



Annemarie van Dalen

Beziëld besturen

Zorgbestuurders balanceren voortdurend tussen druk op het ontwikkelen van visie, nieuwe zorgconcepten, bedrijfseconomische vereisten en de politiek maatschappelijke opdracht. Veel van hun gedrag heeft te maken met 'zoeken'. Zoeken naar manieren om waardeconflicten te hanteren die voortkomen uit de botsing van verschillende logica's die in de aandachtgebieden besloten liggen. Bestuurders leunen daarbij sterk op rationele besturingsvormen die leiden tot instrumentalisering van het zorgproces. Wat zijn alternatieven?

Kor Grit (2005) concludeert in zijn onderzoek naar verschuivende verantwoordelijkheden dat zorgbestuurders in hun zoektocht naar verantwoord besturen lastig weerstand kunnen bieden aan de dominante, rationele besturingsvormen. Hij noemt deze technocratisch vanwege de toenemende interesse voor instrumenten als outputsturing, prestatie-indicatoren, balance score cards en dergelijke. Alternatieven zouden veel kunnen opleveren, getuige de kritiek op instrumentalisering van de zorg. Deze klinkt steeds duidelijker door in het publieke debat. Genoemd worden onder meer: geïnstitutionaliseerd wantrouwen, strategisch gedrag van managers en zorgverleners, verlies van ervaringskennis, reductie van het zorgproces tot datgene wat meetbaar is, beroepszeer van professionals, te weinig aandacht voor morele dilemma's en normatieve kwesties.

Verbinden van ziel en ratio Wat betekent intelligent weerstand bieden aan de dominante besturingsvariant van rationalisering? Hoe houden bestuurders de ziel in de zorg en voldoen ze tegelijkertijd aan de eisen en verwachtingen van deze tijd? Wat kan de toegevoegde waarde zijn van managen en organiseren voor kwaliteit van bestaan van cliënten? Dit artikel is gebaseerd op onderzoek dat antwoord probeert te geven op deze vragen. Uit dieptestudie in de praktijk¹ en literatuuronderzoek komt een aantal noties naar voren waarvan er in dit artikel vier worden behandeld.

1. Ontwikkelen van een krachtige voorhoede

Het directe bewijs van goede zorg en dienstverlening wordt geleverd in de relatie tussen cliënt en begeleider. Tijdens 'the moment of truth' in deze interactie wordt het verschil gemaakt. Medewerkers die het dichtst bij de cliënt staan zijn het best in staat om te reageren op de (veranderende) vraag van de cliënt, en bij te dragen aan kwaliteit van hun bestaan. Zorgverleners en begeleiders moeten optimaal uitgerust zijn om beslissingen te nemen en persoonlijk initiatief te ontwikkelen. Dit vraagt om aansturing gebaseerd op handelingsruimte

en verantwoordelijkheid. Daar zal niemand het mee oneens zijn. Maar de praktijk leert dat alleen een rotsvast vertrouwen in mensen het mogelijk maakt hen echt ruimte en verantwoordelijkheid te geven voor persoonlijk initiatief. Vertrouwen, handelingsruimte en verantwoordelijkheid kunnen niet los van elkaar gezien worden; zij ontwikkelen zich in samenhang. Er kunnen opwaartse of neerwaartse spiralen ontstaan waarin vertrouwen wordt opgebouwd of afgebroken. Zo'n opwaartse spiraal wordt ook wel een 'high trust - high discretion - high power'-dynamiek genoemd (Fox 1974). Medewerkers krijgen veel handelingsruimte, ervaren daardoor dat zij vertrouwd worden en proberen dit vertrouwen waar te maken. Bij fouten of slechte resultaten wordt de loyaliteit en betrouwbaarheid van medewerkers als vanzelfsprekend aangenomen. Gezien het feit dat de medewerkers zich toegewijd inzetten heeft het management het gevoel dat zij invloed heeft op deze medewerkers, waardoor zij geneigd zullen zijn nog meer ruimte te geven en formele controle en regelgeving te verminderen. Medewerkers zullen deze ruimere bevoegdheden als positief signaal opvatten, en zich nog meer inzetten. We kennen ook de praktijkvoorbeelden waarin medewerkers weinig ruimte krijgen, zich gewantrouwd en gecontroleerd voelen, zich verzetten of onverschillig worden. En management dat de greep op de organisatie wil verstevigen met nieuwe regels en geïntensiverde controle. Zowel medewerkers als managers hebben in dit geval weinig invloed en houden elkaar gevangen in een 'low trust- low discretion-low power'-dynamiek.

Dit gaat ten koste van toewijding van zorgverleners. En het is juist het 'wegorganiseren' van deze toewijding waar veel van de onvrede over sturing van overheid en managers in de zorg mee samenhangt. Toewijding bestaat uit het vermogen om met inzet en overgave ergens aan te werken. Betrokkenheid, liefde en gedrevenheid komen erin tot uitdrukking. Door het vergroten van beslissingscapaciteit van medewerkers aan de voorkant van de organisatie, kan dat vermogen tot ontwikke-

ling komen. De wijze waarop met fouten of slechte resultaten wordt omgegaan is cruciaal. Weick en Sutcliffe (2001) introduceren hier de term 'blame free evaluation'. Medewerkers worden aangemoedigd om essentiële informatie te geven over veiligheidsrisico's, mogelijke missers en gemaakte fouten. Men veroordeelt hen niet en twijfelt niet aan hun toewijding. Wel worden de effecten en consequenties van genomen beslissingen en de consequenties hiervan indringend besproken in combinatie met sturing op een bewustzijn van de grens tussen acceptabel en onacceptabel gedrag. Dit draagt er toe bij dat begeleiders durven handelen in plaats van afwachten (op toestemming vooraf of uit angst het fout te doen). Dat zij risico's niet onder tafel schuiven maar deze bespreken, verantwoordelijkheid nemen voor de keuzes die zij maken, zonder bang te zijn daarop afgerekend te worden.

De wijze waarop met fouten of resultaten wordt omgegaan is cruciaal

2. Effectieve controle

Mensen kunnen zich echter zo eigenzinnig gaan gedragen dat dit niet meer als initiatiefrijke en gericht op de doelen aangemerkt wordt, maar als oncontroleerbaar en onaanspreekbaar. We kunnen niet praten over vertrouwen, beslissingscapaciteit en toewijding zonder in te gaan op controle. In het debat over sturing in de zorg wordt veel kritiek geformuleerd op formele controle- en verantwoordingssystemen (regelgeving, outputsturing e.d.) vanwege de negatieve bijverschijnselen. Hoe is de toegewijde en beslissingsvaardige begeleider dan effectief op zijn of haar functioneren aan te spreken? Welke controlemodellen gaan uit van toewijding en zijn effectief binnen organisaties in de zorg?

De wetenschappers Ouchi (1979) en Hofstede (1981) hebben jarenlang onderzoek gedaan naar de effectiviteit van controlemodellen in de publieke sector. Zij stellen dat deze afhankelijk is van twee variabelen:

- de mogelijkheid om gewenste output te meten en
- kennis van het transformatieproces.

Wanneer de mogelijkheid om gewenste output duidelijk te meten groot is en het verloop van het proces vastligt kunnen strikte regels en voorschriften worden opgesteld, het gewenste gedrag worden gedefinieerd en kan men aangeven of de geleverde output overeenkomt met de gestelde doelen. De voortgang en de uitkomsten kunnen dan eenvoudig en op formele, objectieve wijze gecontroleerd worden. Wanneer doelen dubbelzinnig zijn, output slecht meetbaar is en de effecten niet bekend of voor-

spelbaar zijn, werkt formele controle niet meer. Op het moment dat mensen deel worden van het proces, zijn de effecten van hun handelen en het verloop van het proces niet langer helemaal voorspelbaar.

Zorginstellingen bevinden zich (tezamen met bijvoorbeeld onderzoekslaboratoria, investeringsbanken en onderwijsinstellingen) vooral in dit 'segment'. Het meest effectief zijn hier vormen van 'normatieve controle'. Normatieve controle gaat uit van toewijding van medewerkers en is geworteld in gedeelde opvattingen over 'wat goed is'. Deze vormen van controle omvatten het formuleren van visie en waarden, selecteren en aannemen van personeel dat aansluit bij de waarden. Veel aandacht voor training en socialisering van medewerkers, gericht op het ontwikkelen en monitoren van houding, waarden en overtuigingen. Deze vormen van controle werken via de mechanismen van een 'clan': een gemeenschap waaraan de leden zich verbonden voelen en elkaar aanspreken. Er wordt meer gestuurd op input (de medewerkers), dan op proces of output. De hier bedoelde vormen van controle zijn slecht zichtbaar met het blote oog. Het is eerder een optelsom van verschillende elementen die tezamen gericht zijn medewerkers zich te laten ontwikkelen in de gewenste richting. Ouchi waarschuwt voor het gevaar om deze vormen van controle te veronachtzamen en niet op waarde te schatten, en formele/ bureaucratistische vormen van controle in te voeren die meer zichtbaar, maar minder effectief zijn. Minder effectief omdat ze leiden tot strategisch gedrag en pseudo-controle: op papier worden doelen bereikt, maar in de dagelijkse zorgpraktijk niet. Een voorbeeld hiervan is het verlagen van het aantal patiënten met doorligplekken (decubitus). We kennen de voorbeelden van ziekenhuizen die goed scoren op deze prestatie-indicator doordat zij de plekken bij sommige patiënten aanmerken als 'vochtletsel', hetgeen niet geregistreerd hoeft te worden. Hierdoor krijgt de patiënt mogelijk een verkeerde behandeling, maar kunnen flatteuze decubituscijfers naar buiten worden gebracht.

In de praktijk blijkt dat het verplaatsen van controle naar het niveau van de uitvoerende medewerkers die daadwerkelijk interveniëren in het proces, een manier is om strategisch gedrag te vermijden. Hierbij wordt eerder meer dan minder verantwoording afgelegd. Minder via algemene lijstjes en scorecards en meer via gesprek en bezoek, op een indringende en persoonlijke wijze. Niet alleen tussen managers en medewerkers, maar ook tussen medewerkers onderling. Tijdens intervisie, werkoverleg, intercollegiale coaching, visitaties, cliëntbesprekingen en het dagelijkse werk. Natuurlijk moet hierbij de nodige aandacht zijn voor het non-interventie beginsel, waarbij zorgverleners terughoudend zijn in hun oordeel naar elkaar. Maar dan doet normatieve controle een indringend beroep op het persoonlijk functioneren: het vraagt

van iedereen om zich steeds weer te kunnen verantwoorden in het licht van opvattingen over goede zorg.

3. De inhoud van de zorg centraal

Een derde notie betreft de focus op de cliënt. Een blik op diverse websites van zorginstellingen levert snel beloftes op als: "Bij ons staat de vraag van de cliënt centraal" of: "Bij ons gaat het om de inhoud van de zorg".

Instrumentalisering ontstaat wanneer de focus afraakt van die inhoud. Maar zo'n belofte is makkelijker gedaan dan gerealiseerd. Hieraan daadwerkelijk invulling geven vraagt, naast vanzelfsprekende goede bedoelingen, de alertheid op dynamieken die de focus kunnen afleiden van de inhoud van de zorg en de cliënt. Een van die belemmerende dynamieken ontstaat wanneer de besturing en controle van het primaire proces dominant worden ten opzichte van de uitvoering ervan.

In dit licht is het denken van de filosoof Alasdair MacIntyre (1981) interessant. Hij maakt onderscheid tussen 'praktijken' en 'instituten'. Kenmerkend voor instituten is dat ze geacht worden praktijken mogelijk te maken. Onderwijs wordt doorgaans gegeven in een school, medische zorg in een ziekenhuis en een universiteit faciliteert wetenschaps-beoefening. Instituten moeten de randvoorwaarden regelen waaronder praktijken kunnen floreren. Instituten hebben echter de neiging om de praktijk die zij mogelijk moeten maken te corrumperen. De reden daarvoor is volgens MacIntyre dat instituten zich naar hun aard richten op wat hij noemt 'external goods'. Dat zijn waarden als bijvoorbeeld geld, status, macht en groei. Een praktijk, zoals zorg en dienstverlening, behoort volgens MacIntyre te worden genormeerd door waarden die gericht zijn op 'goede zorg'.

Menselijke factor krijgt onvoldoende aandacht in hedendaags kwaliteitsdenken

Deze waarden noemt hij 'internal goods'. Geborgenheid, respect, vertrouwen, behoud van zeggenschap zijn hier voorbeelden van. De interne waarden die tot uitdrukking moeten komen in het werk van in dit geval zorgverleners, zijn in zijn optiek kwetsbaar voor de druk van externe waarden. Instrumentalisering ontstaat wanneer de externe waarden leidend worden. En ook wanneer de perfectionering van het interne ontwerp- en bedrijfsvoeringsproces een doel op zich wordt.

Focus op de inhoud van zorg gaat dus om het permanent omgaan met spanning tussen praktijk en institutie, én de 'corrumperende' krachten die daarmee gepaard gaan. Dit klinkt wellicht wat abstract. In de praktijk gaat

het om concrete afwegingen als: hoeveel managementlagen brengen we in onze organisatie? In hoeverre mag management los staan van de dagelijkse praktijk in plaats van direct in contact met cliënten en de dienstverlening? Op welke manier wegen centrale inkoopvoorwaarden op tegen optimale keuzemogelijkheden voor cliënten en handlungsruimte bij begeleiders? Hoe creëren we co-producerende relaties tussen inhoudelijke professionals en managers, zodat zij zorginhoudelijke en organisatievraagstukken kunnen verbinden? Wanneer worden werkwijzen en procedures van staf en ondersteunende diensten een wurggreep in plaats van ondersteunend aan de dienstverlening? Welk besluit wordt genomen wanneer een cliënt een ton aan budget binnenbrengt maar eigenlijk beter af zou zijn met een andere vorm van zorg en ondersteuning? Inhoud van de zorg centraal gaat niet alleen om het consequent stellen van de vraag: hoe wordt de cliënt hier beter van, maar misschien nog wel meer om het nemen van, soms onorthodoxe, maatregelen wanneer het antwoord op deze vraag negatief is.

4. Levende kwaliteit

Deze laatste notie gaat over kwaliteit en het afleggen van verantwoording daarover. Dit is één van de ingewikkelde onderwerpen waarin instrumentalisering tot uitdrukking komt. Ingewikkeld omdat kwaliteit een breed en vaag concept is dat op basis van uiteenlopende definities, opvattingen en scholen invulling krijgt. Daarbij staat kwaliteit van zorg en leven in het brandpunt van de belangstelling van overheid en toezichhoudende instanties. Veel inspanning wordt gepleegd om kwaliteit inzichtelijk te maken, te meten en te vergroten. Dit gebeurt veelal met behulp van instrumenten uit de bedrijfskundige kwaliteitsschool (Vinkenburg 2006). Deze staat een 'integrale' benadering voor, waarbij alle processen in de organisatie in ogenschouw worden genomen en een cyclische methode waarbij de aanpak continue geëvalueerd wordt (plan, do, check, act). De HKZnormen, ISO, INK-model, benchmarking en het werken met prestatie-indicatoren komen voort uit deze school. Voor bijvoorbeeld het meten van cliënttevredenheid wordt vanuit deze school doorgaans gebruik gemaakt van vragenlijsten die vragen of stellingen bevatten over bepaalde onderwerpen en voorgedrukte antwoordcategorieën. De meet-uitkomst drukt men uit in een getal of een score op een schaal. De natuurwetenschappelijke methode die achter dit instrument schuil gaat meet niet de zorg en ondersteuning zelf maar de meetbare aspecten daarvan.

In tegenstelling tot de industrie, waar het kwaliteitskundig denken oorspronkelijk uit voort komt staat bij het bieden van zorg- en ondersteuning menselijk handelen centraal. Volgens kwaliteitsdeskundige Huub Vinkenburg is het nu juist die menselijke factor die onvoldoende aandacht krijgt in het hedendaagse kwaliteitsdenken. Hierdoor worden relationele, persoonlijke en morele

aspecten van kwaliteit van zorg en leven veronachtzaamd. Levende kwaliteit, in tegenstelling tot geïnstrumentaliseerde kwaliteit, vraagt om een brede benadering. Een benadering waarin zowel het zichtbare en objectieve deel aandacht krijgt als het subjectieve en het onmeetbare. Of zoals Albert Einstein (1879-1955) al zei: "Alles dat kan worden geteld, telt niet noodzakelijkerwijs. Alles dat telt kan niet noodzakelijkerwijs worden geteld".

Aangrijpingspunten kunnen gevonden worden bij instrumenten uit de reflexieve kwaliteitsschool (Vinkenburg 2006). Deze probeert geen normatief standpunt in te nemen: zij zegt niet hoe het moet, maar stelt steeds de vraag: waarom gaat het (niet) goed. Zij gaat op zoek naar oorzaken, maar zoekt daarbij niet alleen in uiterlijk waarneembare en objectief meetbare zaken, maar ook bij de menselijke factoren als attitude van de zorgverlener en de aard van de relaties tussen cliënt, begeleider en manager. Kern van reflexieve kwaliteit is het samen met anderen kritisch kijken naar het eigen handelen, om dit vervolgens te verbeteren. Wanneer cliënttevredenheid gemeten wordt vanuit opvattingen uit de reflexieve school wordt niet gebruikt gemaakt van vragenlijsten, maar van gesprekken, bijeenkomsten en interviews, waarin de aandacht vooral uitgaat naar gebeurtenissen die mensen raken. Antwoorden zijn altijd subjectief en leveren dus specifieke informatie op over de beleving van een cliënt.

Wanneer we kwaliteit levend willen houden en de menselijke factor honoreren moeten we ons niet richten op meer systemen om kwaliteit te managen met 'meten is weten' als adagium. Wel op de organisatie van zorg en aandacht voor kwaliteit en verantwoord handelen door de hele organisatie heen.

Concreet betekent dit een visie op kwaliteit van bestaan die zowel vertrekpunt als toetssteen van beleid van afdelingen is. Een visie die niet uitgaat van regels en voorgeschreven oplossingen maar aanzet tot de zoektocht naar de waarden die voor de cliënt het leven zin geven en gebeurtenissen die bijdragen aan zijn kwaliteit van bestaan. Een systematiek van een ondersteuningsplan waarin niet papier, maar voortdurend het gesprek tussen cliënt, begeleider en andere betrokkenen centraal staat. Hierbij bespreekt men niet alleen doelen en wensen van de cliënt, maar ook de houding van de begeleider. Ook is er sprake van systematische reflectie en overleg. Coaching, intervisie, werkoverleg, cliëntbesprekingen, themabesprekingen, praktische ethiek en dergelijke, stimuleren managers en begeleiders om actief te blijven nadenken over kwaliteit en de eigen bijdrage daaraan.

Principes en praktijk De principes zijn mooi, de praktijk is weerbarstig. Veel gehoorde uitspraken zijn: "we moeten het te vaak doen met onvoldoende

de gekwalificeerd personeel", "mijn mensen kunnen de verantwoordelijkheid niet aan, wat als vertrouwen geschaad wordt? Of, "hoe borg ik het voortbestaan van mijn instelling en mijn externe legitimiteit wanneer ik niet mee ga met de heersende controlesystematieken?" Toch is het diezelfde praktijk waar de in dit artikel beschreven noties uit voortkomen. We zouden veel meer op zoek moeten naar grote en kleine voorbeelden die inspireren en die laten zien wat het kan betekenen om op een andere manier te besturen. We zien echter ook dat de noties op gespannen voet staan met de wijze waarop overheid en toezichthoudende instanties vorm geven aan sturing, externe verantwoording en borging van kwaliteit. Inspirerende praktijkvoorbeelden zijn niet genoeg. Het is ook nodig kritische kracht te bundelen, om van daaruit alternatieven verder te ontwikkelen. Niet alleen vanuit zorgaanbieders, maar juist in samenspraak met de andere betrokken actoren. Alleen dan zal de spanning die op dit moment bestaat en het bijhorende zoeken een productieve kracht tot innovatie blijken waar ook het grotere geheel iets aan heeft. 

Auteur

Drs. A. (Annemarie) van Dalen is zelfstandig adviseur op het gebied van organisatieontwikkeling in de gezondheidszorg. Daarnaast werkt zij aan een promotieonderzoek naar hoe besturingsparadigma's leiden tot dilemma's en de wijze waarop zorgbestuurders daar in hun praktijk mee omgaan.

Reacties: info@annemarievandalen.nl

Literatuur

Fox, A., 1974. *Beyond contract: Work, Power and Trust relations*. London: Faber and Faber Ltd

Grit, K. en P. Meurs, 2005. *Verschuivende verantwoordelijkheden, dilemma's van zorgbestuurders*. Assen: Van Gorcum

Hofstede, G., 1981. *Management control of public and not-for-profit activities*. In: *Accounting, Organizations and Society*. Vol 6, No. 3, pp. 193-211

Macintyre, A., 1981. *After Virtue. A study in moral theory*. London: Duckworth Press

Ouchi, W.G., 1979. *A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms*. In: *Management Science*. Vol 25, No. 9

Vinkenburg, H., 2006. *Dienstverlening; paradigma's, deugden en dilemma's*. In: *Kwaliteit en beleid*, februari 2006. Deventer: Kluwer

Weick, K. en Sutcliffe, K.M., 2001. *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*. San Fransisco:jossey-Bass

Noten

1 Eén van de recent onderzochte organisaties is Esdégé-Reigersdaal, een instelling die ondersteuning biedt aan mensen met een handicap.