



DE NIEUWE ZICHTBAARHEID

STURING IN TIJDEN VAN MARKTWERKING

ROLAND BAL

DE NIEUWE ZICHTBAARHEID

STURING IN TIJDEN VAN MARKTWERKING

Oplage 1000
Omslagfoto Levien Willemse, Rotterdam
Ontwerp Ontwerpwerk, Den Haag
Drukwerk Demmenie Grafimedia, Alphen aan den Rijn

ISBN 97-8907790-64-84

© Roland Bal, oratiereeks Erasmus MC
29 februari 2008

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

DE NIEUWE ZICHTBAARHEID
STURING IN TIJDEN VAN MARKTWERKING

REDE

In verkorte vorm uitgesproken
ter gelegenheid van het aanvaarden
van het ambt van hoogleraar
Beleid en bestuur van de gezondheidszorg
aan het Erasmus MC, faculteit van de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op 29 februari 2008

door

ROLAND BAL

*Meneer de Rector Magnificus,
gewaardeerde collega's,
lieve vrienden en familie,*

Inleiding

Ongeveer een jaar geleden constateerde de Opta, de organisatie die toeziet op het functioneren van de telefoniemarkt, dat die markt zo langzamerhand de minst overzichtelijke was geworden ('Markt mobieltjes is ondoorzichtig' 2006). Iedereen die de afgelopen jaren wel eens een telefoonabonnement heeft aangeschaft, en wie heeft dat niet, kan dat volop beamen. Er is volop informatie beschikbaar over de prijzen en andere voorwaarden voor bijvoorbeeld mobiele telefoons, maar vergelijkingen tussen abonnementen zijn nauwelijks te maken en achteraf blijkt je toch altijd duurder uit te zijn geweest dan je dacht. Toch kunnen we niet zeggen dat de telefoniemarkt niet 'werkt'. Integendeel. Er is volop concurrentie tussen aanbieders; de prijs van producten per eenheid is de afgelopen jaren steeds gedaald en de sector is innovatief als nooit tevoren. Blijikbaar is transparantie van de markt geen voorwaarde voor het functioneren ervan.

Het idee dat productinformatie cruciaal is voor het functioneren van een markt heeft niettemin in de gezondheidszorg volop postgevat. Zo stelt Rien Meijerink, voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, het strategisch adviesorgaan van het Ministerie van VWS, in het NRC van 17 januari jongstleden: "De transparantie is ècht niet op gang gekomen. Dat is wel een voorwaarde voor een goede marktwerking." (Baltesen and Reerink 2008).¹ Toch is in deze transparantie de afgelopen jaren al aanzienlijk geïnvesteerd en hebben ook de overheid en de publieke media dit opgepakt. Websites als Kiesbeter.nl en Independer.nl bieden keuze-informatie voor patiënten

om hen te leiden naar de beste ziekenhuizen. Daarnaast worden jaarlijks tenminste 3 verschillende ranglijsten gepubliceerd met het idee dat patiënten hun keuze voor ziekenhuizen hierop baseren. Opmerkelijk van de ranglijsten is dat ze allemaal verschillende rangordes tussen ziekenhuizen aangeven. Volgens adviesbureau Roland Berger, producent van een van de ranglijsten, zijn kwaliteitsverschillen tussen de ziekenhuizen zo groot dat patiënten wel gedwongen worden om te kiezen. Dat de lijsten van het AD en Elsevier een totale andere rangorde aangeven en dus patiënten tot geheel andere keuzes uitnodigen lijkt het bureau niet te deren. Daar komt nog bij dat ziekenhuizen in het ene jaar in de top 10 kunnen staan en het jaar daarna ergens onderaan de ladder. Omdat de informatie altijd minimaal een jaar achterloopt, weet je als kiezende patiënt dus nooit of je in het beste of het slechtste ziekenhuis wordt behandeld.

In een persbericht had de RVZ eerder al aangekondigd dat de ranglijsten van ziekenhuizen alleen maar verwarring scheppen. Omdat die lijsten allemaal andere criteria gebruiken om ziekenhuizen of andere zorginstellingen te scoren, zien 'zorgconsumenten' door de bomen het bos niet meer, aldus de Raad. Om consumenten echt aan het kiezen te krijgen zou er een gezamenlijke standaard moeten worden afgesproken "die als meetlat voor de beoordeling van ziekenhuizen kan dienen." (RVZ 2007) Meijerink zegt in het interview in het NRC overigens dat zijn oproep tot grotere transparantie op het Binnenhof niet welkom zou zijn, want "overheidsingrijpen botst met liberalisering." Maar hier heeft hij het mis. Juist de Kamer heeft de afgelopen jaren aangedrongen op grotere transparantie en toezichthouders worden met steeds meer middelen uitgerust om dit mogelijk te maken. Zo vraagt de Inspectie voor de Gezondheidszorg sinds enige jaren zorginstellingen om informatie aan te leveren op een 30-tal prestatie-indicatoren. Binnen de Inspectie is sinds vorig jaar zelfs een speciale unit gecreëerd die zich met het bevorderen van transparantie over de volle breedte van de gezondheidszorg bezig moet houden en die ondermeer voor een groot aantal aandoeningen nieuwe indicatoren zal ontwikkelen. De website die door deze unit wordt onderhouden heet, heel toepasselijk, "zichtbare zorg".

Interessant is dat als je het beleidsmakers op verschillende plekken gaat vragen eigenlijk niemand echt gelooft dat patiënten in groten getale keuzes zullen gaan maken op basis van kwaliteitsinformatie.² Die opvatting wordt door onderzoek ook gestaafd (Marshall, Hiscock, and Sibbald 2002; Hibbard 2008).³ De kwaliteitsinformatie die via de websites en de ranglijsten wordt geboden is niet echt geschikt voor het maken van keuzen, patiënten vertrouwen de geboden informatie niet echt en willen dit soort keuzes bovendien helemaal niet maken, zo blijkt uit de literatuur. Opmerkelijk genoeg echter blijft ondanks dit gerechtvaardigde ongelof in keuze de publieke retoriek over keuze en wat voor goeds dit de gezondheidszorg allemaal zal gaan brengen sterk en neemt de druk op het creëren van dit type informatie steeds verder toe. Hoe kunnen

we dit nu verklaren? Als het bieden van dit soort informatie niet helpt om patiënten te laten kiezen, wat zijn dan de achtergronden van het transparant willen maken van de kwaliteit van zorg?

Een sociologische verklaring zou kunnen zijn dat de afgelopen jaren een hele industrie is opgebouwd die zich bezighoudt met het bevorderen van transparantie. Mensen van universiteiten, adviesbureaus, van verzekeraars, zorginstellingen, de overheid, op allerlei plekken zijn inmiddels mensen die belang hebben bij het opstellen van prestatie-indicatoren, het verzamelen van data over prestaties, het vergelijkbaar maken ervan en het rangordenen van die informatie voor allerlei doeleinden, waaronder het bevorderen van keuze. Omdat zich op dit terrein aldus een nieuwe professie heeft gevormd die belang heeft bij het volharden in het transparant maken van de zorg, zo luidt deze verklaring, blijft de roep om transparantie klinken en worden zorginstellingen gedwongen steeds mee informatie over de kwaliteit van zorg aan te leveren.

Die verklaring is aanlokkelijk en bevat ook zeker een deel van de achterliggende oorzaken, maar is niet voldoende. Er is meer aan de hand. Transparantie lijkt een waarde op zich te zijn geworden. Over de nieuwe zichtbaarheid die met die transparantie gezocht wordt wil ik het vandaag met u hebben. Waar liggen de achtergronden van deze roep om transparantie? Wat voor waarden worden daarin gearticuleerd? Wat blijft er eigenlijk verborgen achter de nieuwe zichtbaarheid? En welke consequenties heeft dit, zowel voor de uitvoerders van publieke diensten als voor het lerend vermogen van de overheid?

De nieuwe zichtbaarheid

Om de achtergronden van de roep om transparantie te begrijpen wil ik zo'n vijftig jaar met u terug in de tijd. We zijn halverwege de jaren 80. In Nederland regeert het eerste en tweede kabinet Lubbers, in Engeland en de Verenigde Staten zijn conservatieve regeringen aan de macht; in Frankrijk juist een linkse. Na de twee oliecrises uit de jaren 70 woedt in heel de westerse wereld een debat over de verzorgingsstaat die niet langer te financieren is. Links en rechts in het politieke spectrum strijden om voorrang. Conservatief rechts is bezig met het afbouwen van de voorzieningen en structuren van de verzorgingsstaat om 'ruimte te creëren voor het spel der economische krachten' terwijl links vasthoudt aan de instituties van de verzorgingsstaat en deze vervolmaakt om de crisis het hoofd te bieden. Waar rechts vooral de economie zijn werk wil laten doen, zoekt links de oplossing in de staat.

In een essay uit 1985 met de titel 'de nieuwe onoverzichtelijkheid' probeerde de Duitse politiek filosoof Habermas de crisis in de verzorgingsstaat te typeren (Habermas 1989). Waar de verzorgingsstaat vanaf het begin van de 20^{ste} eeuw had geprobeerd een

evenwicht te zoeken tussen het kapitalisme aan de ene en de democratie aan de andere kant was dit project inmiddels op een mislukking uitgelopen, aldus Habermas. Deze mislukking kwam zowel voort uit het onvermogen van nationale staten nog langer een afdoende antwoord te bieden op de globaliserende economie, als uit de staat zelf, die een beheersapparaat was geworden en daarmee onderdeel van het probleem. Habermas zocht zijn heil in de nieuwe tegenkrachten van bijvoorbeeld de milieu- en de feministische beweging, die een bijdrage konden leveren aan de herdefiniëring van het goede leven om op die manier het reflectie- en sturingsvermogen te hervinden dat nodig is voor een vitale democratie.

Habermas stond hierin niet alleen. Ook de Duitse socioloog Ulrich Beck, die met zijn these van de risicosamenleving de crisis van de verzorgingsstaat vooral typeerde als een ecologische en technologische crisis, dacht dat tegenbewegingen een bijdrage konden leveren aan het creëren van een reflexieve samenleving (Beck 1992; Beck, Giddens, and Lash 1994).

Ruim twintig jaar later kunnen we constateren dat beiden ongelijk hebben gehad. De tegenbeweging waar Habermas en Beck hun hoop uit putten is ofwel marginaal gebleven of inmiddels onderdeel geworden van de nieuwe arrangementen van de verzorgingsstaat. Weliswaar is met reflexieve instrumenten zoals de participatie van burgers in besluitvorming inmiddels geëxperimenteerd, maar hoe goed deze op zich ook zijn, zij hebben niet opgeleverd wat de hooggestemde verwachtingen waren. De zegevierende krachten zijn toch die van de staat en de markt gebleken, die via de weg van het neoliberale New Public Management bovendien een nieuwe verbinding zijn aangegaan.

Hoe ziet die nieuwe verbinding tussen staat en markt er dan uit? Waaruit bestaat dit Nieuwe Publiek Management? Grofweg kunnen we zeggen dat het nieuwe publieke management voor de aansturing van publieke diensten leentjebuurt heeft gespeeld bij marktorganisaties. De rol van de overheid is daarmee gaan lijken op die van het bestuur van een groot bedrijf. De bestuurskundige Christopher Pollitt omschrijft het met de volgende acht kenmerken (Pollitt 2003). In de eerste plaats worden publieke diensten minder gestuurd op input en processen en meer op output. Bij ziekenhuizen bijvoorbeeld gaat het dan minder om de hoeveelheid artsen en bedden, of om het hebben van een werkend kwaliteitssysteem, maar om de feitelijke prestaties die worden geleverd in termen van de hoeveelheid zorg en de hoeveelheid gezondheid. Dit gaat bovendien gepaard met een toenemende aandacht voor het meten van kwantificeerbare resultaten. Hiervoor worden producten van zorg gedefinieerd, bijvoorbeeld in de vorm van Diagnose Behandel Combinaties, en worden meetbare indicatoren geformuleerd ten aanzien van de kwaliteit van die producten. Sturing van publieke diensten geschiedt binnen het nieuwe publieke management steeds minder

op basis van taakinstructies, maar op basis van prestatie-contracten. Er worden als het ware *service level agreements* afgesproken met uitvoerders van publieke diensten. Dit gaat bovendien gepaard met de introductie van competitie tussen uitvoerders van publieke diensten. Er wordt een markt gecreëerd in de publieke sector, maar een markt die wel aan allerlei voorwaarden gebonden is. 'Gereguleerde marktwerking' dus. Daarbij bestaat er, ten vijfde, een voorkeur voor platte, slanke en taakautonome organisatievormen, waarin bovendien een dienstverlenende oriëntatie heerst, gericht op de preferenties van de 'klant'. Door de nadruk op marktwerking in de publieke sector wordt tevens het onderscheid tussen de publieke en de private sector steeds vager en worden nieuwe verbindingen gelegd tussen deze sectoren en met de *civil society*, bijvoorbeeld in de vorm van *public private partnerships*. Ten slotte is er een verschuiving waarneembaar in de waardeoriëntatie ten aanzien van publieke diensten, die minder worden gericht op principes van universalisme en rechtsgelijkheid en meer op een economisch georiënteerd individualisme.

De reflexiviteit waar bij Habermas en Beck nog sprake van was als hoop op de uitweg uit de nieuwe onzichtbaarheid heeft met het Nieuwe Publieke Management een geheel nieuwe gedaante gekregen. Nog steeds staat reflexiviteit hoog in het vaandel, maar is het een door de overheid via de markt georganiseerde vorm van reflexiviteit geworden, die met de transparantie van de nieuwe zichtbaarheid vorm krijgt en opgelegd wordt aan uitvoerders. Een reflexiviteit bovendien die zich niet langer manifesteert op het niveau van de overheid zelf, maar zich nog slechts beweegt op het niveau van uitvoeringspraktijken en geacht wordt zich te houden aan de randvoorwaarden die met de nieuwe organisatie van het publieke management zijn gegeven. Ten grondslag hieraan ligt een vorm van georganiseerd wantrouwen waarbij uitvoerders door de eis van transparantie voortdurend onder controle staan van hun opdrachtgevers. Het neoliberale programma van het Nieuwe Publiek Management heeft daarmee een paradoxale verhouding tussen staat en markt weten te bereiken. Enerzijds door meer ruimte te creëren voor het particuliere initiatief in de publieke sector door middel van de decentralisatie van bevoegdheden, de verzelfstandiging van uitvoeringsorganisaties en de introductie van marktwerking in delen van de publieke sector, waaronder de gezondheidszorg. Anderzijds gebeurt dit vanuit centraal geregisseerde doelstellingen die met name door het invoeren van nieuwe verantwoordingsrelaties gestalte krijgen. De nieuwe zichtbaarheid, ondermeer via prestatie-indicatoren, is een van de centrale mechanismen waarlangs die verantwoordingsrelatie nieuwe invulling krijgt en vervult aldus een centrale schakel in het oplossen van de paradox tussen centralisatie en decentralisatie van het bestuur.⁴

De afgelopen jaren is er al op vele plaatsen kritiek geuit op het Nieuwe Publieke Management. Ik ga die kritiek hier niet herhalen.⁵ Mijn doel vanmiddag is in de eerste plaats om met u te bespreken hoe dit nieuwe publieke management in de

gezondheidszorg vorm heeft gekregen en wat voor consequenties dit heeft voor het leervermogen van zowel de overheid als van zorginstellingen. Daarvoor zal ik eerst vier ideaaltypische stijlen van bestuur schetsen en aangeven op welke wijze binnen deze stijlen leren vorm krijgt. Vervolgens ga ik in op de wijze waarop deze bestuursstijlen verschoven zijn met betrekking tot het beleid over de kwaliteit en veiligheid van zorg. Ik zal daarbij betogen dat door de ontkoppeling tussen beleid en uitvoering het steeds lastiger wordt tot beleidsleren te komen. Dit heeft in de eerste plaats als oorzaak dat de instituties die die koppeling in het verleden mogelijk maakten grotendeels zijn uitgehold. Dit geldt zowel voor het overleg met veldpartijen als in bredere zin de ontwikkelingen rond het adviesstelsel voor de overheid. De nieuwe instrumenten die hiervoor in de plaats zijn gekomen, zoals indicatoren, kunnen die koppeling echter in onvoldoende mate maken. Weliswaar zijn die instrumenten voor een groot deel ook gericht op reflectie, maar ze leggen de verantwoordelijkheid voor reflectie vrijwel volledig bij zorginstellingen zelf en ontkennen zo kansen op beleidsleren.

Doel van mijn exercitie is daarmee tevens te komen tot ontwerpcriteria voor instituties die kunnen bijdragen aan beleidsleren. Of, om met de Franse filosoof en socioloog Boltanski & Thevenot te spreken (Boltanski and Thevenot 2006), die koppelingen mogelijk maken tussen de verschillende ‘waarden’ in de gezondheidszorg, vooral de waarden van toegankelijkheid, kwaliteit en legaliteit. De articulatie van dergelijke waarden kunnen voor een deel op het niveau van de organisatie van besluit- en verantwoordingsprocessen gesteld worden, maar laten zich beter kennen op het niveau van concrete kwesties. Een van de criteria die aan dergelijke instituties dient te worden gesteld is dan ook de mate waarin ze in staat zijn om specifieke kwesties te agenderen. Daarin zouden ze bovendien verbindingen moeten kunnen leggen tussen verschillende waarden die hierin worden gearticuleerd en de verschillende niveaus waarop ze worden geagendeerd. Het terrein waar ik me vandaag op richt is dat van de kwaliteit en veiligheid in de zorg. Op welke wijze kunnen op dit terrein concrete kwesties aan de orde worden gesteld die het mogelijk maken verschillende waarden in de zorg en de verschillende niveaus waarop deze spelen aan elkaar te koppelen, zodat zowel op het niveau van zorgpraktijken als in het beleid kan worden geleerd?

Governance in de Nederlandse gezondheidszorg

In de gezondheidszorg zijn besturingsrelaties vaak complex. Lange tijd werd de gezondheidszorg bestuurd op basis van twee principes, namelijk overheidsregulering en professionele zelfregulering. Daarnaast heeft in Nederland het maatschappelijk middenveld een belangrijke rol gekregen in de besturing van de gezondheidszorg. Sinds het eind van de jaren tachtig wordt getracht om door middel van ‘gereguleerde concurrentie’ ook de markt een rol te laten spelen in de besturing van de gezondheidszorg.

Zoals Helderman onlangs in zijn proefschrift heeft laten zien is elk van de onderscheiden institutionele ordes van belang waar het gaat om het functioneren van de gezondheidszorg – niet een ervan kan de verschillende waarden die in het geding zijn bij de gezondheidszorg, zoals waarden van toegankelijkheid, legaliteit en kwaliteit, op zichzelf oplossen (Helderman 2007). Hierbij is het niet zo dat de waarden die gediend worden door elk van de institutionele ordes netjes te onderscheiden zijn, maar dat deze juist geborgd zijn in hun onderlinge samenhang. Vanwege deze hybriditeit en gelaagdheid zijn betekenisvolle koppelingen tussen de institutionele ordes de daarbij behorende sturingslogica's essentieel.

Een kleine geschiedenis van het kwaliteitsbeleid

Laten we nu eens kijken hoe het beleid rond kwaliteit en veiligheid van de zorg binnen deze 4 sturingslogica's tot uitdrukking komt en op welke wijze daarbinnen en daartussen geleerd kan worden.

Lange tijd is professionele zelfregulering een van de drijvende krachten van de gezondheidszorg geweest. Kwaliteitsbeleid binnen de medische professie krijgt in de eerste plaats gestalte binnen de opleiding, en dan met name de opleiding tot specialist, zoals Yolande Witman onlangs in haar proefschrift heeft laten zien (Witman 2008). Via de patiëntenbespreking en de grote visite, worden arts-assistenten uitgedaagd om in een vraag en antwoordspel hun kennis maar vooral hun vermogen tot klinisch redeneren tentoon te spreiden. Dat assistenten technische fouten kunnen maken wordt ze daarbij vergeven; het je niet houden aan de normatieve eisen van de groep, zoals collegialiteit en hiërarchie is erger en leidt uiteindelijk tot uitsluiting.⁶ De medische beroepsgroep, zoals die uit onderzoek naar voren komt heeft veel weg van een *clan* die haar grenzen naar de buitenwereld strak bewaakt, maar die daarbinnen leerervaringen voor het professioneel handelen heeft geïnstitutionaliseerd.⁷ Al vanaf de jaren 70 is er groeiende kritiek geweest op de gesloten, monopolistische cultuur van de professies, waaronder de medische.⁸ Dit heeft ondermeer geleid tot de opkomst van de *evidence-based medicine* beweging. Door middel van clinical trials en daarop gebaseerde richtlijnen is de professie op meer collectief niveau kwaliteitsbeleid gaan voeren, waarmee tegelijkertijd een herbevestiging van de professionele autonomie wordt nagestreefd (Klazinga 1994). Deze beweging heeft echter een paradoxaal effect gehad. In de eerste plaats doordat in het vergelijkend onderzoek een enorme variatie tussen zorgpraktijken aan het licht trad, waarmee duidelijk werd dat tenminste in delen van de medische beroepsgroep geen goede kwaliteit van zorg werd geleverd. Ten tweede omdat het bestaan van richtlijnen veronderstelt dat mensen zich er aan houden. In de praktijk blijkt dit slechts in geringe mate het geval te zijn, zoals in het onderzoek naar de implementatie van richtlijnen keer op keer is vastgesteld (Grol and Wensing 2006). Hoewel er aan dit type onderzoek belangrijke conceptuele

problemen kleven (Timmermans and Berg 2003; Bal 2006; Zuiderent-Jerak 2007) heeft dit niettemin bijgedragen aan een verdere erosie van het vertrouwen in professionele zelfregulering.

Dat naast professionele zelfregulering het maatschappelijk middenveld in Nederland altijd een van de drijvende sturingsarrangementen geweest behoeft vrijwel geen betoog. Zoals Frans van Waarden het in een recent artikel opmerkte hebben de zogeheten ‘maatschappelijke partners’ weliswaar hun machtsbasis in hun verschillende achterbannen en zijn het private organisaties, maar zij hebben “geleidelijk aan een institutionele machtsbasis in de publieke sector verworven en spelen een belangrijke rol in de trapsgewijze aggregatie van publieke belangen en de formulering, totstandkoming, uitvoering en verdediging/legitimering van publiek beleid.” (van Waarden 2007) Het belang van het middenveld in de gezondheidszorg kon lange tijd nauwelijks overschat worden. Ook met betrekking tot het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg heeft het maatschappelijk middenveld een dominante rol gespeeld. De nadruk op zelfregulering in het kwaliteitsbeleid kwam overigens mede voort uit de plannen van de commissie Dekker. Het werk van deze commissie, gepubliceerd in 1987 onder de titel “Bereidheid tot verandering” staat vooral in het geheugen als het op de agenda zetten van gereguleerde marktwerking in de Nederlandse zorg, maar in zijn rapport besteedt de commissie uitgebreid aandacht aan de kwaliteit van zorg. (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987).⁹ Zelfregulering, zowel door professionals als door maatschappelijke actoren, waaronder verzekeraars, was het centrale mechanisme waarmee de commissie dacht de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen in een marktgericht stelsel.¹⁰ De voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid, waarin alle branche- en koepelorganisaties waren vertegenwoordigd, heeft in het midden van de jaren 80 het inhoudelijk fundament gelegd voor het kwaliteitsbeleid van de overheid.¹¹ In de zogeheten Leidschendam conferenties, die in totaal vier maal zijn gehouden in de periode 1989 tot 2000 is het instrumentarium voor het kwaliteitsbeleid vervolgens uitgewerkt. Zelfregulering door de partijen in het veld stond daarbij voorop, waarbij instrumenten als visitatie en certificatie centraal stonden (Klazinga 1996) evenals het zogeheten kwaliteitsmanagement systeem dat alle zorginstellingen moesten implementeren (Wagner, de Bakker, and Sluijs 1995). Kwaliteitsmanagement zoals ontwikkeld in het bedrijfsleven stond hiervoor model (Harteloh and Casparie 1998; Harteloh and Verheggen 1994). Vanaf het begin van de jaren 90 zien we dan ook de groei van een nieuwe professie van kwaliteitmanagers en vindt er een institutionalisering plaats van visitatie en accreditatie-activiteiten, onder andere door de oprichting van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector en het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. De rol van de overheid was hierbij niet meer of minder dan die een van de gesprekspartners in de maatschappelijke dialoog, waarbij de overheid de specifieke taak had gemaakte

afspraken vast te leggen, ondermeer in de kwaliteitswetten van de jaren 90 en toe te zien op de naleving daarvan. Daarnaast stimuleerde de overheid onderzoek naar de kwaliteit van zorg.

Ook het belang dat wordt gehecht aan het maatschappelijk middenveld is echter, voor een deel onder invloed van meer algemene politieke ontwikkelingen, in de loop der tijd geërodeerd. Zo is met de Kaderwet adviesorganen uit 1996 de Nationale Raad vervangen door de Raad voor de Volksgezondheid, waar alleen nog deskundigen zitting in hebben, overigens nog steeds wel deels informeel geselecteerd op basis van hun verbondenheid met het veld (RVZ 2007). Illustratief hiervoor zijn verder de omstandigheden waaronder het vorige kabinet erin is geslaagd na ruim twintig jaar discussie alsnog een systeem van gereguleerde marktwerking in te voeren. Zoals mijn voorganger Tom van der Grinten in zijn afscheidsrede heeft laten zien, gebeurde dit weliswaar deels via het middenveld, maar alleen omdat de cruciale posities daarin werden bezet door de leden van één politieke partij, te weten de VVD (van der Grinten 2006).

Met de introductie van het nieuwe verzekeringsstelsel is het duidelijk dat marktmechanismen een meer centrale rol hebben gekregen in de gezondheidszorg. Dit geldt overigens niet alleen voor de ziekenhuiszorg, maar wordt door middel van de WMO en de herziening van de AWBZ ook steeds verder in andere sectoren van de zorg geïntroduceerd. Net als bij de oorspronkelijke plannen van de commissie Dekker krijgt ook de kwaliteit van zorg in het nieuwe stelsel veel aandacht. Zo is de introductie van de marktwerking in de ziekenhuiszorg gepaard gegaan met een grootschalig kwaliteitsprogramma onder de titel Sneller Beter. Met dit programma moest de ziekenhuissector bovendien 'klaar worden gemaakt voor de markt', ondermeer door het verbeteren van de efficiëntie van de bedrijfsvoering. Ook in de andere zorgsectoren zijn er Beter programma's gestart, waaronder het programma Zorg voor Beter in de ouderen- en thuiszorg.¹² Hoewel hiermee aanzienlijke inspanningen zijn verricht die voor een deel door de overheid zijn gefinancierd is de achterliggende gedachte dat het veld zelf verantwoordelijk moet zijn voor kwaliteitsverbeteringen. Mits de juiste *incentives* worden gegeven, zo is de gedachte, kunnen partijen in het veld-verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten – elkaar stimuleren tot kwaliteitsverbetering. Het Ministerie wil daarbij meetbare doelen vaststellen die ook gepubliceerd worden en waarover bindende afspraken worden gemaakt. Op de achtergrond kijkt de Inspectie dan mee 'als sluitstuk' (VWS 2006). Die juiste *incentives* bestaan vooral in de verhouding tussen verzekeraars, zorgaanbieders en 'consumenten'. Doordat zorgverzekeraars met elkaar in concurrentie moeten gaan voor hun klanten hebben ze er baat bij scherp te onderhandelen met zorgaanbieders over de hoeveelheid te leveren zorgproducten, alsmede de prijs en kwaliteit daarvan. Verzekeraars kunnen daarbij ook selectieve contracten aangaan met zorgaanbieders. Zorgconsumenten zullen vervolgens kiezen

voor de zorgverzekeraar die de beste prijs-kwaliteit van zorg kan leveren. Dit is althans de theorie. In de praktijk wordt de concurrentieslag tussen verzekeraars vooral op prijs gevoerd, en wordt nog nauwelijks gebruik gemaakt van instrumenten als selectieve contractering van zorgaanbieders. Mede om de concurrentie op kwaliteit te bevorderen, worden momenteel grote hoeveelheden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Zoals eerder aangegeven, is er echter weinig basis om te veronderstellen dat op indicatoren gebaseerde kwaliteitsinformatie ook echt tot keuze zal gaan leiden.

Met deze 'kleine geschiedenis van het kwaliteitsbeleid', die overigens geenszins pretendeert volledig te zijn, wordt een aantal trends zichtbaar. In de loop der tijd heeft een verschuiving plaats gehad van professionele zelfregulering naar de ontwikkeling van kwaliteitssystemen door het maatschappelijk middenveld naar prestatie-afspraken door de overheid die via het mechanisme van marktwerking moeten worden ingevoerd en nagekomen. In de tweede plaats is het niet zo dat het ene systeem van kwaliteitsverbetering het andere vervangt. Integendeel. Er worden steeds nieuwe instrumenten toegevoegd aan de al bestaande. Opleiding, richtlijnen, kwaliteitsmanagement-systemen, visitatie, accreditatie en indicatoren buitelen in de praktijk van de gezondheidszorg over elkaar heen. Gezien de stapeling van instrumenten en de verantwoordingsprocessen in de richting van een toenemend aantal actoren, nemen de administratieve verplichtingen van professionals en zorgaanbieders daarbij hand over hand toe. Bovendien versterken de instrumenten elkaar soms, maar leiden ze ook regelmatig tot conflicten.

Een voorbeeld van dat laatste betreft het zogeheten Veilig Incident Melden, dat ondermeer als onderdeel van Sneller Beter de afgelopen jaren is ingevoerd in een groot aantal ziekenhuizen en sinds 1 januari in de overige ziekenhuizen verplicht wordt gesteld als onderdeel van weer een nieuw managementsysteem, nu gericht op patiëntveiligheid. Een even centraal als eenvoudig idee van Veilig Incident Melden, kortweg VIM, is dat zorgverleners kunnen leren van hun fouten door daarover met elkaar in gesprek te gaan.¹³ Op het eerste gezicht lijkt dit aan te sluiten bij een professionele cultuur waarin van elkaar leren gewoon is. Dat is echter maar zeer gedeeltelijk zo. Onderdeel van de eerder aangegeven *clan* cultuur onder artsen is nu juist dat zij niet expliciet over elkaars fouten spreken, laat staan dat iemand lager in de hiërarchie – zeg een assistent of een verpleegkundige – dat mag doen. Toen een van mijn studenten vorig jaar in een onderzoek naar VIM bijvoorbeeld met een arts over meldingen sprak, gaf deze aan dat de 'onderste steen boven zou gaan' als iemand over hem zou melden (Bakker 2007). Professionals moeten dus verleid worden om inderdaad te melden en een van de voorwaarden hiervoor, zo is het idee, is dat dit melden 'veilig' moet zijn. Dat wil zeggen dat meldingen niet te herleiden mogen zijn naar individuele personen, noch dat zij openbaar mogen worden. Om die reden is er bijvoorbeeld voor gepleit om de veiligheid van melders, naar analogie van regelingen voor klokkenluiders, wettelijk

te verankeren en heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg aangegeven geen gebruik te zullen maken van interne meldingen in het geval van onderzoek naar calamiteiten (Molendijk, Legemaate, and Leistikow 2008). Deze waarde van de veiligheid van melders contrasteert echter met het recht van patiënten dan wel hun nabestaanden om geïnformeerd te worden over problemen die zich hebben voorgedaan tijdens de zorg. Zeker wanneer het om ernstige fouten gaat, die leiden tot de dood dan wel tot blijvende gezondheidsschade, lijkt het alleszins redelijk dat patiënten een beroep doen op de informatie die uit interne meldingssystemen voortkomt. Die mening was in ieder geval onlangs ook de rechtbank in Zwolle toegeedaan toen de nabestaande van een vrouw die voor een ogenschijnlijk eenvoudige operatie was opgenomen kwam te overlijden (Crul and Legemaate 2008).¹⁴ De waarde van de veiligheid van melders botst bovendien met de waarde van transparantie. Het is dan ook niet gek dat landelijke en regionale dagbladen naar aanleiding van artikelen in *Medisch Contact*, waarin naar aanleiding van de uitspraak van de rechtbank in Zwolle wordt gepleit voor de veiligheid van melders, reageren met de constatering dat artsen blijkbaar geen pottenkijkers willen dulden (Artsen willen fouten melden zonder risico 2008).¹⁵

Waar VIM dus probeert om leren binnen zorgpraktijken te bevorderen botst dit met de waarde dat patiënten goed geïnformeerd worden over hun zorgproces en met de waarde van transparantie in bredere zin, die mede onderdeel zijn van het complexe stelsel van kwaliteitsinstrumenten dat in de afgelopen decennia is gegroeid. Dergelijke conflicten doen zich tussen tal van onderdelen van dit stelsel voor; zo leiden op richtlijnen gebaseerde indicatoren er bijvoorbeeld toe dat die richtlijnen een veel hardere status krijgen dan ooit is bedoeld.

Lerend toezicht?

Behalve de toegenomen verantwoordingsdruk en de tegenstrijdige waarden in de stapeling van instrumenten kunnen we in de geschetste ontwikkeling constateren dat er in de loop der tijd, maar zeker met de stelselwijziging, tot op zekere hoogte een ont koppeling plaats heeft gehad van de verschillende institutionele logica's. Waar in de Leidschendam conferenties is geprobeerd tot een gezamenlijke aanpak van kwaliteit te komen, leidt de stelselwijziging ertoe dat dergelijke verbindingen tussen de professionele logica, die van het middenveld en de overheid, worden losgelaten. Het veld van de gezondheidszorg – verzekeraars, professionals, aanbieders en consumenten – worden geacht door de juiste prikkels zelf gemotiveerd te worden kwaliteitszorg op te pakken. De overheid controleert dit op afstand waarbij prestatie-indicatoren één van de belangrijkste instrumenten worden.

Zowel vanuit de logica van de staat als vanuit die van de markt is er daarom veel druk op het vergelijkbaar maken van indicatoren. Vanuit de staatslogica is dit omdat vergelijkbare prestaties van ziekenhuizen het gemakkelijker maken ziekenhuizen die

slecht presteren te controleren en, andersom, om ziekenhuizen die het beter doen meer vrijheden te gunnen. Vanuit de logica van de markt is die druk er omdat vergelijkbare indicatoren keuzeprocessen van consumenten of inkoopgedrag van verzekeraars beter kunnen sturen. Er wordt dan ook momenteel veel werk verzet om die vergelijkbaarheid van indicatoren beter te maken. Zo is in de basisset indicatoren van 2008 opgenomen dat ziekenhuizen hun zogeheten 'case mix' – dat wil zeggen de zwaarte van patiënten die worden behandeld in het ziekenhuis, bijvoorbeeld naar leeftijd en co-morbiditeit – moeten gaan bijhouden. Door scores op prestatie-indicatoren te koppelen aan de case mix kan beter worden vastgesteld of ziekenhuizen gelijke prestaties leveren. Daarnaast worden er op meer gedetailleerd niveau indicatoren ontwikkeld, onder andere binnen het al eerder genoemde bureau transparantie in de zorg, waarmee specifiekere uitspraken kunnen worden gedaan over de prestaties van ziekenhuizen. In totaal zullen, zo is de schatting, zo'n 500 indicatoren worden ontwikkeld voor specifieke aandoeningen.

Willen indicatoren inderdaad op deze manier gaan werken, dan moet er worden voldaan aan een groot aantal veronderstellingen. Niet alleen moeten voor case mix gecorrigeerde indicatoren inderdaad gaan leiden tot het zichtbaar maken van significante verschillen tussen ziekenhuizen, ook wordt aangenomen dat die verschillen daadwerkelijk betrekking hebben op de geleverde kwaliteit van zorg en niet op bijvoorbeeld de kwaliteit van de registratie-praktijken. Tijdens een seminar dat wij onlangs organiseerden werd duidelijk dat ziekenhuizen inderdaad investeren in de kwaliteit van zorg met betrekking tot de elementen die in de prestatie-indicatoren van de inspectie dan wel in de criteria voor de ranglijsten gehanteerd worden. Een effectievere manier dan investeren in kwaliteit om beter te scoren op de prestatie-indicatoren bleek echter het anders registreren van gegevens. Los nog van de strategische voordelen die ziekenhuizen hieruit kunnen behalen is het in het kader van kwaliteitsverbetering vaak juist zinvol om indicatoren lokaal relevant te maken. Uit onderzoek dat wij uitvoeren naar het gebruik van prestatie-indicatoren in de praktijk, blijkt dat ziekenhuizen daar niet alleen verschillende strategieën in hanteren, maar ook dat die strategieën leiden tot verschillende lokale definities van indicatoren en dus tot verschillende dataverzamelingen.¹⁶ Vanuit het oogpunt van interne kwaliteitsverbetering is dit vaak zeer zinvol, maar het is duidelijk dat het de vergelijkbaarheid van gegevens niet ten goede komt. Vanuit de controle-logica van de vergelijkbaarheid leidt dit dan tot een verdere controle op de dataverzameling van prestatie-indicatoren.¹⁷ Dit leidt niet alleen tot praktische problemen maar ook tot een in principe eindeloze spiraal van controles, aangezien de controle op de dataverzameling zelf weer lokale variaties zal gaan vertonen.

Vanuit het oogpunt van leren kunnen bij het hanteren van prestatie-indicatoren dus belangrijke vraagtekens worden gesteld. Enerzijds lijken zorginstellingen indicatoren

inderdaad te gebruiken om lokale kwaliteitsverbetering te bereiken. De indicatoren voeden daarbij reflexieve processen binnen zorgpraktijken door meetbare doelstellingen op te nemen en aan de hand daarvan tot concrete interventies te komen. Tegelijkertijd kunnen indicatoren gebruikt worden om specifieke kwesties te agenderen, juist door deze te vervatten in een indicator. De lokale reflexieve praktijken gaan echter ten koste van de vergelijkbaarheid tussen instellingen waardoor aan de doelstelling van het *benchmarken* van organisaties niet meer kan worden voldaan. Daarnaast leren zorginstellingen vooral ook zich strategisch te positioneren ten opzichte van de indicatoren, waardoor de zeggingskracht van prestatie-informatie aan kracht inboet. In interviews met inspecteurs die wij de afgelopen tijd hebben gehouden geven deze nog een andere reden aan waarom leerervaringen bemoeilijkt worden, namelijk dat door het gebruik van indicatoren het gesprek met de zorginstelling oppervlakkiger is geworden. Waar voorheen werd geïnspecteerd op processen van zorg, bijvoorbeeld ten aanzien van de ingevoerde protocollen en richtlijnen, konden inspecteurs niet alleen in gesprek gaan over de mate waarin dergelijke protocollen en richtlijnen ook waren ontwikkeld, maar konden zij ook op afdelingen gaan kijken hoe concrete werkprocessen daaromheen waren georganiseerd. Dit is op basis van prestatie-indicatoren niet meer mogelijk. Scores op indicatoren zijn immers alleen zichtbaar op papier en komen tot stand na het verzamelen van een heleboel gegevens die niet direct tot zichtbare handelingen te herleiden zijn. Het is niet zinvol voor de inspecteur om te kijken op een afdeling hoeveel decubitusgevallen er zijn, want dit is slechts een momentopname van een lange reeks van scores die door de zorginstelling worden verzameld. Daar komt dan nog bij dat de indicatoren bij lange na niet de gehele zorginstelling kunnen omvatten. Zorginstellingen zijn dermate complexe organisaties dat het idee dat deze in een beperkte set indicatoren te vervatten zouden zijn, onzinnig is. Het is dan ook onmogelijk om op basis van de prestaties van een zorginstelling een uitspraak te doen over de kwaliteit van de zorgverlening; uiteindelijk kan de inspecteur niet veel meer zeggen dan dat 'deze zorginstelling heeft aangegeven zus en zo te presteren'.

Ondanks de ogenschijnlijk directe interactie die er tussen overheid en werkpraktijken wordt georganiseerd door middel van indicatoren, lijkt het effect in de praktijk dus te zijn dat leerervaringen juist verminderen. Interacties met het veld worden in een controle-modus in plaats van in leermodus vormgegeven, waarbij bovendien onduidelijk blijft wat er nu precies wordt gecontroleerd. Daarmee ontnemt de overheid zichzelf kansen om van de ervaringen die in die praktijken worden opgedaan *terug* te leren, doordat die leerervaringen maar beperkt teruggekoppeld kunnen worden naar beleidscontexten. Hoewel indicatoren het op zich wel mogelijk maken om specifieke kwesties te agenderen, voldoen ze hiermee maar zeer ten dele aan de voorwaarden die gesteld zouden moeten worden aan instrumenten die beleidsleren mogelijk maken.

Interessant is dat inspecteurs aangeven dat een andere vorm van toezicht, het zogeheten 'thematisch toezicht', hen veel meer informatie oplevert over de kwaliteit van zorg. Binnen het thematisch toezicht worden specifieke kwesties in de zorg centraal gesteld, zoals de organisatie van het pre-operatieve proces (IGZ 2007), de kwaliteitsborging van zorg in verpleeghuizen (IGZ 2004) of de opvang van verwarde oudere patiënten in het ziekenhuis (IGZ 2005). Een dergelijke probleemgerichte aanpak stelt inspecteurs in staat om meer specifieke interacties met het veld te organiseren waarbij niet alleen meer diepgang wordt bereikt, maar tevens inhoudelijk draagvlak wordt gecreëerd voor te nemen maatregelen. Binnen het thematisch toezicht lijken daarmee meer kansen te worden gegenereerd voor beleidsleren dan de op indicatoren gebaseerde vorm van toezicht.

De herstructurering van de adviesorganen

Een laatste voorbeeld dat ik wil behandelen betreft die van de herstructurering van de adviesraden, waar ik eerder aan refereerde. Ook hierin lijkt zich een ontkoppeling te voltrekken tussen de praktijk van de uitvoering van publieke diensten en het beleid. In de notitie van het overleg van de Secretarissen Generaal, die aan de huidige voorstellen van de regering ten grondslag ligt, wordt gepleit voor een 'ontkokering' van de adviesorganen die uit moet monden in een drastische reductie van het aantal adviesorganen (SG-Overleg 2007). In plaats van op een inhoudelijke versterking van de democratie zijn deze voorstellen vooral gericht op het nut dat wetenschappelijk advies heeft voor de korte termijn agenda's van beleidsmakers.¹⁸ De voorstellen gaan bovendien uit van een productdefinitie van expertise die niet overeenkomt met de wijze waarop expertise georganiseerd is. Eén van de ideeën die circuleert over het organiseren van wetenschappelijk advies is bijvoorbeeld dat van de 'kaartenbak' van experts die naar believen aangesproken kan worden voor de oplossing van een specifieke beleidskwestie. Het voorbeeld waarnaar in dit geval wordt verwezen is de Gezondheidsraad. Nu is het inderdaad zo dat de Gezondheidsraad voor een groot deel adviseert met behulp van commissies die worden samengesteld uit experts die geen zitting hebben in de Raad. In een onderzoek naar de Gezondheidsraad hebben mijn Maastrichtse collega's en ik de Raad ook wel omschreven als een netwerk (Bal, Bijker, and Hendriks 2002). Het opbouwen en onderhouden van een netwerk veronderstelt echter een duurzame relatie met het veld, zowel wat betreft de inhoudelijke ontwikkelingen als wat betreft de personen die hier een rol in spelen. Om het in economische termen te zeggen: het veronderstelt hoge transactiekosten, in tegenstelling tot wat in de huidige discussie soms wordt verondersteld. Commissies die worden samengesteld uit de 'kaartenbak', zo hebben wij in ons onderzoek laten zien, kunnen bovendien niet *zomaar* werken. Om tot goede advisering te komen moet de Gezondheidsraad veel werk verzetten om commissieleden te socialiseren in de cultuur en tradities van de Raad (Bal, Bijker, and Hendriks 2004). Daar komt nog bij dat de selectie van leden van commissies

een zeer waardegeladen proces is, waarbij gemakkelijk uitsluitingsprocessen kunnen optreden (Hoppe 2007). Ook hiervoor is dus een zorgvuldige afweging nodig. Ten slotte moet ook de kwaliteitsborging van het commissiewerk, evenals de borging in termen van de verhouding tot eerdere adviezen goed geregeld zijn. De Raad werkt hiervoor met zogeheten Beraadsgroepen die bestaan uit vaste leden van de Raad die hun sporen hebben verdiend in tal van commissies.

Ideeën over de ‘kaartenbak’ zijn daarmee niet alleen veel te optimistisch, ze gaan in tegen de aard van expertise die zich slecht als een product laat definiëren. Daarmee is overigens niet gezegd dat een herijking van de adviesraden niet op zijn plaats zou zijn,¹⁹ maar hiervoor zouden dan wel veel meer inhoudelijke argumenten moeten worden aangedragen dan nu gebeurt. Eén van de elementen zou kunnen zijn dat adviesorganen veel nadrukkelijker dan nu wordt gevraagd hun adviezen te betrekken op uitvoeringspraktijken en die praktijken ook te betrekken in de totstandkoming van adviezen. Op die manier zou een meer probleemgerichte benadering centraal kunnen komen te staan die verbanden aangaat tussen de abstracte werelden van het beleid en het onderzoek met de concrete praktijken van professionals op de werkvloer.

Een interessante vorm voor het organiseren van dit soort interacties zijn de Academische Werkplaatsen. In deze werkplaatsen worden verbanden aangegaan door universiteiten, Gemeentelijke of regionale gezondheidsdiensten en gemeentelijke overheden. Op deze wijze wordt gepoogd om lokaal relevante kennis te produceren en tegelijkertijd de praktijken van de publieke gezondheidszorg meer *evidence based* te maken. Interessant aan de Academische Werkplaatsen is echter vooral dat het mensen uit de verschillende praktijken van wetenschap, beleid en uitvoering bij elkaar brengt rond concrete kwesties die door hen gezamenlijk worden benoemd. In de evaluatie van deze werkplaatsen die wij momenteel uitvoeren zijn we vooral op zoek naar de mate waarin de werkplaatsen hierin slagen.

Ik kom tot een afronding. Eerder heb ik aangegeven dat de kwaliteit van de publieke dienstverlening gebaat is bij instituties die leren op alle niveaus bevorderen, maar zeker ook van een overheid die bereid is te leren van uitvoeringspraktijken. Die lerende overheid moet vooral gezocht moet worden in het aanbrengen van betekenisvolle koppelingen tussen de verschillende sturingslogica's van de publieke dienstverlening – praktijken van professioneel werk, middenveld, markt en overheid – en in de verbinding tussen de waarden die in die verschillende praktijken worden gearticuleerd en waarin specifieke kwesties kunnen worden geagendeerd. Het instrumentarium dat in de afgelopen decennia is ontwikkeld voor het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg kan hier slechts ten dele aan voldoen. Reflexiviteit opleggen aan organisaties is tot op zekere hoogte goed, maar dit veronderstelt dan wel dat de juiste instrumenten hiervoor beschikbaar zijn en negeert bovendien dat leren in de publieke sector niet alleen op

organisatieniveau kan plaatshebben maar tussen de verschillende lagen van het stelsel, inclusief de overheid. De georganiseerde reflexiviteit van prestatie-indicatoren is echter teveel gebaseerd op een illusie van beheersbaarheid. De nieuwe zichtbaarheid dreigt daardoor leerervaringen te missen die met behulp van meer probleemgeoriënteerde, inhoudelijke analyses beter tot hun recht komen.

In het voorgaande heb ik geprobeerd iets te laten zien van het onderzoek dat ik, samen met de sectie *Healthcare governance* waar ik het genoegen heb leiding over te mogen geven, uitvoer en ga uitvoeren. Ik heb overigens in het geheel geen recht kunnen doen aan het brede pallet aan thema's en empirische domeinen waar dat onderzoek zich op richt. Wel heb ik geprobeerd de daarin gehanteerde benaderingen en theoretische oriëntaties te illustreren aan de hand van de casus van het kwaliteitsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg en van de herstructurering van de adviesraden. Het iBMG, en dat geldt ook voor mijn sectie, staat met beide benen midden in de geschetste ontwikkelingen en op ieder punt van mijn verhaal vandaag – en vele andere verhalen die ik had kunnen vertellen – valt wel een huidig of voormalig medewerker van het iBMG aan te wijzen die hierin een bijdrage heeft geleverd. Dat maakt het onderzoek niet alleen in wetenschappelijke, maar ook in praktische zin spannend. Onderzoek naar de grondslagen van sturingsvraagstukken in de gezondheidszorg kan zo hand in hand gaan met de praktische vertalingen daarvan. Dergelijke vormen van probleemgestuurd onderzoek kunnen dan niet alleen conceptuele vernieuwing brengen, maar tevens bijdragen aan meer vitale zorgpraktijken.

Meneer de Rector Magnificus, gewaardeerde collega's, lieve vrienden en familie,

Dankwoord

An het einde van deze ‘aanvaarding van het ambt gekomen’ is het mij een genoegen een woord van dank uit te spreken. Allereerst dank ik onze voormalige decaan, Paul van der Maas en de toenmalige voorzitter van het iBMG, Frans Rutten voor het in mij gestelde vertrouwen. Hun beider functies zijn inmiddels overgenomen door nieuwe personen; decaan Huib Pols en voorzitter van het iBMG Wilfried Notten. In mijn nieuwe functie als onderwijsdirecteur en lid van het managementteam van het iBMG heb ik met jullie beide al een heel plezierige samenwerking achter de rug en ik hoop dat we die nog een tijd kunnen voortzetten.

Beste Arie en Wiebe, jullie zijn mijn leermeesters geweest in het wetenschaps-onderzoek. Zoals veel andere wetenschapsonderzoekers ben ik inmiddels uitgewaaid naar een andere context maar ik hoop vandaag toch aangegeven te hebben dat het wetenschapsonderzoek ook in deze contexten zijn krachten kan tonen. Voor zover dat is gelukt heb ik dat mede aan jullie te danken.

Beste Nick, Bert en anderen van het voormalige Sturing. De tijd die ik in Leiden bij jullie heb mogen doorbrengen is nog altijd een feest om aan terug te denken. De wetenschappelijke gedrevenheid die daar heerste mag een voorbeeld zijn voor vele academische gemeenschappen en het is een teken des tijds dat dergelijke gemeenschappen er maar zo weinig kunnen zijn.

Beste Marc, jij bent degene die er, na een paar eerdere mislukte pogingen, toch in is geslaagd me naar Rotterdam te lokken. Ik heb daar geen spijt van gekregen, al heeft het me een tijdje gekost om het intellectuele klimaat in Maastricht te verruilen voor de opgestroopte mouwen – maar onder een maatpak – in Rotterdam. Van jou heb ik geleerd hoe die twee op een interessante manier aan elkaar zijn te knopen, hoewel dat maatpak tot nog toe maar niet echt wil lukken.

Beste Tom, het is een grote eer om jou op te mogen volgen. Jouw enorme kennis van de gezondheidszorg maar vooral de wijze waarop je daarin steeds hebt geacteerd zijn een grote bron van inspiratie. Onze wekelijkse gesprekjes, hoe kort soms ook, blijven elke keer weer nieuwe inzichten opleveren en ik hoop dat we die nog lang kunnen blijven voeren.

Beste Pauline, Kim en Antoinette, ons db-tje van de sectie staat nog steeds een beetje in de steigers, maar ondanks of wellicht ook wel dankzij alle drukke agenda’s lukt het ons steeds beter om een coherente en florierende sectie op te bouwen, in zowel maatschappelijke als wetenschappelijke zin. De enorme diversiteit aan onderwerpen die de sectie inmiddels huisvest vergt een associatieve geest en een soms tot over de randen flexibele opstelling. Jullie slagen er wonderwel in beide eigenschappen te combineren en ik ben jullie daar zeer dankbaar voor.

Overige leden van de sectie Healthcare governance, inmiddels teveel om allemaal op te noemen, jullie zijn het die het werken op het iBMG tot zo'n plezier maken. Ons wekelijks seminar is altijd weer een genot om bij te wonen en in onze nieuwe behuizing hebben we een plek gevonden waar we die vitaliteit verder kunnen uitbouwen. Anne, zonder jouw geweldige ondersteuning was het vandaag niet gelukt.

Mijn ouders kunnen deze rituele overgang naar het hoogleraarschap helaas niet meer meemaken. Ik blijf hen altijd dankbaar voor de stimulans die ze niet alleen mij, maar ook mijn broers en zussen hebben gegeven.

Lieve Marian en Ton, hoewel jullie hen nooit kunnen vervangen, heb ik toch het gevoel bij jullie een tweede thuis te hebben gevonden.

Lieve Carolien, gelukkig kan ik zeggen dat jij inmiddels een zo mogelijk nog drukker bestaan hebt dan ik. Desondanks heb je ook de afgelopen weken weer alles in het werk gesteld om de rust en ruimte te maken die nodig was om dit vandaag mogelijk te maken. Ik prijs me gelukkig dat ik jou bij me heb en hoop dat nog lang zo te houden.

Lieve Jenske, Jonas en Simon. De drie kwartier zijn voorbij; het is jullie gelukt om het saaiste verhaal ooit voorgelezen te krijgen. Ik hoop dat de foto's een beetje hebben geholpen om dat te doorstaan. Als laatste nog eentje speciaal voor jullie en dan is het klaar. Nu is het feest.

Referenties

- ¹ Ook in de literatuur wordt de koppeling tussen marktwerking en de noodzaak voor heldere productinformatie voor ‘zorgconsumenten’ regelmatig gemaakt (Pomp 2007; Schut 2007). Internationaal is het bekendste voorbeeld hiervan de Amerikaanse econoom Michael Porter (Porter and Teisberg 2004).
- ² Zo zegt Kees van Gent, hoofd van de transparantie-unit van de inspectie, onder verwijzing naar de keuze-paradox van Barry Schwarz, dat patiënten overwegend gewoon goede zorg willen, geen keuze. Interview april 2007. In andere publieke sectoren, zoals het onderwijs, is het overigens niet veel anders.
- ³ Voor Nederlands onderzoek op dit terrein, zie ondermeer (Stoop, Vrangbaek, and Berg 2005).
- ⁴ Vandaar dat bijvoorbeeld Michael Power spreekt over de *audit society* (Power 1997).
- ⁵ Zie ondermeer het advies van de WRR over publieke dienstverlening en de daarbij behorende achtergronddocumenten voor een samenvatting van deze kritiek (WRR 2004).
- ⁶ Zie voor dit punt het werk van Charles Bosk (Bosk 2003).
- ⁷ Dat wil niet zeggen dat intern de zaken altijd goed lopen. Artsen spreken elkaar bijvoorbeeld slecht aan op fouten die ze maken. De groeiende complexiteit van het medisch beroep maakt bovendien dat steeds meer in teams moet worden gewerkt, waar de opleiding tot arts slecht op voorbereid (Lange 2006). Ik kom daar later nog op terug.
- ⁸ Het voert te ver hier uitvoerig bij die kritiek stil te staan. Zie ondermeer (Freidson 1970; Light 2000; Trommel 2006; Bosk 2006).
- ⁹ Zie voor een analyse van de invloed van het rapport van de commissie Dekker ondermeer (Helderma et al. 2005; van der Grinten 2006).
- ¹⁰ “De commissie is van mening dat de beste kwaliteit bij medisch handelen wordt bereikt door te appelleren aan de beroepseer van de betreffende beroepsgroep” (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987): 81. Consensusontwikkeling middels richtlijnen is hiervoor cruciaal en hieraan kunnen ook eisen worden gesteld. Middels intercollegiale toetsing kunnen zorgverleners en instellingen er voor zorgen dat kwaliteitseisen nagevolgd worden. Ook zorgverzekeraars kunnen hierin volgens de commissie een belangrijke rol te spelen: zij zullen afspraken moeten maken met zorgaanbieders over kwaliteitsbewaking. Verzekeraars kunnen vervolgens zogeheten “economische inspecteurs” aanstellen die toezien op de naleving van die afspraken (idem: 84). De inspectie heeft daarbij de taak erop toe te zien dat de kwaliteitsbewaking door aanbieders en verzekeraars inderdaad vorm krijgt en kan daarnaast ingrijpen waar de zorgverlening ondermaats is.
- ¹¹ Zie ondermeer (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1986) en vele daarop volgende adviezen en rapporten.
- ¹² In totaal gaat het om negen programma’s, die worden gecoördineerd door ZonMW en worden uitgevoerd door verschillende ‘kennisorganisaties’, zoals het CBO, Vilans, RIVM, Trimbos en ook het iBMG. Over Sneller Beter en Zorg voor Beter zie o.a. (Bal and Pijnenborg 2007; Dückers and Wagner 2007; Weggelaar-Jansen, van Wijngaarden, and Bal 2007; Strating et al. 2008).
- ¹³ Hoewel VIM breed wordt aangehangen, zowel in Nederland als internationaal (McCarthy and Blumenthal 2006) is er nog vrijwel geen empirisch onderzoek voorhanden waarin wordt aangetoond dat melden ook leidt tot kwaliteitsverbetering. Wel zijn er aanwijzingen dat zwijgen niet helpt (Edmondson 2004). De omgekeerde logica, dat we kunnen leren van de dingen die goed gaan, wordt helaas maar zelden gevolgd, maar zie (Mesman 2007).
- ¹⁴ Een van de argumenten van de rechtbank was het in dit geval ontbreken van een goed dossier voor de betreffende patiënt zodat een externe deskundige niet tot sluitende uitspraak kon komen over de achtergronden van het overlijden. Crul en Leegemate leiden hieruit af dat zorgprofessionals zich geen al te grote zorgen moeten maken, als ze maar zorgen dat hun dossiers op orde zijn. Met die dossiers, zo weten we uit bijvoorbeeld rapporten

van de Inspectie, is het echter in veel bredere zin slecht gesteld (IGZ 2007). Bovendien heeft onderzoek naar elektronische patiëntendossiers laten zien dat volledige dossiers een illusie zijn (Berg 1999). Het lijkt bovendien onwaarschijnlijk dat de uitspraak van de rechtbank in Zwolle gaat leiden tot goede dossiervorming.

- ¹⁵ Ongeveer dezelfde discussie speelt zich af rond complicatie-registraties, waarvan de minister van VWS vorig jaar aankondigde dat gegevens hieruit openbaar zouden moeten worden gemaakt. In een column in de Volkskrant verzet Evelien Tonkens zich hiertegen waarbij zij dezelfde argumenten hanteert als o.a. Leegemate in de discussie over VIM. Zie (Tonkens 2007). Zie ook Johan van der Werf, bestuursvoorzitter van Aegon die in 2005 als gezant voor Sneller Beter onderzoek heeft gedaan naar verantwoording in de zorg: "Tijdens het werkbezoek van het AEGON-team aan het AMC werd de geanonimiseerde monitor van de prestaties van alle Nederlandse intensive care afdelingen getoond. Doordat ziekenhuizen veilig hun scores kunnen melden, ook als deze slecht zijn, ontstaat een waarheidsgetrouw beeld en komen maatregelen om de kwaliteit te verbeteren snel tot stand. Als deze cijfers met naam en toenaam in de krant komen, zou het wel eens gedaan kunnen zijn met de bereidheid aan deze monitor mee te werken." (van der Werf 2005).
- ¹⁶ In onderzoek naar het gebruik van het verwijssysteem ZorgDomein bleek bijvoorbeeld dat de definitie van toegangstijden tot de polikliniek, ondanks het feit dat daar heldere en eenduidige afspraken over waren gemaakt, afhankelijk zijn van lokale omstandigheden op poliklinieken (Bal and Mastboom 2005). Ook in kwaliteitsprogramma's als Zorg voor Beter blijken teams bijvoorbeeld doelen (en daarmee indicatoren die gegevens opleveren over het bereiken van die doelen) aan te passen aan lokale omstandigheden (Strating et al. 2008).
- ¹⁷ Of, zoals Power dat noemt, een audit van audit (Power 1997).
- ¹⁸ Vergelijk de opmerkingen van Tjeenk Willink bij de hoorzitting van beide Kamers der Staten Generaal over dit onderwerp in november 2007.
- ¹⁹ De uitdrukking "het stelsel moet geen stolsel worden" is in deze discussie inmiddels een gemeenplaats geworden, zonder dat overigens duidelijk wordt wat er met de metafoor van een 'stolsel' echt wordt bedoeld.

Literatuur

- Artsen willen fouten melden zonder risico. 2008. *De Telegraaf*, 1 februari 2008.
- Bakker, Joyce. 2007. Ik meld veilig of ik meld niet, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Bal, Roland. 2006. Van beleid naar richtlijnen en weer terug. Over het belang van 'vage figuren'. In *Orkestratie van gezondheidszorgbeleid. Besturen met rationaliteit en redelijkheid*, edited by J.-K. Helderma, P. Meurs and K. Puffers. Assen: Van Gorcum.
- Bal, Roland, Wiebe E. Bijker, and Ruud Hendriks. 2002. *Paradox van wetenschappelijk gezag. Over de maatschappelijke invloed van adviezen van de Gezondheidsraad, 1985-2001*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- . 2004. Democratisation of scientific advice. *BMJ* 329 (7478):1339-1441.
- Bal, Roland, and Femke Mastboom. 2005. Op weg naar transmurale samenwerking? Eindevaluatie ZorgDomein ZO Brabant. Rotterdam: iBMG.
- Bal, Roland, and Loes Pijnenborg. 2007. Sneller Beter pijler 3. Een tussenstand. *ZE Magazine* 1 (2):28-33.
- Baltesen, Frits, and Antoinette Reerink. 2008. Markt in de zorg werkt slecht. *NRC Handelsblad*, 17 januari.
- Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London, etc.: Sage Publications.
- Beck, Ulrich, Anthony Giddens, and Scott Lash. 1994. *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge: Polity.
- Berg, Marc. 1999. Accumulating and Coordinating: Occasions for Information Technologies in Medical Work. *Computer Supported Cooperative Work* 8 (4):373-401.
- Boltanski, Luc, and Laurent Thevenot. 2006. *On Justification. Economies of Worth*. Translated by C. Porter. Princeton: Princeton University Press. Original edition, *De la justification*, 1991.
- Bosk, Charles L. 2003. *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press. Original edition, 1979.
- . 2006. Avoiding conventional understandings: the enduring legacy of Eliot Freidson. *Sociology of Health & Illness* 28 (5):637-653.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Commissie Dekker. 1987. *Bereidheid tot verandering*. Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties.
- Crul, Ben, and J. Legemaate. 2008. Veilig melden onder druk. *Medisch Contact* 63 (6):231-232.
- van der Grinten, T.E.D. 2006. Zorgen om beleid. Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg. afscheidsrede, iBMG, Erasmus MC, Rotterdam.
- van der Werf, Johan. 2005. Rekenschap en transparantie moet je omarmen. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Dückers, Michel, and Cordula Wagner. 2007. Evaluatie Sneller Beter pijler 3: het interne vliegwiel. Utrecht: NIVEL.
- Edmondson, Amy C. 2004. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 13 (1):3-9.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine: A study of applied knowledge*. New York: Harper & Row.
- Grol, Richard, and Michel Wensing. 2006. *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Habermas, Jürgen. 1989. De nieuwe onoverzichtelijkheid: de crisis van de welvaartsstaat en de uitputting van utopische krachten. In *Jürgen Habermas. De nieuwe onoverzichtelijkheid en andere opstellen*, edited by M. Korthals. Amsterdam: Boom. Original edition, 1985.
- Harteloh, Peter, and Ton Casparie. 1998. *Kwaliteit van zorg: Van zorginhoudelijke benadering naar bedrijfskundige aanpak*. Edited by H. Hermans, A. Casparie, R. Lapre, R. Schepers, G. Scholten and W. van de Ven, *Reeks Beleid en Management Gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom.
- Harteloh, Peter, and Frank Verheggen. 1994. Quality assurance in health care: From a traditional towards a modern approach. *Health Policy* 27 (3):261-270.
- Helderma, Jan-Kees. 2007. Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care. Ph.D. Dept. of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
- Helderma, Jan-Kees, Frederik T. Schut, Tom E.D. van der Grinten, and Wynand P.M.M. van de Ven. 2005. Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30 (1-2):189-210.
- Hibbard, Judith. 2008. What can we say about the impact of public reporting? Inconsistent execution yields variable results. *Annals of Internal Medicine* 148:160-161.
- Hoppe, Rob. 2007. 'Anorexia consulta'? *Beleid en Maatschappij* 34 (4):238-250.
- IGZ. 2004. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: IGZ.
- . 2005. De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend. Den

- Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- . 2007. Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Klazinga, N.S. 1996. Quality management of medical specialist care in the Netherlands. An explorative study of its nature and development. PhD, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Klazinga, Niek. 1994. Compliance with practice guidelines: clinical autonomy revisited. *Health Policy* 28 (1):51-66.
- Lange, Johan F. 2006. *Operatie 'gestructureerde opleidingsafdeling', Oratiereeks Erasmus MC*. Rotterdam: Erasmus Universitair Medisch Centrum.
- Light, Donald W. 2000. The medical profession and organizational change: From professional dominance to countervailing power. In *Handbook of medical sociology*, edited by C. E. Bird, P. Conrad and A. M. Fremont. London etc.: Prentice Hall.
- 'Markt mobieltjes is ondoorzichtig'. 2006. *NRC Handelsblad*, 24 november.
- Marshall, Martin N., Julia Hiscock, and Bonnie Sibbald. 2002. Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study. *British Medical Journal* 325 (3775):1278-1280.
- McCarthy, Douglas, and David Blumenthal. 2006. Stories from the sharp end: case studies in safety improvement. *The Milbank Quarterly* 84 (1):165-200.
- Mesman, Jessica. 2007. Disturbing observations as a basis for collaborative research. *Science as Culture* 16 (3):281-295.
- Molendijk, A., J. Legemaate, and I.P. Leistikow. 2008. Veilig melden moet in de wet. *Medisch Contact* 63 (6):228-230.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, NRV. 1986. Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Pollitt, Christopher. 2003. *The Essential Public Manager*. Maidenhead: Open University Press.
- Pomp, Marc. 2007. Marktwerking in de zorg. Vier voorwaarden voor succes. *Management & Organisatie* 61 (2):180-189.
- Porter, Michael E., and Elizabeth Olmsted Teisberg. 2004. Redefining competition in health care. *Harvard Business Review* 82 (3):65-76.
- Power, Michael. 1997. *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- RVZ. 2007. Adviseren aan de overheid van de toekomst. Den Haag: RVZ.
- . *Waar staat het beste ziekenhuis?* [Nieuwsbericht]. RVZ, 5 februari 2008 2007 [Available from http://www.rvz.net/cgi-bin/nieuws.pl?niew_srcID=228].
- Schut, Erik. 2007. Wordt de zorg een markt? Terugblik en vooruitblik na een jaar Zorgverzekeringswet. *Management & Organisatie* 61 (2):190-202.
- SG-Overleg. 2007. De verkokering voorbij. Naar een slankere en effectievere Rijksoverheid. Den Haag: SGO.
- Stoop, Arjen P., Kartsen Vrangbaek, and Marc Berg. 2005. Theory and practice of waiting time data as a performance indicator in health care. A case study from The Netherlands. *Health Policy* 73 (1):41-51.
- Strating, Mathilde, Teun Zuiderent-Jerak, Anna Nieboer, and Roland Bal. 2008. Evaluating the Care for Better collaborative. Results of the first year of evaluation. Rotterdam: Dept. of Health Policy and Management.
- Timmermans, Stefan, and Marc Berg. 2003. *The Gold Standard. The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Tonkens, Evelien. 2007. Hou fouten van dokters geheim! *De Volkskrant*, 4 April, 11.
- Trommel, Willem. 2006. NPM en de wedergeboorte van het professionele ideaal. *B & M. Tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij* 33 (3):137-147.
- VWS, Ministerie van. 2006. Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda. Den Haag.
- van Waarden, Frans. 2007. Paradoxen van publieke en private keuzen en kanalen. *Beleid en Maatschappij* 34 (1):23-32.
- Wagner, Cordula, D.H. de Bakker, and E.M. Sluijs. 1995. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Utrecht: Nivel.
- Weggelaar-Jansen, AnneMarie, Jeroen van Wijngaarden, and Roland Bal. 2007. Leren verbeteren – Verbeterd leren. Leren in een quality collaborative in Nederlandse ziekenhuizen. *M&O* 61(6):48-64.
- Witman, Yolande. 2008. *De medicus maatgevend: over leiderschap en habitus*. Assen: van Gorcum.
- WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2004. Bewijzen van goede dienstverlening. Den Haag: WRR.
- Zuiderent-Jerak, Teun. 2007. Preventing implementation: exploring interventions with standardization in healthcare. *Science as Culture* 16 (3):311-329.

*Deze publicatie betreft een oratie aan
de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 97-8907790-64-84

