

Het democratisch tekort van vraagsturing

Evelien Tonkens

Evelien Tonkens is bijzonder hoogleraar actief burgerschap bij de afdeling sociologie en antropologie van de Universiteit van Amsterdam en opleidingsdirecteur/docent van de masteropleiding *social policy and social work in urban areas* van de UvA.

Correspondentieadres: UvA – afdeling sociologie en antropologie, Oudezijds Achterburgwal 185, 1012 DK Amsterdam, e-mail: e.h.tonkens@uva.nl

Samenvatting

Vraagsturing is in de zorgsector een begrijpelijk, maar problematisch antwoord op het verlangen naar democratisering van de zorg dat dateert uit de jaren zeventig van de vorige eeuw. Spraakmakende critici zoals Achterhuis en Illich uitten felle kritiek op het ondemocratische karakter van het zorg, maar hun romantische maatschappijbeeld ontsloeg ze van de noodzaak democratische alternatieven te ontwerpen. De democratische leemte die vervolgens ontstond is opgevuld door vraagsturing. Met vraagsturing wordt de democratisering echter eerder ondergraven dan versterkt, doordat het exit boven voice stelt, de bureaucratische barrières tussen cliënten en diensten versterkt en de kwaliteit van de relatie tussen cliënten en professionals aantast.

Het is mogelijk en wenselijk om meer recht te doen aan de democratische impuls achter vraagsturing. Een aanzet daartoe biedt een ontluikende vierde sturingslogica (naast professionele, markt- en bureaucratische logica) waarin verbetering van dialoog tussen professionals en cliënten centraal staat. De ene variant daarvan, *democratic professionalism*, vertrekt vanuit de professional en poogt diens optreden te aan meer democratische controle te

onderwerpen. De andere variant, *collaboration*, vertrekt vanuit de cliënt en poogt deze meer zeggenschap en medeverantwoordelijkheid te geven in de vormgeving van de publieke dienstverlening. Deze vierde logica kan echter slechts de democratisering een nieuwe impuls geven wanneer de vage notie van dialoog beter doordacht wordt.

1. Inleiding

Het New Public Management (NPM) is al geruime tijd de dominante benadering in de gezondheidszorg en de welzijnssector. Vraaggerichtheid en vraagsturing zijn daarbinnen de belangrijkste richtsnoeren voor de organisatie en het handelen van dienstverleners. Het belangrijkste motief voor de introductie van NPM was de vermeende inefficiëntie en ondoelmatigheid van de publieke sector. Pleitbezorgers van NPM schilderden de publieke sector af als een dinosaurus: 'te omvangrijk, te traag, te ongevoelig, te weinig flexibel, en ernstig onderbemand in de afdeling hersenen' (Pollitt 2003, 32, vertaling ET). Commerciële bedrijven zouden efficiënter en doelmatiger werken. Daarom moest de publieke sector naar het bedrijfsleven gemodelleerd worden. Het NPM beloofde te 'luiste-

ren naar de stem van de klant' (Osborne en Gaebler 1992, 177, zie ook Pollitt 2003).

NPM is voorts ook gepropageerd als antwoord op de kritiek op het ondemocratische karakter van de publieke sector en op de ondemocratische attitude van professionals. Het ondemocratische en autoritaire karakter van zorg en welzijn is reeds twee decennia voor de introductie van NPM voor het eerst krachtig verwoord, tijdens de democratiseringsgolf van de jaren zeventig. Instellingen voor zorg en welzijn werden bekritiseerd als in zichzelf gekeerd en op het eigen (voort)bestaan gericht in plaats van georganiseerd rondom de noden en behoeften van de cliënt. Professionele deskundigheid en gezag, die in de jaren vijftig en begin zestig in veel sectoren een nieuwe impuls hadden gekregen, werden aangevallen als autoritair en paternalistisch.

In dit artikel zal ik betogen dat de het NPM in de zorgsector een begrijpelijk, maar problematisch antwoord is op het verlangen naar democratisering, omdat het de beoogde democratisering eerder ondergraaft dan verder vormgeeft en de kwaliteit van de relatie tussen cliënten en professionals aantast. Vervolgens zal ik verkennen op welke wijze beter recht gedaan zou kunnen worden aan de democratische impuls.

2. New Public Management

In het NPM staat een specifieke manier van denken over de publieke sector centraal die wel wordt aangeduid als *managerialism* (Clarke en Newman 1997), economische logica (Knijn 1999) of als *consumerism* (Freidson 2001), of gewoon als marktdenken. Deze benadering onderscheidt zich aan de ene kant van de oudere logica die in de zorg centraal stond, en die door Freidson is getypeerd als professionele logica of professionalisme. Aan de andere kant onderscheidt het NPM zich van een bureaucratische logica (Freidson 2001; Du Gay 2000), ook wel politieke logica genoemd (Knijn 1999).

Het NPM is een helder antwoord op de aanklacht van autoritair en paternalistisch gedrag van hulpverleners. Machtsongelijkheid moet dankzij het NPM plaatsmaken voor gelijkheid. Er komt in de directe interactie tussen klanten en aanbieders zelfs wellicht zelfs enig machtsoverwicht bij klanten. Immers: hun vragen staan centraal. Klanten hoeven zich niet langer iets te laten gezegd door

professionals en hun instellingen (zolang zij anderen maar geen schade berokkenen). Als het gebodene niet bevalt, kan de klant altijd naar een andere leverancier overstappen.

NPM stelt zoals gezegd het bedrijfsleven als voorbeeld voor de publieke sector. Op de markt is de vraag van de klant is het uitgangspunt. Althans: de koopkrachtige. Centraal staat wat de klant wil en bovendien kan betalen. De optelsom van individuele vragen van klanten bepaalt wat er geleverd wordt. Consumenten worden geacht in staat zijn om afgewogen keuzes tussen goederen en diensten te maken. De markt wordt gereguleerd door concurrentie: aanbieders concurreren om de koopkracht en dus de gunst van de consument. De vraag van consumenten stuurt het aanbod: vandaar dat wel wordt gesproken van vraagsturing (Bosselaar 2005).

Vraagsturing en vraaggerichtheid zijn beide cruciale termen in de op marktdenken geënte zorg. Vraaggerichtheid heeft betrekking op het therapeutische niveau: op de attitude van hulpverleners in directe relatie met cliënten. Vraagsturing heeft betrekking op het institutionele niveau: op de relatie tussen (groepen) cliënten en de institutionele vormgeving van de hulp of zorg. Vraaggerichte zorg betreft 'de gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.' (Van der Kraan 2001, geciteerd in RVZ 2003, 11). Vraagsturing heeft betrekking op de wijze waarop en de mate waarin een organisatie gericht is op de vraag van categorieën cliënten en de eigen werkwijzen daarop inricht. Vraagsturing valt te definiëren als 'het mogelijk maken dat binnen de structuur en financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen (beter) ingespeeld wordt op wat de cliënten willen en belangrijk vinden.' (Van der Kraan 2001, geciteerd in RVZ 2003, 11) Vraaggerichtheid is met andere woorden een relationeel principe, vraagsturing is een organisatieprincipe.

Zowel vraagsturing als vraaggerichtheid zijn, zoals gezegd, onder meer een laat antwoord op de behoefte naar meer democratische verhoudingen. Hieronder zal ik betogen dat dit antwoord echter niet volstaat en de beoogde democratisering eerder

belemmert. Allereerst zal ik echter kort neerzetten wat het afzetpunt van die democratiseringsbehoefte was, namelijk het professionalisme.

3. Seculiere roeping

Instellingen voor zorg en welzijn en de daarin werkzame professionals werden in de jaren zeventig aangevallen als zijnde autoritaire, paternalistische machtsbolwerken. In hun houding naar individuele patiënten werd professionals autoritair en paternalistisch gedrag verweten: zij zouden zich nauwelijks rekenschap geven van noch respect tonen voor de wensen en visies van cliënten. Dit verwijt klonk in alle hoeken van zorg en welzijn, van de psychiatrie (Blok 2004) tot en met het welzijnswerk (Duyvendak 1999) en de gehandicaptenzorg (Tonkens 1999). Hulpverleners misbruikten hun machtspositie om cliënten te kleineren, op te sluiten, te vernederen of anderszins slecht te behandelen, zo luidde de kritiek. Die machtspositie werd door professionals zelf zorgvuldig gecreëerd en beschermd. Professionele organisaties van bijvoorbeeld artsen waren er in de ogen van critici vooral op uit om de machtspositie van de beroepsgroep veilig te stellen door andere beroepsbeoefenaren buiten te sluiten en het aantal beoefenaren te beperken (via beperking van opleidingsplaatsen bijvoorbeeld) en daarmee schaarste te garanderen.

Sociologische analyses van professionals uit de jaren zeventig en tachtig sluiten meestal op deze kritiek aan; (historisch) sociologisch onderzoek naar professionals ging vooral over de wijze waarop professionals hun eigen machtspositie veiligstellen (Freidson 1970, 1986; Parkin 1979; Parry en Parry 1976; Witz 1992) en cliënten afhankelijk maakten van zorg in plaats van hen te emanciperen (Achterhuis 1980; Ilich 1975).

Een van de spraakmakende critici van (medische) professionals uit die tijd, de medisch socioloog Freidson, stelde in 2001 echter dat de kritiek op professionals te ver was doorgesloten en te veel ruimte had gemaakt voor bureaucraten en marktadepten in de zorg. De 'ziel van het professionalisme' dreigt daarmee vernietigd te worden. Beroepsverenigingen en professionele controle over opleidingen en beroepstitels beschermen niet slechts de machtspositie van professionals: ze beschermen ook hun professionele ethos, stelt Freidson. Professionals verdedigen daarmee ook

unieke waarden en kennis- en kwaliteitsgaranties. Door de aanval op het professionalisme dreigen deze verloren te gaan.

Om de ziel van het professionalisme te redden, reconstrueert Freidson het professionalisme als ideaaltypische 'derde logica' naast de ideaaltypen van markt en bureaucratie. Deze ideaaltypen komen in zuivere vorm niet voor, maar ze typeren wel een bepaalde, intern logisch samenhangende wijze van denken en organiseren – vandaar ook de term logica.

Wat is nu het professionalisme als derde logica? De belangrijkste kernwaarde van het professionalisme is een 'seculiere roeping' om zich te wijden aan hogere waarden als gezondheid of welzijn, aldus Freidson. Professionals zijn door en door dienstbaar. Deze dienstbaarheid is, anders dan op de markt, niet een echo van wat de klant wil, maar komt voort uit een eigen visie, gebaseerd op opleiding en specialisatie en dus op kennis en ervaring met vergelijkbare gevallen. Niet wat de klant wil – en al helemaal niet wat hij kan betalen – staat centraal, maar wat de klant nodig heeft. Het hoort bijvoorbeeld tot de kern van de beroepsethos van elke arts om een zieke te helpen, ook als die onverzekerd is en geen geld heeft. Ook gaat de kwaliteit van de hulp voor professionals boven de vraag hoeveel (vrije)tijd en geld dat kost.

Een tweede centrale waarde van het professionalisme is kennisbevordering. Beschermde opleidingen, beroepen en beroepsverenigingen zijn daartoe noodzakelijk. Deze stellen professionals in staat om kennis te ontwikkelen en uit te wisselen. Kennisontwikkeling is in het professionalisme niet alleen het middel (voor bijvoorbeeld gezondheidsbevordering, of voor het versterken van de machtspositie). Kennisontwikkeling is een waarde in zichzelf. Professionals willen hun vak steeds beter beheersen. Het ethos van professionals draait niet om rijk worden, concurreren of tegen een zo laag mogelijk bedrag zoveel mogelijk klanten binnenhalen, zoals de ondernemer op de markt wil. Professionals willen steeds beter worden in hun vak. Daartoe willen zij steeds blijven leren. Ze willen die kennis ook uitwisselen en verspreiden, om daarmee bij te dragen aan de collectief beschikbare kennis die de beroepsuitoefening verdiept en verbetert. Hun opleiding, kennis, ervaring en voortdurende verdieping daarvan maken dat het professio-

nele oordeel over klachten en bijbehorende therapieën per definitie superieur is aan dat van cliënten en andere leken.

Veel professionals zijn in hun inkomen weliswaar afhankelijk van de overheid, maar in hun oordelen en handelen zijn zij volstrekt zelfstandig. Hun zelfstandige oordeel is echter geen individueel oordeel: het kan alleen bestaan binnen een gemeenschap van vakgenoten, die elkaar scherp houden. Ook daartoe zijn beroepsverenigingen en eigen opleidingen van belang.

Professionals beoordelen wat het probleem is en wat een cliënt dus nodig heeft. De eigen visie van de cliënt kan wel informatief zijn, maar hoeft geen invloed te hebben. Dankzij de superieure kennis en het superieure ethos van professionals is die invloed ook niet gewenst. De kennis van cliënten kan zich toch niet aan die van professionals meten. Hun invloed zou daarom aan de kwaliteit van de zorg of hulp alleen maar af kunnen doen.

De kernwaarden van het professionalisme worden volgens Freidson bedreigd door bureaucratie en markt. Managers en beleidsmakers kunnen zich gemakkelijker vinden in marktdenken en bureaucratie, omdat zij zelden direct cliëntencontact hebben. In het directe contact tussen professional en cliënten komen de verschillende logica's van markt, bureaucratie en professionalisme echter nogal eens in botsing. Een paar voorbeelden kunnen dat illustreren.

Zo wordt er in de zorg steeds meer gewerkt aan standaardisering van behandelingen via richtlijnen, protocollen en DBC's. Maar hoewel de professional net als de ondernemer of de ambtenaar veel standaardhandelingen uitvoert, kan zij niets bij voorbaat als standaard beschouwen en behandelen. Een dokter kan honderd knieën opereren, maar zij moet altijd kijken of deze knie niet anders is dan alle andere die zij ooit gezien heeft (vgl. Peters en Pierre 2000). Een hulpverlener kan honderd slachtoffers van seksueel misbruik helpen, maar zij moet er altijd op voorbereid zijn dat dit ene slachtoffer iets nodig heeft dat nog niemand tot nu toe nodig had. Professionals hebben daarom *discretionaire ruimte* nodig, dwz. ruimte om naar eigen inzichten te handelen en beslissingen te nemen (die hen, dankzij hen opleiding en ervaring en uitwisseling met collega's, ook kan worden toevertrouwd). Daarom laat hun werk zich beslist niet

persen in vaste protocollen en van te voren beschreven producten en processen. Richtlijnen en protocollen kunnen heel bruikbaar zijn, maar als advies, niet als keurslijf. Professionals moeten de vrijheid hebben om ervan af te wijken.

Ook met betrekking tot kwaliteitsmeting zijn er spanningen. De markt meet kwaliteit af aan productiecijfers en klanttevredenheid. Goed helpen is veel mensen bedienen en tevreden stellen. De bureaucratie meet kwaliteit aan zorgvuldigheid in procedures. Goed helpen is gelijk behandelen. Voor professionals moeten echter andere kwaliteitseisen gelden. Goed helpen is vaker ongelijk behandelen, namelijk ieder geven wat hij nodig heeft. Klanttevredenheid is wel heel belangrijk, maar geen onverkort teken van gebrek aan kwaliteit. In de woorden van Mol: 'Goede zorg streeft wel goede resultaten na, maar de kwaliteit van zorg valt niet aan haar resultaten af te meten' (Mol 2004, 10). Bij goede psychiatrie of jeugdzorg is een fase van ontevredenheid vaak een noodzakelijk onderdeel van de therapie. Ontevredenheid is daarom wel aanleiding voor een gesprek, maar niet onmiddellijk voor herziening van het hulpaanbod. Ook productiecijfers zijn geen kwaliteitsindicatie, aangezien goed helpen en veel helpen niet hetzelfde zijn.

Voorts bestaan er spanningen tussen professionalisme en marktdenken als het gaat om concurrentie en samenwerking. Binnen de markt is concurrentie uiteraard cruciaal. Het professionalisme kan echter alleen gedijen bij goede samenwerking, en dat kan alleen bij de gratie van monopolies, betoogt Freidson. Alleen een monopolie kan ervoor zorgen dat kwaliteit daadwerkelijk boven winst en efficiëntie gesteld kan worden. Een monopolie zorgt ervoor dat professionals hun kennis kunnen uitwisselen en verdiepen zonder zich voortdurend te bekommeren om de economische waarde ervan. Een monopolie beschermt ook cliënten. Het beperkt de vrijheid van consumenten om goedkope beunhazen te verkiezen boven goedgetrainde professionals.

In de jaren zeventig is dit professionalisme zoals gezegd heftig bekritiseerd op zijn ondemocratische karakter. Professionals zouden onder het mom van dienstbaarheid aan het welzijn van de gezondheid van cliënten feitelijk vooral bezig zijn met het veiligstellen van hun eigen belangen. De 'roeping' van professionals werd ontmaskerd als

mooi opgetuigd eigenbelang en machtsvorming (Freidson 1970, 1986; Parkin 1979; Parry en Parry 1976; Witz 1992). De dienstbaarheid van professionals werd ontmaskerd als machtsmisbruik, betutteling en kleinering en het creëren van afhankelijkheid en hulpeloosheid (Achterhuis 1980; Illich 1975). De macht van professionals moest daarom ingeperkt en gecontroleerd worden. Cliënten moesten meer te zeggen krijgen en professionals moesten beter luisteren en zich bescheidener opstellen. Nodig waren, met andere woorden, meer democratische verhoudingen met een grotere gelijkheid tussen professionals en cliënten (Duyvendak 1999; Tonkens 1999).

Over de aard van het meer democratische alternatief verschilden critici sterk van mening. Viel er nog iets van instituties te verwachten of moest het alternatief vooral buiten instituties gezocht worden, in de onderlinge verbondenheid van vrije burgers? Degenen die nog wel iets van instituties verwachtten, pleitten voor maatregelen die de zeggenschap en de rechtspositie van cliënten binnen die instituties moest versterken. Het succes hiervan is te zien in nieuwe wetten en maatregelen uit de jaren tachtig en negentig zoals deze Wet Klachtrecht, de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, en de instelling van cliëntenraden en patiëntenvertrouwenspersonen.

Maar de meest fervente critici als Illich (1975) en Achterhuis (1980) kwamen niet met een helder alternatief. Hun kritiek heeft het professionalisme wel een enorme knauw toegebracht, maar zij hebben daarvoor slechts een vage notie van democratisering, van macht aan de cliënten, in de plaats gezet. Zij meenden dat patiënten spontaan tot eigen initiatief en (zelf)organisatie zouden komen, wanneer professionals hen daarin niet langer belemmerden. In de voetsporen van Achterhuis en Illich pleitte De Swaan (1983) bijvoorbeeld voor 'zorgcongregaties': een soort verenigingen van circa 2500 mensen die buiten alle instituties om elkaars zorgbehoeften beoordelen en daar gezamenlijk tijdelijk een hulpverlener voor inhuren.

Daarmee articuleerden deze auteurs het geloof in *spontane zelfontplooiing* die maatschappijcritici in heel veel sectoren van de samenleving in die tijd aanhingen: mensen komen uit eigen beweging tot ontplooiing en tot harmonieuze, democratische

gemeenschappen, wanneer de institutionele belemmeringen maar opgeruimd worden (Tonkens 1999). Deze overtuiging maakte verdere doordening van institutionele vormgeving van dergelijke democratische praktijken onmogelijk en in de ogen van deze auteurs ook overbodig.

4. NPM en de relatie cliënt - professional

De kritiek op het professionalisme creëerde dus een leemte ten aanzien van democratische alternatieven, vooral met betrekking tot de alledaagse relatie tussen cliënten en professionals. De maatregelen die wel zijn genomen, hebben enerzijds een sterk juridische inslag (zoals klachtrecht, patiëntenvertrouwenspersonen en de WGBO) en hebben daarmee vooral bijgedragen aan juridisering van de zorg (Pols 2004). Voor een ander deel hebben de maatregelen wel betrekking op democratisering – cliëntenraden bijvoorbeeld –, maar die democratisering betreft alleen de relatie tussen cliënten en instellingsbesturen, nauwelijks die tussen cliënten en professionals.

Deze democratische leemte ten aanzien van de zorgrelatie zelf is nu opgevuld door het marktdenken van het NPM en de daarmee gepaard gaande bureaucratisering. Begrijpelijk, want het NPM richt zich wel op de directe relatie met cliënten en is ook antiautoritair en niet-paternalistisch. NPM is niettemin een gebrekkig antwoord op de roep om meer democratische verhoudingen, zo zal ik in deze paragraaf betogen, aansluitend op recente andere geluiden in die richting (WRR 2004, Raad van State 2004). Het doet eerder een appèl op ontwijken dan op verdiepen van de dialoog tussen cliënten en professionals. Binnen het NPM is daarbij het onderscheid tussen het therapeutische en het institutionele niveau van belang, (oftewel tussen vraaggerichtheid en vraagsturing); daarom zal ik beide niveaus hierna achtereenvolgens behandelen.

Vraaggerichtheid spoort professionals aan om zich te richten naar de vraag van cliënten, niet om hun eigen visie op de problemen van cliënten te ontwikkelen. 'Wat telt is de wens van de patiënt of een tevreden patiënt, niet zozeer het medisch oordeel' (Gezondheidsraad/ RVZ 2004, 160). Professionals moeten in het kader van vraaggerichtheid op zoek naar de vraag van de cliënt. Als zij deze gevonden hebben, moeten zij daarop een adequaat aanbod formuleren.

Met die aansporing beter te voldoen aan de wensen en eisen van cliënten zelf, blijven professionals in talloze situaties in het duister tasten. Wat nu als cliënten een vraag hebben om hulp die een professional niet alleen schadelijk maar ook niet zinvol vindt? Die hij bijvoorbeeld verkeerd geadresseerd vindt en daarom misschien ook geldverspilling? Wat moet een arts als een cliënt komt vragen om medisch onderzoek dat niet schadelijk maar in zijn visie overbodig is, terwijl de cliënt meer gebaat zou zijn bij psychische hulp, maar daar zelf niets van wil weten? Veel artsen worstelen met deze vraag (Willems en Veldhuis 2002). Het adagium van vraaggerichtheid geeft daarin weinig richting. En wat moet een maatschappelijk werker met een verstandelijk gehandicapte moeder die een kind wil, terwijl de maatschappelijk werker redenen heeft om te verwachten dat de moeder dit niet aan zal kunnen en het kind vroeger of later uit huis geplaatst zal worden? Ook voor die vraag is vraaggerichtheid een gebrekkige notie. Het spoort immers niet aan tot een betere dialoog maar slechts tot beter luisteren (Peters en Pierre 2000). Wat een professional te doen staat als hij heel goed heeft geluisterd en toch bedenkingen heeft om aan de vraag te voldoen, blijft onduidelijk. Vraaggerichtheid genereert slechts een 'smalle morele basis' (Gezondheidsraad/ RVZ 2004). Daarmee genereert vraaggerichtheid onduidelijkheid en morele verlegenheid van professionals ten aanzien van cliënten. Democratischer verhoudingen vereisen een betere dialoog, geen betere 'match' tussen vraag en aanbod.

Deze onduidelijkheid en morele verlegenheid brengen op hun beurt drie problemen met zich mee. Ten eerste ontstaat daardoor tot een groter risico op verwaarlozing van cliënten. Bemoeienis met cliënten op een manier waar deze niet om gevraagd heeft, of ten aanzien van zaken waar de vraag van een cliënt geen betrekking op had, geldt al gauw als paternalistisch. Als een verstandelijk gehandicapte stotterende jongeman op zoek is naar een baan, bijvoorbeeld, en daartoe zelf dapper stotterend werkgevers belt en steeds nul op het rekest krijgt, mag een begeleider het bellen dan van hem overnemen als hij er niet om vraagt? Of moet hij toezien hoe de jongen steeds verder ontmoedigd raakt en uiteindelijk agressief wordt? Want dan is er sprake is van schade aan zichzelf of anderen. Pas

dan mag de vraaggerichte hulpverlener zich ermee bemoeien – maar dan moet hij ook meteen ingrijpen.

Behalve verwaarlozing riskeert vraaggerichtheid daarmee ook een overmatige nadruk op overlast. Immers: alleen overlast (en andere vormt van schade) vormt een duidelijke indicatie is voor bemoeienis. Dit veroorzaakt dat steeds meer interventies gelegitimeerd worden in termen van overlast: ook buurtfeesten en opvoedprogramma's voor peuters worden soms al gelegitimeerd in termen van preventie van overlast (Swierstra en Tonkens 2002).

Tot zover de democratische lacune van vraaggerichtheid. Bij vraagsturing is die democratische lacune nog groter. Vraagsturing verkleint zelf de zeggenschap en autonomie van zowel cliënten als professionals; de zeggenschap verplaatst zich naar andere partijen, zoals verzekeraars en zorgkantoren. Is er, met andere woorden, bij vraaggerichtheid nog sprake van morele verlegenheid maar blijft de oordeelsvorming over het goede voor de cliënt en voor cliënten (in het algemeen in elk geval in al zijn vaagheid) nog hangen in de relatie tussen cliënten en professionals, bij vraagsturing wordt de zeggenschap over het goede leven overgenomen door een derde partij, die namens de cliënt als vraagbehartiger optreedt, zoals verzekeraars. (Dit is alleen niet het geval bij het Persoonsgebonden Budget, waar ik verderop op terugkom.)

Deze verplaatsing van de zeggenschap doet afbreuk aan het democratisch gehalte van de dienstverlening aan in plaats van deze te versterken. Cliënten hebben officieel meer keuzemogelijkheden en daarmee meer autonomie, maar in de praktijk hebben zij vooral veel te zeggen over datgene dat voor hen het minst belangrijk is, namelijk keuze tussen sturende partijen zoals zorgverzekeraars of grote aanbieders van zorg. Zij hebben echter minder keuze tussen zorgverleners. In het nieuwe zorgstelsel bijvoorbeeld is dit ook expliciet zo geregeld. Wie toch zelf wil kunnen blijven kiezen tussen zorgverleners, moet daarvoor een extra hoge premie betalen. De keuze tussen zorgverleners is voor cliënten echter veel belangrijker dan de keuze tussen verzekeraars (Trappenburg en Groenewoud 2005).

Ten tweede doet vraagsturing afbreuk aan het democratische gehalte van de zorgverlening, doordat vraagsturing de invloed primair legt bij de

mogelijkheid om te vertrekken en een andere aanbieder te kiezen (exit) en de mogelijkheid tot inspraak (voice) verkleint. In het nieuwe zorgstelsel en de nieuwe kinderopvangwet bijvoorbeeld vervalt de WMCZ (Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen). De legitimatie daarvan is dat met deze nieuwe wetten, waarin vraagsturing expliciet het uitgangspunt is, keuzevrijheid in plaats van meepraten de geëigende vorm van zeggenschap van cliënten is.

Ten derde ondermijnt vraagsturing het democratisch gehalte van zorgverlening doordat er over sommige aspecten, bijvoorbeeld zinloze zorgvragen of overbodige behandelingen, in het marktdenken geen zinvolle dialoog te voeren is. 'Voor het begrenzen van zinloze transacties heeft de markt geen repertoire. *Nee* valt immers niet te verkopen', zo stelt Mol treffend (Mol 2004, 16).

Ten slotte doet vraagsturing afbreuk aan het democratisch gehalte van de zorg doordat niet alleen cliënten maar ook professionals minder zeggenschap hebben over wat goede zorg is en hoe die geleverd moet worden. Immers, ook hun zeggenschap wordt door verzekeraars overgenomen. Bij het Persoonsgebonden Budget (PGB) – een bijzondere vorm van vraagsturing – hebben cliënten weliswaar wel meer zeggenschap; maar daarmee is de kwaliteit niet noodzakelijk hoger. Er zijn indicaties dat professionals die betaald worden via een PGB, soms hun eigen professionele standaarden overschrijden en de dialoog met de cliënt mijden uit angst hun baan te verliezen (De Gruyter 2004, Sting 2004).

Voorts heeft vraagsturing nog twee gevolgen die niet direct maar wel indirect een negatieve invloed hebben op de dialoog tussen cliënten en professionals. Ten eerste de sterke toename van bureaucratie (in de zin van registratie- en verantwoordingsplicht) en externe controle, en daarmee een toename van (tijds)besteding aan het informeren van externe beoordelaars in plaats van een versterking van de wederzijdse oordelen van cliënten en professionals. Vaak worden vraagsturing en marktdenken aangeprezen omdat daarmee de bureaucratie zou verminderen. Marktwerking is echter alleen onbureaucratisch in domeinen waar de overheid ook daadwerkelijk weinig verantwoordelijkheid heeft, bijvoorbeeld op de markt van consumptiegoederen. Maar in de zorg en andere delen van de publieke

sector komt er met meer markt juist meer bureaucratie: want de overheid geeft instellingen meer vrijheid, maar houdt toch de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid, en eist dus met meer afstand meer registratie (De Bruijn 2002, Pollitt 2003).

Daarnaast impliceert vraagsturing een aantasting van het vertrouwen tussen professionals en cliënten; vooral vanwege de lossere verhoudingen tussen beide waarin de cliënt meer tot exit en minder tot voice en loyalty wordt uitgenodigd (Hirschman 1970 en 1992).

5. Een vierde logica?

Vraagsturing en vraaggerichtheid dragen dus niet echt bij aan meer democratische verhoudingen tussen professionals en cliënten. De vraag hoe meer democratische relaties dan wel tot stand kunnen komen is daarmee nog steeds actueel. In hoeverre bestaan er andere alternatieven zijn die aan die gedachte meer recht doen? De laatste jaren lijkt zich een nieuwe, vierde logica te ontwikkelen, die een antwoord poogt te bieden op de vraag hoe recht kan worden gedaan aan de eigenheid van de publieke sector en de kernwaarden van het professionalisme, maar tegelijkertijd alsnog vorm gegeven kan worden aan de noodzaak tot verdere democratisering daarvan, om machtsmisbruik en willekeur van professionals te voorkomen.

Er lijken zich daarbinnen twee stromingen af te tekenen. De ene stroming, *democratic professionalism* (Dzur 2004a en 2004b) of *civic professionalism* (Sullivan 2004) genoemd, vertrekt vanuit het professionalisme en poogt dat te democratiseren. De andere stroming, *collaboration* (Vigoda 2002) of *participation* (Cawston en Barbour 2003, Cornwall en Gaventa 2001) genoemd, vertrekt vanuit de cliënt en poogt deze meer democratische zeggenschap en verantwoordelijkheid te geven in (de vormgeving van) de dienstverlening.

Deze vierde logica deelt met het professionalisme het idee dat de publieke sector zich van bureaucratie en marktdenken onderscheidt in zijn toewijding aan het algemeen belang en de 'seculiere roeping' jegens bepaalde waarden zoals gezondheid, ontplooiing en rechtvaardigheid. Deze waarden wil men in de samenleving levend houden. Net als in het professionalisme gelden professionals hier als hoeders en bevorderaars van het algemeen

belang. Maar wat het algemeen belang is, kan niet alleen door professionals worden vastgesteld. Het is de gemeenschappelijke taak van professionals, cliënten, beleidsmakers en managers om daarover een permanente dialoog gaande te houden.

Wel ligt het initiatief hiervoor vooral bij professionals. 'Professionals nemen publiek leiderschap in het oplossen van vastgestelde publieke problemen' (Sullivan 2004, 18), en 'herstellen de betrokkenheid van het publiek bij de aard en de waarde van wat zij voor de samenleving als geheel doen.' (ibid). Professionals moeten 'in een echte dialoog met hun publiek treden en bereid zijn tot publieke verantwoording' (Sullivan 2004, 19), en daarbij 'uitnodigen tot publieke respons en betrokkenheid bij de inspanningen van de professie om zijn missie en verantwoordelijkheden duidelijk te maken.' (ibid.)

Kennis en vaardigheden zijn eveneens heel belangrijk in deze logica, maar anders dan in het professionalisme zijn ze niet het exclusieve bezit van professionals. Kennis en vaardigheden zijn onderwerp van een voortdurende dialoog tussen professionals en cliënten. Democratie is in deze logica zelf een van de hogere waarden die professionals en cliënten moeten (willen) bevorderen, en is daarmee vergelijkbaar met waarden als gezondheid, ontwikkeling, en rechtvaardigheid. Vanwege de gehechtheid aan democratie speelt de dialoog hier een centrale rol, zowel op individueel als op collectief niveau. Net als in professionalisme worden professionals hier gedefinieerd en erkend als primair gedreven door een roeping in plaats van door status of geld (Sullivan 2004). Echter: ze kunnen aan die roeping alleen gevolg geven via een democratische dialoog met cliënten. Het draait dus niet om vraagsturing maar om *dialoogsturing* (Tonkens 2003).

Professionals bezitten en onderhouden gespecialiseerde kennis over hun veld, en kunnen deze kennis alleen doen toenemen door hem te delen met anderen, zodat hun collectieve kennis groeit. Maar anders dan in het professionalisme, deelt men deze kennis niet alleen met collega's maar ook met cliënten. Professionals leggen hun visie en procedures aan cliënten voor, erkennen de eigen kennis van cliënten en komen via een dialoog tot een gemeenschappelijke visie op problemen en oplossingen. 'Traditionele grenzen tussen expert and leek vervagen. De percepties van cliënten wor-

den onmisbaar om een "fit" met hun unieke situatie tot stand te brengen' (Cawston en Barbour 2003, p. 721).

Professionals en cliënten erkennen elkaars kennis en komen tot een gemeenschappelijk begrip van de situatie. Cliënten 'verlangen meer verantwoording van dienstverleners, onder meer via meer dialoog en advies' (Cornwall en Gaventa 2001, p.9). Centraal staan herstel van de dialoog, grotere openheid en meer verantwoording van professionals. 'Toegenomen, serieuze risico's op onvrede, scepsis en cynisme jegens de overheden' kunnen alleen worden afgewend via 'intensieve samenwerking tussen alle partijen in de samenleving' (Vigoda 2002, 538).

6. Ongelijke gelijkwaardigheid

Probleem van deze ontluikende vierde logica is dat deze nog erg vaag is over wat gewenste dialoog nu precies inhoudt en hoe daarin recht gedaan kan worden aan de verschillende (machts)posities van professionals en cliënten. Te gemakkelijk wordt verondersteld dat een dialoog dergelijke verschillen zal neutraliseren. Er is in situaties waarin die dialoog beoogd wordt sprake van een 'een ongemakkelijke vaagheid over de onderliggende machtsrelaties' (Pollitt 2003, 107). In de theoretische reflectie hierover is sprake van een 'flagrante miskennis van machtsrelaties' (Jones 2003, 538). Professionals hebben in de regel immers meer kennis en vaardigheden ten aanzien van het vaststellen en verhelpen van problemen dan cliënten, en daardoor een sterkere machtspositie. Wat moet de betekenis van dat overwicht zijn? Hoe kan recht gedaan worden aan dergelijke machtsverschillen en kan daarbinnen toch een volwaardige democratische dialoog plaatsvinden? Deze vragen moeten verder uitgewerkt worden, voordat er daadwerkelijk van een volwaardige vierde logica gesproken kan worden.

Ook over de wijzen waarop professionals zich moeten verantwoorden blijft deze vierde logica vaag. Voor de wijze waarop machts- en kennisverschillen gepaard kunnen gaan met wederzijds respect, is een interessante aanzet te vinden bij Sennett (2003). Sennett stelt dat de professional weliswaar superieur is aan de cliënt als het gaat om kennis van problemen en oplossingen, maar dat de

cliënt op een ander punt superieur is: de cliënt weet beter hoe het voelt. Hoe het voelt om bijvoorbeeld twintig jaar diabetes te hebben of langdurig werkloos te zijn. Hoe het voelt om dagelijks niet zelf op te kunnen staan uit bed of dag in dag uit voor een zwaar gehandicapt kind te zorgen. Op dat punt moet de professional verschrikkelijk goed luisteren en haar plaats weten, en waar nodig haar werkwijze daarop aanpassen. Professional en cliënt zijn gelijkwaardig maar niet gelijk. Zij erkennen dus elkaars superioriteit op deze punten.

Democratisch professionalisme vereist ook verdere ontwikkeling van nieuwe, meer democratische vormen van verantwoording. Meer nadruk op verantwoording naar collega's en naar cliënten, en minder eenzijdig nadruk op verantwoording in de richting van de overheid, inspecties en financiers. In de richting van collega's kan dat bijvoorbeeld via een systeem van visitatiecommissies, dat hier en daar in de zorg enigszins is ontwikkeld. Collega's kijken dan bij elkaar in de keuken en rapporteren hun bevindingen. Kwantitatieve prestatiemeting kan daarbij een rol spelen, op voorwaarde dat professionals niet worden 'afgerekend' op resultaat, maar dat ze ruimte krijgen om over twijfels en blunders te praten, met het doel om er wat van te leren. Prestatie-indicatoren zijn dan een aanleiding

om te praten, geen discussiestopper (De Bruijn 2001).

Maar ook in de richting van cliënten is verdere democratisering mogelijk. Natuurlijk zijn er cliëntenraden, maar die functioneren vaak moeizaam (WRR 2004). Van een goede dialoog tussen professionals en cliënten is doorgaans geen sprake. Voor een deel valt dat niet te organiseren, en gaat het er meer om het juiste klimaat te scheppen voor openheid. Daarnaast zijn, in aanvulling op cliëntenraden, nieuwe vormen van georganiseerde en gestructureerde dialoog nodig en deels ook al in ontwikkeling. Te denken valt aan cliëntenpanels, burgerjury's, spiegelgesprekken en dergelijke. Wenselijk zijn nieuwe vormen die van cliënten, anders dan bij cliëntenraden, niet vragen dat ze zelf een hele organisatie optuigen en in stand houden maar die hen direct inschakelen voor wat men van ze wil horen: hoe zij de kwaliteit van de dienstverlening en de interactie met professionals ervaren en welke verbeteringen zij wenselijk achten.

Deze vierde logica is in potentie een volwaardig antwoord op de kritiek van het democratisch tekort van zowel het professionalisme als vraagsturing. Daartoe is het wel noodzakelijk bovengenoemde problemen en alternatieven verder uit te werken.

Literatuur

- Achterhuis, H., 1980, *De markt van welzijn en geluk*. Baarn: Ambo.
- Blok, G., 2004, *Baas in eigen brein. Anti-psiatrie in Nederland, 1965-1985*, Amsterdam: Nieuwezijds.
- Bosselaar, H., 2005, *De vraag als antwoord. Vraagsturing en sociaal beleid: voorwaarden en risico's*, Den Haag: Reed Business Information.
- Bruijn, H., de, 2001, *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: Lemma.
- Bruijn, H., de, 2002, *Managing performance in the public sector*, Londen: Routledge.
- Clarke, J. en J. Newman, 1997, *The managerial state*, Londen: Sage.
- Cornwall, A. en J. Gaventa, 2001, *From users and choosers to makers and shapers: repositioning participation in social policy*, IDS-working paper, Brighton, www.ids.ac.uk/publications.
- Cawston, P.G. en R.S. Barbour, 2003, 'Cliënts or citizens? Some consideration for primary care organisations', *British Journal of General Practice*, september 2003, 716-722.
- Du Gay, P., 2000, *In praise of bureaucracy*, Londen: Sage.
- Duyvendak, J.W., 1999, *De planning van ontplooiing. Wetenschap, politiek en de maakbare samenleving*, Den Haag: Sdu.
- Dzur, A.W., 2004a, 'Civic participation in professional domains: an introduction to the symposium', *The good society*, 13:1, 3-5.
- Dzur, A.W., 2004b, 'Democratic professionalism: sharing authority in civic life'. *The good society*, 13:1, 6-14.
- Freidson, E., 1970, *Professional dominance: the social structure of medical care*, New York: Atherton Press.
- Freidson, E., 1986, *Professional powers. A study in the institutionalisation of formal knowledge*, Chicago/ Londen: Chicago University Press.
- Freidson, E., 2001, *Professionalism. The third logic*, Cambridge: Polity Press.
- Gezondheidsraad / RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en zorg), 2004, *Signalering ethiek en gezondheid*, Den Haag/ Zoetermeer: Gezondheidsraad/ RVZ.
- Gruyter, R., de, 2004, 'Persoonsgebonden budget: geen garantie op goed gebruik'. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, juni 2004, 4-7.
- Hirschman, A. O., 1970, *Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states*, Cambridge Mass./Londen: Harvard University Press.
- Hirschman, A. O., 1992, 'Exit and voice. An expanding spher-

- re of influence'. *Rival views of market society and other recent essays*. Cambridge Mass.: Harvard University Press
- Illich, I., 1975, *Het medisch bedrijf- een bedreiging voor de gezondheid?*, Baarn: Het Wereldvenster.
- Jones, P.S., 2003, 'Urban regenerations poising chalice: is there an impasse in (community) participation-based policy?' *Urban Studies*, 40: 3, 581-601.
- Kraan, W.G.M., van der, 2001, *Vraaggericht en vraaggestuurde*, Den Haag: ZonMw.
- Knijn, T., 1999, 'Strijdende logics in de kinderopvang en de thuiszorg: marktprincipes in de sociale zorg'. In: C. Brinkgreve en P. Van Lieshout (red.), *Geregelde gevoelens. Collectieve arrangementen en de intieme leefwereld*, Maarssen: Elsevier.
- Mol, A., 2004, 'Klant of zieke? Markttaal en de eigenheid van de gezondheidszorg'. *Krisis, tijdschrift voor empirische filosofie*, 5:3, 3-24.
- Osborne D. en T. Gaebler, 1992, *Reinventing government, how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Londen: Penguin Books.
- Parkin, F., 1979, *Marxism and class theory: a bourgeois critique*, Londen: Tavistock.
- Parry, N. en J. Parry, 1976, *The rise of the medical profession*, Londen: Croom Helm.
- Peters, B.G. en J. Pierre, 2000, 'Citizens versus the new public manager. The problem of mutual empowerment.' *Administration and society*, 32:1, 9-28.
- Pollitt, C., 2003, *The essential public manager*. Berkshire: Open U.P.
- Pols, J., 2004, 'Enforcing patient rights or improving care? The interference of two modes of doing good in mental health care.' In: *Good care. Enacting a complex ideal in long term psychiatry*, 77-106
- Raad van State, 2003, *Jaarverslag 2003*, Den Haag: Raad van State.
- RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), 2003, *Van patient tot klant*, Zoetermeer: RVZ.
- Sennett, R., 2003, *Respect in a world of inequality*, Londen/ New York: Norton and company.
- Sting, 2004, *Ervaringen van PGB zorgverleners met het PGB*, Utrecht: Sting.
- Sullivan, W., 2004, Can professionalism still be a viable ethic?, *The good society*, 13:1, 15-20.
- Swaan, B., de, 1983, 'Reformatie van de verzorging' I, In: *Halverwege de heilsstaat*. Amsterdam: Meulenhoff, 19-23.
- Swierstra, T. en E. Tonkens, 2002, 'Klakkeloze keuzevrijheid. Kanttekeningen bij de dominantie van keuzevrijheid in hedendaags beleid'. *Filosofie en praktijk*, 23: 2, 3-18.
- Tonkens, E., 1999, *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig*, Amsterdam: Bert Bakker.
- Tonkens, E., 2003, *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*, Utrecht: NIWZ.
- Trappenburg, M. en S. Groenewoud, 2005, 'Gezondheidszorg. Nieuwe ongelijkheden'. In: M.Hurenkamp en M. Kremer, *Vrijheid verplicht. Over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid*, Amsterdam: Van Gennep, 77-98.
- Vigoda, E., 2002, 'From responsiveness to collaboration: Governance, citizens and the next generation of public administration', *Public Administration Review*, 62: 5, 527-540.
- Willems, D. en M. Veldhuis, 2002, *Wegen in de zorg. Dilemmas, keuzen en afwegingen in de spreekkamer*, Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Witz, A., 1992, *Professions and patriarchy*, Londen: Routledge.
- WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid), 2004, *Bewijzen van goede dienstverlening*, Den Haag: WRR.