

# **Maatschappelijk ondernemen in zorg: mythe en werkelijkheid**

**Oratie prof.dr. M.G. Boekholdt (gesproken versie)  
Vrije Universiteit, 29 maart 2007**

**Mijnheer de Rector, dames en heren,**

Zorg, en vooral zorg voor ouderen, wordt door de vergrijzing steeds meer een aspect van maatschappelijke aandacht. Steeds meer burgers krijgen er mee te maken. Tegelijkertijd buigt de overheid zich over hoe het dan moet met betaalbaarheid van de toenemende behoefte aan zorg. Zorgorganisaties hebben hierbij een sleutelpositie. Ze verbinden immers het toenemende beroep op zorg, zich wijzigende maatschappelijke opvattingen, professionele normen, en een op beheersen gericht beleid van de overheid. Door deze sleutelpositie zijn juist zorgorganisaties onderhevig aan veel en vaak tegenstrijdige impulsen tot verandering, waartoe ze zich moeten verhouden.

In deze rede wil ik door het bijeenbrengen van kennis en praktijk de wisselwerking van zorgorganisaties met deze context verkennen. Ik richt me daarbij vooral op de langdurige zorg voor ouderen, gezien de maatschappelijke impact van deze zorg in de komende periode. Allereerst ga ik te rade bij deze zorgorganisaties. Ik benader ze als maatschappelijke ondernemingen en beschrijf mede vanuit het perspectief van de vergrijzing, de context waarin ze zich bevinden.

Daarbij zal blijken dat de context complex is en dat mythe en werkelijkheid dooreen lopen. In het tweede deel van deze rede werk ik de mogelijkheden uit, die burgers en zorgorganisaties hebben om hiermee om te gaan; en wel zodanig dat er ook op termijn nog zorg voor ouderen is die in maatschappelijke behoeften voorziet.

Een uitgebreide en gedocumenteerde tekst van wat ik aan de orde stel, is na afloop voor u beschikbaar.

Zorgorganisaties kunnen worden getypeerd als maatschappelijke ondernemingen. Het zijn private organisaties die zonder winstoogmerk een publieke functie vervullen met een aanmerkelijk maatschappelijk belang. Ze zijn ingebed in publieke verzorgingsarrangementen. Ze geven zorg op formele basis en leveren menselijke dienstverlening ("human services"). Hun kerntaak bestaat uit gerichte transactie tussen uitvoerenden en cliënten onder regie van centrale waarden van de organisatie, rekening houdend met de inbreng en de verwachtingen van cliënten.

Met de wind van de verzorgingsstaat in de rug, hebben zorgorganisaties voor langdurige zorg aan ouderen vooral na het invoeren van de AWBZ, een omvangrijke groei bewerkstelligd in volume en professionalisering.

Er is, naast de acute zorg, een domein van langdurige zorg ontstaan dat zich steeds meer gaat onderscheiden van acute zorg. Ouderen hebben daarin een steeds groter aandeel. Na een aanvankelijke dominantie van een medische en verpleegkundige oriëntatie zijn, mede door de komst van nieuwe typen professionele beroepsbeoefenaren en veranderende maatschappelijke opvattingen, nieuwe zorgconcepten ontstaan. Het is een ontwikkeling in het leidend principe in de zorg van professioneel handelen naar kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Steeds meer heeft zorg voor ouderen het karakter gekregen van "people sustaining": het voorkomen en tegengaan van achteruitgang in en instandhouden van kwaliteit van leven in latere levensfasen.

Zorgorganisaties zijn niet alleen maatschappelijke ondernemingen, maar hebben zich door de tijd ook maatschappelijk ondernemend gedragen. Vanuit hun eigenheid hebben ze door te ontwikkelen en vernieuwen aanmerkelijke bijdragen geleverd aan de maatschappelijke functie langdurige zorg

voor ouderen. Ze zijn de dragers van een in principe hoogwaardig stelsel van voorzieningen; of, met dank aan Schuyt en Schrijvers: “ze zijn de steunberen van onze kathedraal van zorg”.

Zorgorganisaties kennen echter nog een andere dimensie.

Om volume en stijgen van kosten in te dammen, is vanaf 1974 door de overheid een stringent beleid ingezet gericht op beheersen. Aanvankelijk door budgetteren en plannen en in het laatste decennium door zgn. New Public Management: beleid van de overheid voor publieke sectoren met kenmerken als marktwerking, vraagsturing, doelmatigheid, verantwoording en ondernemerschap; en als doel een publieke sector (en dus ook de zorg voor ouderen) niet alleen beheersbaar te houden, maar ook te dynamiseren.

Willen beheersen van volume in combinatie met toenemende vraag en zorgzwaarte als gevolg van vergrijzing vraagt om actieve regulering van toegang tot en aanbod van zorg. Het gaat om “people processing”: geënt op beschikbaar gesteld budget en volume worden zorgvragen bij de toegang voorzien van classificaties en labels, waarvoor vervolgens een passend aanbod is omschreven en vastgesteld, zowel naar niveau als prijs.

In de formele langdurige zorg voor ouderen is dit actueel in een actief door de overheid gereguleerd en geregisseerd beleid; bij de toegang rond wachtlijsten, indicaties, regionale budgetten en zorgfuncties. In het verlengde hiervan bij het aanbod in eigen bijdragen, het accepteren dat wat wordt geïndiceerd maar gedeeltelijk in zorg wordt gegeven (zgn. zorgkloof), en in het specifiek omschrijven en vaststellen van te verlenen zorg in bijvoorbeeld eerst individuele zorgarrangementen (IZA's), en toen die bleken te duur uit te vallen nu in zorgzwaartepakketten (ZZP's).

Bij beheersen en toenemende vraag leidt “people processing” onvermijdelijk tot verschraling. Deze is al jaren aan de gang en vooral zichtbaar geworden in de institutionele zorg voor ouderen, die de regie over het eigen leven hebben verloren en permanent afhankelijk zijn van intensieve zorg (i.c. zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen). Juist deze zorg is dan ook regelmatig onderwerp van politiek en maatschappelijk debat.

Dit beleid van beheersen en verschralen wordt doorgezet, waarbij de overheid een nieuwe dimensie introduceert: zij gaat verleggen. De contouren tekenen zich af.

Zorgfuncties worden in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bij gemeenten ondergebracht. Meer zorgfuncties zullen ongetwijfeld volgen. Cliënten zullen zelf meer moeten gaan betalen voor wonen en voeding.

Het verleggen gebeurt dus formeel naar gemeenten, zorgkantoren en -verzekeraars, en “waakhonden”. Binnen dezelfde randvoorwaarden van beheersen gaan zij verder met “people processing”, in nieuwe verhoudingen, met omvangrijke regelgeving en met nieuwe instrumenten als aanbesteden en contracteren. Tegelijkertijd krijgt het verleggen ook een morele dimensie. Het debat is geopend of verschralen niet eerder een uitvloeisel is van het functioneren van zorgorganisaties dan van op beheersen gericht beleid. Presteren zorgorganisaties wel voldoende? Werken ze wel efficiënt? Zijn ze wel voldoende ondernemend?

De wijze waarop zorgorganisaties de maatschappelijke functie vervullen wordt in het geding gebracht.

Als gevolg van dit beleid worden zorgorganisaties met hun eigenheid als maatschappelijke onderneming steeds meer onderdeel van een gereguleerde uitvoeringsorganisatie van publieke zorg. Daarmee zijn ze beland in een gesloten context. Volume, prijs en niveau van zorg worden in belangrijke mate door de uitvoeringsorganisatie bepaald.

Vervolgens kunnen zorgorganisaties onder voorwaarden dingen naar levering. Ze krijgen de positie van uitkeringsinstantie van gerantsoeneerde schrale zorg in natura binnen de uitvoeringsorganisatie.

Deze relatie van zorgorganisaties met hun context vraagt om nadere beschouwing.

Het neo-liberaal beheersingsdenken (New Public Management) suggereert afstand door de overheid en ruimte voor dynamiek. De feitelijkheid van het beleid is de gesloten uitvoeringsorganisatie. Gedacht en gedaan beleid lopen niet in de pas. Het leidt tot ambiguïteit binnen het beleid, maar ook in de relatie van zorgorganisaties tot het beleid.

Door z'n aard kan langdurige zorg geen markt zijn. Wat zich voordoet is dan ook geen marktwerking of gereguleerde marktwerking, maar publieke competitie: procedures van onderlinge wedijver tussen zorgorganisaties binnen een nog steeds publieke context waarin ze kunnen dingen naar het mogen uitkeren van gerantsoeneerde schrale zorg.

In de verhouding tussen publiek en markt blijft het zwaartepunt bij het eerste liggen. De overheid verlegt wel, maar de essentie van de context verandert niet. Langdurige zorg voor de oude dag blijft, om met De Roo te spreken, in handen van zaakwaarnemers: economen en bureaucraten van de uitvoeringsorganisatie.

De relatie van burgers met een zorgorganisatie is hierbij een afgeleide en niet een leidende.

Zorgorganisaties hebben een dubbele contractrelatie. Een primaire met de uitvoeringsorganisatie en een secundaire met de cliënt.

Voor burgers valt er weinig te kiezen. Er is geen vraagsturing; hooguit aandacht voor vraaggerichtheid. Bijvoorbeeld in recent instrumentarium als Toetsingskader van verantwoorde zorg. Hoewel waardevol, is relativering op zijn plaats. Het gaat immers om het borgen van een bodem in zorg die ik als schraal heb gekwalificeerd. De permanente dreiging door de bodem te zakken, blijft. Schraalhans blijft keukenmeester.

Ook het belang dat aan raadpleging van cliënten wordt gegeven doet er weinig aan af. Sinds "een boterham met tevredenheid" van De Swaan weten we immers dat wie weinig te kiezen heeft ook snel tevreden is. De echte impuls naar een hoger niveau van zorg zal er niet van uit gaan.

Van de aandacht voor doelmatigheid evenmin. Deze is gevat in prestaties en uitkomsten in kwantitatieve termen en bedrijfsmatig jargon als zorgproducten en productie. De essentie van zorg als vorm van dienstverlening wordt hiermee miskend.

Zachte aspecten van op "people sustaining" gebaseerde zorgconcepten vallen in deze benadering van doelmatigheid snel buiten de boot. Wat dit betreft, zijn de eerste aanbestedingen in de WMO niet hoopgevend. Gemeenten blijken vooral op volume en prijs te contracteren en minder op niveau van zorg. Bovendien leidt voortdurend korten op doelmatigheid onvermijdelijk tot het verder routineren en standaardiseren van zorg.

Ondertussen neemt de noodzaak om te verantwoorden toe. Want als je ruimte krijgt, moet je ook verantwoorden, zo is de redenering van het beleid. Die ruimte is er in werkelijkheid niet. De bureaucratische last van de uitvoeringsorganisatie neemt toe.

Dit alles werpt een interessant licht op het beroep dat op ondernemerschap wordt gedaan. De associatie met kansen en vernieuwing staat op gespannen voet met het beperkte speelveld van aanbesteden en contracteren van omschreven zorg in de uitvoeringsorganisatie.

In de typologie van "human services" heeft een bij dit laatste passende profiel kenmerken van verwevenheid met een selectiebureaucratie door selectie, procedures en hiërarchie, en van massadienstverlening door rationalisering, doelmatigheid en rendement, noodzaak tot leveren en de cliënt als afnemer.

Dit profiel is in het huidige functioneren van zorgorganisaties herkenbaar. Het verhoudt zich

moeizaam tot het profiel en de centrale waarden die de meeste zorgorganisaties voor zichzelf zullen formuleren: ondernemend in individuele dienstverlening met kenmerken als individualisering, afstemming op wensen en behoeften en de cliënt als partner.

Het is de spanning tussen uniformiteit en diversiteit.

Zelfbeeld en werkelijkheid zijn niet congruent. Er is aanleiding tot bezinning op situatie en perspectief.

In de gesloten uitvoeringsorganisatie is het ook nog onrustig. Er is stapeling van beleid en bestuurlijke drukte. De beleidsretoriek is ferm. Partijen lossen problemen binnen gestolde verhoudingen op.

Ondertussen is er door de vergrijzing een nieuwe generatie op komst die zeker op termijn een omvangrijk beroep zal doen op langdurige zorg; en ze zal dit doen vanuit andere kenmerken: een lange levensverwachting in vitaliteit, die meestal rond tachtig jaar overgaat in kwetsbaarheid en afhankelijkheid.

Het gangbare beeld van oud wordt hierdoor herzien. Velen zullen een periode van vitaliteit kennen van vijftien tot twintig jaar na het arbeidzame leven; een derde leeftijd, die wordt gevolgd door een meestal kortere vierde leeftijd die leidt naar het levenseinde.

Bovendien is deze nieuwe generatie gemiddeld beter opgeleid, is ze financieel in een betere situatie, is ze goed geïnformeerd, weet ze wat diversiteit is, en ze is gewend keuzes te maken. De nieuwe generatie zal, gezien de omvang van de groep in de derde leeftijd, het beeld van de samenleving en de langdurige zorg veranderen.

De komst van de nieuwe generatie laat zien dat zorgorganisaties hun context ook ruimer kunnen opvatten dan de gesloten uitvoeringsorganisatie: namelijk als het proces waarin levensloop en bestaan van burgers in de derde en vierde leeftijd vorm krijgen over een langere termijn. Dit is een omvattend en open proces van maatschappelijke verandering dat bepalend is voor de kwaliteit van leven van deze burgers en daarmee ook de kwaliteit van de samenleving.

Langdurige zorg heeft hierin een functie.

Dit proces van maatschappelijke verandering zal, zeker als er niets gebeurt, tot extra druk op zorgorganisaties leiden. De mate waarin, hangt af van hoe de relatie tussen hun formele zorg en de voor burgers belangrijke informele en maatschappelijke zorg zich ontwikkelt. Ontstaat kwetsbaarheid, dan komen zorgorganisaties in beeld met enkelvoudige of meervoudige zorg, meestal gekoppeld aan beschermd wonen en publieke financiële arrangementen.

Ontstaat afhankelijkheid en wordt de regie over het leven verloren, dan worden zorgorganisaties met samengestelde niet-planbare zorg in combinatie met daarop toegespitst wonen een bepalende factor in het bestaan van de afhankelijke oudere.

Maatschappelijke en informele zorg worden steeds meer vervangen door formele zorg met publieke bemoeienis (i.c. verpleeg- en verzorgingshuizen). Beroep op het scala aan zorg wordt smaller, maar wel dieper.

In dit proces zitten afwentelingmechanismen. Naarmate het scala aan zorg bij vitaliteit en kwetsbaarheid beter functioneert, wordt de druk op formele zorg bij afhankelijkheid voorkomen of uitgesteld. Daarbij is betaalbaarheid van zorg in het geding: maar ook de toenemende wens om de regie van het leven zo lang mogelijk zelf te behouden. Dat het hier om een groot vraagstuk gaat, mag blijken uit het feit dat er in de komende decennia 200.000 mensen met dementie bij komen. Een verdubbeling ten opzichte van nu. Zorgorganisaties hebben hun bereik te definiëren en zich af te vragen hoe er mee om te gaan. Bijvoorbeeld door het zodanig inrichten van hun zorg dat ze bijdragen aan het reguleren van deze druk.

Langdurige zorg is – het is eerder gesteld – gebaseerd op “people sustaining”. Het is een zachte

technologie. In deze zorg zijn opvattingen aan de orde van cliënten tot politiek en samenleving, omtrent wenselijk en goed, en het hetgeen behoort.

Hierdoor heeft de context een morele dimensie. Door beheersen en verschrallen is deze dimensie op de agenda gekomen; met name voor wat betreft de samengestelde zorg bij afhankelijkheid (zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen). Het blijkt uit politieke opvattingen, aandacht voor incidenten, analyses van hoe het in de zorg toegaat en indringende beschrijvingen vanuit persoonlijke betrokkenheid.

De morele dimensie gaat vooral over waardigheid; over of burgers die het betreft de zorg krijgen die zij zouden moeten hebben. Vooral burgers in de vierde leeftijd die afhankelijk zijn. Ze zijn toe aan de afronding van een leven waarin ze offers hebben gebracht en bijdragen geleverd. Vanuit moraliteit zouden ze aandacht en respect moeten verdienen, en zorg die aansluit op hun kwaliteit van leven; zorg die waardig is en omgeven met zorgzaamheid en zorgvuldigheid. Vanwege de betekenis die ze hebben (gehad), en vanwege de afronding van het leven zelf.

De schrale zorg die ze nu krijgen, voldoet hieraan niet. Het kost moeite dagelijkse persoonlijke en medische zorg op niveau te houden, en er zijn te weinig mogelijkheden voor menselijke zaken als aandacht, gesprek, gezamenlijke activiteiten, bedding in de gemeenschap en ruimte voor zingeving.

Met de komst van de nieuwe generatie wordt het vraagstuk van waardigheid pregnanter. Vanuit andere wensen en behoeften zal zij in afnemende mate genoeg nemen met de gerantsoeneerde en schrale zorg. Dit geldt voor de zorg die ze eventueel op termijn zelf zal ontvangen, maar nu al voor de zorg aan ouders of verwanten waar ze bij betrokken is.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat zo langzamerhand een apart domein van luxe private ouderenzorg ontstaat. Als dit zich verder gescheiden ontwikkelt van de schrale publieke zorg, dan ontstaat wat de samenleving altijd heeft gezegd niet te willen: tweedeling.

Zij die het zich kunnen permitteren gaan hun gang; voor de anderen blijft de geschetste publieke zorg. Diversiteit in wensen en behoeften wordt onvoldoende gehonoreerd, met name voor middengroepen, de hoofdstroom van de nieuwe generatie. Zij kunnen zich de luxe zorg niet permitteren en zullen met de schrale zorg geen genoeg nemen. De vraag is of de gescheiden ontwikkeling van publieke en private zorg zich gaat voortzetten, of dat het mogelijk is complementariteit tot stand te brengen.

Deze morele overwegingen maken langdurige zorg ook tot een maatschappelijk vraagstuk van morele aard: solidariteit. Het gaat over keuzes; bijvoorbeeld betreffende de kosten van publieke zorg in macro-economische kaders, de plaats van langdurige zorg in het maatschappelijk bestel, de balans tussen publiek, markt en burger, de wisselwerking tussen publieke en private zorg, wat waardige zorg is, en de verantwoordelijkheid van betrokkenen.

Er liggen hardnekkige dilemma's en botsende logica's in besloten. Ook zorgorganisaties hebben zich ertoe te verhouden.

Spiegelen van een zo complexe context aan de langdurige zorg voor ouderen roept vragen op over stand van zaken en perspectief. De discussie erover is vaak vervat in beelden en opvattingen, die verschillen afhankelijk van betrokkenheid en belangen. Wat de één daarbij als werkelijkheid ziet, ervaart de ander als mythe, en omgekeerd. Mythe en werkelijkheid lopen dooreen. Zo maar een paar statements:

De overheid stelt dat het goed gaat met langdurige zorg. Kosten worden beheerst en de Haagse tafel raakt schoon. De sector Verpleging en Verzorging ontwikkelt zich goed. Het gaat niet goed met de zorg in verpleeghuizen stellen betrokkenen tegelijkertijd in krantenartikelen en tv-uitzendingen, en dat komt mede door het beleid van de overheid.

De WMO is er vooral voor burgers, heeft de vorige Staatssecretaris steeds beweerd. In de meeste gemeenten zijn bij aanbesteding burgers niet in beeld en is er teveel bureaucratie, melden betrokkenen.

Zorgkantoren, zo zeggen ze, behartigen de belangen van de cliënten in de AWBZ. Een aantal van hen doen bij het contracteren vervolgens op voorhand percentages af van gedictieerd tarief. Helaas, er is niet meer budget.

Wij zijn ondernemers, horen we van zorgorganisaties. Anderen stellen daar tegenover dat veel zorgorganisaties zich vleien in de rol van slachtoffer van beleid.

Dit is niet de plaats om te bepalen wat mythe en werkelijkheid is. Er is in de sector een neiging om "in verhalen te wonen". Ze ontnemen zicht op het onbevangen verkennen van het perspectief van langdurige zorg voor ouderen. Liggen we op koers of moet eerst de wal het schip keren? Naar mijn opvatting geeft de voorafgaande beschouwing alle aanleiding voor zo'n verkenning. Ik ben er niet gerust op.

In het tweede deel van deze rede wil ik dan ook een aantal gedachten formuleren over een perspectief. Daarbij gelden als ijkpunten de noodzaak van meer waardige zorg en een leidende relatie tussen burgers en zorgorganisaties. Of ze mythe blijven of werkelijkheid worden, zal de toekomst uitwijzen.

De basis van zorg ligt, zeker in de langdurige zorg, immers in die leidende relatie. Hij is mede van invloed op het bestaan. In een samenleving waarin autonomie, diversiteit en keuzes het beeld bepalen, is een belangrijk publiek arrangement als langdurige zorg, echter nog steeds schraal, collectief en uniformierend van aard. Het staat geen leidende relatie toe. Dan ligt het voor de hand te verkennen wat de mogelijkheden zijn om het zwaartepunt wel meer bij de burger te leggen. Door dit te doen, ontstaat een interessant perspectief, waarin de uitvoeringsorganisatie kan worden ontsloten en voor zorgorganisaties méér mogelijkheden voor ondernemerschap ontstaan. Het schept ruimte voor de toekomst; rekening houdend met de financiële begrenzing die publieke zorg nu eenmaal heeft.

Of dit perspectief houdbaar is, bepalen burgers in de derde en vierde leeftijd mede zelf. Ze zullen verantwoordelijkheid moeten nemen voor de aansturing van de levensloop, teneinde vitaliteit zo lang mogelijk te handhaven en te anticiperen op mogelijke kwetsbaarheid en afhankelijkheid.

Het is een vorm van gezond en actief oud worden in brede zin. Niet alleen in het hier en nu, maar ook anticiperend op de mogelijkheid dat later misschien toch een beroep op langdurige zorg moet worden gedaan.

Maar ook door na te gaan of zelf kan worden bijgedragen; mede als voorschot op zelf gewenste goede zorg. Zo'n inzet benut hen als maatschappelijk kapitaal en draagt bij aan civil society.

Zo geven burgers in de derde en vierde leeftijd invulling aan burgerschap: individueel verantwoordelijkheidsbesef in combinatie met maatschappelijke bijdragen met alle daarbij behorende rechten en plichten. Niet alleen staan voor individualiteit en zelfbeschikking, maar ook voor vroegtijdig en verantwoordelijk handelen, zodat niet meer dan nodig een beroep op publieke langdurige zorg hoeft te worden gedaan. Veel burgers in met name de derde leeftijd zijn niet met dergelijke opvattingen bezig. Ouderdom is voor hen ver weg en van later zorg. Tegelijkertijd verwoorden ze wel dat zoals het nu toegaat in de zorg, zij het niet willen.

De latere jaren van het leven horen er ook bij. Ze kunnen niemand overvallen. Alleen door er tijdig op te anticiperen, kan zo lang mogelijk zelf worden beschikt en de regie over het leven worden behouden. Gebeurt dit niet, dan moet genoeg worden genomen met wat op termijn aan publieke langdurige zorg beschikbaar is. De garantie van een door de overheid verzorgde oude dag is er

steeds minder. Nu niets doen, is straks niet kunnen kiezen.

Verantwoordelijke burgers in een leidende relatie met zorgorganisaties moeten zelf zorg kunnen contracteren. Het vraagt om een instrument dat de werking van de huidige uitvoeringsorganisatie ontsluit en de inzet van publieke financiële middelen bij het contracteren mogelijk maakt. Het persoonsgebonden budget (PGB) bevat belangrijke elementen.

Door aanpassing kan de beoogde werking worden verkregen. Burgers in de derde en vierde leeftijd die langdurige zorg behoeven, ondergaan een inkomens- en behoeftetoets. Hebben ze vervolgens rechten, dan ontvangen ze tegoedbonnen voor zorg (vouchers), die ze kunnen inbrengen in het contracteren van zorg. De erkende zorgorganisatie verzilvert deze vervolgens bij de uitvoeringsorganisatie. Op deze manier ontstaat een individuele doeluitkering voor langdurige zorg aan ouderen met aanmerkelijke voordelen.

Verantwoordelijke burgers bekostigen dus in principe langdurige zorg zelf. Voor hen die dit onvoldoende kunnen, is er de individuele doeluitkering (vouchers) ter aanvulling tot een politiek te bepalen niveau van zorg, waarvan mag worden gehoopt dat het de kwalificatie "waardig" verdient. Burgers die bereid en in staat zijn extra middelen in te zetten, kunnen aanvullende zorg contracteren. Er ontstaat complementariteit in bekostiging en diversiteit in langdurige zorg.

De inzet van publieke middelen verandert van karakter. Geen gefixeerd niveau voor iedereen met eventueel eigen bijdragen, maar aanvulling tot een bepaald niveau voor hen die zich dit niet kunnen permitteren. Er vindt herverdeling van publieke middelen plaats, waardoor wordt bijgedragen aan solidariteit. Bovendien voorkomt het wat de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling noemt: "gelijkheid als vijand van rechtvaardigheid".

Wat begint, zo is de redenering, als een voorziening voor hen die het echt nodig hebben, wordt door het collectieve karakter al snel toegankelijk voor iedereen. Ook voor hen die het wél zelf kunnen betalen. Dit leidt tot extra druk, hogere eigen bijdragen, en daardoor het als eerste afhaken van hen voor wie de voorziening oorspronkelijk was bedoeld.

Deze methodiek geeft een heldere plaats aan op "people sustaining" gebaseerde langdurige zorg voor ouderen in de bezinning op de AWBZ. Revalidatie en behandeling en begeleiding kunnen naar de zorgverzekering. Voor de langdurige zorg ontstaat een onderscheidend domein voor verantwoordelijke en zelf contracterende burgers met inzet van private financiële middelen, individuele doeluitkeringen en eventueel nieuw te ontwikkelen verzekeringen. Scheiden van wonen en zorg kan hierbij worden betrokken.

Bovendien leidt het tot transparante verhoudingen. Politiek en overheid verantwoorden zich naar burgers over de hoogte van de individuele doeluitkering: zorgorganisaties naar wat zij leveren aan zorg. Partijen kunnen zich niet langer achter elkaar verschuilen; en het zal bureaucratie verminderen. Voor burgers die niet zelf kunnen contracteren, kunnen ondersteunende voorzieningen worden georganiseerd.

Zo wordt de uitvoeringsorganisatie voor langdurige zorg aan ouderen ontsloten en komt de overheid meer op afstand. Ze houdt verantwoordelijkheden. Niet alleen voor de individuele doeluitkeringen, maar ook voor toezicht op de kwaliteit van beroepsbeoefening en zorgorganisaties, en voor het op hoofdlijnen toezien op het beschikbaar en toegankelijk blijven van adequate voorzieningen voor zorg en wonen.

In het voorgaande is gebleken dat zorgorganisaties voor langdurige zorg zich in een complexe context bevinden: ambiguïteit over het zelfbeeld, een uitvoeringsorganisatie die een leidende relatie met de cliënt niet mogelijk maakt, een omvattend proces van maatschappelijke verandering rondom

ouder worden, en met dit alles verbonden morele vraagstukken.

In de gezondheidszorg wordt de relatie van zorgorganisaties met de context vooral toegespitst op plaats en functioneren van bestuurders waarbij steeds weer blijkt hoezeer deze worden bepaald door onduidelijkheid, keuzes, dilemma's en zoeken naar ruimte en koers. Er wordt gesproken over "nobeles wilden" en "verwarde managers". De situatie waarin ze zich bevinden en van waaruit ze besturen, wordt getypeerd als besturingsfuij.

Er is sprake van bestuurders die vanwege de uitvoeringsorganisatie veel moeten, die vanuit ambitie veel willen, maar die tegelijkertijd door de uitvoeringsorganisatie niet veel kunnen. Het vraagt om gemengd besturen: besturingsvormen met een meervoudig repertoire rond keuzes, rivaliteit en legitimiteit.

Het besturen vindt een neerslag in hoe deze zorgorganisaties zich door beïnvloeden en aanpassen tot de complexe context gaan verhouden. Het is het strategisch proces van de organisatie, die context, besturen en zorg en organiseren met elkaar verbindt. Het is gericht op voordeel en continuïteit. Voor zorgorganisaties als maatschappelijke ondernemingen is de inzet het toevoegen van maatschappelijke waarde. Het is dit proces dat nu verder maatschappelijk ondernemen of maatschappelijk ondernemerschap wordt genoemd. Het onderscheidt zich van de wijze waarop commerciële organisaties maatschappelijk ondernemen vaak gebruiken om hun sociale verantwoordelijkheid te benoemen; als maatschappelijk betrokken ondernemen; of als maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Acties in het strategisch proces van organisaties zijn meestal gericht op het ontwikkelen en exploiteren van een competitief voordeel in een bestaande situatie. Zo wordt continuïteit gevonden. Het is strategisch management, dat vooral bij grote organisaties is ontwikkeld, aanvankelijk als strategische planning, en later met een meer dynamisch karakter. Strategisch management roept vooral associaties op met méér van hetzelfde. Er zijn ook strategische acties die zijn gericht op kansen op toekomstig voordeel. Ze worden ondernemerschap genoemd en roepen vooral associaties op met het nieuwe. De aandacht voor deze acties is vooral ontstaan bij kleine organisaties, onder andere rond de persoon en de eigenschappen van de ondernemer en de wijze waarop kansen kunnen worden gezocht en omgezet in daadwerkelijk (toekomstig) voordeel. Beide typen acties kunnen respectievelijk exploiteren en exploreren genoemd. Om succesvol te kunnen zijn in een complexe context moeten in het strategisch proces beide typen acties complementair worden betrokken. Dan is sprake van strategisch ondernemen.

Er valt nog een dimensie aan strategisch ondernemen toe te voegen. Soms kan de ondernemende kant zo krachtig zijn dat tevens sprake is van strategisch leiderschap. Er komt een nieuwe strategische agenda of een transformatie in het strategisch landschap tot stand. Het kan gelden voor een organisatie maar ook voor een sector of branche.

Strategische acties van zorgorganisaties zijn nu vooral gericht op dingen bij aanbesteden en contracteren. De basis voor continuïteit ligt in het vermogen om op een succesvolle wijze hetzelfde of meer van hetzelfde in zorg te verwerven, danwel verlies te beperken. Onderscheidend vermogen tussen zorgorganisaties komt dan tot uiting in het tegemoet kunnen komen aan de eisen van de uitvoeringsorganisatie. In dit proces wordt binnen bestaande principes en werkwijzen van zorg gebleven. De strategische acties hebben de kenmerken van strategisch management en voegen weinig maatschappelijke waarde toe.

Natuurlijk zijn er ook strategische acties die bestaande principes en werkwijzen doorbreken en die daarmee vernieuwend zijn; bijvoorbeeld kleinschaligheid. Ze voegen maatschappelijke waarde toe, maar voor afzonderlijke zorgorganisaties bieden ze het weinig extra onderscheidend vermogen en



daarmee (toekomstig) voordeel, omdat het om een brede sectorale ontwikkeling gaat.

Het strategisch landschap is vlak. Er is een grote preoccupatie met strategisch management en een weinig bloeiend strategisch ondernemerschap, en daarmee ook weinig zichtbaar van strategisch leiderschap als extra dimensie. Wat er aan vernieuwing is, richt zich vooral op kwetsbaren en vernieuwing van bouw. Zorg voor afhankelijke ouderen komt er bekaaid af.

Ondertussen geeft de context alle aanleiding tot een méér dynamische opstelling. In het maatschappelijk proces van vergrijzing liggen kansen: de markt komt er aan. En ook de werking van de uitvoeringsorganisatie behoeft niet onbesproken te blijven. Hier lijkt strategisch leiderschap op z'n plaats. Het is opvallend hoe weinig zorgorganisaties of de branche hier op inzetten. Natuurlijk zijn er geluiden, maar ze zijn niet prominent in het politieke en maatschappelijke debat. Terwijl juist hier de voorwaarden liggen voor een langdurige zorg die aansluit op de centrale waarden van strategisch ondernemende zorgorganisaties.

De blik is wel naar "Den Haag" gericht, maar afwachtend of binnen de regels van het van daar uit opgelegde spel; niet anticiperend of bepalend. Door decennia van reguleren en beheersen is er, zo lijkt het, een vanzelfsprekendheid ontstaan dat het zo moet gaan. De dominante logica wordt niet meer ter discussie gesteld. Dat vraagt om het betreden van de politieke arena, zoals vanuit opvattingen over gemengd besturen bepleit. Het gebeurt weinig en de door Meurs bepleitte "lof der onaangepastheid" evenmin.

Of zorgorganisaties tot een meer ondernemende strategie kunnen komen, wordt mede bepaald door hun strategisch vermogen. Aanpassen aan de context is steeds een belangrijk aspect van hun strategie geweest. In een ondernemende strategie zal het er om gaan eigen energie en vermogens te mobiliseren en vanuit die mogelijkheden naar buiten te treden, kansen te zoeken en deze te benutten (resource based strategy).

De mogelijkheden van zorgorganisaties zijn echter beperkt. Door het aanpassen zijn ook zij schraal geworden.

Ondanks de besturingsfuik zullen bestuurders toch bewust kansen moeten zoeken en omzetten in daadwerkelijk anders doen op het raakvlak van uitvoeringsorganisatie en maatschappelijke verandering. Ze zullen ook een eigen spel moeten spelen.

Kansen liggen in het ontwikkelen van deze zorg met een méér leidende relatie als ijkpunt. Ze worden groter naarmate het lukt de uitvoeringsorganisatie te ontsluiten. Daar liggen de bevorderende voorwaarden voor een kanteling, waarbij wat nu nog kansen worden genoemd, straks het bepalende beeld van de langdurige zorg gaan worden.

Zover is het (nog) niet. Voorlopig gaat het om het door strategische acties ontwikkelen van zorg die een basis heeft in en aanvullend is op de bestaande zorg, met de potentie van beeld bepalend op termijn.

Twee richtingen van ontwikkeling zijn kansrijk; naar doelgroepen en naar gemeenschap.

Een zorgorganisatie kan op één richting inzetten en er zich op profileren, maar ook op beide.

In de ontwikkeling naar doelgroepen worden gegroepeerde wensen en behoeften onderkend en omgezet in aanbod van zorg, met een mate van individualisering of standaardisatie. Het groeperen kan zich beperken tot zorg, maar ook breder zijn, bijvoorbeeld naar leefstijl of behoeften aan coördinatie of continuïteit en worden gekoppeld aan wonen, diensten, of financiële regelingen. Het is een ontwikkeling naar variëteit in arrangementen die kunnen worden gevat in labels, merken of formules. Ze bevinden zich op het raakvlak van en zijn complementair in publieke en private zorg

en bekostiging. Meestal is er samenwerking met woningbouwcorporaties of andere vastgoedpartijen en zakelijke dienstverleners. De oriëntatie is richting markt. De strategie is “client-driven”. Maatschappelijk ondernemen wordt opgevat als het bedienen van cliënten.

In de ontwikkeling naar gemeenschap wordt zorg ingebracht en ingebed in de ruimtelijke en sociale omgeving. Het wordt tezamen met wonen en aspecten van informele en maatschappelijke zorg onderdeel gemaakt van een breed en integraal concept dat wordt toegepast in een wijk, buurt of andere ruimtelijke eenheid. De sociale omgeving wordt mede in het concept betrokken, door deelname van betekenisvolle organisaties, mobiliseren van vrijwilligers, gerichte activiteiten of gebruik van accommodaties. Samenwerking is vooral met woningbouwcorporaties, gemeenten en andere zorgaanbieders. Er is een variëteit aan publieke en private bekostiging. Zorg wordt niet alleen onderdeel gemaakt van de gemeenschap, het wordt ook als gemeenschap gezien. De oriëntatie is richting civil society: burgers en hun betekenisvolle organisaties. De strategie is “resource-driven”. Maatschappelijk ondernemen wordt opgevat als sociale participatie.

Strategische acties om zorg te vernieuwen, moeten leiden tot daadwerkelijk anders doen en daarmee (toekomstig) voordeel. Aangrijpingspunten liggen in zorgprogramma’s: consistente beschrijving voor een doelgroep van de wensen en behoeften aan zorg en in het verlengde daarvan van het zorgconcept en het zorgbeleid voor die doelgroep gedurende het traject van aanmelding tot beëindiging van zorg, eventueel door de keten van verschillende (samenwerkende) voorzieningen heen. Ze geven zorgprogramma’s duidelijke handvatten voor de organisatie van de zorg, de benodigde samenwerking en mensen en middelen, zowel naar werking als naar te behalen resultaat.

Zorgprogramma’s zijn “rijker” dan de instrumenten die binnen de uitvoeringsorganisatie in het kader van “people processing” voor bekostiging worden gebruikt (bijv. ZZP’s). Omdat ze een breed scala aan gearticuleerde wensen en behoeften als vertrekpunt nemen. Ze lenen zich voor een integrale benadering van zorg, kunnen in bredere arrangementen worden ingebracht, zijn een middel om met burgers te contracteren en kunnen in combinatie publiek en privaat worden bekostigd. Hoewel zorgprogramma’s veel potentie hebben voor het vernieuwen van zorg is het implementeren weerbarstig. Het zijn “comprehensive innovations” die vragen om een adaptieve benadering en steeds weer lokale implementatie.

In de zorgorganisatie is zorg ingebed in een configuratie van elementen, zoals de eigenheid als maatschappelijke onderneming, de positionering en de inrichting van de organisatie door o.a. wijze van besturen en structuren en processen. Deze elementen zijn afzonderlijk of in samenhang sterk in beweging en zijn daarmee belemmerende danwel bevorderende voorwaarden voor strategisch ondernemen. Oud en nieuw lopen sterk dooreen.

Dit geldt voor het ontwerp van de organisatie en voor vraagstukken van hybriditeit, waarbij oud en nieuw en publiek en privaat een plaats moeten krijgen ten opzichte van elkaar. Maar ook voor de professionele beroepsuitoefening, waarin de hoog opgeleide “klassieke” professionals zich opnieuw moeten positioneren en legitimeren; en de vaak laag opgeleide verzorgenden, die de kwalificatie professioneel ontlenen aan hun werkinstelling, door het dreigend tekort moeten gaan wennen aan meer informele zorg, vrijwilligers en mensen in een tweede carrière. Daarbij komt dat ook de governance volop in discussie is als het bijvoorbeeld gaat om kwaliteit van bestuur en toezicht, betrokkenheid van stakeholders en de rechtsvorm van de maatschappelijke onderneming.

Het meest relevant in deze beweging is echter de ontwikkeling van zorgorganisaties naar een grotere schaal door fusie, met krachtig staan in de uitvoeringsorganisatie en vermogen tot vernieuwen als

belangrijke argumenten. Ze ontwikkelen zich tot netwerkorganisaties.

Dit proces is niet uitgekristalliseerd en nog moet blijken of het op termijn een stollende danwel dynamiserende werking heeft. Blijkt het uiteindelijk toch vooral te gaan om strategisch management (méér van hetzelfde of beperken van verlies) of is het een vruchtbare bodem voor strategisch ondernemen.

En hoe blijven kleinere organisaties overeind. Slagen zij er in door verbanden met een lichtere binding kracht te genereren en “communities of innovation” te vormen?

Configuraties van zorg en organiseren zijn, mede in relatie tot de context, nog volop in beweging. Voor bestuurders is het een proces van spanningen creëren en reduceren gericht op nieuwe relaties met de context en passende nieuwe configuraties.

Het geeft richting aan een ontwikkelingsproces van zorgorganisaties, waarin stadia van op nieuwe principes en werkwijzen geënte passende configuraties worden doorlopen. Zorgorganisaties staan aan de rand van een nieuw stadium. Het brengt ambiguïteit met zich mee. Hun eigenheid als maatschappelijke onderneming en daarmee hun maatschappelijke functie is hierbij in het geding. Blijven ze uitkeringsinstanties van publieke zorg of worden ze strategisch ondernemende deelgenoten die maatschappelijke waarde toevoegen in een omvattend proces van verandering rondom ouder worden. Of de kanteling werkelijkheid wordt of een mythe blijft, is mede afhankelijk van hun vermogen de context te ontsluiten, de relatie met burgers leidend te maken en zorg en organiseren te vernieuwen. Hoe weerbarstig ook, de kansen zijn er. Bestuurders van zorgorganisaties hebben er een belangrijke rol in te spelen.

In deze rede heb ik gedachten aangedragen over stand van zaken en perspectief van langdurige zorg voor ouderen en de bijdrage die burgers en zorgorganisatie er aan (kunnen) leveren. Vraagstukken van samenleving, strategie en organisatie komen er in bijeen. Ze lenen zich voor verdieping en voor verandering, waarbij waardigheid van zorg en een leidende zorgrelatie als ijkpunten dienen. Om daar vanuit de bijzondere leerstoel aan te kunnen werken, moet er worden “gependeld”. Kennis en praktijk moeten worden verbonden en elkaar versterken. Dat kan door onderzoek, toepassing en reflectie op het raakvlak. Maar het kan ook door de universitaire context van de bijzondere leerstoel te verbinden met bestuurlijke netwerken in de zorg of maatschappelijke initiatieven, waarbij ik betrokken ben. Bij de laatsten denk ik aan Vereniging Het Zonnehuis, die zich inzet voor waardige zorg ([www.vereniginghetzonnehuis.nl](http://www.vereniginghetzonnehuis.nl)) en de beweging ILC Zorg voor Later, die wil bijdragen aan een goede maatschappelijke plaats van de generatie in de derde leeftijd ([www.ilczorgvoorlater.com](http://www.ilczorgvoorlater.com)). Door op deze verbindingen in te zetten wordt, naar ik hoop, bijgedragen aan een “community of innovation” voor langdurige zorg aan ouderen.

## **Mijnheer de rector, dames en heren.**

Het is een goede gewoonte om een inaugurele rede te besluiten met een dankwoord. Aan deze gewoonte wil ik me graag houden.

Het Bestuur van Vereniging Het Zonnehuis wil ik zeer danken dat het deze bijzondere leerstoel heeft gevestigd en mij als bijzonder hoogleraar heeft benoemd. En ook voor de gelegenheid die ze me geeft om mij naast het bijzonder hoogleraarschap vanuit de Vereniging in te zetten voor verbetering van zware zorg voor de meest afhankelijke ouderen.

Ik zie beide taken als een prachtige uitdaging en zal mij zeer inspannen om het vertrouwen dat er uit spreekt niet te beschamen.

Het College van Bestuur van de Vrije Universiteit ben ik zeer erkentelijk dat het de vestiging van deze bijzondere leerstoel en mijn benoeming heeft toegestaan. Het geeft een extra accent aan de reeds langer bestaande samenwerking van de Vrije Universiteit met Vereniging Het Zonnehuis.

Mijn erkentelijkheid gaat ook uit naar prof.dr. Bert Klandermans, decaan van de Faculteit Sociale Wetenschappen en prof.dr. Tom Elfring, tot recent hoofd van de afdeling Bestuur en Organisatie, voor de wijze waarop ze het initiatief van Vereniging Het Zonnehuis hebben ontvangen en zich hebben ingezet om het te verwezenlijken.

De hooggeleerden Tom Elfring, Leen van den Heuvel, Kees Knipscheer en Aad de Roo dank ik voor hun bereidheid zitting te nemen in het Curatorium van de bijzondere leerstoel en daarmee toezicht te houden op hetgeen de bijzonder hoogleraar er van maakt. Ik zie uit naar ons overleg.

Met de collega's van de afdeling Bestuur en Organisatie ben ik bezig kennis te maken. Ik kom zeer onder de indruk van de betrokken en hoogwaardige wijze waarop wordt gewerkt in onderzoek en onderwijs, en zie goede mogelijkheden voor een wisselwerking met de gezondheidszorg. Graag wil ik daar met hen aan werken.

De afgelopen periode heb ik samen met bestuurders en collega's van de Zonnehuis Groep en Vereniging Het Zonnehuis vorm mogen geven aan een omvangrijk proces van reorganisatie. Ik ben er van overtuigd dat we de organisaties goed hebben neergezet voor een toekomst in een turbulente ouderenzorg. Vanuit mijn nieuwe rol wil ik er graag nog enkele jaren bij betrokken zijn.

En dan is er natuurlijk mijn kleine familie die de bedding geeft om met dit alles bezig te zijn en die een aantal vandaag aan de orde gestelde thema's op een andere manier levend houdt.

Heel erg blij ben ik dat mijn zesentachtig jarige moeder hier vandaag aanwezig is en ook mijn tweede oratie kan meemaken. Weliswaar visueel enigszins gehandicapt, maar verder nog zeer vitaal. Samen beheren we een PGB en we blijven ons verbazen over de onnavolgbare wijze waarop instanties het ingewikkeld kunnen maken.

In Matthijs en Lot ervaar ik de professionaliteit in de gezondheidszorg. Jonge medische specialisten in opleiding, die inzet voor patiënten combineren met de ambitie om wetenschappelijk onderzoek op hoog niveau te verrichten. Als vader kijk ik er met grote bewondering naar en ik hoop er nog lang getuige van te mogen zijn.

En tenslotte Marijke: steun en toeverlaat in mijn inmiddels lange weg op het raakvlak van kennis en praktijk. Vanaf de middelbare school zijn we samen en wat mij betreft blijft dat nog lang zo. Samen

beginnen we aan de derde leeftijd, die weer nieuwe mogelijkheden geeft. Ik hoop dat we samen vitaal oud mogen worden en als er toch kwetsbaarheid of afhankelijkheid komt, dat er dan waardige zorg zal zijn.

Ik heb gezegd.