
Inleiding

Waar dit boek over gaat? Het gaat over u.

Dit boek gaat over de vragen waarvoor leidinggevend in dienstverlenende organisaties – van strategisch tot operationeel management – zich gesteld zien. Het gaat over oplossingen die niets oplossen, en die toch steeds opnieuw worden gebruikt. En het boek biedt een alternatief: een andere manier van denken over management. Als u als manager de oorzaken van de problemen van uw organisatie begrijpt, ziet u andere mogelijkheden om de dienstverlening van uw organisatie substantieel en duurzaam te verbeteren. Dit boek laat zien wat u kunt doen om tot deze inzichten te komen. Wij hopen dat het u zal inspireren om anders over management te gaan denken en – nog belangrijker – om anders te gaan handelen.

We beginnen met de ervaringen van een jonge manager in een dienstverlenende organisatie. Herkent u zichzelf in onderstaand verhaal?

‘De afgelopen vijf jaar werkte ik in een organisatie met vier afdelingen. Ik was een van de vier afdelingsmanagers. Boven mij was er een tweehoofdige directie. Iedere afdeling maakte zijn eigen “product”. Volgens onze reclame-uitingen bood de combinatie van de vier “producten” een grote meerwaarde voor klanten.

Ik denk niet dat ook maar één klant iets heeft gemerkt van die meerwaarde, want geen enkele opdracht bewoog zich over de grenzen van de afdelingen heen. Waren de klantvragen dan allemaal zo eenduidig? Nee, zeker niet. Een regelmatig terugkerend ritueel in het managementteam was het beklag van afdelingsmanagers dat een klant of opdracht in de “verkeerde” afdeling was beland. Vaak richtte de verontwaardiging zich op de telefoniste. Die loodste nieuwe klanten op basis van “cue-woorden” naar een van de vier afdelingen en bepaalde feitelijk of een klant “product” A, B, C of D kreeg. Hoe kon dit zo ontstaan?

Directie en afdelingsmanagers formuleerden eens per jaar de missie en het meerjarenbeleid van de organisatie. Dat gebeurde altijd “op de hei” en altijd onder begeleiding van een extern adviseur. Is dat niet wat vaak? Achteraf zie ik pas hoe onduidelijk de missie van de organisatie was en hoe vaak die onder invloed van gebeurtenissen “in de boze buitenwereld” bijgesteld moest worden. Dat kwam omdat we de bedoeling van de organisatie niet vanuit de klant formuleerden. In onze eigen cocon formuleer-

den wij luchtkastelen van wat wij zouden willen zijn in de wereld. Maar zo zagen de klanten ons niet.

Op basis van missie en meerjarenplan maakte de controller een begroting. Elke afdeling kreeg zijn budget. De afdelingsmanagers schreven een jaarplan waarin stond met welke activiteiten de begroting verdiend zou gaan worden. Was dat eenmaal vastgesteld, dan stond je er als afdelingsmanager een jaar lang alleen voor. “Haal je budget” was de feitelijke bedoeling van iedere afdeling. En dus kaapte je voor de neus van collega’s iedere klant en iedere opdracht weg die je binnen kon halen, ongeacht wat de klant nodig had.

Was er dan geen kruisbestuiving tussen de afdelingen? Nee, die was er niet. Want “inlenen” van elkaars medewerkers was financieel uitermate ongunstig voor de uitlenende afdeling. Daarvoor kreeg je budgettair slechts het “intern tarief” en niet het markttaarif. Iemand laten meewerken aan een opdracht buiten de eigen afdeling deed je pas als je voor iemand echt geen werk meer kon vinden. De beste medewerkers hield je voor jezelf.

Deze planning & control-cyclus veroorzaakte een constante strijd, met de verdeling van klanten en opdrachten als inzet. Meerdere malen kreeg ik van een potentiële klant te horen dat iemand van een andere afdeling ook al contact met hem had opgenomen en dat diegene een andere oplossing voor hetzelfde probleem had, waar ook nog eens een ander prijskaartje aan hing. Want medewerkers van afdeling A hadden een lager dagtarief dan medewerkers van afdeling B en een hoger tarief dan medewerkers van afdeling C.

Dus probeerden we in het managementteam afspraken te maken over wie waar wel en niet mocht komen. Of klanten daar baat bij hadden, daar hadden we het niet over.

Financieel ging het ieder jaar mis. Klanten vroegen niet om de “producten” die wij zo zorgvuldig hadden gepland en gebudgetteerd. Ieder jaar in dezelfde maand werd er alarm geslagen: we liepen achter op de begroting. Medewerkers moesten massaal aan acquisitie gaan doen. In het najaar liepen we weer in, maar niet genoeg, zodat medewerkers werd gevraagd tussen Kerstmis en Nieuwjaar “extra” dagen te maken.

Wij hadden als managers drie informatiesystemen om het werk en de organisatie aan te sturen: een Klant Informatie Systeem, een Personeel Informatie Systeem en een Management Informatie Systeem. Eindeloos veel gegevens moesten in elk systeem worden ingevoerd. Ik had er twee managementassistentes voor in dienst. Maar dan had je ook wat. Maandelijks kreeg ik een uitdraai van elk systeem. Dikke pakken papier, die ik moest controleren op juistheid en volledigheid en waarover ik me moest verantwoorden in het managementteam. Waarom ik in maart slechts 86% van het begrote aantal uren had gemaakt. Waarom mijn(?) ziekteverzuim ineens naar 11,2% was

gestegen. Hoeveel “koude” acquisitiesprekken mijn medewerkers hadden gevoerd. Hoeveel functionerings- en beoordelingsgesprekken ik had vastgelegd.

Mijn medewerkers schreven tijd. Per kwartier verantwoordden zij hun activiteiten met een projectnummer. Iets doen zonder nummer was taboe. “Heb je een projectnummer voor mij?” was de vaste tegenvraag als je een collega vroeg ergens over mee te denken. “Productief zijn” stond voor medewerkers gelijk aan “uren schrijven”. Improductieve uren, zoals ziekte, verlof, opleiding en vakantie, waren immers ook gebudgetteerd. Medewerkers vulden keurig de tien dagen die gebudgetteerd stonden voor “ziekterverzuum”.

Maar geschreven uren stonden niet borg voor inkomsten. En natuurlijk gingen medewerkers de werkelijkheid naar hun hand zetten. De target voor een fulltime-medewerker was 155 declarabele dagen per jaar, 1240 uren. Om die te halen, moest je creatief zijn. Had je op projectnummer x een aantal uren over, dan boekte je die over naar projectnummer y, omdat je daar uit de planning was gelopen. Dan moet je bedenken dat de omvang van de gemiddelde opdracht een paar duizend euro's was en er jaarlijks honderden projectnummers werden aangemaakt. Hoeveel uren, dagen, weken zullen er verloren zijn gegaan aan het boekhouden van een schijnwereld, ten koste van de klant?

Na vijf jaren waarin hetzelfde patroon zich herhaalde en we geen stap verder kwamen, heb ik besloten mijn handtekening niet meer onder de volgende begroting te zetten. Einde loopbaan binnen deze organisatie.'

Ziehier, het verhaal van een nieuwkomer in managementland in een willekeurige dienstverlenende organisatie. De eerste barstjes in de spiegel die er zo glimmend en glanzend had uitgezien. Het is geen uniek verhaal. Deze dingen gebeuren niet alleen in deze organisatie. Het gebeurt in (bijna) alle publieke en private organisaties. Veel nieuwkomers – of ze nu medewerker of manager zijn – ontdekken binnen enkele maanden dat de geordende wereld die ze verwacht hadden aan te treffen, er anders uitziet.

Als je wat langer meedraait, ga je het mechanisme herkennen. Het begint altijd met een incident, en nog een, en dan nog een: de barstjes in de spiegel. Daarna ontdek je een patroon in al die incidenten: de scheuren in de spiegel. Daar kun je het nog lang mee doen, maar uiteindelijk eindigt het dikwijls in een bak met scherven. Dan ervaren ook de klanten, de aandeelhouders en soms de belastingbetalers de gevolgen van de barsten in de spiegel. Wie de krant bijhoudt op dergelijke 'incidenten' kan het lijstje dagelijks aanvullen. Zomaar een greep uit het nieuws van de afgelopen jaren:

- een bank moet genationaliseerd worden;
- paardenvlees in de supermarkt;
- de FYRA strandt in de eerste de beste sneeuwbus;

- rechters klagen over werkdruk en prestatiedwang;
- gefuseerde onderwijsgroep wordt weer opgesplitst na financiële problemen;
- achterstanden bij de belastingdienst;
- woningcoöperaties bezuinigen miljoenen op onderhoud;
- directeur ontslagen wegens misstanden krijgt gouden handdruk;
- ICT-project stopgezet: miljoenenstrop;
- crisis dreigt in opsporing bij politie;
- misbruik in jeugdzorginstellingen;
- mislukte reorganisatie bij de post;
- GGZ-instelling verliest miljoenen in vastgoed;
- crisis in ziekenhuis na inspectierapport;
- chaos in openbaar vervoer na aanbesteding;
- automatisering waterschappen mislukt;
- wachtlijsten in de jeugdzorg;
- burgers door schuldhulpverlening verder in de problemen;
- wetenschappers frauderen of plegen plagiaat.

Het lijkt wel of managers met al hun kennis en inspanningen de dienstverlening maar niet op orde krijgen. Hoe komt dat? Meestal is er geen sprake van kwade bedoelingen of slechte mensen. Net als in het verhaal waarmee we dit boek openen, signaleren wij bij veel bestuurders, directeuren, managers en toezichthouders een gevoel van ongelof en onmacht omdat ze geen grip krijgen op de organisatie. En toch grijpen ze iedere keer weer naar dezelfde oplossingen. Hoe is dat bij u? Wij willen u graag een alternatief laten ontdekken.

In hoofdstuk 1 laten we zien dat in verschillende soorten organisaties dezelfde problemen voorkomen, ook al lijken ze op het eerste gezicht heel verschillend. We laten zien dat u – bestuurder, directeur of manager – steeds weer voor dezelfde oplossingen kiest en dat die niet blijken te werken.

In hoofdstuk 2 beschrijven we een manier waarop u als bestuurder, directeur, manager of toezichthouder anders naar een organisatie kunt kijken en effectief kunt handelen om de dienstverlening aan klanten te verbeteren en de organisatie beter (effectiever en efficiënter) te laten functioneren.

In hoofdstuk 3 beschrijven we aan de hand van twaalf begrippen de Vanguard Methode; een manier om een organisatie (of keten van organisaties) fundamenteel te veranderen. Met korte voorbeelden laten we zien tot welke inzichten dat de afgelopen jaren binnen twaalf organisaties heeft geleid.

In hoofdstuk 4 beschrijven we aan de hand van korte voorbeelden tot welke verbeteringen dat binnen die twaalf organisaties heeft geleid.

In hoofdstuk 5 geven wij aan tegen welke dilemma's en keuzes u als bestuurder, directeur of manager aanloopt wanneer u met de Vanguard Methode gaat werken. De Vanguard Methode plaatst leiderschap in een ander perspectief.

In hoofdstuk 6, ten slotte, beschrijven wij uit welke 'denkwereld' en theorie onze manier van werken voortkomt.

Barsten in de spiegel

In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal voorbeelden van incidenten waarmee managers worden geconfronteerd, waaraan ze hun tijd besteden en hoe ze daarop reageren vanaf het eerste barstje in de spiegel tot en met de bak vol scherven. We hebben gekozen voor voorbeelden uit ziekenhuizen, bij de politie, in gemeenten en rond ICT. Dat zijn toevallige keuzes. Het is niet onze bedoeling specifiek het werk in deze sectoren aan de kaak te stellen. Maar in deze sectoren vonden we actuele verhalen aan de hand waarvan we duidelijk willen maken dat wat incidenten lijken, meestal geen incidenten zijn maar systeemfouten. Het is geen vertrouwelijke informatie; alle verhalen zijn gereconstrueerd op basis van openbare bronnen.

We zouden vergelijkbare verhalen kunnen vertellen over ieder soort werk. Om dat te benadrukken, laten we zien dat in elk van de vier sectoren vergelijkbare incidenten plaatsvinden in Engeland. Waarom Engeland? Omdat de basis van onze organisatie – Vanguard – in Engeland is, en we daar via collega's gemakkelijk informatie konden vinden. Wij zijn ervan overtuigd dat we dezelfde soort voorbeelden van incidenten en reacties van managers kunnen vinden in andere landen.

Het gaat dus niet om de concrete situaties. U werkt misschien in een ander soort organisatie, in een andere sector. Toch denken wij dat u de problemen zult herkennen.

1.1 Het ziekenhuis

De nachtmerrie van iedere patiënt: een arts stelt een foute diagnose, met blijvende gevolgen. In november 2009 wordt een 72-jarige man opgenomen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis nadat hij thuis onwel is geworden. De diagnose van de dienstdoende cardioloog: een acuut en zwaar hartprobleem waar de patiënt binnen drie weken aan zal overlijden.

In de weken daarna krijgt de man morfine en loopt een nierbeschadiging op. Nierdialyse is niet mogelijk vanwege het hartprobleem, zegt de behandelend internist. De familie van de man bereidt zich voor op het afscheid. Dan komt een familielid langs dat in een ander ziekenhuis op de dialyseafdeling werkt. Daar kunnen mensen met een hartprobleem wel degelijk aan een dialyseapparaat.

De familie vraagt tot drie keer toe om overplaatsing naar een ander ziekenhuis, maar de cardioloog weigert. Pas als er met een rechtszaak wordt bedreigd, krijgt de familie alsnog toestemming om vader te laten verhuizen naar een ander ziekenhuis. De diagnose daar is onthutsend. De man blijkt niet meer te hebben dan hoge bloeddruk. Zijn 'acute hartprobleem' is binnen afzienbare tijd verholpen. Maar hij overlijdt twee jaar later aan de gevolgen van de opgelopen nierbeschadiging.

De familie dient een klacht in bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. Die oordeelt dat de klacht terecht is. De behandelend specialisten, de internist en de cardioloog, verschillen van mening over de behandeling en de eindverantwoordelijkheid was niet geregeld. Ook voor het Regionaal Medisch Tuchtcollege krijgt de familie gelijk. In hoger beroep bij het Centraal Medisch Tuchtcollege worden de artsen berispt met een officiële waarschuwing. Daarnaast komt er een extern onderzoek.

Het is dit onderzoek dat bij de IGZ de alarmbellen doet rinkelen. In 2010 blijken bovengemiddeld veel mensen te zijn overleden in het betreffende ziekenhuis. Er zijn sterke aanwijzingen dat de gang van zaken op de hartafdeling niet deugt. Na aanleiding van een nieuwe calamiteit op de afdeling in juni 2012 start de IGZ een nieuw onderzoek.

Het dossieronderzoek naar de 54 patiënten die in het jaar 2010 als gevolg van een infarct of hartfalen zijn overleden in het ziekenhuis blijft vertrouwelijk, maar de inhoud lekt uit. Allereerst blijkt dat de administratie niet op orde is. Drie dossiers zijn onvindbaar, drie patiënten hebben dubbele dossiers en vele dossiers worden onvolledig aangeleverd. Na bestudering van de dossiers is de harde conclusie dat er bij een aanmerkelijk aantal patiënten zowel voor, tijdens als na de behandeling sprake is geweest van onvoldoende professioneel handelen of van tekortkomingen van het zorgsysteem, wat geleid heeft tot overlijden. Het rapport besluit met het vermoeden dat de geschetste problemen zich niet beperken tot de afdeling cardiologie.

De betrokken cardiologen reageren op het rapport met het verzoek aan de Raad van Bestuur om ook het handelen van collega-internisten, longartsen en intensivisten van het ziekenhuis te onderzoeken. Een voorgestelde kwaliteitsvisitatie juichen zij toe.

Als een paar weken later tijdens een onaangekondigd bezoek van de IGZ aan de hartafdeling blijkt dat er nog steeds van alles niet klopt, wordt het ziekenhuis gedwongen het verpleeggedeelte van de afdeling cardiologie onmiddellijk te sluiten. De patiënten worden overgebracht naar een ander ziekenhuis. De cardiologen mogen alleen nog onder toezicht van externe cardiologen hun afspraken afhandelen.

In de dagen na de gedwongen sluiting schetsen betrokkenen een onthutsend beeld van de misstanden bij het ziekenhuis. De cardiologen gaven de toestand van patiënten die extra zorg nodig hadden vaak niet door aan de arts-assistent die avond- of nacht-

dienst had. Ze kwamen tijdens oproepdiensten zelfs voor hartaanvallen vaak niet naar het ziekenhuis. Herhaaldelijk lieten ze patiënten door de dienstdoende arts-assistenten overplaatsen naar een ander ziekenhuis.

Eind november besluit de IGZ dat de cardiologen niet langer kunnen functioneren. Ze worden voorlopig geschorst. Het ziekenhuis wordt onder verscherpt toezicht gesteld.

Door de publiciteit rond de sluiting van de afdeling en de schorsing van de cardiologen blijkt dat er meer aan de hand is dan een incident of een lokale misstand. Er komen meer verhalen boven tafel over interne ruzies, slechte zorg en financiële problemen. In 2010 is de directeur met een riante vertrekpremie vertrokken nadat het personeel het vertrouwen in haar had opgezegd. De kwaliteit van de zorg staat al jaren ter discussie.

In juni 2013 gaat het Ruwaard van Putten Ziekenhuis failliet. Het laat een schuld achter van 42,5 miljoen euro. Ruim achthonderd werknemers raken hun baan kwijt. Met hulp van drie andere ziekenhuizen wordt een doorstart gemaakt onder een nieuwe naam: Spijkenisse Medisch Centrum (Nieuwsuur, 2013).

In dezelfde maand meldt de commissie-Danner, die de dood van 770 patiënten in het Spijkenisser ziekenhuis onderzocht, dat het voormalige Ruwaard van Putten Ziekenhuis het niet slechter deed dan vergelijkbare ziekenhuizen. Uit het onderzoek blijkt dat in 15% van de gevallen gezondheidsschade ontstond door de behandeling. Danner concludeert: 'Je kunt zeggen dat er met dit ziekenhuis niets aan de hand is in vergelijking met de rest van Nederland, maar je kunt ook zeggen: in dit type ziekenhuizen is er nog veel schade door de zorg aanwezig, die ook tot overlijden leidt. Het is hoog tijd dat daar verbetering in komt.' (Nieuwsuur, 2013)

Van incident naar patroon

Zo leidt een incident tot een onderzoek waarin een terugkerend patroon wordt gevonden. Het onderzoek levert een aantal goed bedoelde, maar lokale aanbevelingen tot verbetering op. Maar als blijkt dat dit type incidenten in meer ziekenhuizen voorkomt, dan is de fundamentele vraag wat er mis is in de manier waarop we de ziekenhuiszorg hebben georganiseerd. Welke fouten zitten er in het systeem? Wat weten we eigenlijk van de kwaliteit en de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen?

De inkt van het rapport-Danner is nog niet droog of er dient zich een nieuw 'incident' aan. Het HagaZiekenhuis in Den Haag komt in het nieuws, omdat het sterftcijfer bij hartoperaties hoger zou zijn dan bij andere hartcentra. Ook zouden er verkeerde (lagere) sterftcijfers zijn doorgegeven. De IGZ onderzoekt de zaak.

Het ziekenhuis ontkent op zijn website dat het hogere sterftcijfers heeft, maar bevestigt dat er samenwerkingsproblemen op de afdeling waren. 'Die zijn nu opgelost',

schrijft het ziekenhuis. 'Het was slechts een communicatieprobleem.' Het ziekenhuis bevestigt wel dat gedurende een aantal jaren verkeerde sterftcijfers zijn doorgegeven. Een leidinggevende en een chirurg worden weggestuurd.

Nog geen twee weken later stopt het HagaZiekenhuis met onmiddellijke ingang met alle hartoperaties. Aanleiding is een nieuwe melding dat bij een operatie niet volgens protocol is gewerkt. De Raad van Bestuur spreekt op de website van het ziekenhuis dit keer van een 'onaanvaardbaar incident'.

Het tijdschrift *Zorgmarkt* (Ziekenhuizen in opspraak: een overzicht, 2012) beschrijft een nog veel langere lijst van incidenten.

- In het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven worden vier dermatologen de laan uitgestuurd. De huidartsen waren zonder toestemming van het ziekenhuis een praktijk cosmetische chirurgie begonnen. De dermatologen lieten patiënten (contant) betalen voor verzekerde zorg, zegt het ziekenhuis.
- De IGZ plaatst het VU Medisch Centrum te Amsterdam onder verscherpt toezicht. Aanleiding zijn conflicten tussen artsen en leidinggevenden van de intensive-care- en andere afdelingen, die ontaarden in een machtsstrijd. Eerder dat jaar kwam het VUMC ook al in opspraak door het tv-programma '24 uur: tussen leven en dood' over de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, waarbij werd gefilmd zonder dat de patiënten daar vooraf toestemming voor hadden gegeven.
- In het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam raken 118 mensen besmet met de *Klebsiellabacterie*. Van hen sterven er 28, waarbij de doodsoorzaak in drie gevallen vrijwel zeker te herleiden is tot deze bacterie. Pas een halfjaar na de uitbraak wordt aan de bel getrokken. Volgens de IGZ heeft de leiding van het ziekenhuis de omvang, ernst en duur van de uitbraak onderschat.
- In het Scheper Ziekenhuis te Emmen ontslaat het ziekenhuis een maagchirurg. Vijf mensen zijn overleden nadat hij hen had geopereerd. Hij blijkt aantoonbare fouten te hebben gemaakt. De IGZ laat hem in Nederland schrappen uit het register voor medisch personeel.
- In het UMC Sint Radboud te Nijmegen moet de afdeling hartchirurgie een paar maanden dicht nadat bekend is geworden dat er in de twee jaar daarvoor meer patiënten zijn overleden dan elders. Tijdens een onderzoek constateerde de IGZ onder meer gebrekkig management en slecht onderling overleg tussen specialisten.
- In het Medisch Spectrum Twente te Enschede staakt de aan medicijnen verslaafde neuroloog Ernst Jansen Steur zijn werk. Hij zou jarenlang verkeerde diagnoses hebben gesteld en daarmee tientallen mensen hebben gedupeerd. Het ziekenhuis was al langer op de hoogte van de problemen, maar probeerde deze stil te houden. Een externe commissie oordeelt dat de IGZ veel te laat reageerde op signalen dat er iets mis was en dat het ziekenhuis patiënten van de neuroloog aan hun lot heeft overgelaten.
- Het *Algemeen Dagblad* meldt dat zorgverzekeraars een grote fraude met voorbehoedsmiddelen op het spoor zijn, waarbij ziekenhuizen spiraaltjes declareren die patiënten zelf hebben gekocht. Er is mogelijk voor miljoenen euro's ten onrechte uitbetaald. Patiënten werden weggestuurd uit het ziekenhuis als zij geen spiraal-

tje bij zich hadden. Die moesten ze eerst zelf kopen en later bij de verzekeraar in rekening brengen.

Er blijken dus meer ziekenhuizen te zijn waar wat aan de hand is. Onderzoeksinstituut NIVEL stelde al in 2008 dat als ziekenhuizen hun administratie beter op orde zouden hebben en het sterftecijfer zouden monitoren, het aantal sterftegevallen gehalveerd zou kunnen worden. Inmiddels geven steeds meer ziekenhuizen hun sterftecijfers per aandoening, zodat kwaliteitsinformatie beschikbaar is voor patiënten, en is het sterftecijfer gedaald (Langelaan, et al., 2010; Langelaan, et al., 2013). Maar wat heeft een patiënt aan de informatie die hij nu krijgt?

‘Het gewogen sterftecijfer voor uw ziekenhuis is voor dit jaar vastgesteld op 91. De landelijke index is berekend op 100. Dit houdt in dat in uw ziekenhuis minder mensen sterven dan verwacht.’

Het hierboven gegeven voorbeeld geeft weer hoe ziekenhuizen klanten informeren op hun website. Is dat informatie waar een klant op zit te wachten? Gaat een klant vanuit Maastricht naar Groningen omdat daar 9 punt minder mensen sterven dan verwacht? En wat zegt die informatie precies? Weten we nu meer over de risico's en hoe die te voorkomen zijn? De meeste ziekenhuizen kunnen of willen geen informatie geven over de risico's van een specifieke klacht.

Zullen wij u eens een voorspelling doen? Precies de helft van de ziekenhuizen scoort boven het landelijk gemiddelde en precies de helft scoort onder het landelijk gemiddelde. En volgend jaar weer. Maar volgend jaar zullen het niet dezelfde ziekenhuizen zijn die onder of boven de streep staan. En als dat wel zo is, kan dat nog honderd verschillende oorzaken hebben. Non-informatie, dus. Verspilling van tijd en moeite en geld. Er is straks weer een programma ‘administratieve lastenverlichting’ voor nodig om het te stoppen.

Hoewel sterftecijfers dus geen houvast geven, is inmiddels wel duidelijk dat we niet te maken hebben met een eenmalig, toevallig incident in één ziekenhuis, of met een toevallig onkundige specialist of manager. Er is meer aan de hand en het betreft misschien wel alle ziekenhuizen. Het betreft misschien wel de hele gezondheidszorg.

Intussen in Engeland...

Terwijl deze ‘incidenten’ in Nederlandse ziekenhuizen plaatsvinden, voltrekt zich in Engeland iets soortgelijks. Het staat bekend als het ‘Stafford Ziekenhuis-schandaal’. Het is opmerkelijk dat in Nederland niemand in de pers, in de politiek of waar dan ook, een vergelijking heeft gemaakt met wat er op hetzelfde moment in Engeland gebeurt.

Het schandaal begint in 2008 als de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek start naar de uitvoering van de zorg in het Stafford Ziekenhuis. De eerste signalen zijn hoge sterftcijfers bij patiënten die acute zorg nodig hebben. Wanneer de Trust (de organisatie die het ziekenhuis runt) de Inspectie geen afdoende verklaring voor de cijfers kan geven, wordt een grootscheeps onderzoek ingesteld.

Het onderzoeksrapport doet gedetailleerd verslag van ernstig tekortschietende zorg en schokkende misstanden in het ziekenhuis, en het bekritiseert het management van zowel het ziekenhuis als de Trust. Uit het rapport blijkt dat er gedurende de vier jaar voorafgaand aan het onderzoek 400 tot 1200 meer patiënten zijn gestorven dan kon worden verwacht voor dit type ziekenhuis (Commission for Healthcare Audit and Inspection, 2009). Maar veel meer impact dan deze cijfers hebben de treurigmakende beschrijvingen van verwaarlozing van patiënten, die de landelijke pers halen.

Burgers maken zich boos, bestuurders treden af, de minister-president en de minister van Volksgezondheid verontschuldigen zich tegenover de slachtoffers van het ziekenhuis. Als oplossing wordt een nieuwe maatregel afgekondigd: ziekenhuizen moeten voortaan hun sterftcijfers openbaar maken op hun website. Maar net als in Nederland is dat zonder de achterliggende oorzaken of het soort ziekenhuisopnames weinig verhelderende informatie.

De zaak lijkt gesloten, maar als later dat jaar bekend wordt dat de verantwoordelijke bestuurders promotie hebben gemaakt binnen de nationale gezondheidszorg, onder andere op het gebied van kwaliteitszorg, ontstaat er opnieuw commotie. Steeds weer duiken vragen op als: Hoe kan zoiets gebeuren? Wie is hier verantwoordelijk geweest? Wie stelt de regels vast? Wie houdt er toezicht op?

De staatssecretaris van Volksgezondheid kondigt een nieuw, onafhankelijk onderzoek aan naar het functioneren van de Trust. Het onderzoeksrapport bevat dit keer het advies om families van slachtoffers compensatiebetalingen (gemiddeld 11.000 pond) te doen en – het meest vergaande advies – om een parlementaire enquête te houden. De parlementaire enquête start in 2010 onder voorzitterschap van Robert Francis. Het eindverslag – 1782 bladzijden dik – verschijnt pas tweeënhalve jaar later (Francis, 2013). De harde conclusie van het rapport is dat patiënten in de steek zijn gelaten door een systeem dat waarschuwingssignalen negeerde en de belangen van de bedrijfsvoering en kostenbesparing prioriteit gaf boven de veiligheid van patiënten.

Van lokaal incident naar een internationaal probleem: een fout systeem

Wat er op de afdeling cardiologie in een Nederlands ziekenhuis gebeurde, kunnen we inmiddels niet meer zien als een lokaal incident. Ook in andere ziekenhuizen en in andere landen vinden we voorbeelden die laten zien dat ziekenhuissystemen niet functioneren in het belang van de patiënt, maar worden beheerst door condities die

kunnen leiden tot disfunctioneel en onethisch gedrag van verpleegkundigen, artsen, managers en bestuurders. We hebben klaarblijkelijk niet te maken met ‘foute mensen’ of ‘menselijke fouten’, maar met ‘systeemfouten’. Zolang we niets veranderen in het systeem, kan wat vandaag op de ene plek gebeurt, morgen elders plaatsvinden.

De oplossingen die gekozen worden, komen steeds op hetzelfde neer.

- Vervang de ‘schuldigen’.
- Scherp de regels, procedures en de verantwoordingsplicht aan.
- Intensiveer controle, toezicht en inspectie.
- Werk aan de cultuur.

Het zijn oplossingen die het werkelijke probleem niet aanpakken en dus niet werken. Er volgen nieuwe ‘incidenten’ en de cyclus zet zich weer in beweging.

De ongemakkelijke waarheid

Een aspect dat nog niet aan bod is gekomen, is de kostenstijging in de gezondheidszorg. Niet alleen in Nederland, overal in Europa en in Amerika stijgen de kosten van de gezondheidszorg oncontroleerbaar.

‘Sinds de komst van de marktwerking is de ziekenhuiszorg een volume-industrie. Gert Westert, hoogleraar kwaliteit van zorg aan het UMC St Radboud, weet het zeker. De prijzen van de behandelingen mogen dan nauwelijks zijn gestegen, hun aantal is dat wel. Maar niet overal in gelijke mate: praktijkvariatie heet dat, en Westert heeft er legio voorbeelden van. Spataderen, rughernia’s, staar, galblaasproblemen – de regio waar een patiënt woont, is bepalend voor de kans op een operatieve ingreep. De verschillen kunnen oplopen tot een factor 5. Het kan niet anders of er wordt, vermoedt hij, veel onnodige zorg geleverd.’ (Maassen, 2012)

De lang gekoesterde opvatting dat zorggebruik louter wordt gestuurd door uitkomsten van medisch wetenschappelijk onderzoek en de ethische overwegingen van medici, blijkt een illusie. De gezondheidszorg biedt juist te veel en onnodige zorg. Deze ‘ongemakkelijke waarheid’ is in Amerika aan het licht gebracht door John E. Wennberg (Wennberg, 2010). Al in de jaren zeventig ontdekte hij dat de mate waarin patiënten bepaalde vormen van zorg kregen lokaal en regionaal grote variaties liet zien, terwijl de populaties niet wezenlijk van elkaar verschilden. Per regio zag hij grote verschillen in het aantal behandelingen van dezelfde ziekte. Het aantal galblaasoperaties bijvoorbeeld, verschilde van 45 per 100.000 inwoners in de ene regio tot 262 per 100.000 inwoners in een andere. Sindsdien toonde Wennberg in tientallen jaren onderzoek aan dat variaties in de mate waarin gebruik wordt gemaakt van zorg samenhangen met de verdeling van de beschikbare bronnen en met verschillen in opvatting tussen artsen hoe te handelen bij dezelfde ziekten. Hij vond ‘praktijkvariatie’ –

zoals hij het verschijnsel van grote, onverklaarbare verschillen in zorggebruik noemde – consistent over de jaren heen en overall in Amerika. Ook trok hij de conclusie dat (te) veel zorg niet altijd betere zorg is.

De publicaties van Wennberg stuiten aanvankelijk op veel ongeloof en weerstand in de medische wereld. Artsen konden niet geloven dat zij zo'n grote invloed hadden op de mate van zorggebruik. Wennberg werd genegeerd, net zoals Pasteur werd verketterd toen hij beweerde dat het gedrag van artsen de oorzaak was van de hoge sterfte na operaties. Maar vier decennia na zijn eerste publicatie zijn de feiten onontkooftbaar.

Natuurlijk werd de vraag gesteld: 'Gebeurt dit ook buiten Amerika?' In maart 2012 publiceert het Centraal Planbureau (CPB) de uitkomsten van een onderzoek over het verschijnsel praktijkvariatie in Nederland (Douven & Mocking, 2012). De uitkomsten tonen aan dat hetzelfde verschijnsel zich ook hier voordoet. Mensen die wonen in gebieden met veel medisch specialisten worden vaker behandeld. Het effect is het grootst bij vrijgevestigde specialisten. Hoe meer behandelingen, hoe hoger het inkomen.

Wennberg ontwikkelde de zogenoemde Dartmouth-atlas, die variaties in zorgaanbod in één oogopslag zichtbaar maakt. Deze atlas documenteert de kosten, verdeling en klinische uitkomsten van medische zorg in de VS. De atlas is bedoeld om de effectiviteit en efficiëntie van het zorgsysteem te bevorderen.

Inmiddels is daar ook in Nederland een begin mee gemaakt. Gert Westert zegt:

'De huidige financiële prikkels in de ziekenhuizen stimuleren de kwantiteit en hinderen de kwaliteit en de reductie van onnodige zorg. (...) We geven 23 miljard euro per jaar uit aan ziekenhuiszorg; het wordt tijd dat we een helder beeld krijgen van de zorgactiviteiten, de uitgaven en de uitkomsten.' (Maassen, 2012)

Het grote belang van Wennbergs bevindingen is dat ze een heel ander perspectief bieden op de discussie over het terugdringen van de stijgende kosten van de gezondheidszorg. Een logische strategie zou zijn om onnodige en ineffectieve behandelingen stop te zetten, in plaats van het snijden in kosten en het verdelen van schaarste.

Treffen we dit soort incidenten, problemen, systeemfouten en verspilling alleen aan in ziekenhuizen of vinden we ze ook in andere sectoren? Laten we met eenzelfde bril eens kijken naar een andere sector: de politie.

1.2 De politie

De politie staat voor de veiligheid op straat, in de wijk en in de samenleving en voor het handhaven van de rechtsorde. Met 62.000 man/vrouw handhaaft de politie de openbare orde en spoort criminaliteit op. De politie werkt samen in de strafrechtelijke