

## REFERENTIES

Hoe kun je bureaucratisch en hiërarchisch leidinggeven verder afbouwen? Hoe kun je professionals zodanig faciliteren dat ze nog beter worden in de uitoefening van hun vak? Hoe kun je vakmensen een gevoel van eigenaarschap geven (en ze daarvan laten genieten)?

Watze Hepkema geeft de antwoorden: duidelijk en praktisch. Lezen dus, en er dan mee aan de gang!

*Prof. dr. ir. Mathieu Weggeman, Hoogleraar Organisatiekunde aan de Technische Universiteit Eindhoven*

De regie teruggeven aan de vakmensen vraagt echt om een fundamentele paradigmashift in gedrag en besturing. Watze Hepkema beschrijft die paradigmashift treffend, met veel praktische handvatten en in een vlotte schrijfstijl.

*Fieke van Deutekom, bestuurder Kalorama*

Ik gun het ook andere organisaties om aan de slag te gaan met de organisatieprincipes die Watze in dit boek op een aansprekende manier toelicht. Door deze principes zelf als management en staf toe te passen ontstaan er haast ongemerkt fundamentele veranderingen in de dynamiek van de organisatie. Het brengt wat we allemaal zo graag willen: zorgprofessionals die weer 'in the lead' zijn en het naar hun zin hebben.

*Henriëtte Bertels, bestuurder Cardia*

# INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	9
<b>Naar een besturingsvisie voor organisaties van vakmensen</b>	<b>13</b>
1. De publieke dienstverlening loopt vast in bureaucratie en hiërarchie	14
2. Organiseren op basis van eigenaarschap	28
<b>Open en gelijkwaardig samenwerken (gedrag)</b>	<b>43</b>
3. Persoonlijk leiderschap	45
4. Open en gelijkwaardige communicatie	57
5. Een open cultuur	64
<b>Onderling afstemmen (structuur)</b>	<b>75</b>
6. Spreiding van besluitvorming	77
7. Spreiding van leiderschap	85
8. Slagvaardige teams	96
<b>Ruimte geven (besturing)</b>	<b>105</b>
9. Bescheiden centrale sturing	107
10. Beperkte regelgeving	121
11. Investeren in vakmanschap en gedeelde waarden	132
12. Een routekaart	143
Epiloog	148
<b>Bijlagen</b>	
1) Intrinsieke motivatie	150
2) Werkwijze voor conflictoplossing	152
3) Kaders voor zelfstandige teams bij De Wever	154
4) Verdeling van leiderschapstaken	156
5) Samenvatting van de 9 sleutels	159
Literatuurlijst	162

# VOORWOORD

We weten al lang dat organisaties in de publieke dienstverlening zijn vastgelopen in hiërarchische en bureaucratische structuren. De vakmensen en hun cliënten zijn raderen in een machine geworden. Cliënten worden onvoldoende gehoord en krijgen te weinig maatwerk. Vakmensen raken gedemotiveerd en overbelast.

Het is nodig dat vakmensen weer aan het stuur komen, ook om de noodzakelijke veranderingen te realiseren. Ik citeer uit het verkiezingsmanifest van de beroepsvereniging voor verzorgenden en verpleegkundigen (V&VN, 2023):

” *Zorg is mensenwerk. Geef zorgverleners de leiding terug in de gezondheidszorg. Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten zijn aanjagers van de veranderingen die nodig zijn in de zorg. Laat managers een stap terug doen; zij hebben een ondersteunende rol.*

Dit boek gaat precies hierover. Ik laat zien hoe managers een stap terug kunnen doen en hoe de vakmensen in de zorg, in de hulpverlening, in het onderwijs, bij de politie, bij de rechtspraak, bij gemeenten en andere organisaties in de publieke dienstverlening het stuur weer in handen kunnen krijgen en zich weer eigenaar kunnen voelen van hun werk. Zodat zij samen met hun cliënten kunnen bepalen wat er nodig is.

Ik treed hiermee in de voetsporen van wat ook wel Rijnlands organiseren wordt genoemd en waar gesproken wordt over “sturen door de voorste linie” en “organisaties in handen van de vakmensen”. In die zin kan dit boek gezien worden als een praktische uitwerking van Rijnlands organiseren.

Al ruim 25 jaar werk ik als adviseur voor de zorg, de hulpverlening en het onderwijs. Met toenemend ongemak heb ik gezien hoe deze organisaties bureaucratischer en hiërarchischer werden. Ik was dan ook blij verrast, en een beetje ongelovig, toen ik in 2007 hoorde van de oprichting van Buurtzorg, een thuiszorgorganisatie die ging werken met zelfsturende teams. Ik had net het boek *Stoppen met leidinggeven* geschreven, maar zo ver als Buurtzorg ging, had ik niet kunnen bedenken. Een van de eerste organisaties die het voorbeeld van Buurtzorg volgden was Zorgaccent, een organisatie voor ouderenzorg in de omgeving van Almelo. Jos de Blok, oprichter van Buurtzorg, heeft hen daarbij geholpen. Ik begeleidde in die tijd toevallig het managementteam van Zorgaccent en viel dus met mijn neus in de boter. Ik keek mijn ogen uit. Ik zag hoe alles anders werd als je de mensen die dagelijks het werk doen het stuur weer in handen geeft en op een gelijkwaardige manier met elkaar omgaat.

Andere organisaties in de publieke dienstverlening volgden het voorbeeld van Buurtzorg. Het werken met zelfsturende teams leek wel een hype in het begin van de jaren 10 van deze eeuw. Maar vaak gaf het niet het plezier en de energie die ik bij Zorgaccent had gezien. Organisaties kwamen er geheel of gedeeltelijk weer op terug. Landelijk gezien is de trend van meer hiërarchie en bureaucratie in ieder geval niet omgebogen. Zo scoren zorgverleners laag op hun gevoel van zeggenschap en zijn ze tot 40% van hun tijd bezig met administratieve taken in plaats van zorg verlenen.

Wat maakt dat het werken met zelfsturende teams wel of niet goed uitpakt? Kun je ook ruimte en vertrouwen geven aan vakmensen zonder te werken met zelfsturende teams? Wat maakt dat de ene organisatie er wel in slaagt om de hiërarchie en bureaucratie terug te dringen en de andere niet? Wat zijn de succesfactoren waardoor de vakmensen echt weer aan het stuur kunnen komen?

In het eerste deel van dit boek, dat bestaat uit hoofdstuk 1 en 2, formuleer ik een besturingsvisie voor organisaties van vakmensen. Ik laat eerst zien hoe de vakmensen in organisaties voor publieke dienstverlening vanaf de jaren 80 onteigend zijn doordat de overheid, management en staf de sturing van het werk steeds meer zijn gaan overnemen. Vervolgens kom ik tot drie principes en negen sleutels, waarmee het stuur en het eigenaarschap teruggegeven kunnen worden aan de vakmensen. In de drie delen daarna werk ik elk principe concreet uit aan de hand van drie sleutels. Zo geef ik praktische handvatten om persoonlijk leiderschap bij medewerkers te stimuleren, gelijkwaardige gesprekken te voeren, een open cultuur te creëren, besluiten door de vakmensen te laten nemen, leiderschapstaken te spreiden, regels te verminderen en terughoudend te zijn met allerlei (jaar)plannen, projecten en beleidsinitiatieven.

Ik hoop dat dit boek leidinggevend en stafleden inspireert om anders te kijken naar waar ze wel en niet verantwoordelijk voor zijn, zodat ze niet te veel sturen, maar ook niet te veel aan de kant blijven staan. Het gaat erom dat management, staf en vakmensen op een gelijkwaardige manier samenwerken, ieder vanuit zijn eigen rol en expertise en zonder dat de een zich verantwoordelijk voelt voor het functioneren van de ander: organiseren op basis van eigenaarschap.

Er zijn veel mensen die ik wil bedanken voor hun aandeel in dit boek, te beginnen met het managementteam van Zorgaccent, dat destijds bestond uit Irma Harmelink, Ina Kerkdijk, Ellen de Meulemeester, Hans Semmekrot en Erik Vuurboom en dat al vele jaren een bron van inspiratie is als het gaat om vakmensen aan het stuur laten. Ruth Maas, bestuurder bij Zorgcentra de Betuwe, bedank ik voor alle gesprekken die ik met haar gevoerd heb over Rijnlands organiseren en over dit boek. Met name haar diepgevoelde overtuiging dat het werk van de vakmensen zelf is en niet van staf en bestuurders heeft mijn denken verdiept.

Ik bedank daarnaast alle bestuurders en managers in de zorg, de hulpverlening en het onderwijs met wie ik in de afgelopen tien jaar samen gezocht heb naar manieren

om het stuur en het eigenaarschap terug te geven aan de vakmensen. In elke organisatie waren er weer andere vraagstukken en met vallen en opstaan werden we samen wijzer.

Ook Greet Vos wil ik bedanken. Samen trainen wij al ruim 25 jaar leidinggevenden in het voeren van lastige gesprekken. Zij doet dat met veel sensitiviteit en humor in de rol van trainingsactrice. Samen hebben we onderzocht hoe je als leidinggevende kunt sturen zonder het eigenaarschap van de ander voor zijn werk over te nemen.

Dank verder aan degenen die feedback hebben gegeven op een eerste, achteraf gezien nog tamelijk onleesbare versie van dit boek: Joost Walraven, Gise Straatsma, Marike Schoneveld en mijn zoon Sven, die genadeloos maar constructief door het boek is gegaan, wat de leesbaarheid zeer ten goede is gekomen. Een volgende versie werd van waardevolle adviezen voorzien door Fieke van Deutekom, Henriëtte Bertels, Femke Brull, Pieter van den Born en mijn broer Sietze.

Heleen Post, Marco Wisse en Aline Poolen bedank ik voor de aanvullende interviews en gegevens.

Ook de zondagse fietsploeg, naast mijzelf bestaande uit Arne Mosch, Maurits Barendrecht en Sibout Nooteboom, mag niet ongenoemd blijven. De inspirerende gesprekken op mooie terrasjes over het leven van dokters, het effectief oplossen van maatschappelijke conflicten en complexity leadership theory zijn op onverwachte wijze dit boek binnen gesijpeld. Ook waardevol was hun feedback op het boek.

Mijn collega-partners bij Bosman & Vos, Paul Poortvliet en Ingrid Venekamp, bedank ik niet alleen voor het meedenken met dit boek, vanaf het allereerste concept tot en met de marketing, maar vooral ook voor hun geloof in deze expeditie. Zo heb ik zelf mogen ervaren hoe stimulerend het is als collega's vertrouwen in je hebben. Verrassend was voor mij de geweldige support van het team van uitgeverij Booklight met wie ik voor het eerst samenwerkte: waardevolle inhoudelijke en redactionele adviezen, creatief in de vormgeving en ondersteunend in het hele proces.

Ten slotte bedank ik Anja, mijn partner, voor het meedenken met het boek, de redactionele suggesties, het meeleven met het schrijfproces en voor het sparren over boektitels op de meest onmogelijke momenten.

DEEL

1

NAAR EEN BESTURINGSVISIE VOOR  
ORGANISATIES VAN VAKMENSEN

# 1 DE PUBLIEKE DIENSTVERLENING LOOPT VAST IN HIËRARCHIE EN BUREAUCRATIE

Sinds de jaren 80 van de vorige eeuw zijn de sturingsmogelijkheden van vakmensen in de publieke dienstverlening en hun gevoel van eigenaarschap afgenomen. Het web van hiërarchie en bureaucratie is complex geworden, met allerlei negatieve effecten tot gevolg. Alleen wanneer we inzien hoe deze situatie zo gegroeid is, kunnen we de weg terug vinden – en dat is hard nodig. Bovendien helpt dit inzicht ons om in de toekomst niet weer in dezelfde valkuilen te stappen.

Ik neem als voorbeeld de wijkverpleging, maar dezelfde ontwikkelingen hebben zich ook voorgedaan in andere sectoren van de zorg, in de hulpverlening, in het onderwijs, in de rechtspraak en bij de politie. De overheid is vanaf de jaren 80 namelijk in de hele publieke dienstverlening gaan sturen op een doelmatige inzet van publieke gelden, wat geleid heeft tot een grotere externe sturing en controle.

Om meer te weten te komen van de wijkverpleging door de jaren heen heb ik Heleen Post geïnterviewd. Zij is in 1983 als wijkverpleegkundige in dienst getreden van kruisvereniging Sliedrecht en later directeur in de ouderenzorg geworden. Ik zal haar af en toe citeren.

Toen Heleen Post in 1983 in dienst kwam van de kruisvereniging Sliedrecht, bestond de organisatie uit zes wijkverpleegkundigen, twee ziekenverzorgenden, een hoofdwijkverpleegkundige en een bestuur van vrijwilligers. Wat die hoofdwijkverpleegkundige precies deed, was Heleen niet helemaal duidelijk. Het team deed direct zaken met het bestuur. Heleen:

” Als we zagen dat de telefoontoestellen aan vervanging toe waren, dan vroeg een van de teamleden die dat jaar het contact met het bestuur onderhield of ze nieuwe mochten aanschaffen. En dat was dan altijd wel goed. We keken met elkaar naar wat nodig was in de wijk, welke cliënt prioriteit had, welke cliënt kon wachten of met wat minder zorg toekon. We bewaakten de kwaliteit met elkaar. Als je iets niet goed deed, dan kreeg je dat beslist te horen. Ik heb ook weleens feedback gehad in die tijd. Niet erg leuk, maar wel goed.

Het stuur was in 1983 dus in handen van de wijkverpleegkundigen. Zij werkten in een zelfsturend team en kregen veel ruimte en vertrouwen om te doen wat in hun deskundig oog noodzakelijk was.

Vijfentwintig jaar later was de wijkverpleging onderdeel van grote organisaties met vaak duizenden medewerkers en piepte en kraakte het aan alle kanten. Hoe was dat zo gekomen?

## 1.1 De ontwikkeling van de wijkverpleging naar zelfstandig werkende vakmensen

In 1875 werd de eerste kruisvereniging opgericht door de geneeskundig inspecteur van Noord-Holland, Jacobus Penn, met als doelen de preventie van ziekten, verbetering van de algemene hygiëne en gezondheidsvoorlichting. Naast preventie en voorlichting kwamen er gaandeweg steeds meer andere taken bij. De huisarts en de wijkverpleegkundige gaven samen alle zorg in het dorp die nodig was, van consultatiebureau en vaccinaties tot verpleging thuis.

Vanaf 1960 werden de opleidingen vernieuwd en kwamen er mogelijkheden voor differentiatie en specialisatie. Hierdoor groeide de wijkverpleegkundige, die voorheen nog "tamelijk dociel en charitatief opereerde" in de jaren 80 uit tot "een functionaris die uitvoerend en managend het eigen werk verrichtte en handelde naar eigen verantwoordelijkheid" (Huige, 2011, p. 212). "Opvallend was dat veel beroepskrachten zich dikwijls niet afvroegen wat het instellingsbeleid in feite was, maar eenvoudig deden wat ze nodig vonden. Vaak konden nieuwe activiteiten vanuit deze eigenzinnige houding vaste voet aan de grond krijgen en was het beleid hierin volgend" (Huige, 2011, p. 323). Een prachtige omschrijving van eigenaarschap voelen en nemen, oftewel van sturing door de vakmensen. Dat zou echter snel minder worden.

## 1.2 De opkomst van New Public Management

Begin jaren 80 was de verzorgingsstaat onbetaalbaar geworden. De werkloosheid was in 1983 opgelopen tot 11%, waardoor de sociale uitgaven toenamen en de belastinginkomsten tegelijk terugliepen.

Onder de kabinetten-Lubbers (1982 tot 1994) werd de verzorgingsstaat ingrijpend veranderd. In navolging van Thatcher en Reagan werd gekozen voor een kleine overheid, de zelf verantwoordelijke burger en de zuiverende werking van de markt. Onder de noemer van New Public Management (NPM) werd er gestreefd naar een grotere doelmatigheid van de publieke dienstverlening. Van Dalen (2012) beschrijft het als volgt:

” Het Angelsaksisch georiënteerde NPM staat een duidelijke scheiding van beleid en uitvoering voor en wil het menselijk handelen controleren op basis van meetbare doelen om misbruik van publieke middelen te voorkomen. (...) Onder invloed van NPM heeft het bedrijfsmatig denken zich sterk ontwikkeld binnen zorgorganisaties. Deze organisaties moesten als 'normale' bedrijven opereren en presteren met heldere strategieën, 'planning & control', prestatiemeting, klantgerichtheid en aandacht voor outputsturing, meetsystemen en administratieve processen. (Van Dalen, 2012, p. 21)

In de volgende paragrafen zullen we zien wat dit betekende voor de organisatie van de wijkverpleging.



### 1.3 Organisaties werden groter en complexer

Onder druk van de overheid werden organisaties groter. In deze grotere organisaties ontstonden gespecialiseerde functies en afdelingen, breidden stafdiensten zich uit en ontstonden er diverse managementlagen. Dat alles ging ten koste van het eigenaarschap van de vakmensen.

#### Organisaties werden groter

De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen drong in de jaren 80 aan op schaalvergroting van de erkende kruisorganisaties om de risico's op budgetoverschrijding en -onderschrijding beter in de hand te kunnen houden. Gedacht werd aan in totaal 60 erkende kruisorganisaties in Nederland. Andere motieven om de kruisorganisaties te herstructureren waren een gebrek aan goed management, onvoldoende ondersteuning van het uitvoerende werk, onvoldoende efficiëntie en een gebrek aan een redelijke mate van gelijkvormigheid van het kruiswerk in het hele land (F.A. Vorst van de Geneeskundige Hoofinspectie, 1986, geciteerd in Huige, 2011).

Er werd in hoog tempo gefuseerd. Bestonden er in 1980 nog 1400 kruisverenigingen, in 1990 was dat aantal tot 100 teruggebracht. Vervolgens werden het kruiswerk en de gezinsverzorging in de jaren 90 door de overheid gedwongen om samen te gaan in nieuwe, grote thuiszorgorganisaties van circa 1500 fte. Men verwachtte hierdoor 250 miljoen gulden te kunnen besparen. Ten slotte volgden vrijwillige fusies tussen thuiszorgorganisaties en organisaties voor intramurale ouderenzorg. Deze hoopten daarmee een betere positie op de markt te verwerven. In de jaren 90 was er door de overheid immers meer marktwerking geïntroduceerd in de zorg.

Waar een wijkverpleegkundige in het begin van de jaren 80 nog in dienst was van een kleine kruisvereniging met 12 personeelsleden, kon zij zich 25 jaar later bevinden in een organisatie van duizenden tot soms zelfs 20.000 medewerkers.

#### Ver doorgevoerde taakverdeling: specialistische functies en afdelingen

Grote organisaties worden vaak complexer doordat er ruimte komt voor specialistische functies en afdelingen. Dat lijkt in eerste instantie vaak efficiënt. Specialistische functies betekent dat je dure medewerkers de moeilijke taken kunt laten doen en goedkope medewerkers de makkelijke taken. Bovendien betekent specialisatie dat de medewerkers vaardiger worden in die specifieke taak. Maar de coördinatie wordt daar complexer van en dat levert vaak niet goed meetbare, maar wel belangrijke nadelen op.

Zo kwam de ziekenverzorgende langs om de cliënt te helpen met douchen. Even later belde de dure verpleegkundige aan om een complexe wond te verzorgen. Ten slotte kwam de goedkoopste medewerker, de helpende, om het ontbijt klaar te zetten. Als je pech had, gebeurde dit in de omgekeerde volgorde. Er ontstonden grote teams met functies van verschillende niveaus die allemaal bij dezelfde klanten kwamen. Het afstemmen gebeurde op papier. Alles wat iemand gedaan had en alle bijzonderheden werden in het dossier opgeschreven, wat de volgende dan weer moest

lezen. Dat laatste ging weleens mis, want als iemand een paar dagen niet bij deze cliënt geweest was, dan was het wel veel leeswerk.

Het aantal verschillende zorgverleners aan huis kon op deze manier flink oplopen. Dinja Enderink heeft MS en is sinds 2001 vier keer per dag op thuiszorg aangewezen. Ze zegt:

” De meeste medewerkers (...) deden hun werk met passie, maar ik werd gek van al die verschillende mensen, die ik zeven dagen per week over de vloer kreeg. Samen met de mensen die ik via mijn persoonsgebonden budget inhuurde, waren dat er minstens 4 per dag en wel 30 verschillende per week, onder wie soms 20 van de thuiszorg. (De Blok & Pool, 2010, p. 17)

Er kwamen niet alleen meer specialistische functies, maar ook meer specialistische afdelingen. Zo werd de planning gecentraliseerd, waardoor de flexibiliteit minder werd. Heleen Post zegt hierover:

” Doordat we probeerden te voldoen aan de wenstijden van de cliënt en de planning centraal gedaan werd, werd het plannen wel ingewikkelder. Vroeger bespraken we zelf even met de cliënt dat 's middags om drie uur beter uitkwam en daar kwamen we dan altijd wel uit. Maar als je de wenstijden strak handhaaft, dan heb je spitsuren en leegloopuren en krijg je bovendien meer verschillende medewerkers bij een cliënt. En de zorg werd ook ingewikkelder door strakke indicaties van het Centrum voor Indicatiestelling Zorg, zoals de indicatie dat er viermaal per dag water klaargezet moest worden. Er ontstond een overdaad aan hulp en een complex plannings-systeem.

Waar de wijkverpleegkundige ooit alles zelf deed, kwamen er nu aparte afdelingen voor financiën, hr, opleidingen, facilitaire zaken, inkoop, vastgoed, ICT, kwaliteit en communicatie. Op zich heel prettig al die ondersteuning, maar het werd er ook wel ingewikkelder van om iets te regelen. Bovendien begonnen deze afdelingen beleidsregels te ontwikkelen waar de vakmensen zich aan moesten houden.

### Meer management en staf

Om het werk in zo'n grote organisatie met zo veel verschillende afdelingen te coördineren was er veel management nodig en kwamen er verschillende managementlagen. Managers en stafmedewerkers, veelal uit het bedrijfsleven, deden hun intrede. Ik weet er alles van, want ik was een van hen. In 1996 werd ik interim-manager hr bij Thuiszorg Den Haag. Ik had alleen ervaring in het bedrijfsleven en niet in de zorg, maar dat werd eerder als een voordeel dan als een nadeel gezien.

Er ontstond een onderscheid tussen denken en doen, waarbij het eerste een stuk beter betaalde dan het tweede. Management en staf dachten na, kwamen met jaarplannen en beleid en de zorgverleners moesten vooral 'productie draaien.'

Door de ver doorgevoerde taakverdeling en de verschillende managementlagen werd het voor iedereen in de organisatie lastiger om zaken voor elkaar te krijgen en om zich nog ergens eigenaar van te voelen.

Wijkverpleegkundige Marja Feenstra vertelt hierover:

” De planning werd op een andere plek bedacht door iemand die de patiënten niet kende. Dat liep zo vaak fout, dat ik het op een gegeven moment niet meer kon opbrengen om aan cliënten uit te leggen waarom er niemand kon komen of op een ander tijdstip dan was afgesproken. In de 7 jaar had ik 14 managers gehad en dat was ik ook zat. De organisatie was te groot en te ongrijpbaar geworden en niemand voelde zich verantwoordelijk voor de zorg. Elke dag waren er klachten en was er gezeur onder collega's. (De Blok, 2010, p. 20-21)

#### 1.4 Het zorgstelsel werd complexer

De slagkracht en het gevoel van eigenaarschap van de wijkverpleegkundige werden ook beperkt door de organisatie van het zorgstelsel. Ook het zorgstelsel in zijn geheel werd groter en complexer.

Het primaire proces (de zorg) werd opgeknipt in verschillende functies, zoals een Centrum voor Indicatiestelling Zorg, de GGD, de jeugdzorg en de ouderenzorg, waar dat vroeger allemaal in het pakket van de wijkverpleegkundige zat. De verschillende 'knippen in de zorgverlening' leidden tot lastige afstemmingsproblemen, bijvoorbeeld op financieel gebied.

Ik geef een voorbeeld van mijn collega Ingrid Venekamp en haar partner, die MS heeft. Haar partner hoopte na een ziekenhuisopname weer naar huis te kunnen, maar dat bleek helaas niet meer mogelijk te zijn, wat problemen gaf voor de aangevraagde rolstoel:

” Wij hadden alle hulpmiddelen altijd zelf aangeschaft en geregeld, maar op advies van een ergotherapeut vroegen we via de gemeente een nieuwe aangepaste rolstoel. We gingen er toen nog van uit dat mijn lief naar huis zou kunnen en dan wordt een rolstoel vergoed door de gemeente. Toen de rolstoel echter na vier maanden levertijd eindelijk gearriveerd was, moest hij weer terug ... Omdat mijn lief niet naar huis kon, maar naar het verpleeghuis moest, viel de bekostiging van de rolstoel niet meer onder de gemeente, maar onder het ministerie van VWS en het ministerie had geen contract met de leverancier van onze rolstoel. Er wordt nu een nieuwe rolstoel op maat gemaakt. Het effect is dat mijn lief nog eens vier maanden moet wachten tot hij zijn handbike kan bestellen (want die moet passen op de nieuwe rolstoel). Dus hij is maanden langer voor zijn mobiliteit afhankelijk van anderen. En er staat dadelijk een rolstoel te verstoffen, want die is op maat gemaakt.

Zoals in organisaties managementlagen ontstonden, zo werd in het zorgstelsel de controle door de verschillende bestuurslagen groter: raden van toezicht, overheidsinstanties en politiek. En ook de invloed van 'stafdiensten' werd groter. Denk aan de verzekeraars op het gebied van financiën en de inspectie op het gebied van kwaliteit.

De inrichting van het zorgstelsel heeft een grote invloed op de uitvoering van de zorg en het gevoel van eigenaarschap van de zorgverleners. Ik ga hier echter niet verder op in, want ik richt me in dit boek op wat organisaties zelf kunnen doen aan het vergroten van het sturend vermogen van de vakmensen.

## 1.5 Meer sturing en controle

De controle op het functioneren van organisaties nam toe. Er kwamen regels voor de financiële verantwoording, voor de borging van kwaliteit en veiligheid en ten behoeve van een uniforme dienstverlening. Ook werd er meer gestuurd op cijfers. Hierdoor namen de administratieve lasten sterk toe.

### Financiële verantwoording

Waar de kruisverenigingen aanvankelijk gefinancierd werden met particuliere donaties en lidmaatschapsgelden, werd subsidiëring door de overheid steeds belangrijker. Eind jaren 40 vormden de ledencontributies nog ongeveer de helft van de inkomsten, terwijl dat aandeel in 1980 tot 20% was geslonken (Huige, 2011).

Elk jaar moesten de nationaal georganiseerde kruisverenigingen bedelen om voldoende subsidie van de overheid voor het uitdijende zorgvolume. Het werd dan ook als een overwinning gezien toen de financiering van het kruiswerk per 1 januari 1980 onder de AWBZ werd gebracht en er een gereguleerde financieringsstroom kwam. Maar hier hing wel een prijskaartje aan. De controle nam toe en daarmee de administratieve lasten. Zo moest de bestemming van beschikbare gelden veel concreter worden weergegeven dan voorheen gebruikelijk was. Van een globale registratie van werkzaamheden van de wijkverpleegkundige ging het naar een verantwoording van eerst uren en kwartieren tot uiteindelijk minuten (Huige, 2011). Op basis van een analyse van deze gegevens kon een berekening gemaakt worden van het aantal minuten dat een bepaalde zorgtaak vroeg en werd de basis gelegd voor de zogenoemde stopwatchzorg: een berekening van het aantal minuten per 'product'. Dat ging heel ver. Wijkverpleegkundige Jolanda Willems uit Stadskanaal had er schoon genoeg van:

” De hele dag werd je opgejaagd door het elektronische tijdregistratiesysteem dat je bij je moest dragen. Soms moest ik op één avond bij 19 mensen langs. Dan kun je echt niet meer doen dan binnenracen, een pleister plakken of een spuit geven en weer wegstuiven. (De Blok & Pool, 2010, p. 20)

## Kwaliteit en veiligheid

De overheid voelde zich niet alleen verantwoordelijk voor de doelmatigheid van de publieke dienstverlening, maar ook voor de kwaliteit en de veiligheid. Er kwamen voorschriften om de kwaliteit en de veiligheid van de zorg te waarborgen, die door de inspectie werden bewaakt. Vooral op veiligheid werd zwaar ingezet. Elk incident dat in de pers kwam, leidde tot politieke druk om maatregelen te nemen die ervoor zouden moeten zorgen dat er nooit meer zo iets zou kunnen gebeuren. Heleen Post licht toe:

” Als een cliënt in zorg kwam wegens een gebroken heup moest je bijvoorbeeld ook checken of er geen sprake was diabetes, decubitus en slechte mondzorg. En we moesten voortaan ook opschrijven dat we met de cliënt besproken hadden dat dat douchematje een risico was.

Toen er in de jaren 90 meer marktwerking kwam, werden de kwaliteits- en certificeringseisen door de branche zelf opgeschroefd om zich daarmee te kunnen onderscheiden van nieuwkomers op de markt. Organisaties lieten zich door een certificerende instantie toetsen middels audits.

## Uniformiteit

Voor cliëntenorganisaties was uniformiteit van de dienstverlening belangrijk. Zo moest er onder druk van cliëntenorganisaties bijvoorbeeld een objectieve indicatiestelling komen. Tot in de jaren 90 bepaalden organisaties zelf wie in aanmerking kwam voor welke hulp. Het risico was echter dat de cliënt niet kreeg wat hij nodig had, maar wat de aanbieder in huis had. Bovendien zou het dan zo kunnen zijn dat een cliënt in Groningen een ander aanbod kreeg dan een cliënt met hetzelfde probleem in Den Haag. In plaats daarvan diende de zorgbehoefte objectief en uniform voor heel Nederland vastgesteld te worden. De zorg werd voortaan geformuleerd in 'producten': duidelijk omschreven handelingen die iemand volgens een onafhankelijk gestelde indicatie op bepaalde momenten van de dag nodig heeft. Voor elk product, zoals het aantrekken van steunkousen, stond een bepaalde tijd en een bepaald uurtarief. Er werden tachtig regionale indicatieorganen opgericht die beoordeelden op welke zorg een cliënt recht had.

Vervolgens bleken ook deze regionale indicatieorganen niet objectief te indiceren: "Zo bleek de indicatiesteller een belangrijker voorspeller te zijn voor de uitkomst van de indicatie dan de zorgvrager en diens zorgvraag" (Peeters & Francke, 2007, p. 23). De indicatie moest gecentraliseerd worden en in 2004 werd dan ook het Centrum voor Indiciestelling Zorg opgericht, een organisatie met in 2023 zo'n duizend medewerkers.

De wijkverpleegkundige kon niet meer zelf bepalen wat nodig was en inspelen op veranderingen in de zorgvraag of in de situatie van de cliënt. Ze hoefde niet meer zelf na te denken, alleen nog te doen wat anderen voor haar bedacht hadden. Het indicatieproces werd bovendien complexer en het duurde langer voordat een cliënt

geholpen kon worden. Met name in de wijkverpleging werd dat een probleem, omdat daar vaak snel zorg nodig is. In 2015 werd dit dan ook teruggedraaid. Sinds die tijd stelt de wijkverpleegkundige weer zelf de indicatie.

### Meer sturen op cijfermatige resultaten

Om te bepalen of organisaties goed functioneerden, werd gezocht naar meetbare indicatoren, zoals productie, klanttevredenheid, medewerkerstevredenheid, ziekteverzuim, omvang van de wachtlijsten, aantal klachten, aantal incidentmeldingen, het aantal doorligwonden en het aantal doorverwijzingen.

Op zich zijn dit zinvolle indicatoren om een deel van het functioneren van organisaties te monitoren. Maar de essentie van het werk in de zorg, het onderwijs of bij de politie is niet meetbaar. Hoe kun je meten dat een psychiater iemand goed behandelt of een onderwijzer goed onderwijs geeft? Door een te grote fixatie op cijfers raakt de essentie van het werk uit beeld. Daarnaast nemen de administratieve lasten toe wanneer alles gemeten moet worden.

### Controle door de organisatie zelf

Controle kwam van buiten de organisatie én van binnenuit. Stafafdelingen op het gebied van kwaliteit, hr, financiën, facilitaire zaken, ICT, huisvesting en communicatie deden er zelf vaak nog wel een schep bovenop. Er werd bijvoorbeeld beleid ontwikkeld op het gebied van functioneringsgesprekken en vervolgens werd gecontroleerd hoeveel functioneringsgesprekken er gevoerd waren. Van aanbevelingen van de accountant werden verplichtingen voor de organisatie gemaakt. Globale wettelijke richtlijnen, bijvoorbeeld op het gebied van roken, werden door organisaties zelf in detail uitgewerkt. En organisaties bedachten allerlei regels, zoals het hitteprotocol in het verpleeghuis in het verhaal van mijn collega Ingrid.

” In week 2 belde mijn lief me op en zijn frustratie kwam echt door de telefoon. Het was een warme week, geen hittegolf maar gewoon lekker warm. Hij zou niet worden gedoucht want het hitteprotocol was in werking getreden (*mind you*, het werd die ochtend niet warmer dan 23 graden). Hij is redelijk uit zijn dak gegaan naar de verzorgenden. Een bewoner bleek een paar weken eerder onwel te zijn geworden tijdens het douchen, schijnbaar vanwege de warmte. Toen is er een protocol geschreven dat voor alle bewoners en alle medewerkers moest gelden. Gelukkig waren er in dit geval drie verzorgenden die kort samen overlegden, aan mijn lief vroegen of hij last had van de warmte en toen besloten dat hij wel gedoucht werd.

Ook de jaarplannen resulteerden in allerlei activiteiten en doelen die gerealiseerd en gecontroleerd moesten worden.

### Meer administratieve lasten

Het voldoen aan alle regels, het invullen van afvinklijstjes, het meetbaar maken van het werk, het leidde tot veel administratieve werkzaamheden. Al in 1980 werd er geklaagd over de administratieve lastendruk:

” Met ontzetting hebben wij kennisgenomen van het zoveelste pakket papier dat de onbetaalde bestuursleden van een plaatselijke vereniging gedwongen zijn door te nemen en, erger nog, in te vullen. De zin van deze papierlawines ontgaat ons als plaatselijk bestuur geheel (...) en de animo voor vrijwilligers om dit werk te blijven doen wordt hierdoor ernstig bedreigd. (brief van de Vereniging Het Groene Kruis in Limburg, uit Huige, 2011, p. 123-124)

Deze klacht heeft niet geholpen. De beleids- en administratieve functies werden uitgebreid tot 23,1% bij de gemiddelde kruisorganisatie in 1985 (Huige, 2011, p. 121).

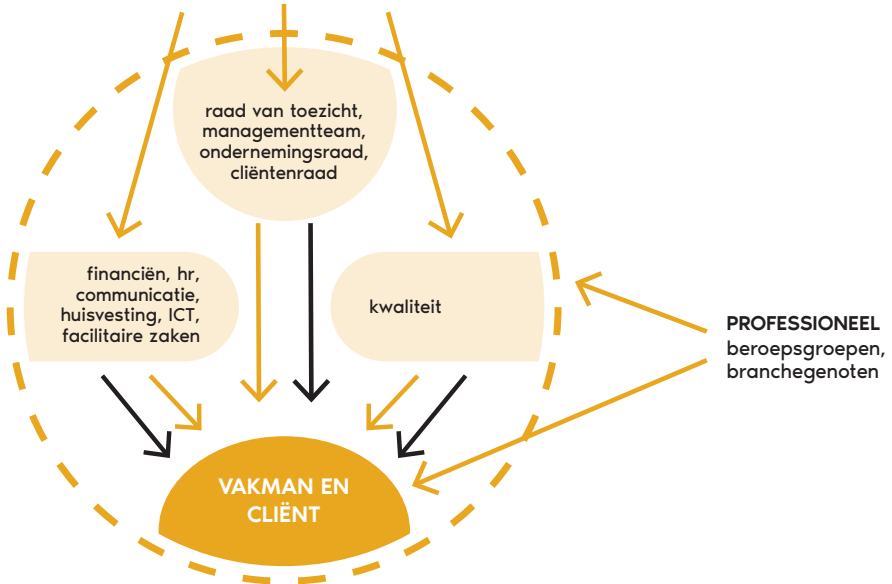
Het is er intussen niet beter op geworden. Waar de administratieve lasten destijds tot ontzetting leidden bij het onbetaalde bestuurslid van de Vereniging Het Groene Kruis in Limburg, accepteren we nu met een zekere gelatenheid dat zorgmedewerkers tot 40% van hun tijd kwijt zijn aan administratie, terwijl er tal van administratieve medewerkers in de zorgorganisaties werkzaam zijn. Daarvan wordt overigens 70% veroorzaakt door organisaties zelf, zoals bleek uit een onderzoek van Q-Consult (2019) bij drie ziekenhuizen.

In figuur 1.1 laat ik zien wie allemaal het werk van vakmensen sturen en controleren met de daarbij behorende administratieve lasten. De blauwe lijnen staan voor de eisen die externe partijen aan de organisatie stellen. Deze worden vaak door het management en de staf doorgegeven aan de rest van de organisatie. Alleen professionele richtlijnen vinden soms rechtstreeks hun weg naar de vakmensen. De zwarte lijnen staan voor de eisen en verplichtingen die de organisatie daar zelf nog aan toevoegt.

**Maatschappelijk:** omwonenden, cliëntenorganisaties, werknemers- en werkgeversorganisaties, ketenpartners, media

**Publiek:** overheden, ACM, NZa, Inspectie

**Privaat:** burger/cliënt, verzekeraars, leveranciers, financiers



*Figuur 1.1 Externe en interne sturing en controle in zorgorganisaties*

## 1.6 Afhankelijkheidspatronen

Toen de eerste betaalde directeuren in de jaren 80 hun intrede deden in de wijkverpleging, veranderde er ook iets in het gedrag. De directeuren namen de regie over en de wijkverpleegkundigen wachtten af wat de directeur wilde. Dit is het klassieke top-downinteractiepatroon tussen leiding en medewerkers dat doorgaans van beide kanten wordt ingezet en in stand gehouden.

Dit patroon werd wellicht nog versterkt als de directeur een man was en de wijkverpleegkundigen vrouwen waren, wat vaak zo was. Vrouwen waren immers nog maar dertig jaar daarvoor wettelijk vrij gemaakt. Zo mochten getrouwde vrouwen tot 14 juni 1956 niet werken en geen bankrekening openen en niet zonder toestemming van hun man op reis. Vrouwen moesten volgen en mannen moesten de leiding nemen en dat eeuwenoude patroon schud je niet zomaar af.

En er kwam niet één directeur, maar er ontstonden meerdere managementlagen met de directeur op afstand in een mooie grote kamer en met een eigen parkeerplaats. Ook dat doet iets met de directeur en met de wijkverpleegkundigen. Daar-



naast kwamen er ook nog eens afgestudeerde managers in pak leidinggeven aan de stafdiensten.

Waar de wijkverpleegkundige begin jaren 80 nog "uitvoerend en managend het eigen werk verrichtte en handelde naar eigen verantwoordelijkheid" (Huige, 2011, p. 212), werd zij vijftien jaar later gemotiveerd, ontwikkeld, gecoacht en in haar kracht gezet door een leidinggevende. Nog weer later klaagde zij over te weinig tijd en aandacht van haar leidinggevende.

### 1.7 Een voorbeeld van onteigening

Ik weet uit eigen ervaring, als interim-manager hr bij Thuiszorg Den Haag, hoe de komst van managers en staf ertoe geleid heeft dat vakmensen de verantwoordelijkheid voor hun werk afgenomen werd.

Ik neem als voorbeeld een heisessie van twee dagen met ons managementteam onder begeleiding van een Belgische professor. Hij leerde ons het cascadedenken. Dat kwam erop neer dat je de organisatiedoelen vertaalde naar afdelingsdoelen en dan weer naar individuele doelen. We zagen het cascademodel voor ons. Het water stroomde vanuit de bron als een mooi watervalletje van plateau naar plateau naar beneden. De bron, dat waren wij natuurlijk, het mt. Daar vonden we toen niets vreemds aan. We vroegen ons niet af waar onze eigen bron van kennis en wijsheid zich bevond. We werden natuurlijk niet voor niets flink beter betaald dan de medewerkers, dus we zouden vast ook wel meer weten of wijzer zijn. Volgens Michael Mechanic, auteur van het boek Jackpot, blijkt uit studies "dat hoe rijker mensen zijn, hoe meer ze ervan overtuigd zijn dat ze dat te danken hebben aan hun eigen talent" (Kooyman, 2021). Voor ons was dat zeker het geval. We waren twee dagen met zijn tienden, de meesten met weinig verstand van de zorg, bezig om uit een veelheid van wensen een beperkte set cruciale doelen te selecteren voor de komende twee jaar en deze SMART te formuleren. Mooi ingedeeld in de verschillende vakken van het zogenoemde INK-managementmodel verschenen al die doelen in een reusachtig schema op A3-formaat. Het was allemaal heel logisch en klopte helemaal. We hadden nu een mooi instrument om al onze goede ideeën te implementeren, dat wil zeggen door anderen te laten uitvoeren.

We kregen zo de smaak te pakken, dat we dat niet alleen met resultaten gingen doen, maar ook met gedrag. We legden niet alleen scherp vast wat medewerkers moesten doen, maar ook hoe ze zich moesten gedragen. We gingen competenties formuleren volgens het STAR-model: bij welke Situatie en Taak hoort welke Actie (het gewenste gedrag) met welk Resultaat?

Het 'uitrollen' hiervan bleek echter toch niet zo makkelijk. Wij zagen de cascade, die de Belgische professor getekend had, wel voor ons als een mooi watervalletje dat van boven naar beneden stroomde, maar in de werkelijkheid was er onderweg een enorme kuil. Dat was het middenkader, waar de waterval strandde en veranderde in een stuwmeer. Het middenkader kreeg het water niet weggepompt, want bij de medewerkers aangekomen liep de weg plots weer omhoog. Die konden niks met al die plannen en hadden het al druk genoeg met hun eigenlijke werk.

Daarna werd het alleen maar erger. We meenden dat het middenkader niet goed functioneerde en dat ze te veel met de waan van de dag bezig waren, dus er werd een kostbaar management-development-programma voor hen ontwikkeld. Daarnaast meenden we dat we medewerkers meer moesten gaan betrekken bij het maken van de plannen. Dus we zogen ook hen de papieren wereld in. In plaats van dat management en staf meedachten en meehielpen met het werk van de medewerkers, werd de medewerkers gevraagd om zich naast hun eigenlijke werk te verdiepen in de gedachtespinstels van het management.

En als de medewerkers dan nog steeds niet enthousiast waren over alle geformuleerde doelen en plannen, dan werden er workshops en trainingen georganiseerd en moesten we niet alleen controleren of protocollen werden nageleefd, doelen werden gerealiseerd en het gewenste gedrag werd vertoond, maar ook of de opleidingen gevolgd werden. We draaiden ons vast in de systeemwereld. Gelukkig probeerden de professionals hun werk in de leefwereld nog gewoon te doen, ondanks de verstoringen door management en staf.

### 1.8 Hoe staat het er nu voor?

Er zijn inmiddels vele initiatieven geweest om de gegroeide bureaucratie en hiërarchie te doorbreken, zoals het werken met zelfsturende teams en programma's van het ministerie van VWS om de regeldruk te verminderen. Vooralsnog met weinig succes.

Bureaucratie uit zich bijvoorbeeld in de administratieve lasten voor vakmensen. Hanekamp et al. (2020) constateren dat de ervaren administratieve tijdsbesteding van werknemers in de ouderenzorg tussen 2017 en 2019 is gestegen van 20% naar 35%. Anderen zeggen dat registraties tot wel 40% van de tijd van zorgverleners in beslag nemen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2019, p. 31; Q-Consult, 2019). In 2018 is door VWS het project '(Ont)Regel de zorg' gestart. Maar ondanks veelbelovende initiatieven ziet minister Helder nog onvoldoende voortgang (Helder, 2023). Administratieve lasten gaan niet alleen ten koste van tijd voor het eigenlijke werk, maar leiden ook tot meer lichamelijke en emotionele uitputting, hoger werkgereleerd verzuim, minder werktevredenheid en meer uitstroom en hebben daarmee grote impact op het probleem van de krapte op de arbeidsmarkt (Brocken et al., 2022, p. 19; Vilans, 2020).

Dat er te veel hiërarchie is, blijkt uit onderzoek naar de zeggenschap in de zorg. In een peiling onder 2653 zorgprofessionals geven zij hun zeggenschap in hun werk het rapportcijfer 6, hun zeggenschap bij het bepalen van werkwijzen in het team een 6,2 en hun zeggenschap op organisatieniveau een 5 (Actieplan Zeggenschap, 2022). "Dit leidt tot een reeks aan negatieve effecten bij deze zorgprofessionals, waaronder gevoelens van onderwaardering, verlies van motivatie en veerkracht" (Actieplan Zeggenschap, 2023, p. 4).

## 1.9 Vergelijkbare ontwikkelingen in het onderwijs

Een vergelijkbaar proces heeft plaatsgevonden in andere organisaties voor publieke dienstverlening. Zo was ook in het onderwijs de begroting in de jaren 80 onbeheersbaar geworden.

Klaas van Veen, hoogleraar onderwijskunde, zegt in *NRC*:

” Ondanks alle retoriek over onderwijskwaliteit leidde [het Schevenings Akkoord van 1993] tot een onderwijsbeleid gericht op financiële beheersing. Het resultaat was het zo efficiënt mogelijk organiseren van het werk van leraren, waarbij leraren de grootste kostenpost op de begroting werden. Binnen dat kader is het bijna onvermijdelijk dat klassen groter werden en dat leraren veel lessuren gingen draaien. Onderwijs werd hierdoor gereduceerd tot het geven van veel lessen aan grote groepen leerlingen, die aan uniforme eindtermen moesten voldoen. (Van Veen, 2023)

Hij stelt dat de individuele vraag van de leerling weer het uitgangspunt moet worden:

” Goed onderwijs is niet het geven van lessen, maar het begeleiden en monitoren van het leerproces van elk kind, waarvoor een les een middel kan zijn. Het gaat om het relevant maken van de inhoud van een vak voor elk kind. Doordat het leren van elk kind gezien wordt, kunnen onderwijsniveau en kanselijkheid verhoogd worden. Zo lesgeven is iets anders dan grote groepen kinderen trainen in basisvaardigheden en in het maken van toetsen. Dat maakt het beroep meteen ook veel aantrekkelijker. (Van Veen, 2023)

## 1.10 Samenvatting en conclusies

Aan het begin van de jaren 80 werkten de wijkverpleegkundigen nog zeer zelfstandig in kleine teams. Vanaf dat moment is de overheid gaan sturen op een doelmatige besteding van middelen volgens de filosofie van New Public Management, waarbij het bedrijfsleven als voorbeeld werd genomen. Er is aangedrongen op schaalvergroting en het samengaan van organisaties. Organisaties zijn complex geworden met veel gespecialiseerde (staf) afdelingen en managementlagen, met als gevolg dat het lastig werd om zaken gedaan te krijgen en eigenaarschap te nemen. Ook het zorgstelsel werd complexer, maar dat valt buiten de scope van dit boek. Er werd meer gestuurd op output en regels, zowel door externe instanties als door management en staf van de eigen organisatie. Er kwam daardoor meer aandacht voor allerlei systeemeisen dan voor wat de individuele cliënt nodig had en de administratieve lasten namen toe.

*Met de komst van staf en management ontstond ook een scheiding tussen goed betaalde denkers en minder goed betaalde doeners. Er ontstonden top-downpatronen tussen een sturend management en afhankelijke vakmensen.*

*Deze ontwikkelingen speelden niet alleen in de zorg, maar ook in andere sectoren van de publieke dienstverlening.*

*Als we het stuur en het eigenaarschap terug willen geven aan de vakmensen, dan moeten we de ontwikkelingen in feite terugdraaien:*

- *minder complexe organisaties, met minder staf en management en kleinere teams, zodat de vakmensen zaken weer meer zelf kunnen regelen (structuur)*
- *minder sturing op output en regels (besturing)*
- *gelijkwaardiger samenwerking tussen vakmensen, leiding en staf (gedrag).*

*Het zijn de drie leidende principes van een besturingsvisie voor organisaties van vakmensen, die ik in het volgende hoofdstuk verder onderbouw en uitwerk.*