, voor zo veel mogelijk van het tweede. Er zijn teams die meer houden van intern debatteren dan van werken voor cliënten. Er zijn organisaties waar de liefde voor het geld groter is dan de liefde voor het vak en er zijn organisaties die geleid worden als een koekjes-fabriek waar tijdschrijverij en efficiency belangrijker worden gevonden dan kwaliteit en innovatie. Maar de meeste professionals houden van hun vak en van hun werk, doen liever iets goed dan iets fout en scheppen er eer in om gezamenlijk gemaakte afspraken na te komen. Dat geldt ook voor de meeste teams en organisaties.

Globaal wordt de verhouding tussen die twee categorieën in Nederland geschat op zo'n 20% versus 80%. Tachtig procent van de professionals, teams en organisaties kan dus zonder zorgen ruimte en vertrouwen gegeven worden voor wat het werkproces betreft (*hoe*) en kan gestuurd worden op alleen output, op een gezamenlijk overeengekomen te behalen resultaat (*wat*). Uit onderzoek weten we dat bij die groep dan de productiviteit en de arbeidstevredenheid stijgt. Bovendien ervaren leidinggevenden in dat geval minder stress en hebben ze een beter contact met 'de vloer'. Tel uit je winst!

De 20% die het niet kan of niet wil, heeft training en opleiding nodig en ja: strakke PDCA-achtige sturing op het werkproces, compleet met alle daarbij behorende administratieve verantwoordingsverplichtingen.

De remedie voor de sfeer en productiviteit bedervende regeldruk is dus simpel: Differentieer in aansturings- en verantwoordingsstijl naar die twee groepen. Bepaal op grond van behaalde resultaten (*past performance*) en evaluaties door *stakeholders* of een professional, team of instelling tot de 80%- of tot de 20%- categorie behoort en kies op basis daarvan voor een lichtere (alleen resultaat-verantwoording) respectievelijk zwaardere regeldruk (proces- en resultaatverantwoording).

En daar begint in Nederland de schoen te wringen, want door de geringe machtsafstand (=lage sensitiviteit voor hiërarchische verschillen) die onze nationale cultuur kenmerkt, zijn we in ons land kampioen gelijke monniken, gelijke kappen geworden, kampioen *what's good for Peter must be good for Paul* en kampioen *one size fits all*. Wij houden niet van differentiëren, van verschil maken; de vakbonden ook niet, de OR ook niet en HR ook niet. Wie een 9 haalt heeft vals gespeeld en wie een 4 scoort moet geholpen worden. Zo wordt de bekende zesjes- en zeventjes cultuur geconsolideerd en *swingt* het nergens.

Als we dus maar één verantwoordingsregime mogen implementeren, dan blijken we in ons land steeds weer te kiezen voor die aanpak waarmee we de grootste druiloor in de tang kunnen houden, en dat resulteert in een overmaat aan planning- en control regels. Daarmee diskwalificeren we 80% van de professionals, teams en organisaties die tot grotere prestaties en meer werkplezier komen als ze ruimte en vertrouwen krijgen.

Bestuurders, leidinggevend en professionals onder elkaar, moeten dus durven differentiëren en de relatieve complexiteit van twee naast elkaar bestaande verantwoordingsregimes voor lief nemen, zoals ouders dat ook zonder problemen doen ten opzichte van hun kinderen. Bestuurders in de gezondheidszorg kunnen ook in de leer bij de Belastingdienst: Met ondernemingen die al een tijdje netjes functioneren wordt een convenant gesloten; anderen hoeven er niet aan te denken.

Hans Galjaard zei het destijds mooi, vrij naar Aristoteles: "Niets is zo ongelijk als de gelijke behandeling van ongelijken". Laten we daar eens naar gaan handelen.

“

Persoonsgerichte zorg wordt pas mogelijk wanneer regels niet voor lief worden genomen, maar juist ter discussie staan en passend worden gemaakt aan de persoonlijke context van die patiënt of cliënt.

”



Lieke Oldenhof & Annemiek Stoopendaal

zijn beiden universitair docent
aan de Erasmus School of Health
Policy & Management.

**Lieke Oldenhof
& Annemiek
Stoopendaal**

Uit de tentakels van de bureaucratische inktvis

Regeldruk is als een bureaucratische inktvis, zo stelt filosoof René Ten Bos (2015). Je kan er lastig grip op krijgen omdat regeldruk zo'n alomvattend en glibberig fenomeen is. Voor je weet zit je gevangen in de grijpgrage tentakels van de inktvis.



Recente pogingen om onnodige regels in de zorg af te schaffen, zijn moedige pogingen om de bureaucratische inktvis te temmen. Maar is dit genoeg? Uit recent onderzoek van Erasmus School of Health Policy and Management naar regeldruk (Van de Bovenkamp et al. 2017) blijkt van niet. Het gaat niet zozeer om regels afschaffen en minder verantwoord, maar om echt anders verantwoord en het maken van passende regels. Het goede nieuws is dat verschillende organisaties in de zorg dit nu al experimenterende wijze doen. Wat kunnen van deze organisaties leren?

Van regelreflex naar spiegelreflex

Persoonsgerichte zorg wordt pas mogelijk wanneer regels niet voor lief worden genomen, maar juist ter discussie staan en passend worden gemaakt aan de persoonlijke context van die patiënt of cliënt. We zien daarbij dat zorgmedewerkers niet zozeer zonder regels willen werken. Maar juist op zoek zijn naar passende regels die hen helpen om samen met de cliënt en familie te reflecteren op wat nu goede kwaliteit van zorg is. Dat kan zijn in de vorm van spiegelgesprekken of door het werken met de methode Beelden van Kwaliteit. Hierbij worden zorgverleners getraind de normale dagelijkse gang van zaken op een afdeling te observeren. Hun verhaal wordt besproken met een panel met stakeholders van binnen buiten de organisatie (cliëntenraad, raad van toezicht, verzekeraars, gemeenteraadsleden). Hun reflecties worden vervolgens besproken met het geobserveerde team, ook hun teamleider is daarbij aanwezig. Zo komt een dialoog op gang over wat nu eigenlijk goede persoonsgerichte zorg is, welke vorm dat krijgt en welke dilemma's dat in het dagelijks leven met zich meebrengt.

Koester rebellen

Omarm personen die vastgeroeste normen ter discussie stellen en in staat zijn nieuwe micro-systemen te creëren voor goede zorg. Dit zijn personen die de grenzen van organisaties oprekken zonder zichzelf buiten de organisatie te plaatsen: 'rocking the boat, while staying in it'.

Betrek verschillende niveaus bij het maken van passende regels

Tegelijkertijd is het te simpel om te stellen dat alleen eigenwijze individuen genoeg zijn. Omdat regels vaak doorwerken binnen en buiten de organisatie, is het nodig om de discussie over passende regels te voeren met verschillende niveaus, personen en organisaties. Dit gebeurt vaak nog niet. Zo horen we zorgmedewerkers zeggen dat regels zijn 'bedacht op kantoor' of 'worden opgelegd' door bijvoorbeeld de Inspectie. Dit toont de ontkoppeling aan tussen beleid en praktijk. Het weer verbinden van deze verschillende niveaus, ook wel recoupling genoemd, is cruciaal om iets te doen aan het probleem van regeldruk. Hierbij helpt de rode knop die sommige organisaties in gebruik hebben genomen. Soms loopt een zorgverlener tegen een absurde of onhandige regeling aan. Zij weet dan niet goed wie dit heeft bedacht of hoe het zou kunnen veranderen. Door op de virtuele knop te duwen, komt iemand uit het management naar haar toe om samen een oplossing te zoeken.

Maak verantwoording meer narratief en generatief

Sommige cijferregistraties blijven belangrijk, maar voor een wezenlijke discussie over kwaliteit zijn ze onvoldoende. Het is daarom belangrijk om verantwoording meer narratief (verhalend) en generatief (gericht op leren) te maken. Initiatieven zoals 'Beelden van Kwaliteit', maar ook de kwaliteitsrapporten die in de gehandicaptenzorg op een nieuwe manier worden geschreven, zijn hier een mooi voorbeeld van.

Bovenstaande inzichten tonen aan dat enkele zorgorganisaties al belangrijke stappen hebben gezet naar nieuwe experimentele sturingsvormen. Door hen is de bureaucratische inktvis is al een beetje getemd. Welke zorgorganisaties volgen?

Referenties

- H.M. van de Bovenkamp, A.M.V. Stoopendaal, M.E. van Bochove, H. Hoogendijk & R.A. Bal (2018). *Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex*. Rotterdam: ESHPM
- R. ten Bos (2015). *Bureaucratie is een inktvis*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl

Raad ↙
Volksgezondheid
& Samenleving

  @raadRVS