

OVER MANAGEMENTTHEORIEËN EN HUN KWALIJKE OBSESSIE MET PRESTATIES

Zorg is géén product

De moderne managementprincipes vinden hun oorsprong in de ideeën die Frederick Winslow Taylor in 1911 lanceerde. Deze hebben het arbeidsproces in de productiesector heel efficiënt gemaakt, maar kennen ook grote nadelen, en pakken in de zorgsector rampzalig uit.

Frederick Winslow Taylor (1856-1915) ging in 1911 in zijn baanbrekende managementtheorie *'The Principles of Scientific Management'* uit van de natuurlijke luiheid van werknemers als belangrijkste oorzaak van inefficiënte productie. Daarom moesten managers worden aangesteld om de meest doelmatige wijze van produceren te vinden, op te leggen en permanent te monitoren. Het arbeidsproces moest worden gerationaliseerd, door het steeds verder op te delen in deeltaken die afzonderlijk meetbaar zijn. Met een dergelijke, almaar verdergaande standaardisering was meer productie mogelijk binnen dezelfde tijd. Professionals mochten zich niet meer bekommeren om het eindproduct, alleen nog om hun deeltaak, terwijl het management 'wetenschappelijke' analyses uitvoerde en adaptaties implementeerde met het uitdrukkelijke doel een steeds hoger rendement te realiseren. Alle macht kwam in dit concept dus toe aan het management.¹ Een succesvol concept, maar niet voor de zorg.

Keerzijde

Taylor was eigenlijk de eerste managementconsultant, en zijn gedachtegoed werd al snel overgenomen en verspreid door Harvard University. Door de invoering van dit 'scientific management' is de productiviteit in de westerse wereld gestegen tot het allerhoogste niveau ooit. De levensstandaard is erdoor verhoogd en blijft nog steeds exponentieel groeien. Het heeft ons zodoende veel welvaart gebracht. Hulde daarvoor, maar er is helaas ook een keerzijde.

Het dogma 'excellentie' heeft namelijk als kwalijk gevolg dat het meten en transparant maken van prestaties in onze huidige samenleving overal en altijd centraal staat. Deze obsessie overvleugelt de minder kwantificeerbare, psychosociale aspecten van arbeid en leven; sociale waarden zoals empathie, erkenning,

waardering en solidariteit, worden er ernstig door aangetast. Extreem doorgevoerde arbeidsverdelingen veroorzaken gevoelens van degradatie, monotonie, machteloosheid, zinloosheid en (zelf)vervreemding. De originele theorie van Taylor beloofde dan wel een toename van vrije tijd, maar honderd jaar later blijkt eerder het tegenovergestelde. Ook ons privéleven werd namelijk 'getayloriseerd', waardoor we ook thuis in een vicieuze cirkel van streven naar excellentie zijn beland.

Geïnstitutionaliseerd wantrouwen

Omdat gezondheidszorg tegenwoordig ook als een product wordt gezien, is ook hier helaas het bedrijfskundig denken binnengedrongen. Aanvankelijk leidde dit inderdaad tot een verhoging van de efficiëntie, waardoor de productie toenam. Rationalisering van processen met de uitgebreidere invoering van protocollen en richtlijnen heeft ook het aantal ziekenhuisinfecties verminderd en geleid tot veiligere operatieve ingrepen en betere overlevingscijfers van myocardinfarct, kanker, CVA et cetera. Natuurlijk heeft dit alles het geloof in Taylors principes verstevigd en de toepassing ervan aangemoedigd. Helaas is hiermee echter de hoeveelheid registraties, zelfs tot en met het bepalen van de optimale tijd voor allerlei interacties tussen patiënt en zorgverlener, sterk toegenomen. Het is ontwaard in geïnstitutionaliseerd wantrouwen met een ontembare transparantiedrift, oeverloze kwantificering en protocollering, en een exponentieel groeiende bureaucratie. Dit belemmert het primaire proces, en dat ook nog eens onder het valse voorwendsel dat de zorg in Nederland niet efficiënt genoeg, dus te duur zou zijn.

Essentieel verschil

De vergelijking tussen zorg en het bedrijfsleven gaat echter niet op. Professionals in de zorg leveren namelijk helemaal geen producten – waarop bedrijfskunde van toepassing is – maar diensten.

Professionals begrijpen intuïtief dat kwaliteit van zorg onmeetbaar is



GETTY IMAGES

Modern management heeft ervoor gezorgd dat er een gebrek is aan 'kwaliteitstijd'; tijd die nodig is voor goede zorg.

Dat is een zeer essentieel verschil. Tussen het vervaardigen van een product en de consumptie ervan zit namelijk tijd. Tijd die noodzakelijk is en ruimte creëert om het product objectief te kunnen bestuderen, bij te sturen en te verbeteren. Dat geldt echter absoluut niet voor een dienst. Die wordt namelijk *altijd* tegelijkertijd geproduceerd en geconsumeerd. Juist omdat er geen tijd tussen de productie en de consumptie zit, blijft de kwaliteit van een dienst altijd heterogeen en subjectief. Het is een unieke, vergankelijke ervaring die ook niet zomaar reproduceerbaar is.² 'Scientific management' werkt dan ook helemaal niet in de zorg. De 'wetenschappelijke' analyses creëren namelijk veelal generaliserende en manipuleerbare gegevens. Adaptaties op basis van die gegevens samen met de onnodige bureaucratie marginaliseren de inhoud van de zorg en kosten veel tijd. Het meest wezenlijke, namelijk de unieke subjectieve ervaringen, wordt erdoor aangetaast. Jammer voor de velen die hiermee hun brood trachten te verdienen, maar het is dom, duur, inefficiënt en ook contraproductief. Begrijpelijk dus dat veel professionals die onzinnige metingen, standaardisaties en transparantierreur verafschuwen. Zij begrijpen intuïtief dat kwaliteit van de zorg onmeetbaar is omdat deze juist in *niet*-meetbare zaken zit. In interacties en relaties tussen zorgverleners en ontvangers en die zijn juist uitermate contextueel bepaald. Daar gaat het om het gevoel dat patiënt en zorgverle-

ner even écht met elkaar in contact staan. Een emotie die meestal veel aandacht, (com)passie en daarom dus ook veel tijd vergt.

Lean

Toegegeven, Taylors principes zijn in de gezondheidszorg niet helemaal nutteloos. Maar ze moeten zich beperken tot voorwaarden om tot goede zorg te komen en zich uitdrukkelijk niet met de inhoudelijke kant van de zorg inlaten. Die is én blijft het domein van de professional.

Ook 'Lean', eveneens uit de tempel van Harvard, wordt verkocht als (relatief) nieuwe managementtool.³ Ook dit concept gebruikt weer rationalisering en standaardisering, maar de professional zou nu wél meer gerespecteerd worden en mag zelfs meedenken. Het draait om *waste removal*: alles wat de kwaliteit van het arts-patiëntcontact en dus de 'klantbeleving' (= product) aantast, moet weg. Het moet professionals faciliteren om juist alleen dat te doen wat zij moeten doen, het moet zodoende alles gemakkelijker en vlotter maken, zonder de kwaliteit en veiligheid in het gedrang te brengen. Dat moet professionals als muziek in de oren klinken, maar ik word er toch vooral sceptisch van. Het gaat namelijk wederom uit van een product en niet van een dienst en het draait wederom alleen om efficiëntie en excellentie; dus eigenlijk alleen om geld...

Ziekte van Taylor

Helaas moeten we voorlopig vaststellen dat de ziekte van Taylor professionals in de zorg nog veel te vaak en te hard treft. De gevolgen zijn ernstig. Doordat de werkdruk – vooral als gevolg van de bureaucratie die voortvloeit uit de almaar sneller draaiende vicieuze cirkel van excellentie – verder oploopt én er daardoor steeds vaker monotonie, inhoudelijke marginalisatie en verlies van autonomie optreedt, raken professionals in toenemende mate gefrustreerd. Sommigen gaan ‘meestribbelen’, oftewel het absoluut minimale doen, zodat het lijkt of ze meedoen.⁴ Anderen vluchten naar administratieve of managementfuncties, of, erger nog, gaan naar ‘*The Dark Side*’ en nemen accrediterende, inspecterende of andere zogenaamde ‘kwaliteitsfuncties’ aan en genereren daardoor zelf nog meer (administratieve) druk op professionals. Er verandert zo niets, er ontstaat zelfs interpassiviteit. Inhoudelijke zorgtaken worden steeds meer gedelegeerd, er is een toename van ‘sub- en superspecialisatie’, een tanend verantwoordelijkheidsgevoel, vervreemding van het werk, steeds vaker uitmondend in burn-out en vervroegd pensioen. Ook academici vertragen mee, kunnen steeds minder onderwijs en onderzoek doen omdat ze alleen nog maar afgerekend worden op meetbare en niet op inhoudelijke resultaten. De ziekte van Taylor ondermijnt daarmee ook nog de fundamenten en vooruitgang van onze gezondheidszorg.

Tegenbewegingen

De laatste jaren zijn er gelukkig eindelijk tegenbewegingen aan het ontstaan. Veel succes heeft ‘Het roer moet om’.⁵ Dat streeft naar 50 procent minder administratie door het tegenhouden van allerlei kwaliteits- en registratieprocessen en naar een voorlopige ontheffing van veel wet- en regelgeving. Dit als tegengeluid voor het heersende excellentiedenken, met zijn bureaucratie, regelgeving, accreditaties en andere uitwassen van ‘accountability’. Daarom wil ik een pleidooi houden voor ‘kwaliteitstijd’: meer en betere tijd. Tijd is bij uitstek datgene wat de ziekte van Taylor van de zorg gestolen heeft. Tijd die een professional nodig heeft om zich volledig op zijn eigenlijke kerntaak te storten: goede zorg. Mijn voorstel is dat professionals in de zorg zich, samen met beroepsorganisaties als KNMG, Federatie Medisch Specialisten en de diverse vak- en patiëntenverenigingen, aansluiten bij ‘Het roer moet om’. Dat we samen tegenstribbelen, stoppen met collaboreren en krachtig gaan handhaven op ‘kwaliteitstijd’. ■

contact

w.oerlemans@meandermc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE AIOS



LEWAR BEKAS is in opleiding tot internist

Iedereen is chronisch vermoeid

Op de polikliniek interne geneeskunde is het een komen en gaan van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Buikpijn, gewrichtsklachten en het lastigste consult: vermoeidheid. Zo staat ook mevrouw W. op mijn spreekuur ter analyse van chronische vermoeidheid. Haar klachten zijn zo invaliderend dat ze na haar werkdag als manager, op de bank in slaap valt. Dat haar zoontje ADHD heeft, zorgt volgens haar niet voor stress en op het werk en in haar huwelijk zijn ook geen problemen. Ik kan moeilijk mijn aandacht bij haar houden, ik heb mijn baby om zeven uur al naar de oppas gebracht na een gebroken nacht. Morgen heb ik een presentatie die ik ergens tussendoor moet voorbereiden. Een dutje

doen klinkt heerlijk. Ze kijkt me hoopvol aan: ‘Er moet toch iets te vinden zijn.’ Ik geloof dat ze echt vermoeid is, maar er is al uitgebreide diagnostiek gedaan en ik verwacht niet dat we een somatische oorzaak gaan vinden. Ter aanvulling verricht ik nog een screenende X-thorax;

‘ER MOET TOCH IETS TE VINDEN ZIJN’

dat was nog niet gedaan. Ik bereid haar vast voor op de uitkomst, om teleurstelling te voorkomen. Diezelfde middag word ik gebeld door de radioloog. Op de X-thorax is een ruimte-innemend proces te zien, mogelijk een lymfoom. Ik bestel mevrouw W. direct terug op mijn spreekuur; ze is geschrokken maar ergens ook opgelucht dat er een verklaring is voor haar klachten. De volgende dag zit ik bij de huisarts, ik ben ontdaan van de bevinding bij mevrouw W. en wil toch zeker weten of er geen somatisch verklaring voor mijn vermoeidheid is. Terwijl ik mijn klachten uitleg, zie ik de wallen onder haar ogen. Ik besef dan dat wij allemaal chronisch vermoeid zijn en de oorzaak is gelukkig (bijna) nooit somatisch. Het is belangrijk om altijd alert te blijven op die ene patiënt bij wie dat wel zo is, maar ik ben niet die patiënt.