



Verantwoording van Langdurige Zorg: kan het anders?

*Op zoek naar nieuwe vormen van
verantwoording in de zorg*

Dr. Arienne van Staveren

Karin Runia, MSc

Oktober 2015

Uitgave

Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI)

Leuvenplein 15, 3584 LA Utrecht

www.lesi.nl

Dr. Arienne van Staveren

Karin Runia, MSc

In opdracht van:

ActiZ Organisatie van Zorgaanbieders

Drs. Gerdienke Ubels

© oktober 2015, LESI, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm, of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van LESI.

Inhoudsopgave

Deel 1. Aanleiding, onderzoek en context	5
1. Verantwoording van langdurige zorg: kan het anders?	5
1.1 Argumenten voor een andere vorm van verantwoorden.....	5
1.2 Politieke en maatschappelijke context	6
2. Een onderzoek naar externe verantwoording	8
2.1 Doel van de studie: op zoek naar een beter begrip	8
2.2 De onderzoeksvragen	8
2.3 Vier kernthema's.....	9
3. Onderliggende studies	10
3.1 Zinvol verantwoorden.....	10
3.2 Verantwoording en verantwoordelijkheid.....	10
3.3 Goede zorg.....	11
Deel 2: Vier Inzichten	13
4. Eerste inzicht: Verantwoording gaat over formele kaders én diepgewortelde persoonlijke betrokkenheid	13
4.1 Kijken naar zorg.....	13
4.2 Formeel en relationeel.....	14
4.3 Handvatten voor de praktijk	14
5. Tweede inzicht: Verantwoording gaat over belanghebbenden die zich tot elkaar verhouden.....	16
5.1 Stakeholder of belanghebbende?	16
5.2 Bewegredenen en belangen	16
5.3 Cliëntenbelangen	17
5.4 belanghebbenden en de organisatiecultuur	18
5.5 Persoonlijke en institutionele belangen	18
5.6 De specifieke rol van de inspectie als belanghebbende	19
5.7 Een dynamisch en complex krachtenveld.....	19
5.8 Samenwerken door investeren in de relatie.....	20
5.9 Handvatten voor de praktijk	21

6. Derde inzicht: Verantwoording heeft een werkbegrip: verantwoordelijkheid.....	22
6.1 Verantwoordelijkheid als moreel begrip	23
6.2 Handvatten voor de praktijk	25
7. Vierde inzicht: Verantwoording is een kwestie van afstemming en zelfsturing	26
7.1 Wat er allemaal mis kan gaan	26
7.2 Hoe het ook goed kan gaan: mooie voorbeelden van verantwoording door zelfsturing	27
7.3 Verantwoording door zelfsturing vraagt om zelfdisciplineren.....	29
7.4 Handvatten voor de praktijk	30
Deel 3: Vooruitzicht	32
8. Vooruitzicht: naar een nieuwe verantwoordingspraktijk	32
8.1 Verantwoording een werkbegrip	33
8.3 De logica van de passendheid	35
8.4 Hoe kan een nieuwe verantwoordingspraktijk er uit zien?	37
8.5 Tot slot	37
9. Bronnen	38
Bijlage A. Toelichting onderzoek.....	41
A.2 Een kopstudie op 3 deelonderzoeken	41
A.3 Over het onderzoekscluster.....	43
A.4 Het onderzoeksproces	43
Over LESI	46

Deel 1. Aanleiding, onderzoek en context

1. Verantwoording van langdurige zorg: kan het anders?

Medewerkers van zorgorganisaties geven aan dat hun motivatie om kwaliteit van zorg te verbeteren in de loop van de jaren stelselmatig is gefrustreerd. Steeds meer voelen zij zich in een spagaat komen omdat de praktijk van goede zorg en de verantwoording daarvan, steeds meer uit elkaar is komen te liggen. De huidige praktijk van meten en vergelijken is nodig maar is zo eenvoudig dat zij onvoldoende recht lijkt te doen aan wat cliënten, familie en de professionals zelf belangrijk vinden. Zij stellen zich de vraag: Zijn er andere wijzen van verantwoording mogelijk die recht doen aan beleefde kwaliteit en ervaren baat, en die bijdragen aan de ontwikkeling van zorg? In deze praktijkstudie zijn we op zoek gegaan naar werkzame inzichten die deze vraag en het debat erover munitie geven om tot een andere of een bredere kwaliteitsverantwoording te komen. De studie is een kopstudie op drie deelonderzoeken en is uitgevoerd als onderdeel van het Thematisch Werkprogramma Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn, geïnitieerd door brancheorganisatie ActiZ (2012-2015).

1.1 Argumenten voor een andere vorm van verantwoorden

Het betreft hier dus een studie over de wijze waarop kwaliteit wordt vastgesteld en verantwoord. De twijfel over de wijze waarop dit doorgaans gebeurt, wordt gevoed vanuit de volgende argumenten:

- Kwaliteitsmetingen zijn vaak eenrichtingverkeer en bedoeld om interne informatie op te halen ten behoeve van externe doelen;
- Kwaliteit wordt gemeten met behulp van externe prestatie-indicatoren, ervaren baat voor patiënten/cliënten blijft buiten beeld;
- Metingen laten een beeld zien van een werkelijkheid dat vaak niet ten goede komt aan de zorg zelf;
- Eigen belang domineert. Met een overheid die sinds de jaren '80 op grotere afstand is komen te staan van publieke organisaties zijn steeds meer partijen met eigen belangen

betrokken bij het bepalen en toetsen van de zorg: vertrouwen heeft plaats gemaakt voor accountability en controle.

Er is inmiddels wel al een andere beweging gaande. Met name de instellingen zelf zijn op zoek naar andere wijzen van verantwoord. Zo wordt de legitimatie van de dienstverlening steeds vaker regionaal belegd door de belangrijkste stakeholders van de instelling te betrekken bij het evalueren van de kwaliteit van de uitvoering.¹ Uitgangspunt is de geleefde werkelijkheid van de uitvoering in plaats van de papieren werkelijkheid van de beleidswereld. De geleefde werkelijkheid is een werkelijkheid die gaat over mensen: over patiënten, familieleden en zorgverleners, die verschillend zijn en verschillende behoeften en mogelijkheden hebben en niet passen in het format van statische indicatoren en afvinklijsten. De omstandigheden waarin zorg wordt geboden en wordt ontvangen zijn divers en veranderlijk. Patiëntgerichte factoren zijn bij uitstek situationeel. De vraag is: wat heeft hier nu zin, voor wie heeft dit betekenis? Ervaringen van cliënten, familieleden en professionals maken die betekenis zichtbaar, maar dan moeten ze wel aan de orde kunnen komen. Deze studie heeft kennis genomen van die praktijken en maakt zichtbaar dat kwaliteit een werkbegrip is. Zij gaat op zoek naar handvatten om tot een onderbouwde vorm van verantwoording te komen die recht doet aan praktijken: een verantwoording die rijk en betekenisvol is, maar tegelijkertijd ook inzichtelijk, navolgbaar en begrijpelijk.

1.2 Politieke en maatschappelijke context

Na jarenlang veelvuldige klachten over regeldruk in de zorg, verlies van kwaliteit en afvinklijsten schrijft staatsecretaris van Rijn in juni 2014 een kamerbrief over kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen. De nieuwe Wet Maatschappelijke Ontwikkeling is inmiddels gelanceerd evenals de Wet Langdurige Zorg waarmee de transitie en transformatie in de Zorg vanuit de overheid worden aangejaagd. Kwaliteit en verantwoording komen daarmee ook stevig op de agenda. Sinds de kwaliteitswet van 1996 was er weinig veranderd: het instrumentarium waarmee de zorg werd en wordt verantwoord baseert zich op meten aan de hand van formele indicatoren in plaats van het vaststellen van kwaliteit. Van Rijn maakt in zijn brief duidelijk dat een vereiste verbeteringslag alleen gemaakt kan worden als VWS en de

¹ Wetenschappelijke Advies Raad NVTZ (2014) *Tussen besturing en samenleving*

IGZ bestuurders aan zorgprofessionals en cliënten ruimte geven om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. Om die ruimte te kunnen innemen is het belangrijk om te onderkennen dat er verschillende discoursen zijn, die ingegeven zijn vanuit verschillende logica's. Deze verschillende logica's verwijzen naar de verschillende organisatieniveaus van zorg: uitvoering, management, bestuur en beleid en naar de verschillende partijen die betrokken zijn bij het bieden van zorg. Allen hebben zij een eigen zienswijze die terugvoert naar de identiteit, de taak en de regels en kaders die binnen de eigen (werk)context aan de orde zijn. Wij zien de volgende logica's:

- De *logica van de overheid* en haar richtinggevende beleid is vooral gericht op het beter zichtbaar en meetbaar maken van de geboden zorg: persoonsonafhankelijke kennis die goed beheersbaar en overdraagbaar is.
- De *logica van de zorgorganisaties* en hun uitvoeringsbeleid is vooral gericht op het brede welzijn van de cliënten en de tevredenheid van familie.
- De *logica van de professionals* die in de uitvoerende zorg werken, vertrekt vanuit de ervaring op de werkvloer en het contact met cliënten en baseert zich op persoonsafhankelijke kennis die minder goed beheersbaar en overdraagbaar is.
- De *logica van cliënten en familie* baseert zich op ervaren baat en de beleving van zorg in brede zin.
- De *(verschillende) logica's van stakeholders* zoals zorgverzekeraar of het zorgkantoor die kijken naar de relatie tussen rendement en betaalbaarheid, of de IGZ die vanuit eigen toezichtkaders kijkt.

Deze verschillende logica's staan niet los van elkaar. Zo wordt de logica van de stakeholders deels gestuurd door de logica van de overheid die de marges en de opdrachten bepaalt. Niettemin leiden de verschillende logica's tot verschillende definities van kwaliteit van zorg en tot verschillende opvattingen over verantwoording. De lijst is een grofmazige indeling en zal nog meer invalshoeken laten zien als we op de verschillende logica's inzoomen. De verschillende logica's worden gezien als formeel als het gaat over regels en protocollen en gezien als relationeel als het gaat over beleving en ervaren baat. Formeel en relationeel vormen het uitgangspunt voor deze studie naar interne kwaliteit en externe verantwoording. Het gaat niet om de vraag of het nu gaat om regels of om beleving, maar

om de vraag hoe we inzicht kunnen geven in de wijze waarop zorg tot stand komt vanuit het doel om tot een zorg te komen die deugt en deugd doet (Kunneman 2013).

2. Een onderzoek naar externe verantwoording

2.1 Doel van de studie: op zoek naar een beter begrip

Verantwoording wordt betekenisvol als de nu nog afgescheiden vormen van verantwoorden: formele en relationele verantwoording ('hard' en 'zacht') met elkaar worden verbonden. We zijn op zoek gegaan naar vormen van verantwoording die zowel recht doen aan de complexiteit van de zorg gezien vanuit de cliënt en de professional (zorgdiscours) als aan de vraag om objectieve kwantificeerbare gegevens (economisch discours). Dit nieuwe brede begrip van verantwoording staat centraal in deze kopstudie. De kopstudie baseert zich op inzichten uit drie deelonderzoeken waarin op zoek is gegaan naar een verantwoordingsbegrip dat recht doet aan kwaliteit van zorg.

2.2 De onderzoeksvragen

Door meer zicht te krijgen op de betekenis van verantwoording kunnen we tot een breder begrip komen. Een breder en meer genuanceerd begrip van verantwoording kan zorgorganisaties en externe verantwoordingspartners helpen om de dialoog met elkaar te voeren over hoe verschillende perspectieven te verbinden en over hoe kwaliteit beoordeeld kan worden om zo (on)mogelijkheden in beeld te brengen. Onderzoekers van de deelonderzoeken zijn in gesprek gegaan met alle betrokkenen om zicht te krijgen op wat in ieders ogen verantwoording eigenlijk is: met cliënten/bewoners en hun familie, professionals, bestuurders, toezichthouders, zorgkantoor en ketenpartners. We hebben hen gevraagd: Wat betekent verantwoording en waarom doen we het? We hebben gekeken hoe verschillende perspectieven samenhangen, elkaar versterken of verzwakken en wat het beeld is wat zij met elkaar laten zien.

De centrale vraag voor deze kopstudie is: **Op welke wijze kan verantwoording van zorg worden geboden die recht doet aan het complexe en meervoudige karakter van de zorg?**

De deelvragen zijn:

1. Hoe kan het gesprek met (lokale) externe stakeholders gevoerd worden op basis van kwalitatieve gegevens?
2. Welke input is uitgangspunt voor dit gesprek en hoe verloopt het proces van gezamenlijke betekenisgeving van de kwalitatieve en kwantitatieve gegevens? Hoe wordt een gezamenlijk verhaal of beeld gecreëerd?
3. Wat betekent het begrip 'verantwoording' als (ook) de kennis uit kwalitatieve bronnen hierin tot zijn recht moet kunnen komen?

2.3 Vier kernthema's

Met bovengenoemde vragen zijn we, zoals gezegd, gaan kijken naar drie deelonderzoeken waarop deze studie zich baseert (zie hoofdstuk 3). Uit deze deelonderzoeken hebben we de volgende vier kernthema's gedestilleerd:

1. Verantwoording gaat over formele kaders én diepgewortelde persoonlijke betrokkenheid;
2. Verantwoording gaat over belanghebbenden die zich tot elkaar verhouden;
3. Verantwoording kent een werkbegrip: verantwoordelijkheid
4. Verantwoording is een kwestie van afstemming en zelfsturing.

Aan de hand van deze thema's zijn nieuwe inzichten in verantwoording beschreven. Die inzichten zijn waarderend geformuleerd. Dat is niet zomaar: zo wordt geaccentueerd wat de mogelijkheden lijken te zijn voor een andere wijze van het verantwoorden van kwaliteit van zorg. In het rapport wordt elk thema afzonderlijk beschreven en toegelicht aan de hand van bevindingen uit de verschillende deelonderzoeken. Relevante theoretische begrippen helpen om de bevindingen te duiden en te begrijpen. Elk hoofdstuk wordt afgerond met handvatten voor de praktijk: hoe kun je als zorgorganisatie het kerninzicht benutten bij de verantwoording? De studie sluit af met een vooruitzicht. Dit hoofdstuk draagt handelingsperspectieven aan om het 'anders' denken over verantwoording in de zorg te ondersteunen en te stimuleren.

3. Onderliggende studies

Deze studie baseert zich, zoals gezegd, op drie deelonderzoeken over verantwoording van kwaliteit van zorg met elk een eigen invalshoek. Deze onderzoeken worden hier kort toegelicht. Voor een dieper inzicht verwijzen we naar de afzonderlijke onderzoeksrapporten (www.actiz.nl).

3.1 Zinvol verantwoorden

De eerste onderliggende studie is een onderzoek naar *zinvol verantwoorden* uitgevoerd door Bart Kars (2015). Het onderzoek maakt inzichtelijk hoe externe verantwoording door een zorgorganisatie wordt afgelegd, aan wie en hoe dat gebeurt en tot waar dat zinvol is. Het is een perspectiefstudie waarbij gekeken wordt wie of wat baat heeft bij de bestaande wijze van verantwoorden. Voor dit onderzoek is aan externe en interne stakeholders van zorgorganisaties, zoals zorgkantoor, zorgverzekeraar, inspectie, NZA, hoofd bedrijfsvoering en bestuur gevraagd wat zij verstaan onder kwaliteit van zorg. In die vraag is onderscheid gemaakt wat iemand als persoon ziet als kwaliteit van zorg en wat iemand als functionaris daar onder verstaat. De studie laat zien dat fricties zowel intra-persoonlijk (binnen de persoon) als op inter-organisatieel niveau plaats vinden. De opbrengst van deze studie is een palet van denkrichtingen en bevindingen: food for thought dat het denken van betrokkenen oprekt, bespreekbaar maakt en het maatschappelijk debat voedt door het zichtbaar maken van dilemma's, perverse koppelingen en paradoxen. De studie laat scherp zien hoe iedereen het denken over kwaliteit anders ziet. Zichtbaar wordt hoezeer we met lege handen staan om met die verschillen om te kunnen gaan. We hebben weinig tot geen repertoire om verschil te zien, te gebruiken en constructief om te buigen tot een gezamenlijke aanpak. De verschillen in dit onderzoek worden geduid vanuit het 3-werelden model (Donkers 2012), vanuit de Presentietheorie (Baart 2014); en vanuit het machtsdenken van Foucault (vertaald uitgegeven in 2014, oorspronkelijk 1984).

3.2 Verantwoording en verantwoordelijkheid

De tweede studie gaat eveneens in op dit verschildenken. Evelien Landsman (2015) onderzocht naar welke kennisbronnen verschillen tussen betrokkenen terugvoeren en

bekeek hoe deze kennisbronnen worden ingezet als argumenten voor verantwoording. Zij maakt een onderscheid tussen *verantwoording* en *verantwoordelijkheid* waarbij de eerste vooral functioneel wordt begrepen en de tweede gaat over het voelen van verantwoordelijkheid en een diepe emotionele verankering kent. Op basis van haar praktijkverkenning komt zij tot een dialoogmodel voor verantwoording waarin verschillende perspectieven diepgaand worden uitgewisseld en op elkaar betrokken. Leidend in haar onderzoek is het zoeken naar lerend vermogen, het oprekken van de handelingsvrijheid, aanhaken op wat mensen motiveert en betrokkenen leren inclusief te kijken. Zij spreekt over verantwoording in termen van bandbreedte waarbinnen leren kan plaatsvinden. Aanleiding voor haar onderzoek was dat zij vaststelde dat in managementteams van organisaties het gesprek over kwaliteit vaak al stuk loopt. De kampen lijken zich te verdelen tussen regelvreters en vrijvechters terwijl, mits goed gefaciliteerd, er inzichten en motieven op tafel (kunnen) komen die juist ook verbindend kunnen werken. Haar dialoogmodel helpt daarbij. Met het model kan er nieuwe taal gemaakt worden en kunnen betrokkenen tot een andere kwaliteitscyclus komen. De studie baseert zich op het gedachtegoed van Hans van Dartel: Het denken over goede zorg (2014), maar ook op Theory U van Scharmer (2008), de Presentietheorie van Baart (2014), het deep democracy begrip van Jitske Kramer (2014), de kennis over moreel beraad van Menno de Bree (2012) en de socratische dialoog⁹⁹ (Kessels, 1997). Maar ook het kwaliteitsbegrip van Henk Nies (Leichsenring et al, 2013) is een onderlegger van het model.

3.3 Goede zorg

De derde studie legt de focus naar binnen. Frieda van der Sloot (2015) heeft diepgaand, haast antropologisch, gekeken hoe verantwoording in de praktijk eruit ziet en stelt zich de vraag wat dan eigenlijk goede zorg is. Haar studie was in zichzelf een interventie. Door zo in de praktijk op zoek te gaan naar goede zorg kwam er een werkbaar zorgbegrip op tafel, dat gedragen wordt door alle betrokkenen en daarbij werkt als verbinder en aanjager van goede zorg. Het centrale thema daarin is: hoe neem je en breng je verantwoordelijkheid en ben je dat bewust, of anders: hoe maak je dat bewust? Zij constateerde dat we veel niet zien wat er op de werkvloer gebeurt en wat professionals doen. Zij reikt als het ware een ‘praktijk lens’ aan waarmee we leren zien, herkennen en uitbouwen wat de praktijk al in zich draagt.

Frieda baseert zich in haar onderzoek op thema's als vertrouwen (Voortman 2012) en menslievende zorg (Van Heijst 2005).

Drie deelonderzoeken met drie verschillende typen opbrengsten: food for thought, een gespreksmodel en een praktijklens. Deze studie licht deze opbrengsten niet verder toe, daarvoor verwijzen we naar de eigenstandige onderzoeksrapporten, maar is op zoek gegaan naar rode draden en handvatten voor de praktijk van besturen en verantwoorden. De opbrengst bestaat uit vier verbindende inzichten die terugvoeren naar vier kernthema's (hier boven al genoemd) om zorg breed te kunnen verantwoorden. In de volgende deel worden deze inzichten uitgewerkt.

Deel 2: Vier Inzichten

4. Eerste inzicht: Verantwoording gaat over formele kaders én diepgewortelde persoonlijke betrokkenheid

4.1 Kijken naar zorg

Vanuit de zorgethiek wordt zorg opgevat als een complexe praktijk met verschillende betrokkenen die allen hun eigen overwegingen hebben en eigen interpretaties geven van iemands zorgbehoeften.² Wat goed is en wat niet verschilt in de ogen van betrokkenen. Zorgen is, naast het geven van zorg, een manier van doen waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf.³ Verantwoording van zorg is in die zin gelaagd en verwijst via vakregels en behandelprotocollen uiteindelijk naar een binnenkant, een psychische constellatie. Niet alleen technische expertise en vaardigheden zijn de kern van een professie. Het draait daarnaast om een onafhankelijke professionele ethiek. Professionals, managers en bestuurders doen hun werk vanuit een doelmatige, planmatige en methodische aanpak, vanuit technische en/of vakinhoudelijk expertise, vanuit vakregels en protocollen, vanuit samenwerking en ervaring. Niettemin is het niet deze expertkennis die bepalend is voor wat een professional, manager of bestuurder ziet als goede zorg, maar de normatieve mentale modellen⁴ (persoonlijke besturing) die hij of zij hanteert. Dat betekent handelen vanuit bepaalde principes en waarden die in het werk belichaamd zijn. Om zorg breed te kunnen verantwoorden is het nodig om die ‘belichaamde’ manier van werken te bevragen. Wat moeten we ons daarbij voorstellen? Het gaat om zicht te krijgen op ervaring en doorleefde kennis. Bijvoorbeeld: Wat doen doorgewinterde managers als zij merken dat meer van hetzelfde niet meer toereikend is? Hoe herkennen professionals wat nodig en wat wenselijk is? Hoe zien en interpreteren bestuurders signalen en gedragingen? Hoe spelen zij in op belangenverschillen en onderstromen? Dit alles vraagt om een bredere kijk op zorg waarin de beleving van betrokkenen en de ervaring van hen die de zorg betreft, is meegenomen.

² Verkerk, M.(2003), *Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden* in Manschot, Van Dartel (red.) *In gesprek over goede zorg*: 177-190

³ Van Heijst, A. (2006), *Menslievende zorg, een ethische kijk op professionaliteit*

⁴ Houten, D. van (2006), *Professionalisering en arbeidsdeling* in *Journal of Social Intervention*, 15(2) p. 17-25

4.2 Formeel en relationeel

Verantwoording gaat dus ook, naast formele indicaties, over het bewustzijn op de eigen (persoonlijke) besturing: de persoonlijke factor. Het in beeld krijgen daarvan vraagt om reflectie, inzicht en een lerende houding. Dat zijn zaken die niet vanzelfsprekend zijn. Bovendien is verantwoording, gezien vanuit de persoonlijke factor, complex omdat het gaat om situaties die zich tekenen door ambiguïteit: we zetten onszelf voortdurend op een ander been en worstelen met individuele en collectieve belangen en we hebben persoonlijk andere opvattingen dan we functioneel (moeten) uitdragen.

De staande verantwoordingspraktijk besteedt nauwelijks aandacht aan de persoonlijke factor en de ambiguïteit die daar mee samenhangt. De wijze waarop kwaliteitszorg en verantwoording formeel belegd is, gaat voorbij aan de notie dat persoonlijke overwegingen en interpretaties linksom of rechtsom doorwerken in de kwaliteit van de zorg, zowel op uitvoerend niveau als voor management en bestuur. Zorgorganisaties hebben veelal geen handelingsrepertoire om op belevingsniveau te verantwoorden. Persoonlijke verantwoording is, als het er al is, los van de maatschappelijke verantwoording komen te staan. Niettemin maken geïnterviewden (intern en extern) bijna vanzelfsprekend het onderscheid tussen verantwoording als *toetsbegrip* (op basis van een externe formele norm, bijvoorbeeld financieel) en verantwoording als *werkbegrip* (op basis van intern gevoelde waarden, bijvoorbeeld zelfbeschikking).⁵ Hier zien we dat papieren werkelijkheid en geleefde werkelijkheid uit elkaar lopen. Doorgaans legt de visie van een zorgorganisatie wel de verbanden tussen waarden van zorg, de uitvoering in de praktijk, het formele toetsbegrip en haar strategische koers. Maar de geleefde werkelijkheid laat een nadrukkelijk tweedeling zien tussen toetsbegrip en werkbegrip. Het bewustzijn is er wel, maar instrumentarium ontbreekt.

4.3 Handvatten voor de praktijk

Verantwoording is dus een gelaagd proces met aan de buitenkant vakregels en behandelprotocollen en aan de binnenkant persoonlijke betrokkenheid en geëngageerdheid. Verantwoording vraagt derhalve om een inclusieve benadering van zowel formele kaders als

⁵ Indeling gebaseerd op interviews door B. Kars (2015) met leidinggevendenden van zorginstellingen, zorgkantoor, Nederlandse Zorgautoriteit en Inspectie voor de Gezondheidszorg t.b.v. zijn afstudeeronderzoek

diepgewortelde persoonlijke betrokkenheid. Verantwoording blijft zo bezien een moeilijk proces voor iedereen die betrokken is bij de cliënt en bij de organisatie waar hij voor werkt en die voor de opdracht staat twee werelden met elkaar te verenigen: het toetsingskader en het eigen handelen. Want hoe maak je die verbinding?

Uit de deelonderzoeken haalden we het volgende:

- Wat helpt is visie en reflectie in te zetten om het perspectief van verantwoording in het handelen te brengen. Een constatering die we vaak tegenkomen is dat er weinig aandacht en ruimte en vaardigheid is voor reflectie, waardoor het perspectief van verantwoording in het handelen ontbreekt. Maar we zien tegelijkertijd ook dat organisaties dit steeds meer onderkennen en aangeven meer ruimte te willen maken voor reflectie;
- We zien dat bewustwording van het handelen bij medewerkers, naast voldoening en inspiratie, ook verwarring of schaamte teweeg kan brengen. Verantwoording is geen kwestie van afvinken maar van onderkennen;
- In de zorgverlening is het lang niet altijd mogelijk om het handelen op te schorten en tijd te nemen om te kijken wat er speelt. Het anders organiseren van verantwoording, bijvoorbeeld in zelfsturende teams, leidt daarom niet vanzelf tot betere reflectie. Deze reflectieve verantwoording moet je structureel organiseren;
- Professionele vragen en dilemma's komen eerder op tafel in een setting die waarderend en lerend is;
- Perspectiefwisseling is behulpzaam voor het duiden van de betekenis van zorg voor cliënten en betrokkenen. Het opent handelingsmogelijkheden en creëert meervoudig bewustzijn. De ervaringen van het werken in multidisciplinaire teams laten zien dat als cliënten en externe belanghebbenden participeren aan kleinschalige kwaliteitsbijeenkomsten in de instelling en wanneer zij worden aangezet hun perspectieven te delen, dat er dan taal ontstaat om op een andere wijze naar kwaliteit te kijken. Dit methodisch te doen brengt samenhang en continuïteit in dit kijken;
- Het gaat er om beelden en woorden te vinden die aansluiten bij beleving, en ervaring, maar recht doen aan kaders en methoden.

5. Tweede inzicht: Verantwoording gaat over belanghebbenden die zich tot elkaar verhouden

5.1 Stakeholder of belanghebbende?

Tijdens de deelonderzoeken zijn we al gauw gaan spreken over ‘belanghebbende’ in plaats van ‘stakeholder’. Stakeholder is een diffuus begrip met meerdere definities die eenzijdig lijken te gaan over invloed uitoefenen en invloed ondervinden (positief en negatief). In het begrip belanghebbende klinkt een betrekking door. Een belang geeft namelijk ook afhankelijkheid weer. Invloed kun je over iemand uitstorten, maar wie een belang ergens bij heeft, zal zich ook tot de ander (moeten) verhouden. Dit onderscheid en het omarmen van het betrekkningsniveau in de keuze voor de term ‘belanghebbende’ adresseert de volgende vragen: Hoe zijn verantwoordelijkheden verdeeld in een zorgpraktijk? Hoe zien verschillende belanghebbenden hun bijdrage? Welke belangen en welke afhankelijkheden hebben zij? Welke posities nemen zij ten opzichte van elkaar in verantwoordingsrelaties in?

5.2 Beweegredenen en belangen

Bij verantwoording van zorg zijn er dus belanghebbenden die ieder vanuit hun eigen perspectief de zorg beoordelen en in het verlenen en organiseren van zorg bepaalde beweegredenen hebben op basis waarvan zij verantwoording afleggen. Deze beweegredenen spelen een grotere rol dan zo op het eerste gezicht lijkt. Zo zijn behandelaars eindverantwoordelijk vanuit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), en zijn zij gebonden aan specifieke beroepseisen. Hun verantwoording vindt plaats binnen dit perspectief en leidt tot een bepaalde handelingsgerichtheid. Bijvoorbeeld bij de inrichting van het elektronisch cliëntendossier (een dossier dat naast informatieverwerking de functie heeft van verantwoording aan elkaar, Kars 2015). De primaire oriëntatie van artsen en fysiotherapeuten, en daarmee de focus van verantwoording, is op medische problematiek. Deze oriëntatie is in hun beroepsbelang maar gaat ook ten koste van de aandacht voor de zorg in bredere zin (zorg als aandacht) of zoals vastgelegd in het zorgleefplan (zorg als welzijn) waarin het belang van verpleegkundigen en verzorgenden tot uitdrukking komt. De verschillende beweegredenen en belangen compliceren in dit geval de verantwoording.

Gaandeweg ontstond het beeld dat ook de kwaliteitstoetsing op zich een soort 'belanghebbende' is. Er kleven namelijk veel belangen aan de toets. We toetsen om de zorg voor de individuele cliënt / de bewoner te verbeteren; om beleidsmakers te informeren over welke zorg het waard is vergoed te worden; om de zorgprocessen in een instelling te verbeteren; om cliënten te ondersteunen bij de keuze tussen zorgaanbieders en om verzekeraars te helpen de juiste zorg in te kopen. Belanghebbenden zijn genoodzaakt afstemming te zoeken met andere belanghebbenden en zijn voortdurend op zoek naar vormen die adequater, beter en efficiënter zijn, onder meer door het nemen van lokale initiatieven.

5.3 Cliëntenbelangen

Binnen dit woud van belangen zijn zorgorganisaties volop op zoek naar andere vormen van kwaliteitstoetsing. Zo zijn er veel initiatieven om cliënten en familieleden meer en meer direct te betrekken bij het evalueren van kwaliteit, op een andere wijze dan dit met de CQ-index gaat. Zij nodigen cliënten bijvoorbeeld uit voor een interne audit of het multidisciplinair overleg op de afdeling vanuit het idee dat er waardevolle informatie is te verzamelen in de dagelijkse zorgrelatie. Bij cliëntenparticipatie en medezeggenschap is er echter ook iets ingewikkelds aan de hand: we vragen cliënten feedback te geven op de mensen en het systeem waar zij afhankelijk van zijn. De verschillende doelen van cliëntenparticipatie, zoals eigen belang en collectief belang, interne kwaliteitsontwikkeling en externe verantwoording lijken te conflicteren en het is niet altijd duidelijk wanneer nu wat precies geëvalueerd wordt. Misschien is dat ook niet erg. Geïnterviewden gaven aan dat de activiteit van evalueren met cliënten en daarvan leren voor hen al een hele opbrengst is. Niettemin vragen de verschillende doelen ook om zorgvuldigheid en een doorlopende afweging binnen de zorginstelling: voor wie doen we dit? Wie heeft er belang bij? Belast of schaadt deze vraag de cliënt? Hoe staat het met loyaliteit en afhankelijkheid van cliënten en familie ten opzichte van ons? Willen we als zorginstelling iemands persoonlijke omstandigheden doorvertalen in onze verantwoording? De nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) stuurt aan op de versteviging van de relatie tussen cliënt en professional. Er zijn allerlei initiatieven en pilots die het cliëntbelang voorop stellen. Maar wat werkt en deugd doet, moet de praktijk nog uitwijzen. Pasklare antwoorden hebben we nog niet gevonden.

5.4 Belanghebbenden en de organisatiecultuur

Naast belangen speelt ook de cultuur van de organisatie een cruciale rol. De cultuur internaliseert en routiniseert belangen en maakt ze vanzelfsprekend. In een gesprek met bestuurders van zorgorganisaties vertelden zij dat medewerkers en familieleden zich bijna altijd voegen naar de cultuur van de zorginstelling. *“Voor je het weet vraagt de familie van een nieuwe bewoner hoe laat ze binnen moeten zijn!”* In een zorginstelling, zoals in elke organisatie, zijn er allerlei interne, meer of minder ongeschreven, regels die bepalen wat goed is en wat niet. Het primaire proces heeft op basis van die cultuur in de tijd onbewust een eigen systematiek ontwikkeld dat onbedoeld van invloed is op kwaliteit en verantwoording. Maar sinds kwaliteit en verantwoording zo belangrijk zijn geworden, spelen het instrumenteren van verantwoording (doorgaans via checklijsten) en als reactie daarop de grote kritiek vanuit het werkveld op de verantwoordingssystemen een grote rol binnen zorgorganisaties.⁶ De eigen cultuur en de opgelegde verantwoording zijn twee systemen die op elkaar inwerken. Ook deze dynamiek nemen we mee in ons begrip van verantwoording.

5.5 Persoonlijke en institutionele belangen

Een ander punt van kritiek van zorgorganisaties is de wijze waarop gecertificeerde kwaliteitsschema's zoals HKZ of ISO, of een CQ index zorgorganisaties over één kam scheren door generieke indicatoren te hanteren die geen recht doen aan specifieke praktijken. De wereld om organisaties heen wordt in deze schema's beschouwd als een massief enkelvoudig verantwoordingsveld waarin er weinig institutionele aandacht is voor de verschillende perspectieven van belanghebbenden. De wet laat op dit punt echter veel meer ruimte toe dan in de praktijk wordt ingevuld. Niettemin gaan zorgorganisaties bijna allen mee in de regels en richtlijnen die de kwaliteitsschema's hen opleggen. Zorgorganisaties durven die ruimte niet goed te pakken of zijn niet op de hoogte van de ruimte die er is. De dominante manier van verantwoorden wordt dus ook door zorgorganisaties zelf in stand gehouden. Op persoonlijk niveau is men zich veel bewuster van de grote verschillen tussen de belanghebbenden en de spanningen tussen individu en systeem. Individuele zorginkopers maken een onderscheid tussen wat zij als mens en vanuit hun functie denken en doen. Het

⁶ Hart, W. (2012), *Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling*

‘grote’ zorgkantoor, de instelling of de zorgverzekeraar zijn geen representatie van de individuele mensen die er werken.

5.6 De specifieke rol van de inspectie als belanghebbende

De inspectie IGZ speelt in dit grote spel van belanghebbenden een hele specifieke rol. Zij is de tegenspeler, de scheidsrechter van het systeem. De wijze waarop de inspectie haar rol pakt, wordt door zorgverleners en leidinggevendenden als vluchtig en te smal ervaren voor het goed kunnen beoordelen van de (geboden en ontvangen) zorg. In de ogen van het werkveld reduceert de inspectie de dagelijkse praktijk tot indicatoren die maar een relatief klein deel uitmaken van de geleefde werkelijkheid. Er is een groot verlangen uit het werkveld om de invloed van cliënt en professional te vergroten en in lijn met de Wet langdurige zorg (Wlz) nadruk te leggen op de relatie tussen cliënt en zorgverlener. De instellingen hebben in deze visie, naast hun maatschappelijke verantwoording, primair verantwoording af te leggen aan cliënten en naasten. De andere partijen zouden hier dienend aan moeten zijn. In dit scenario spelen Wlz-uitvoering en controle (lees inspectie) een bescheiden rol en zien er bijvoorbeeld op toe dat zorgaanbieders gekwalificeerd zijn.⁷ Maar vooralsnog is dit een droom.

5.7 Een dynamisch en complex krachtenveld

De belangen en afhankelijkheden in het zorgsysteem blijken veel complexer te zijn dan wat wij doorgaans aannemen. Zo blijken lokale zorgverzekeraars naast kritische ketenpartner waar je vooral last van hebt ook een betrokken gesprekspartner te kunnen zijn. Huisartsen spelen voor veel verpleeghuizen een fundamentele rol bij de toeleiding van de verpleegzorg maar worden vaak niet gezien als belanghebbende in de keten. Verpleeghuizen investeren dan ook nauwelijks in de verantwoording naar (hun) huisartsen. Verantwoording heeft in het lokale netwerk vooral een normerende invulling.

Met de nieuwe vormen van verantwoording van kwaliteit, waarbij de legitimatie en evaluatie van de zorgverlening steeds vaker in de omgeving van de zorginstelling wordt belegd, moeten zorgbestuurders de betrokken veldpartijen veel beter leren verstaan. Verantwoording is feitelijk en praktisch een gedeelde zorg geworden die vraagt om

⁷ Landsman, E. (januari 2015), Eerste inzichten afstudeeronderzoek

vergaande samenwerking en een relationele benadering. Maar bij die ambitie ervaren de zorgorganisaties ook tegenstrijdige gevoelens. Men wil als maatschappelijke organisatie open en transparant in de samenleving staan, vraaggericht en waardegericht. Maar men wil ook weten wat anderen doen met de (contexteigen en privacygevoelige) verhalen en informatie. De vraag om vertrouwen en de behoefte aan controle staan op gespannen voet met elkaar. De rol van het zorgkantoor wordt daarin als overheersend ervaren.⁸

Het krachtenveld van belanghebbenden en hun onderlinge relaties is dynamisch en complex. Recente ontwikkelingen in decentraal beleid, scheiding van zorg en wonen en een scherpe marktwerking maken het verhaal nog veel complexer. Maar zorgorganisaties leren steeds beter hoe zij dit krachtenveld kunnen bespelen. Het is voortdurend meebewegen en profileren, onverstoortbaarheid en veranderkracht organiseren, vernieuwen en behouden: marktwerking vraagt om ondernemerszin maar maakt ook behoedzaam. Transparantie is noodzakelijk maar kan ook vertekenen. De veelheid van informatie waarin zorgaanbieders hun weg moeten vinden, kent in toenemende mate afhankelijkheid van informatie van derden. En *last but not least* binnen al deze krachten moeten partijen ook nog leren samenwerken (van Staveren 2007).

5.8 Leren samenwerken

Samenwerken met partners is vaak erg ingewikkeld. De samenwerking van de zorginstelling met de gemeente in het kader van AWBZ en Wmo wordt gedomineerd door strategische agenda's van beide kanten. De collega-instellingen zijn naast zorgpartners meer en meer concurrenten van elkaar in de wijk. Kwaliteits-verbeterprogramma's van het zorgkantoor wordt in veel gevallen niet uit (alleen) kwaliteitsoogmerk uitgevoerd maar tevens om de onderlinge relatie niet te beschadigen. Zorgbestuurders investeren op een specifieke manier in hun samenwerkingspartners waarbij het primair niet gaat om het regelen van de communicatie (hoe leren we elkaar beter kennen en verstaan?) maar om het regelen van de positie (hoe ver laat ik hen binnen in mijn organisatie?). Eigenlijk zeggen de zorgbestuurders: de mate waarin de kwaliteit van onze zorg zichtbaar is, wordt bepaald door een specifieke verhouding tussen vertrouwen en transparantie, ingebed in een ragfijn politiek spel van

⁸ Landsman, E. (januari 2015), Eerste inzichten afstudeeronderzoek

belangen en afhankelijkheden. Binnen dat spel moeten wij leren elkaar te vinden. We willen wel samenwerken maar weten niet goed hoe dat te doen.

5.9 Handvatten voor de praktijk

Alle betrokkenen hebben dus bij het verlenen en organiseren van zorg eigen beweegredenen op basis waarvan zij verantwoording afleggen. Op individueel, persoonlijk niveau worden de differentiaties wel herkend. Maar op collectief niveau staan de verschillende belangen en de wederzijdse afhankelijkheden een goede uitwisseling en samenwerking in de weg. Hoe geef je in dit krachtenveld van belangen vorm aan de verhouding tussen vertrouwen en transparantie? De volgende inzichten kunnen daar behulpzaam bij zijn:

- Realiseer je allereerst dat de balans tussen vertrouwen en openheid niet alleen speelt in de samenwerking met externe partners maar ook van invloed is op het interne systeem van verantwoording. Het zicht krijgen op beweegredenen, belangen en afhankelijkheden helpt om het ragfijne spel te spelen in een complex en dynamisch krachtenveld.
- Naarmate het interne verantwoordingsstelsel beter georganiseerd is, kan de externe verantwoording daar meer op vertrouwen.⁹
- Om te komen tot betekenisvolle verantwoording is het voeren van een dialoog cruciaal. Deze dialoog kan ondersteund worden door bijvoorbeeld statistische informatie die tijdens het gesprek diepgang en kleur kan krijgen.
- Het aangaan van een dialoog sluit goed aan bij de behoefte van professionals om over zorg in gesprek te gaan en biedt de mogelijkheid het vertrouwen te blijven versterken. Ook als er calamiteiten of incidenten zijn.¹⁰
- Samenwerken is geen vanzelfsprekendheid maar een leerproces dat vraagt om specifieke deskundigheid, begeleiding en investeren in tijd, aandacht en middelen.

⁹ NVTZ, Commissie Toezien met Hart voor de Zaak (2014), *De vrijblijvendheid voorbij. Bouwstenen voor goed toezicht in zorg en welzijn*

¹⁰ Sloot, F. van der (januari 2015), Concept afstudeeronderzoek

6. Derde inzicht: Verantwoording heeft een werkbegrip: verantwoordelijkheid

In dit gedeelte gaan we dieper in op het begrip verantwoording aan de hand van het begrip ‘verantwoordelijkheid’. Verantwoordelijkheid zijn we werkendeweg gaan herkennen als een werkbegrip voor verantwoording. Een werkbegrip dat verwijst naar processen, beelden en waarden die aan de basis liggen van *betekenisvolle* verantwoording.¹¹ Een eerste notie is dat een kwaliteitssysteem op zichzelf geen verantwoording is omdat er een relatie met een forum ontbreekt. Systemen, benchmarks, tevredenheidonderzoeken, e.d. bieden zorgorganisaties de mogelijkheid om informatie over het eigen optreden te verzamelen, maar het wordt pas verantwoording wanneer je de informatie uit deze onderzoeken verstrekt aan anderen en daarbij tekst en uitleg geeft. Tweede notie is dat medewerkers *verantwoording* zien als plicht: de taken en bevoegdheden waarvoor je bent aangenomen. Daarentegen zien zij *verantwoordelijkheid* als vanzelfsprekend onderdeel van de eigen professionaliteit. Eerder hebben we gesproken over het verschil tussen verantwoord en als toetsbegrip en als werkbegrip. Bij het *toetsbegrip* wordt het handelen getoetst op basis van een standaard. Zo mogelijk worden de uitkomsten van deze metingen gegeneraliseerd tot gemeenschappen. Hierbij lijkt de context waarin de uitkomst gemeten is er minder toe te doen. Deze verantwoording is te duiden als ‘ter verantwoording worden geroepen’.¹² Medewerkers spreken hier van *verantwoording*. Bij het *werkbegrip* verschijnt de term *verantwoordelijkheid*. Verantwoordelijkheid is iets wat ‘er gewoon bij hoort’ en waarbij het vanzelfsprekend is dat over de geleverde prestatie toelichting en uitleg wordt gegeven: medewerkers zien dat niet als ‘formele verantwoording’. Verantwoordelijkheid is in de beleving van medewerkers echt iets anders dan verantwoording: het is onderdeel van de samenwerkingsrelatie en past binnen een proces. Verantwoordelijkheid gaat terug naar eigen waarden terwijl formele verantwoording gaat over de door ‘anderen’ opgelegde regels en protocollen. Verantwoordelijkheid zien we als werkbegrip voor verantwoording en kent een morele grondslag.

¹¹ Verantwoordelijkheid en zinvolheid zijn kernbegrippen in de drie deelonderzoeken

¹² Sloot, F. van der (januari 2015), Concept afstudeeronderzoek

6.1 Verantwoordelijkheid als moreel begrip

Verantwoordelijkheid is een moreel begrip, verantwoording is een zakelijk begrip.

“Verantwoordelijkheid neem je, vertrekt bij jezelf en gaat uit van waarden; verantwoording leg je af, vertrekt vanuit kaders en gaat uit van normen”.¹³ Toch is deze onderscheiding niet altijd vanzelfsprekend of eenduidig. Verantwoordelijkheid als moreel (ethisch) begrip kent een range van betekenissen: van de als plicht erkende zorg voor de ander (geappelleerd, bezorgd) tot verplichtende verantwoordelijkheid (juridisch, protocollair).¹⁴ En de begrippen grijpen in elkaar: de verschillende (morele) betekenissen van verantwoordelijkheid liggen aan de basis van verantwoording zowel in formele als relationele en persoonlijke zin. In de praktijk leveren de twee begrippen andere, elkaar aanvullende informatie op. Maar dat betekent niet dat we ze op een hoop kunnen gooien en vertalen in meetinstrumenten voor zowel interne kwaliteitsverbetering als externe verantwoording.¹⁵ Om dat duidelijk te maken gaan we terug naar de relatie interne kwaliteit en externe verantwoording en de logica van een zorginstelling.

De logica van een zorginstelling is gebaseerd op specifieke taken in een specifieke context met cliënten en verzorgenden. De daar opgedane ervaringen bepalen voor een belangrijk deel wat men als kwaliteit ervaart. Wat als interne kwaliteit wordt beleefd kan botsen met de wijze waarop externe verantwoording (een andere logica) dient te worden afgelegd. De logica van het externe kwaliteitssysteem is gebaseerd op wettelijke regels en normen. Het is algemeen geldende kennis. Lang niet altijd herkent de instelling zichzelf in deze regels en normen. De controle en de rapportage leiden dan niet tot interne verbetering maar tot vervreemding van het formele systeem. Er is een mismatch tussen beide logica's. Laat staan dat er sprake is van leren. Het begrip verantwoordelijkheid, als moreel begrip, kan mogelijk een brug slaan tussen de formele karakter van verantwoording om te komen tot een inclusief wreekbegrip. In dat werkbegrip voor verantwoording is verantwoordelijkheid

¹³ Sloot, F. van der (januari 2015), Citaat uit concept afstudeeronderzoek

¹⁴ Van Heijst, A. (2005), *Menslievende zorg, een ethische kijk op professionaliteit*

¹⁵ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004), *Bewijzen van goede dienstverlening*

intersubjectief: anderen stellen mij verantwoordelijk, ik ben iets verplicht ten opzichte van de ander en die aanspraak bewerkt iets bij mij.¹⁶

Verantwoordelijkheid als intersubjectief begrip sluit aan bij het beeld dat medewerkers hebben van verantwoording. Verantwoording kan worden opgevat als ‘het antwoord weten’. Maar in de praktijk is dit niet het geval. Verantwoorden gaat over samenwerkende en naar antwoorden zoekende mensen. Iedere praktijk kent als het ware een morele landkaart¹⁷ waarop verantwoordelijkheden zijn beschreven, verdeeld en toegeschreven op basis van bepaalde normatieve verwachtingen die mensen van zichzelf en elkaar hebben. Deze komen tot uitdrukking in het handelen. Verantwoorden dwingt je om bewust te handelen en om jouw verantwoordelijkheden, als die botsen met die van een ander, ter discussie te stellen. Het is bijvoorbeeld in de wisselwerking met een cliënt of een collega dat een medewerker zicht krijgt op zijn waarden en op de wijze waarop de ander in zijn handelen doorwerkt. Als je dat weet is verantwoording niet zozeer het antwoord op een vraag van anderen, maar het resultaat van een kwaliteitsvraag aan jezelf: hoe het goede te doen voor de ander? Daarbij staat de relatie tussen cliënt en zorgprofessional centraal. Het is daarom opvallend dat het persoonlijk functioneren en de persoonlijke betrokkenheid van de medewerkers bijna geen issue is in de (externe) verantwoording. We constateerden dit ook al bij het eerste inzicht.

Op basis van het ‘werkbegrip verantwoording’ ontstaat het beeld van een verantwoordingsproces dat zich primair ontwikkelt in de wisselwerking tussen de cliënt en de professional. Verantwoording tussen mensen in zorgorganisaties (intern en extern) is intersubjectief is en appelleert aan hun aanspreekbaar zijn. Verantwoordelijkheid nemen is het resultaat van dit proces en leidt tot een versterkt kwaliteitsbewustzijn (Baart 2015). Verantwoording afleggen staat dan niet meer op zichzelf maar is een toegevoegde waarde. Deze bevinding sluit aan bij een procesmatig begrip van verantwoorden, waarbij het niet zozeer gaat om de uitkomst van de overwegingen maar om het cultiveren van de

¹⁶ Van Heijst, A. van (2005), *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement. p. 294-295

¹⁷ ‘De morele landkaart’ is een zorgethisch begrip van Walker (1998)

mogelijkheid en de vaardigheid om zich telkens opnieuw rekenschap te geven.¹⁸ Wat de effecten kunnen zijn van dit verantwoordingsproces is beschreven in de volgende paragraaf.

6.2 Handvatten voor de praktijk

Hoe vergroot je de verantwoordelijkheid van mensen die betrokken zijn bij de zorg?

- Primaire voorwaarde is een werkomgeving waarin persoonlijk aanspreekbaar zijn een vanzelfsprekend werkprincipe is;
- Je kunt geen cultuur installeren, maar wel sturing geven aan sociale interactie en het onderhouden van waarden. Zorg dat medewerkers elkaar kennen en aan het werk zien. Spreek elkaar letterlijk aan. Bouw aan veiligheid in teams. Organiseer ontmoeting en gesprekken met cliënten en familieleden. Vertel praktijkverhalen in gesprekken met verantwoordingspartners en destilleer van daaruit gezamenlijk de waarden;
- Waarden kleuren mee met de mensen die het betreffen. Wat mensen ervaren en beleven in een zorginstelling maakt van een zorgvisie een cultuur in uitvoering. Het is een vloeibare cultuur. Met ingrediënten die keer op keer beproefd worden op hun werkzaamheid. Dat is niet zwak maar juist krachtig: zo krijgt de visie op zorg een aanscherping. Als dat niet gebeurt, raken de principes verstard en wordt de visie uitgehold.

¹⁸ Jerak, S. (2011), *Narratieve vormen van verantwoording in de ouderenzorg*

7. Vierde inzicht: Verantwoording is een kwestie van afstemming en zelfsturing

Zorgorganisaties hebben interne weerstanden bij het extern verantwoorden van de zorgverlening. Het zijn de van buitenaf opgelegde vormen van verantwoording die op de werkvloer en op managementniveau als complex en tijdrovend en belastend worden aangemerkt. Medewerkers geven aan dat de verantwoording te weinig rendement oplevert voor de interne kwaliteitsverbetering. Er is behoefte aan verantwoordingsvormen die lerend van aard zijn, die recht doen aan de eigen context en meer ruimte geven aan maatwerk in de zorg. Om te weten of het anders kan, is de vraag relevant wat de behoefte aan meer inhoudelijke en gedragen verantwoording (in de zin van verantwoordelijkheid) dan belemmert.

7.1 Wat er allemaal mis kan gaan

Op uitvoeringsniveau volgen zorgverleners en leidinggevenden verantwoordingsregels zoals hen dat gevraagd wordt om te doen. Er bestaat eenvoudig niet de ruimte in tijd en beleving en cultuur om daar van af te wijken, ook al groeit het onbehagen en het onbegrip.

Medewerkers volgen de protocollen en voorgeschreven werkwijzen van plan van aanpak, verbeterpunten en controle. Een voorbeeld is 'de meetweek' (door sommigen 'het circus' genoemd) wanneer de zorginhoudelijke indicatoren per cliënt worden geregistreerd. Toch is het meten zinvol bij het vaststellen van de harde factoren als decubitus en valincidenten, depressie en medicijngebruik. Deze gegevens zijn nodig om zicht te krijgen en in gesprek te komen over wat de praktijk laat zien. Helaas wordt die laatste slag niet altijd gemaakt. De terugkoppeling van harde data, het situationeel duiden en bevragen op het hoe en waarom is essentieel om tot leren en verbetering te komen. Alleen dan krijgen medewerkers begrip en voelen ruimte om het anders te kunnen doen.

Ook de externe verantwoording ontbeert veelal de terugkoppeling naar (alle) betrokkenen en leidt derhalve niet tot een gedragen kwaliteitsimpuls. De indruk is zelfs dat zorgorganisaties de regie uit handen geven (door handelingsverlegenheid) bij het extern verantwoorden: *"Zeg mij wat u (IGZ of zorgkantoor of anderen) van mij moet kunnen zien*

aan zorgkwaliteit”, in plaats van: “Ik help u te zien wat de zorg hier kwalitatief goed maakt en waar anderen baat bij ervaren”. “En waar ons dit niet zo goed lukt”. (Kars 2015)

Maar ook als het gaat over interne verantwoording, gaat het regelmatig onbedoeld fout. Het valt in dit verband op dat veel zorgorganisaties de verantwoording van zorg vertalen in de verantwoording van (financiële) middelen aan Raad van Toezicht en externe direct belanghebbenden. De bestuurder is dan samen met de accountant de gesprekspartner voor externe partijen. De bijdrage van de accountant is het geldelijk beheren van de verantwoordelijkheden, toegespitst op de jaarrekening. De verantwoording is dan een legitimering van middelen geworden. Maar op basis van actuele dossiers rond verantwoording van grote publieke organisaties blijkt dat hoe meer er in het toezicht een concentratie is op de juistheid van de jaarrekening, hoe groter de kans is dat het fout gaat met de instelling in termen van het realiseren van de maatschappelijke doelen.¹⁹ De kern van deze wijze van externe verantwoording is ‘in control blijven’ en doet geen appel op het intern verder ontwikkelen van de kwaliteit.

In veel instellingen wordt deze vorm van verantwoording aangewakkerd door verantwoording van kwaliteit als een soort medicijn (antibioticum²⁰) te zien, bedoeld om ‘slechte kwaliteit’ te bestrijden. Zorgorganisaties creëren daarmee een cultuur waarin lastige vragen en dilemma’s buiten beschouwing blijven omdat ze hen, voor hun idee, wegleden van oplossingen en verbeteringen. Deze manier van omgaan met verantwoording maakt de zorgpraktijk in feite immuun voor leren en daardoor misschien zelfs extra vatbaar voor externe prikkels van regels en richtlijnen. De relatie tussen verantwoordelijkheid en zelfregie raakt steeds meer op de achtergrond totdat er nauwelijks sprake meer is van zelfregie.

7.2 Hoe het ook goed kan gaan: mooie voorbeelden van verantwoording door zelfsturing

Gelukkig zien we ook andere praktijken waarin er ruimte is voor meer reflectie en creativiteit in de wijze van verantwoorden. Verantwoorden vanuit het frame van de betrokken

¹⁹ Strikwerda, H. (2013), *Luisteren naar de samenleving, Maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot toezicht*, Inleiding bij congres ‘Toezicht houden in de toekomst’, 24 mei 2013

²⁰ Het beeld van verantwoording als antibioticum en resistentie is geïnspireerd op de oratie van Harry Kunneman (2013), *Kleine waarden en grote waarden. Normatieve professionalisering als politiek perspectief. Over het verdringen van complexiteit en vragen en de noodzaak van normatieve professionals voor het ontwikkelen van moreel kapitaal in organisaties*

belanghebbenden geeft zicht op een andere verantwoordingspraktijk, meer in de aard van een coöperatieve besturing. Hierbij toetsen zorgverleners, vrijwilligers, cliënten, mantelzorgers en familie zélf of het bestuur, de manager, het afdelingshoofd heeft waargemaakt wat zij beloofd heeft. Toetsing vindt plaats op vooraf gestelde criteria. Veel zorgorganisaties hanteren dit soort criteria al vaak, naast bestaande externe meetsystemen. Deze zelfontwikkelde criteria, uitgangspunten en indicatoren zijn maatstaven om te kunnen bepalen of de geleverde zorg de gewenste kwaliteit heeft. Zo bespreekt bijvoorbeeld het afdelingsteam de mate van gezelligheid in de huiskamer na 17.00 uur en in het weekend, of de mate waarin er zorg is voor de mantelzorgers (Landsman 2015). Een maatstaf is ook de wijze waarop er op de afdeling over een cliënt wordt gepraat en of er ADL (algemene dagelijkse levensverrichting) mogelijk is op tijden die voor de bewoner het beste uitkomt. Aan cliënten wordt gevraagd naar hun ervaring en beleving en aan medewerkers wordt gevraagd naar hun persoonlijke intenties en de professionele vertaling ervan. De praktijkkennis (wat werkt hier nu?) wordt expliciet gemaakt en vastgelegd. Dit levert concrete opbrengsten op die ingezet kunnen worden ten behoeve van intern kwaliteitsonderhoud én ten behoeve van de externe legitimering van de zorg. De uitkomstindicator is bijvoorbeeld: Het goede gesprek is gevoerd om tot een zorgvuldig antwoord te komen op de vraag hoe je nu het beste kunt handelen. Daaraan is vervolgens uitvoering gegeven'.²¹ Deze werkwijze past bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg om als zorginstelling eigen indicatoren te bepalen en te ontwikkelen aan de hand van patiëntervaringen en om een cultuur te stimuleren waarin waarden leidend zijn voor de organisatie.²²

In de onderzoeken komen energie gevende voorbeelden langs:

Uit het Onderzoek van Bart Kars (2015): *“Toen de uitkomsten op een afdeling aanleiding gaven tot nadere verkenning op de locaties naar de vraag waarom er bepaalde afwijkingen in medicijngebruik waren, bleken de cijfers niet zo hard omdat verpleegkundigen verschillend omgingen met antidepressiva. De verpleegkundigen gingen met elkaar de*

²¹ Runia, K. & Renóu, M. (2010), *Wordt de cliënt op tijd uit bed gehaald? Tja, wiens tijd?*

²² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg(2013), *Garanties voor kwaliteit van zorg*

dialogoog aan over de meetresultaten en dit leverde een waardevolle kwaliteitsprikkel op. Maar het is meer uitzondering dan regel dat de inhoud van meetgegevens doorwerking krijgt op de verpleegafdelingen.”

Uit het Onderzoek van Frieda van der Sloot (2015): “De brandweer voert haar protocollaire controle uit (‘hangt alles op de goede plek?’)”. Naar aanleiding van een gesprekje tussen brandweermensen en zorgverleners op een afdeling voor demente ouderen blijken er over en weer vragen te bestaan: wat is er gaande in geval van een ontruiming op deze afdeling? Wat is er moeilijk en hoe doe je het goed? Er werd samen geoefend met de nieuwe lakens om te zien wat ontruimen betekent om met zoveel niet-mobiele mensen het pand te verlaten. De expertise van de brandweer nam toe: Hoe kun je hier het beste met die lakens werken? En afdeling leerde dat weer van hen. Een ander voorbeeld is de (eigen) kok die kookles geeft en zo meteen (al doende) controleert hoe medewerkers omgaan met hygiëne en kwaliteitsvoorschriften. Een beleidsmedewerker van de NZa vertelde in een interview dat op haar afdeling meer en meer wordt nagedacht over de wijze waarop de controlerende taak van de NZa, zowel bij de zorgkantoren als in de directe zorg, zou kunnen worden gekoppeld aan een vorm van leren”.

Lerende verantwoordingsgesprekken vinden plaats in de nabijheid van de familie en cliënt, aan de hand van vragen over wat iemand zelf (nog) wil en belangrijk vindt, waarbij openlijk (on)mogelijkheden worden besproken, waarbij de zorginstelling eigen kwetsbaarheid laat zien en risico's accepteert.

7.3 Verantwoording door zelfsturing vraagt om zelfdisciplineren

Verantwoording als zelfsturing vraagt om zelfdisciplineren van de organisatie op alle niveaus. De verantwoording is gericht op dit (bottom up) proces en op de randvoorwaarden die passen bij een bepaalde behoefte. In een dergelijke organisatie is extern verantwoord iets wat er bij hoort. Verantwoording wordt benaderd als een intrinsieke behoefte en noodzaak en komt voort uit de organisatie zelf door de wijze waarop het handelen, het samenspel met belanghebbenden, de reflectie en de feedback zijn georganiseerd.

Verantwoording past binnen de eigen cultuur waarin kwaliteitsbesef en verantwoording een plek heeft. Maar dat vraagt om doorvoeren van kwaliteitsbewustzijn op alle niveaus en het inrichten van systemen die daar op aansluiten. Of, zoals een bestuursvoorzitter onlangs opmerkte: “Controlesystemen beperken ons verantwoordelijkheidsgevoel en leiden onze aandacht af van waar het echt om gaat: onze cliënten.”²³

7.4 Handvatten voor de praktijk

Verantwoording kan een effectief middel zijn voor zelfsturing door zorgorganisaties en omgekeerd leidt zelfsturing van verantwoording tot (verbetering van) kwaliteit. Als het gesprek over verantwoording leidt tot een gedeeld begrip van kwaliteit en terugkoppelingen goed plaats vinden dan lukt het zorgorganisaties beter om zorgkwaliteit levend en gevoelig te houden voor leerprocessen. Maar dat is niet vanzelfsprekend. Een belangrijke, maar vaak ongrijpbare sleutel is de cultuur van de zorginstelling waarin verkrampde volgzzaamheid een valkuil is voor de dagelijkse praktijk. Verantwoording is op te vatten als een aandachtig reflectief proces, met toegesneden vormen van informatie en dialoog, zodat niet alleen zichtbaar wordt wat goed of niet goed werkt, maar waardoor ook het vertrouwen toeneemt in en tussen medewerkers (zorgverleners, leidinggevend en bestuurders). Goede verantwoordingsvragen kunnen helpen om de kwaliteit van zorg vorm te geven. De volgende werkzame inzichten, ontleend aan de deelstudies (Kars 2015, Landman 2015, Van der Sloot 2015) geven antwoord op de vraag hoe we door verantwoording de zorgkwaliteit kunnen verbeteren. Het gaat daarbij om het continue reflecteren op hoe de organisatie het beter kan doen en de durf te hebben om het anders te doen. Innovatieve organisaties hebben vaak een onconventionele manier van werken. De ‘lerende verantwoording’ neemt toe door:

- podia in te richten om te luisteren en inspraak te geven aan medewerkers, cliëntenraad, ondernemingsraad, raad van toezicht en externe belanghebbenden²⁴;
- regelmatig moreel beraad te voeren om dilemma’s te bespreken en tot andere inzichten en creatievere oplossingen te komen;

²³ R. Klarenbeek (januari 2014), van de J.P. van den Bentstichting (verstandelijk gehandicaptenzorg) op symposium ‘Vensters van Kwaliteit’, Zonnehuisgroep IJssel-Vecht

²⁴ NVTZ, Wetenschappelijke adviesraad (2014), *Tussen besturing en samenleving*

- medewerkers niet teveel uit te splitsen naar discipline, maar strategisch management, middenkader, zorgverleners en technische dienst samen de dialoog over verantwoordelijkheid te laten voeren;
- interne audits en eigen indicatoren. Zorgorganisaties hebben vaak goede ervaringen met interne audits. Wat daarbij goed werkt is dat collega's elkaar frequent toetsen, laagdrempelig zijn en gebruikmaken van praktijkkennis. Voorwaarde is dat de opbrengsten leiden tot nagesprekken;
- interne audits te verbreden naar lokale samenwerkingsverbanden van de instelling;
- de zorginkoper of huisartsen uit de wijk uit te nodigen bij interne kwaliteitsmiddagen;
- 'wijze mensenteams' samen te stellen die ad random een week lang meelopen en verblijven in de instelling om daarna hun ervaringen door te spreken en vast te leggen.
- als bestuurder van een zorginstelling in gesprek te gaan met medewerkers op uitvoeringsniveau over de politieke verantwoordelijkheid en de verschillende beroepsorganisaties daarbij te betrekken.

Deel 3: Vooruitzicht

8. Vooruitzicht: naar een nieuwe verantwoordingspraktijk

Welk beeld ontstaat er nu over het begrip verantwoording? In dit laatste deel gaan we terug naar de onderzoeksvragen om vanuit bovengenoemde inzichten tot een werkzaam begrip te komen. De centrale vraag voor deze studie was: “*Op welke wijze kan verantwoording van zorg worden geboden die recht doet aan het complexe en meervoudige karakter van de zorg?*” In deze studie zijn we dus op zoek gegaan naar een betere, meer passende manier van verantwoording van zorg. Daarvoor zijn we uitgekomen bij een breder toereikender begrip van kwaliteit en van de verantwoording daarvan waarbij we ons vooral hebben toegelegd op de verbinding tussen externe verantwoording en interne verantwoording. Externe verantwoording gaat immers hand in hand met hetgeen zich in de binnenwereld van zorgorganisaties afspeelt. In onze zoektocht sluiten we ons aan bij het uitgangspunt van Andries Baart (2015) dat het bij verantwoording niet gaat om het *meten* maar om het *vaststellen* van kwaliteit. Meten biedt immers maar een beperkt instrumentarium. Het gaat dus om een breder en toereikender begrip van verantwoording van kwaliteit waarmee verantwoording van zorg kan worden geboden. In het voorgaande hebben we vier inzichten beschreven die handvatten bieden voor dit bredere begrip. Waarbij we nadrukkelijk het kind niet met het badwater hebben willen weggooien. Bestaande indicatoren hebben een eigen waarde en kunnen onder meer een belangrijk bron zijn om het gesprek over kwaliteit aan te jagen of de omvang van een vraagstuk vast te stellen.

In onze zoektocht hebben we ons laten leiden door drie deelvragen die terugvoeren naar de deelstudies waarop deze kopstudie teruggrijpt:

- De eerste vraag betreft de wijze waarop het gesprek over kwaliteit met externe stakeholders kan worden gevoerd op basis van kwalitatieve gegevens. We zijn stakeholders gaan zien als belanghebbenden waarmee zorgorganisaties een relatie hebben. Het relationele begrip is daarin sturend. Het begrip kwaliteit wordt in die relatie steeds opnieuw besproken en geduid waarbij de beleving van zowel zorgverleners als cliënten als externe belanghebbenden naast elkaar wordt gezet.

- De tweede vraag sluit daarbij aan: *Welke input is uitgangspunt voor dit gesprek en hoe verloopt het proces van gezamenlijke betekenisgeving van de kwalitatieve en kwantitatieve gegevens? Hoe wordt een gezamenlijk verhaal of beeld gecreëerd?* Deze vraag gaat over wat we bedoelen als we spreken over kwaliteit en in wiens ogen dan wel. Verschillende perspectieven van verschillende belanghebbenden rekken het kwaliteitsbegrip op en maken het meervoudig. Belangen kunnen tegengesteld zijn maar om tot een gezamenlijk verhaal of beeld te komen gaat het erom al die perspectieven naast elkaar te laten bestaan, te verkennen en op elkaar te betrekken. Vandaar uit kunnen we komen tot een breed en gedragen begrip van verantwoording.
- En daarmee komen we bij de derde deelvraag: *Wat betekent het begrip 'verantwoording' als (ook) de kennis uit kwalitatieve bronnen hierin tot zijn recht moet kunnen komen?* De vier inzichten geven elk een antwoord op die vraag, met elkaar maken zij een breed en gedragen begrip van verantwoording. In het onderstaande zullen we de vier verschillende inzichten in relatie tot elkaar bezien om vandaar uit tot een samenhangend werkbegrip van verantwoording te komen.

8.1 Verantwoording een werkbegrip

Het eerste inzicht (verantwoorden gaat over formele kaders én diepgewortelde persoonlijke betrokkenheid) stelt een integraal verantwoordingsbegrip voor waarin formeel en relationeel op elkaar betrokken worden. Het gaat dan niet alleen om cijfermatige verantwoordingsinformatie maar ook over de ervaren baat, de verhalen van betrokkenen en de specifieke lokale context in relatie tot het generieke beleid. Een dergelijk verantwoordingbegrip is nodig om de verhoudingen tussen belanghebbenden (stakeholders) te begrijpen, de onderlinge dynamiek te duiden en rollen af te stemmen. Dat is het tweede inzicht (verantwoording gaat over belanghebbenden die zich tot elkaar verhouden). Wanneer dat gebeurt, is verantwoording niet iets van de ander, maar wordt deze zelf gevoeld en geïnternaliseerd. We spreken dan vooral over verantwoordelijkheid. Daarmee krijgt verantwoording een werkbegrip waarbij alle betrokkenen in afstemming met elkaar handelen vanuit verantwoordelijkheid (derde inzicht: verantwoording heeft een werkbegrip: verantwoordelijkheid). Dat handelen, staat dus niet op zichzelf, is in voortdurende

afstemming, leidt tot zelfsturing en vraagt daar ook om. En: dat heeft impact op de wijze waarop zorgorganisaties zijn georganiseerd (vierde inzicht:verantwoording is een kwestie van afstemming en zelfsturing). Als dat gebeurt, zal dat de integrale benadering van verantwoording versterken en komen we terug bij het eerste inzicht. Het in elkaar grijpen van al deze inzichten, het recht doen aan de verschillende stemmen van belanghebbenden en de voortdurende afstemming tussen formeel en relationeel maken de zorg complex en meervoudig van karakter. Het is een versterkende lus, een proces dat zichzelf verder helpt. Maar het moet wel ergens beginnen en daar zijn spelers voor nodig die, in het belang van zorgbehoevenden, met lef en moed het anders durven te doen.



8.2 Inbedding van verantwoording

De vier hierboven besproken samenhangende inzichten moeten we zien in het licht van een samenleving in transitie. Er komen steeds meer aanbieders in grensoverschrijdende vormen van samenwerken tussen zorg, welzijn en wonen; tussen onderwijs, openbaar bestuur en de private sector. Het gebruik en de toepassing van steeds meer verbindingen en het uitwisselen en delen van verantwoordingsinformatie is daarin cruciaal. Eerder hebben we gesproken van verschillende logica's van belanghebbenden in de zorg. Een sturende vraag in het zoeken naar een breder begrip van verantwoording dat recht doet aan het complexe en meervoudige karakter van zorg is wat deze verschillende logica's betekenen voor het vaststellen en het legitimeren van zorgkwaliteit. Zijn er vormen van verantwoording mogelijk die recht doen aan alle logica's? Hoe komen we van 'verantwoorde zorg' naar 'zorgvuldige verantwoording'?

Het hart van de zorgorganisatie is de plek waar invulling wordt gegeven aan de bedoeling van de zorg: mensen helpen, het primair proces, de leefwereld centraal. Maar de bedoeling van de zorg is niet hetzelfde als het resultaat van de zorg. Wat we voor ogen hadden met het organiseren en geven van zorg wijkt vaak af van wat er daadwerkelijk gebeurt. Tussen droom en daad ligt vaak een heel gebied zoals is beschreven bij de vier inzichten. Om de bedoeling van de zorg waar te maken is het nodig je te verhouden tot mensen en hun persoonlijke betrokkenheid, wettelijke eisen en beroepseisen, belangen, verantwoordelijkheden, keuzes over de inzet van (schaarse) middelen, leerprocessen en omgevingsaspecten en wel zo dat recht gedaan wordt aan de verschillende aspecten. Helaas slaat verantwoordingsinformatie, die het resultaat is van dominante eenzijdige vormen van verantwoording, vaak het proces tussen bedoeling en resultaat over. Verantwoordingsinformatie gaat meestal over hoe je het hebt geregeld; het is uitleg. In plaats van hoe het wordt gedaan: beleven en ervaren.

De vier inzichten laten zien dat verantwoording een complex begrip is waarin geleerd, gestuurd, gedacht, ervaren, geleefd en uitgewisseld wordt. Zorg vraagt, in al zijn complexiteit, om gelaagde verantwoording. Dat wil zeggen dat meerdere logica's meerdere antwoorden in beeld brengen op de centrale vraag waar verantwoording over gaat: *is de zorg van goede kwaliteit?* Verantwoording voltrekt zich binnen een continuüm van zichtbare praktijken, ervaringen en opvattingen waartoe de verschillende belanghebbenden zich te verhouden hebben.

8.3 De logica van de passendheid

De verschillende logica's maken gebruik van specifieke kennis. De logica's werden in het eerste hoofdstuk besproken maar we noemen ze hier nogmaals, nu verwoord vanuit de inzichten uit de studie:

1. Het zorgbeleid, eerder verwoord als de logica van de overheid, waarbij we hebben gekeken naar het model waarbinnen de zorg is geregeld. Dit model is gebaseerd op een paradigma met kwantificeerbare indicatoren waaraan zorg in onze samenleving zou moeten voldoen. Het ministerie stelt de kaders en de opgaven waarbinnen financiers, de zorgverzekeraars en het zorgkantoor, de Inspectie en Nza

verantwoordingseisen formuleren die direct gekoppeld zijn aan de uitvoering van financieel beleid. Samen vormen zij het vormbestel.

2. De fysieke inrichting van zorgvoorzieningen (logica zorgorganisaties): gaat over de inrichting van beleid door zorgorganisaties in samenwerking met externen zoals onder meer gemeenten, welzijnsorganisaties, etc.) met de specifieke vormen van ouderenzorg, huisvesting, opleidingen, etc.
3. De uitvoerders van de (ouderen)zorg (logica professionals); zorgverleners, teamleiders, (para)-medici, kortom de professionele uitvoeringspraktijk.
4. De ontvangers van de zorg (logica cliënten en familie): vertegenwoordigers met wensen, behoeftes en verwachtingen.

Deze logica's ontmoeten elkaar in een nieuw verantwoordingsbegrip waarin verschillende vormen van kennis bij elkaar komen. De kennis die aan de orde is bij belanghebbenden (categorie 1) is een 'buitenperspectief'. Het is persoonsonafhankelijke kennis. Deze kennis is geëxpliciteerd in wettelijke regels en gemakkelijk beheersbaar in protocollen en overdraagbaar door scholing. De kennis die gebruikt wordt door professionals en zorgontvangers (categorie 3 en 4) komt vooral voort vanuit een 'binnenperspectief'. Het is persoonsonafhankelijke kennis gebaseerd op eigengemaakte en geaccumuleerde ervaringen en minder goed beheersbaar en overdraagbaar. Zorgbestuurders en hun staf (categorie 2) staan voor de grote opgave om binnen en buitenperspectief te verbinden. Zij zullen daarin de leidende rol moeten pakken. De verschillende invalshoeken leiden tot een bepaalde wijze van beoordelen van de zorg en het daarin besloten handelen. In de praktijk rouleren kennis vanuit een extern perspectief en kennis vanuit een intern perspectief in eigen gelederen: maar het is nog geen gedeelde kennis. Kennisdeling is een proces dat om bewust handelen vraagt van alle betrokkenen. Nieuwe verantwoording betekent het zien van de complexiteit als zorginstelling, belanghebbende ketenpartner, cliëntenraad, zorgverzekeraar, gemeente, IGZ, etc. Verantwoording is in deze benadering geen passieve activiteit: het antwoord geven. Het is een actief proces van op de partijen toegesneden vormen van informatie en dialoog. Dit proces wordt gekenmerkt door ontvankelijkheid, responsiviteit, aanspreekbaar zijn en legitimering.

8.4 Hoe kan een nieuwe verantwoordingspraktijk er uit zien?

De verschillende belanghebbenden hebben bij kwaliteitstoetsing hun eigen verantwoordelijkheden en stellen in het verlengde daarvan eisen aan het vaststellen van kwaliteit. Steeds zijn er twee hoofdvragen: (1) de vraag van de zorgorganisaties en hun medewerkers: Hoe kan en wil ik mij verantwoorden? En (2) de vraag van de overheid, inspectie, zorgverzekeraars, cliënten en familie: Hoe wil ik dat de ander zich verantwoordt aan mij? Het huidige kwaliteitssysteem biedt de ruimte om zorgorganisaties binnen de wettelijke kaders te laten bewegen. Het biedt de mogelijkheid om interne regels te formuleren die passen bij de eigen kwaliteitseisen. Door op zoek te gaan naar een extern kader dat kan helpen het eigen kwaliteitssysteem inzichtelijk te maken kan er beter en gericht zicht komen op de cliënten en hun familie en vrienden, bijvoorbeeld in de vorm van interne audits en familieparticipatie. Een dergelijk wederkerig kwaliteitssysteem heeft in dat geval een dubbelfunctie: het draagt bij aan de externe verantwoording van de zorg en vormt het kritische afzetpunt voor de verbetering van interne processen. Een dergelijk systeem levert naar verwachting ook inhoudelijk belangrijk materiaal op voor het verbeteren van het toezicht, waarbij het erom gaat goede zorg te belonen, innovatie te bevorderen en minder goede zorg te verbeteren.

8.5 Tot slot

De studie naar het begrip verantwoording laat zien is dat verantwoording van zorg niet kan zonder persoonlijke betrokkenheid, zodat gevoeligheid voor leefwerelden, voor situationele kwetsbaarheid en voor wat van waarde is aan het licht kan komen en zich verder kan ontwikkelen. Duidelijk is geworden dat de betrokken partners allerlei beweegredenen en belangen hebben voor het verlenen en organiseren van zorg op basis waarvan zij verantwoording afleggen. Verantwoording vergt daarom een zekere balans tussen vertrouwen en openheid. Het voeren van een dialoog is hiervoor cruciaal. We beschrijven verantwoording als een proces dat zich primair ontwikkelt vanuit verantwoordelijkheid. Het begrip verantwoordelijkheid, in de zin van aanspreekbaar zijn, kan mogelijk een brug slaan tussen de 'formele' (verplichte) kant en de 'relationele' (geappelleerde) kant van verantwoorden. Verantwoording nemen is het resultaat van dit proces, verantwoording afleggen is de toegevoegde waarde.

9. Bronnen

- ActiZ (2012), *Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn, een thematisch werkprogramma*. Utrecht.
- Baart, A. (2014) *Theorie van de Presentie*, Boom Lemma Uitgevers
- Baart, A. (2015) ActiZ rapport Kwaliteitsbewustzijn: www.actiz.nl
- Baecker, D. (2001), Managing corporations in networks. *Thesis Eleven*, vol. 66 no. 1 80-98.
- Baumann. Z. (2011), *Vloeibare tijden. Leven in een eeuw van onzekerheid*. Zoetermeer: Klement.
- Boers, E., P. Mostert en J. Kessels, (2013) *Vrije Ruimte*, filosoferen in organisaties, Boom Uitgevers, Amsterdam
- Bree, M. De (2012) *Handleiding Moreel Beraad*, Koninklijke Van Gorcum B.V, Assen
- Dartel, H. van en B. Molewijk (2014) *In gesprek blijven over goede zorg*, Boom Uitgevers, Amsterdam
- Donkers, G. (2012) *Veranderen in Meervoud*, Boom Lemma Uitgevers
- Foucault, M. (2014), *De Moed tot Waarheid*, Uitgeverij Boom
- Hart, W. (2012), *Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling*. Deventer: Kluwer.
- Heijst, A. van (2005), *Menslievende zorg, een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Hemerijck, A. (2003), Vier kernvragen van beleid. *Beleid en Maatschappij*, 30, nr. 1, pp. 3-20.
- Houten, D. van (2006), Professionalisering en arbeidsdeling. *Journal of Social Intervention*, (2006/2), p. 17-25.
- Jerak-Zuiderent, S. (2011), *Narratieve vormen van verantwoording in de ouderenzorg. Zorgen voor het onverantwoordbare*. Rotterdam: Instituut Beleid Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit.
- Kunneman, H. (2013), *Kleine waarden en grote waarden. Normatieve professionalisering als politiek perspectief*. Utrecht: Humanistic University Press.
- Laan, G. van der (2006), *Maatschappelijk werk als ambacht: inbedding en belichaming*. Utrecht: Humanistic University Press.

- Leichsenring K., J. Billings and H. Nies (2013) *Care in Europe*, improving policy and practice, Palgrave Mc Millan
- Lier, B. van (2012), *Kwaliteit in netwerken. Perspectieven op kwaliteit, verdieping, verbreding, bundeling en daadkracht*. Nederlands Netwerk voor Kwaliteitsmanagement, 12/2012.
 - NVTZ, Wetenschappelijke adviesraad (2014), *Tussen besturing en samenleving. Aanzet tot kritische reflectie op de rol van de raad van toezicht in zorg- en welzijnsorganisaties*.
 - NVTZ, Commissie Toezien met Hart voor de Zaak (2014), *De vrijblijvendheid voorbij. Bouw stenen voor goed toezicht in zorg en welzijn*.
 - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2013), *Garanties voor kwaliteit van zorg. Advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag.
 - Runia, K. & Renóu, M. (2010), *Wordt de cliënt op tijd uit bed gehaald? Tja, wiens tijd?* Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie.
 - Staveren, A. van, (2007), *Zonder wrijving geen glans*, leren samenwerken bij veranderen en innoveren, Koninklijke Van Gorcum B.V, Assen
 - Strikwerda, H. (2013), *Luisteren naar de samenleving, Maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot toezicht*, Inleiding congres 'Toezicht houden in de toekomst', 24 mei 2013.
 - Verkerk, M. (2003), *Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden*. *Manschet, Van Dartel (red) In gesprek over goede zorg: 177-190*.
 - Voortman, P.M.(2012)*Vertrouwen werkt*. Over werken aan vertrouwen in organisaties. Amsterdam, Trustworks.
 - Walker, M.U. (2007), *Moral understandings. A feminist study in ethics*, Oxford University Press.
 - Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*, WRR rapport 70.

Bijlage A. Toelichting onderzoek

A.1 Het thematisch werkprogramma Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn

Dit rapport is gebaseerd op een onderzoekstraject naar verantwoording binnen het thematisch werkprogramma Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn van ActiZ.²⁵ Het onderzoekstraject maakte deel uit van de Academische Masteropleiding Sociale Interventie van LESI, Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie. Drie studenten deden in hun eigen werkpraktijk onderzoek naar verantwoording, ieder vanuit een eigen invalshoek. Vanuit LESI werd een kopstudie gedaan op het onderwerp. De kopstudie is letterlijk een kop op de verschillende onderzoekslijnen door het overkoepelen van de bevindingen: ‘Wat weten we hierdoor over het begrip verantwoording?’ Voor de kopstudie vonden ook gesprekken plaats met de bestuurders en de leidinggevenden van de betrokken zorgorganisaties, de centrale onderzoeksgroep en de projectleiders van ActiZ.

A.2 Een kopstudie op 3 deelonderzoeken

Het onderzoek is een kopstudie gebaseerd op deelonderzoeken binnen een onderzoekscluster *Interne kwaliteit en externe verantwoording*. Voorafgaand aan de kopstudie is een bronnenonderzoek verricht aan de hand van enkele richtinggevende begrippen: (1) verantwoording en verantwoordelijkheid; (2) meten en toetsen; (3) kwaliteitszorg; (4) governance en toezicht en (5) professionaliteit. De begrippen dienden ter voorbereiding op de inrichting van het onderzoekscluster en de afstemming met de zorgorganisaties. In de loop van het proces zijn bij de bevindingen nieuwe bronnen gezocht als input voor het onderzoekscluster en om de praktijkinzichten nader te duiden. De werkwijze kenmerkte zich door een combinatie van denken én uitproberen. De onderzoekers van de deelonderzoeken opereerden vanuit hun jarenlange ervaring en binnen hun eigen zorgorganisaties. Zij sloten aan bij lokale activiteiten en initiatieven op het gebied van verantwoording. De verhalen van de direct betrokkenen, ‘binnen én buitenshuis’, vormden de aanleiding om verder te zoeken, te lezen en weer nieuwe vragen te stellen.

²⁵ Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn, een thematisch werkprogramma is in 2012 door ActiZ gestart om samen met leden en stakeholders te onderzoeken hoe meer zicht en greep is te krijgen op de zogenaamde ‘zachte kant’ van de zorg

Door middel van observaties, experimenten, interviews, documentanalyses, focusgroepen, etc. ontstonden beschrijvingen 'van binnenuit'. De bestuurders en de leidinggevenden van de drie zorgorganisaties van de onderzoekers en de projectleiders van het ActiZ' werkprogramma waren nauw bij dit proces betrokken. Ook de lokale verantwoordingspartners zijn door de onderzoekers actief betrokken. Met hen is o.a. verkend wat zij zien van de dagelijkse zorgverlening en van de zorgorganisaties, hoe zij dit waarderen en wat zij met die informatie doen in hun eigen organisatie. In hoeverre hecht een externe partner, bijvoorbeeld, belang aan een veranderende interne omgangscultuur? Omdat de onderzoeken een hulpmiddel zijn om te ontdekken hoe het anders kan met verantwoording, is verkend welke handelingsmogelijkheden de medewerkers van de zorgorganisaties voor zichzelf zien. Waar mogelijk is dit ook onderzocht met de verantwoordingspartners. De beantwoording van de verschillende vraagstellingen bestaat uit een confrontatie van de bevindingen in theorie en praktijk; welke betekenis is hieruit af te leiden? Op deze wijze ontstond een overkoepelend beeld van wat belangrijk, zinvol, veranderbaar en leerbaar is als het gaat om verantwoording van kwaliteit van zorg. En of er ruimte is voor meer variatie in de wijze van verantwoording. Zijn er aanbevelingen om de praktijk van verantwoording te verbeteren?

De deelonderzoeken, zijn uitgevoerd door: Frida van der Sloot, coördinator beleidsmedewerkers Kwaliteit en Ontwikkeling van De Zellingen, Bart Kars, leidinggevende bij Zorggroep Groningen en Evelien Landsman, beleidsadviseur bij IJsselheem. Zij werkten elk aan een wetenschappelijk afstudeeronderzoek in hun eigen praktijk.²⁶ Onder begeleiding van LESI vormden de studenten twee jaar lang een kleine leergemeenschap: het onderzoekscluster Verantwoording. In het onderzoekscluster is het zoekproces doorlopend gedeeld, overdacht en gedocumenteerd. De kopstudie werd uitgevoerd door Karin Runia en Arienne van Staveren.

²⁶ De onderzoeksrapporten verschijnen later dit jaar. Frida van der Sloot: *Goede zorg rijk verantwoorden. Organiseren van een keten van verantwoording door het verbinden van verantwoordelijkheden*. Bart Kars: *Zinvol verantwoorden, een zoektocht naar de zinvolheid van externe verantwoording in de zorg*; Evelien Landsman: *Verantwoording en verantwoordelijkheid. Een zoektocht naar een nieuw perspectief op het concept verantwoording van zorg waarbij de verantwoordelijkheid van betrokkenen bij de zorg als ingang is gekozen*.

A.3 Over het onderzoekscluster

De bedoeling van het onderzoekscluster is het delen en verder brengen van kennis en inzichten. De werkwijze is sociaal constructivistisch en betekenisgevend. In de onderzoeksperiode zijn tien werksessies van een dag voorbereid en begeleid. De verhalen van de onderzoekers vormden de werkagenda, met aandacht voor de verschillende contexten en condities, op zoek naar kwesties, tegenstrijdigheden en door analyse van goede voorbeelden om eventueel bij aan te haken. Gedurende het traject zijn meerdere thema's opgespoord, ingebracht en bediscussieerd. In de bijeenkomsten met bestuurders, leidinggevend en de centrale onderzoeksgroep zijn bevindingen uit het onderzoekscluster gepresenteerd. De projectleider van ActiZ schoof bij elke sessie van het onderzoekscluster aan en gaf input vanuit het thematisch werkprogramma. De onderzoeken zijn omlijst door zeven masterclasses met lesstof gericht op het analyseren van praktische handelingskennis op wetenschappelijk niveau.

A.4 Het onderzoeksproces

We begonnen dicht bij de eigen uitvoeringspraktijk. Al kort na de start ervaren de onderzoekers aan den lijve wat verantwoording met henzelf doet. Ze vroegen zich openlijk af: zie ik eigenlijk wel genoeg? Ben ik kritisch genoeg over mijn eigen praktijk? Waarom draag ik al sinds jaar en dag bij aan een bepaalde beleidssystematiek, etc.? Door heel precies te kijken en vragen te stellen over kwaliteit en verantwoording in en om hun zorginstelling ontstond zicht op de verschillende rollen en belangen. Gingen zij loyaliteit en betrokkenheid hernieuwd ervaren. Werden zij zich ineens sterk bewust van een bepaalde normopvatting. De vragen die daarbij naar voren kwamen weerspiegelen wat het doen van onderzoek en het innemen van verschillende perspectieven op verantwoording bij hen teweegbrachten:

- a. **Bijziend.** Ik ben 'van intern': zie ik wel genoeg? Heb ik blinde vlekken in mijn rol als onderzoeker?
- b. **Doorzien.** Ben ik kritisch genoeg over wat ik zie? Kan ik de nodige intellectuele en conceptuele afstand nemen ten opzichte van het uitvoeringsproces?

- c. **Inzien.** Ik ervaar dat ik bijdraag aan de inrichting en instandhouding van een beleidssysteem dat zaken oplost zonder goed door te vragen. Dat maakt mij onrustig. Heb ik voldoende innerlijke ruimte om als onderzoeker te werk te gaan?
- d. **Overzien.** Moet ik een bepaald doel bereiken met mijn onderzoek omdat dit mijn organisatie (en dus ook mij) helpt of verder brengt? Heb ik ruimte in mijn organisatie om het anders te zien of anders te doen? En in relatie met onze externe partners?
- e. **Ontzien.** Hoe ga ik om met mijn loyaliteiten? Wat wil ik in mijn onderzoek wel of niet over mijn organisatie naar buiten brengen?
- f. **Verziend.** Is mijn onderzoek wel vernieuwend genoeg? Leidt het tot nieuwe inzichten?

De vragen en de bijbehorende onrust van de onderzoekers zijn samen op te vatten als een belangrijk en waardevol inzicht: Zó is het dus als je je verantwoordt over iets waar je met hart en ziel inzit. De waarneming van loyaliteiten, verhoudingen en belangen in het werk raakt aan een subjectieve en wat diffuse kant van het werk van professionals. Een theoretisch begrip dat bij deze ervaring van de onderzoekers aansluit is ‘belichaming’. Belichaming wil zeggen dat iemands handelingsrepertoire steeds meer deel uit gaat maken van de ‘habitus’. Habitus staat voor de uitwisseling tussen het individu en zijn omgeving. Belichaming is de subtiele wijze waarop mensen uiting geven aan hun culturele kapitaal; de gewortelde eigenschappen.²⁷ Met lijf en leden, vanuit je eigen referentie treed je in contact met de praktijk. Verantwoording kan daardoor lastig zijn, in het bijzonder als je je betrokken voelt bij de organisatie.

In het verlengde van de ongemakkelijke, kriebelende vragen van de onderzoekers gaven ook geïnterviewden meermaals aan dat de vraaggesprekken hadden geleid tot reflectie op het eigen handelen. Het vraaggesprek heeft een interventiewaarde op zich. In een interview met een afdelingsarts vroeg een onderzoeker bijvoorbeeld uitvoerig door op de toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel bij een cliënt op de afdeling. Een week later vroeg zij de arts hoe hij terugkeek op het interview. Hij zei dat hij door de vragen wat in verwarring was gebracht en er naderhand veel over had nagedacht. Hij vond dat dit ‘helend’ was geweest.

²⁷ Laan, G. van der (2006) *Maatschappelijk werk als ambacht: inbedding en belichaming*

Leidinggevend en vertelden dat gedurende de onderzoeksperiode de onderzoeksvragen veel beweging tot stand brachten in de organisatie. Zij merkten op dat vanzelfsprekendheden tot vragen leidden. En dat er ruimte ontstond om zaken anders aan te pakken.

Over LESI

De naam '**LESI**' staat voor Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie. LESI is een onderzoeksinstituut en een officieel erkend instituut voor Hoger Onderwijs. LESI zorgt voor wetenschappelijke reflectie op sociale interventiepraktijken, maakt de resultaten daarvan toegankelijk voor de praktijk en stimuleert de wisselwerking tussen theorievorming en praktijk. Daarmee wil het LESI bereiken dat

- sociale interventies beter aansluiten bij de behoeften en problemen waarvoor ze zijn bedoeld;
- sociale interventiepraktijken meer werkingskracht krijgen;
- er een betere verbinding ontstaat tussen de behoefte van burgers/cliënten en het handelen van professionals, managers, bestuurders en opleiders;
- de kennis over sociale interventies binnen organisaties beter wordt benut.

LESI is eind 2004 voortgekomen uit een samenwerkingsverband van hoogleraren, universitaire docenten, lectoren, docenten van hogescholen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties in de sociale sector in Nederland en Vlaanderen. Initiatiefnemers voor het oprichten van de stichting LESI zijn de MOgroep (Brancheorganisatie Maatschappelijke Ontwikkeling) en de Universiteit voor Humanistiek.

Naast het doen van onderzoek naar maatschappelijk vraagstukken, heeft LESI een tijdschrift: *Journal of Social Intervention*. Als onderwijsinstituut biedt zij een NVAO-geaccrediteerde Academische Masteropleiding en een Premaster Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek. Daarnaast ontwikkelt zij in opdracht leertrajecten voor professionals gekoppeld aan specifieke vraagstukken in het maatschappelijk domein.

LESI is een ongesubsidieerde stichting.
