



Annemarie van Dalen

Meervoudig verantwoord

Verbreding en verdieping van publieke verantwoording in de zorg komen lastig van de grond. Wie nieuwe verantwoordingssystematieken wil ontwikkelen moet zich niet blindstaren op alweer nieuwe vormen maar zoeken naar een ander perspectief op verantwoord handelen en verantwoording afleggen. Een perspectief dat recht doet aan de meervoudige realiteit van het werk in de gezondheidszorg en aan opvattingen over betekenisvolle zorg. Bestuurders van zorginstellingen kunnen en moeten hun praktijkervaring en invloed gebruiken om hieraan bij te dragen.

Het governance debat in de zorg wordt gekenmerkt door scherpe tegenstellingen. Voorstanders van verdere versteviging van stuur- en beheersingsinstrumentaria en verantwoordingssystematieken zien dit als voorwaarde voor verbetering van kwaliteit en doelmatigheid. Critici benadrukken de negatieve bijverschijnselen, zoals toeneemende bureaucratie, verlies van *tacit knowledge* en het wegrationaliseren van de niet meetbare aspecten van zorg en dienstverlening.

Publieke verantwoording Bij publieke verantwoording gaat het om bieden van inzicht aan relevante anderen over het eigen doen en laten met de doelstelling: de kwaliteit van zorg verbeteren. Maar verantwoord kan op verschillende manieren. Harde verantwoording betekent rekenschap afleggen over van tevoren afgesproken gegevens op van tevoren afgesproken tijden. Met zachte verantwoording wordt de bereidheid bedoeld om op een transparante, verantwoorde manier te handelen en daar inzicht in te geven. Bij verticale verantwoording is sprake van een hiërarchische relatie tussen financiers van de zorg en de wettelijke toezichtorganen enerzijds en anderzijds de zorginstellingen die zij controleren en die ze -bij onvoldoende resultaat- 'bestrafen'. Bij horizontale verantwoordingsrelaties (bijvoorbeeld met patiënten, gemeenten, belangenorganisaties en media) ontbreekt de hiërarchie en de sanctiemogelijkheid.

Negatieve bijverschijnselen Op dit moment ligt de nadruk vooral op het versterken van verticale en harde verantwoording, gericht op het vergaren van informatie en het afleggen van rekenschap. Er wordt geïnvesteerd in benchmarks en kwaliteitssystemen die objectieve en meetbare gegevens opleveren, zoals cliënttevredenheidscijfers, productiecijfers, wachttijden en dergelijke. Op basis van deze informatie kunnen/willen

overheid en toezichthoudende organen grip houden op de prestaties van zorginstellingen en hen onderling vergelijken. Critici wijzen op het risico dat wanneer deze externe eisen intern worden doorvertaald er binnen zorginstellingen een cultuur dreigt te ontstaan die gericht is op controleren en afrekenen en die strategisch gedrag van managers en professionals in de hand werkt. Zij worden namelijk beloond voor het handelen naar de letter in plaats van de geest van de wet. Ze sturen bijvoorbeeld op het verlagen van het aantal valincidenten door cliënten vaker vast te binden. Of ze voldoen aan de aanwezigheid van zorgplannen terwijl de inhoud en het effect daarvan te wensen overlaten.

Het afleggen van verantwoording was oorspronkelijk bedoeld als middel om kwaliteit van zorg en leven te borgen en te verbeteren. Met het perfectioneren van verantwoordingssystematieken verwordt dit middel tot een op zichzelf staand doel, waarbij datgene waar het om begonnen was uit het zicht dreigt te raken.

Een tweede neveneffect, vooral gearticuleerd in de zorg-ethische hoek, is dat de relaties tussen professionals en cliënten en ook tussen managers en professionals worden geïnstrumentaliseerd. De een gebruikt de ander om eigen doelen en belangen te realiseren, om de geobjectiverde output te realiseren waar ze op afgerekend worden. Maar een belangrijk deel van de betekenis en waarde van zorg, met name in de care sector, ontstaat juist in de persoonlijke interactie tussen professional en cliënt. De beoordeling daarvan is maar tot op zekere hoogte te objectiveren, te voorspellen en uit te drukken in meetbare output. Het gaat hier om aspecten als menswaardigheid, vertrouwen, nabijheid en menselijke maat. Mensen zijn unieke wezens. We moeten accepteren dat wanneer unieke mensen samen handelen de uitkomsten onvoorspelbaar zijn. Natuurlijk moet in de zorg een groot aantal handelingen worden geroutiniseerd en geproto-

colliseerd. Maar een professional moet daarnaast voldoende ruimte hebben om in verschillende situaties verschillende inschattingen te maken van wat voor een cliënt goede of betekenisvolle zorg is.

Verbreiding van verantwoording In aansluiting op het WRR-rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' pleiten Meurs en van der Grinten (2005) voor verbreding van verantwoording en een verschuiving van het accent van controleren naar leren. Tegelijkertijd constateren ze dat initiatieven in deze richting lastig van de grond komen. De door instellingen ontwikkelde horizontale vormen van verantwoording verworden verticale verantwoordingsinstrumenten. De benchmark bijvoorbeeld, die door een brancheorganisatie is ontwikkeld als leerinstrument gericht op het verbeteren van het eigen functioneren, wordt gebruikt door de verzekeraar als beoordelingsinstrument. Het systeem dat het mogelijk maakt kosten op een gespecificeerde wijze toe te schrijven aan geïndiceerde zorgvraag, met als doel de cliënten zelf meer richting te laten geven aan de invulling van hun zorg, zal in handen van ministerie of verzekeraar verworden tot instrument voor het bepalen van normbedragen voor de hele sector.

De overtuiging dat de werkelijkheid in de gezondheidszorg voorspelbaar, stuurbaar, maakbaar en enkelvoudig is, is een misvatting

Hiernaast signaleren ze dat toezichthoudende instanties steeds meer vragen naar meetbare, objectief vergelijkbare gegevens om het publieke belang te waarborgen. Deze sterk geaggregeerde informatie, zoals het gemiddelde aantal sterfgevallen in ziekenhuizen, het percentage ziekteverzuim, de cliënttevredenheidscijfers, zegt echter steeds minder over wat er werkelijk in instellingen gebeurt. Toegesneden informatie, over de specifieke situatie in een instelling, geeft betere handvatten voor verbeteren en leren. Maar die is veel lastiger te verkrijgen en laat zich moeilijk vergelijken met die van andere instellingen.

Er is nog een mechanisme dat het zoeken naar aanvullende vormen van verantwoording belemmert. De focus op harde en verticale verantwoording doet vooral een beroep op functionele verantwoordelijkheid, waarbij je als manager en professional klaar bent als je hebt voldaan aan outputcriteria of hebt gehandeld volgens het protocol. Of, als verzekeraar, wanneer je de juiste gege-

vens binnen hebt. De vraag wat verantwoord handelen betekent, verdwijnt daarmee naar de achtergrond. Met het hebben van een kwaliteitshandboek is voldaan aan de norm maar nog niet aan de uitgangspunten die daarin staan. De vraag naar verantwoord handelen doet een beroep op je verantwoordelijkheid als mens, waarbij nadenken over 'het goede' en gewetensvol afwegingen maken een taak is die niet ophoudt als het handboek af is. Professionaliteit, van zorgverleners en managers binnen zorginstellingen, maar ook van toezichthouders, verzekeraars en overheid betekent bekwaamheid in vaktechnische zin, maar ook normatieve reflexiviteit: je handelen kunnen verantwoorden in het licht van je opvattingen over goede zorg.

Het probleem onder het probleem

Het belangrijkste probleem is echter dat de dominante manier van kijken naar verantwoording afleggen en verantwoord handelen, is gebaseerd op een misvatting: de overtuiging dat de werkelijkheid in de gezondheidszorg voorspelbaar, stuurbaar, maakbaar en enkelvoudig is. Dat is natuurlijk niet zo. Iedereen die werkt in de zorg weet dat de vraagstukken rond kwaliteit van dienstverlening niet getackeld zijn met alleen nieuwe prestatie-indicatoren. Iedereen heeft wel eens het eigen onvermogen gevoeld om voldoende te kunnen betekenen voor een ander, ondanks het handelen volgens de regels. En juist het besef van die ongewisheid van het eigen handelen, voedt het verlangen naar maakbaarheid. De verleiding is dan groot om de ambivalentie en meervoudigheid van situaties te ontkennen en te reduceren tot datgene wat we wel kunnen meten en beheersen.

Zorginstelling als interferentiezone

Om niet in de hierboven beschreven valkuilen te stappen, hebben we een ander perspectief nodig op verantwoord handelen en verantwoording afleggen. Een manier van kijken die het mogelijk maakt complexiteit, meervoudigheid en onvoorspelbaarheid in zorginstellingen tot hun recht te laten komen en in de dagelijkse gang van zaken te hanteren. Een manier van kijken waarbij objectieve meetbaarheid niet de enige maatstaf is om tot beoordeling van kwaliteit van handelen en zorgverlening te komen.

Wierdsma (2001) en Kunneman (1996) bieden hier een bruikbaar perspectief voor. Dit perspectief sluit aan bij het onderscheid dat Habermas (1989) maakt tussen leefwereld en systeemwereld. In de systeemwereld wordt strategisch gehandeld op basis van doel-middelen rationaliteit. Relaties zijn er instrumenteel en nut is er een belangrijke waarde. In de systeemwereld gebruiken mensen elkaar als instrument voor het zo efficiënt mogelijk realiseren van hun eigen belangen en doelstellingen. In deze wereld past het voorbeeld van de thuiszorgmedewerker die snel, efficiënt en vakmatig een wond ver-

zorgt in het aantal daarvoor geïndiceerde zorgminuten, daarover een adequate aantekening maakt in het dossier en op deze wijze haar productienorm realiseert.

In de leefwereld staat 'communicatief handelen' centraal. Dit is handelen gericht op een goede onderlinge verstandhouding, overeenstemming en zingeving. 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 er uit ontstaat, welke betekenis er aan wordt gegeven en je kunt je handelen niet terugdraaien. Het gaat in de leefwereld niet om 'objectieve waarheid'; waarachtigheid en integriteit zijn er de belangrijke waarden. In deze wereld is diezelfde thuiszorgmedewerkster iemand die, over de grenzen van haar technisch-professionele interventies heen, er voor de cliënt probeert te zijn, zoekt naar hoe ze van betekenis kan zijn en ervaart dat het contact dat ontstaat, zin geeft aan haar bestaan.

Natuurlijk zijn deze twee werelden niet zo strak gescheiden als Habermas doet voorkomen. Kunneman ziet een overlap tussen systeemwereld en leefwereld waarin tegelijkertijd sprake is van communicatief en strategisch handelen. Hij noemt dit de 'interferentiezone'.

Zorgorganisaties maken deel uit van deze interferentiezone. Enerzijds wordt een beroep gedaan op efficiency en doel-middel rationaliteit uit de systeemwereld, anderzijds een beroep op ruimte voor communicatief handelen en betekenisgeving uit de leefwereld. Twee rationaliteiten zijn gelijktijdig actief: de mens die een rol speelt in een productieproces en de mens die samen met anderen zoekt naar zingeving en uitdrukking geeft aan eigen verlangens, eergevoel en individualiteit.

Habermas waarschuwt voor kolonisering van de leefwereld door de systeemwereld, namelijk dat de waarden uit de systeemwereld als efficiency, nut, objectiviteit, en meetbaarheid worden gebruikt binnen interpersoonlijke relaties in de leefwereld. De kritische geluiden in het huidige governance debat, rond de negatieve bijverschijnselen van o.a. outputsturing, kunnen op deze manier worden uitgelegd. Maar in de interferentiezone zoals Kunneman die ziet, kan ook sprake zijn van culturalisering van de systeemwereld door de leefwereld. Dat betekent dat opvattingen en waarden uit de leefwereld, zoals menswaardigheid, nabijheid, ontplooiing, respect en leren, worden ingebracht in de systeemwereld en daar de speelruimte en marges voor strategisch handelen gaan bepalen. Verbreding en verdieping van verantwoording kunnen we plaatsen in het licht van deze culturalisering.

Wierdsma stelt dat het besef van broosheid en onvoorspelbaarheid van het handelen het verlangen naar maak-

baarheid en beheersing doet toenemen. Organisaties beschouwen als interferentiezone betekent continu werken met deze spanning, in het brandpunt waar de verschillende rationaliteiten elkaar raken. Meervoudige verantwoording betekent dan: inzicht geven in het eigen doen en laten, zowel in het domein van de systeemwereld als dat van de leefwereld. Alleen op deze manier draagt verantwoording afleggen bij aan verantwoord handelen.

Opgave voor bestuurders

Pasklare antwoorden op de vraag hoe bestuurders van zorginstellingen hier concreet aan bij kunnen dragen zijn er niet. Wel een aantal richtinggevende noties.


■ In de eerste plaats betekent werken vanuit dit meervoudige perspectief zelf balanceren tussen twee logica's. De eerste logica is de organisatie als een onderdeel van de systeemwereld, met nadruk op strategisch handelen en strategische zelfhandhaving. De tweede logica is de organisatie als ontmoetingsplek, waar unieke medewerkers en unieke cliënten met bijbehorende onvoorspelbaarheid hun identiteit en gevoel van eigenwaarde ontwikkelen. Bestuurders moeten bereid zijn om de interferentie tussen systeemwereld en leefwereld hanteerbaar te maken en te zorgen dat niet één logica het primaat kan opeisen.

■ In de tweede plaats gaat het om organiseren van verantwoord handelen. Bestuurders mogen en moeten van managers en professionals verwachten dat zij zich kunnen verantwoorden voor hun handelen in het licht van bestaande opvattingen over goede zorg. Bestuurders moeten hier de reflectieve ruimte voor organiseren. Dit betekent: gewoon het gesprek beginnen met managers en medewerkers over vragen als: "Wat gaat er goed en wat niet?", "Waar doen wij onze cliënten tekort?" en "Stel dat jouw zoon of dochter hier woonde, wat zou je dan willen?" Hier past ook de term 'narratieve accountability': vormen van verantwoorden waar dialoog, wikken en wegen en praktijkkennis een belangrijke plaats hebben.

Organiseren van verantwoord handelen betekent ook: stimuleren dat medewerkers reflecteren op bestaande vanzelfsprekendheden, individuele oplossingen bedenken, misschien wel buiten de regels om gebruik makend van alle (impliciete) kennis die in mensen zit, of het nu professionals, managers of cliënten zijn. Deze reflectie op bestaande vanzelfsprekendheden geldt ook voor het organiseren zelf. Bestuurders zouden organiseren en managen, veel meer dan ze nu doen, kunnen zien als een continu proces dat steeds vraagt om bevestiging van betrokkenen en waarvan de uitkomst zich steeds moet waarmaken in de praktijk. Daar waar dat niet, of niet meer, gebeurt en managers en professionals eerder ondanks in plaats van dankzij de wijze van organiseren hun werk doen, is bijstelling nodig. In de praktijk

betekent dit: ruimte maken om problemen op te lossen in de specifieke context waarin ze plaatsvinden, op het moment dat ze zich voordoen, op basis van de interactie tussen de unieke betrokkenen. Op deze wijze kunnen bestuurder, management en professionals er gezamenlijk voor zorgen dat organiseren toevoegt aan het proces en de kwaliteit van zorgverlening in plaats van dat het daar steeds verder van verwijderd raakt.

■ In de laatste plaats ligt er een opgave voor bestuurders in het beïnvloeden van het ingewikkelde, externe krachtenveld waarbinnen zorginstellingen opereren. Toezichthouders, overheid, belanghebbenden, verzekeraars, brancheverenigingen, de media enzovoort, hebben uiteenlopende en regelmatig tegengestelde eisen en verwachtingen. Werken aan verbreding en verdieping van verantwoording vanuit het hierboven beschreven perspectief betekent dan ook het omgaan met de spanning tussen de doelstellingen van de samenleving en de (beperkte) middelen om deze te realiseren. De uitdaging voor bestuurders is om binnen dit spanningsveld ruimte te creëren voor andere manieren van kijken en vernieuwing. Dit is een lastige en onzekere weg; de uitkomsten zijn niet van te voren te voorspellen en concrete alternatieven zijn niet altijd voor handen. In de praktijk betekent het regelmatig tegen de stroom in roeien, heersende overtuigingen ter discussie stellen en tegelijkertijd zoeken naar een manier om je te verhouden tot de impliciete regels en omgangsvormen binnen de heersende bestuurderscultuur.

Ten slotte Het gaat dus steeds weer om een persoonlijke plaatsbepaling, zowel binnen de eigen organisatie als binnen het (bestuurlijke) krachtenveld. Het gaat om het telkens opnieuw maken van de keuze, om een situatie die zich voordoet in de praktijk van alle dag al dan niet aan te grijpen om het verschil te maken. Natuurlijk rekening houdend met alle praktische aspecten die van belang zijn maar wel in het licht van je oorspronkelijke uitgangspunten. 

Auteur

Drs. A. 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.

Literatuur

Habermas, J., (1989), *De nieuwe onoverzichtelijkheid*, Boom, Amsterdam.

Kuneman, H., (1996), *Van theemutscultuur naar walkmanego*, Boom, Amsterdam.

Meurs, P.L., en Grinten, T. van der, (2005), *Publieke verantwoording in de zorg: noodzaak en valkuil*, ZM Magazine nr. 9.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), (2004), *Bewijzen van goede dienstverlening*, University Press, Amsterdam.

Wierdsma, A.F.M., (2001), *Leidinggeven aan co-creërend veranderen: balanceren tussen broosheid en maakbaarheid*, Nyenrode University Press.

Is iedereen blij als uw interim vertrekt? Mogen we vragen waarom?*

* interim management

Een interim kan met trots afscheid nemen als het bereikte resultaat stáát en de weg ernaartoe wordt gerespecteerd. Daarom besteedt FunktieMediair veel zorg aan de juiste match tussen interim en organisatie. Want we komen graag vaker bij u terug. Neem contact op met een van onze managing consultants of kijk op www.interimportal.nl.

change & innovation
interim management & staff
recruitment & assessment
training & coaching

Funktie
Mediair
ORGANISATIE-BOUWERS

AMSTERDAM, drs. Michel Vos (020) 504 20 20

ARNHEM, drs. Carolien Soer (026) 355 73 00

ROTTERDAM, drs. Marieke Sprietsma (010) 206 62 22