



STIJN VERHAGEN

ZORGLOGICA'S UIT BALANS

Het onbehagen in de thuiszorg nader verklaard

deGraaff

Voor mijn ouders

Zorglogica's uit balans

Het onbehagen in de thuiszorg nader verklaard

Stijn Verhagen

ISBN 90-77024-18-2

NUR 882/897

Vormgeving: Mol Grafische Vormgeving, Utrecht

© 2005 Stijn Verhagen/Uitgeverij de Graaff, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen, vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en vermelding van de auteur(s) van het boek.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j^o, het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever (Uitgeverij de Graaff, Postbus 779, 3500 AT Utrecht) te wenden.

ZORGLOGICA'S UIT BALANS

Het onbehagen in de thuiszorg nader verklaard

STRUGGLING LOGICS OF CARE
Home care and its discontents explained

(with a summary in English)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht op gezag van de Rector Magnificus, Prof. Dr. W.H. Gispen, ingevolge het besluit van het College voor Promoties in het openbaar te verdedigen op vrijdag 21 oktober 2005 des ochtends te 10:30 uur

door

Stijn Maria Verhagen

Geboren op 12 november 1975, te 's-Hertogenbosch

Promotores: Prof. Dr. G.C.M. Knijn
Prof. Dr. P.A.H. van Lieshout

INHOUD

VOORWOORD	9
HET ONBEHAGEN IN DE ZORG	13
Aanleiding	14
Vraagstelling	16
Leeswijzer	21
I PROBLEMEN	23
1. WACHTLIJSTEN	25
1993: efficiency-korting	26
1994-1997: nauwelijks volumegroei	29
1997-1998: aanzet tot een substantiële aanpak	31
1998-2002: boter bij de vis	34
Oorzaken en oplossingen	39
Conclusie	47
2. ARBEIDSSCHAARSTE	49
Thuiszorg zorgenkind	50
- Personeelstekort	52
- Werkdruk	53
- WAO en ziekteverzuim	57
Eendracht en tweespalt	60
Oorzaken en oplossingen	66
- Instroom	68
- Uitstroom	73
- Een meerjarige en veldbrede aanpak	77
Vinden en binden	79
3. IMAGO	81
Ronddolende beelden	82

Beroepsimago	89
- Beroepsinhoud	90
- Salaris	92
- Secundaire arbeidsvoorwaarden	96
Conclusie	100
4. KWALITEIT	103
Problematische kwaliteit	104
Geproblematiseerde kwaliteit, talmend beleid	106
Kwaliteit namens partijen	110
- Kadertje staat	110
- Gekeurmerkte instellingen	112
- Doeltreffende beroepsbeoefenaren	114
- Tevreden zorgvragers	116
- Doelmatige verzekeraars	120
Conclusie	122
II ZORGLOGICA'S	123
5. WAT ZIJN ZORGLOGICA'S?	127
Definitie	128
De ideaaltypische methode en vertooganalyse	129
Welke zorglogica's?	132
6. POLITIEKE, ECONOMISCHE, FAMILIALE EN PROFESSIONELE ZORGLOGICA	137
Politieke zorglogica	137
- Sociale rechtvaardigheid als ideologie	138
- Overheid als institutie	144
- Participerende burgers op micro-niveau	147
Economische zorglogica	149
- Economisch liberalisme als ideologie	150
- Markt als institutie	152
- Ondernemers en consumenten aan de basis	155
Familiale zorglogica	157
- Informele solidariteit als ideologie	158
- Familie/gemeenschap als institutie	159
- Informele verzorgers en hun naasten/verwanten	162
Professionele zorglogica	164
- Discretionaire dienstbaarheid als ideologie	165
- Professie als institutie	168

- Deskundigen en cliënten in het primaire proces	169
Conclusie en perspectief	171
7. METHODE VAN DATAVERZAMELING EN -ANALYSE	177
Dataverzameling	178
- Dragers van het gezag	178
- Welke documenten?	182
Nationaal politieke documenten	183
* Probleemperspectief	183
* Thuiszorgperspectief	185
* Con-teksten	186
Documenten van de maatschappelijke actoren	187
* Probleemperspectief	188
* Thuiszorgperspectief	191
* Con-teksten	191
- Conclusie dataverzameling	192
Analyse	192
- Coderingswijze	193
- Zorglogica's in (de) praktijk: operationalisering van de vraagstelling	198
Conclusie: betrouwbaarheid, geldigheid en reikwijdte	202
III PROBLEMEN TUSSEN ZORGLOGICA'S	205
8. MARKTBAARHEID	207
Voorgeschiedenis	209
Economische en politieke zorglogica uit evenwicht tot mei 1997	213
- Institutionele wrijving	214
Economische en politieke zorglogica in evenwicht sinds mei 1997	224
- Institutionele complementariteit	229
- 'A Dutch miracle'	234
Conclusie	241
9. KEERZIJDE VAN MARKTBAARHEID	243
Voorgeschiedenis	244
Economische en professionele zorglogica uit evenwicht	247
- Vooruitgang doelmatigheid op institutioneel niveau	248
- Achteruitgang doeltreffendheid op de werkvloer	255
De familiale zorglogica schittert door afwezigheid	262

EPILOOG	269
De zorglogica-benadering als aanvulling op de bestaande verzorgings- staatliteratuur	270
Inhoudelijke inzichten	273
- Economische en politieke zorglogica: dominant en variabel	274
- Economische en professionele zorglogica: relatief afwezig en statisch	278
- Economische en familiale zorglogica: klinkende stilte	280
- Zorglogica's en de aanpak van de thuiszorgproblemen	281
EINDNOTEN	287
BIJLAGEN	307
I Historisch overzicht maatschappelijke actoren	308
II Verzamelde documenten	309
III Codeboek	317
LITERATUUR	323
SUMMARY	343
OVER DE AUTEUR	351

VOORWOORD

De Nederlandse zorgsector had het moeilijk de afgelopen vijftien jaar. Met name in de thuiszorg liepen de gemoederen soms hoog op. Wachtlijsten deden hun intrede. Het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden steeg. Er ontstonden vraagtekens bij de kwaliteit van de geleverde zorg. In samenhang daarmee heerste er onrust over de introductie van marktwerking in de sector, die dan ook al gauw weer werd bevroren.

In deze studie ga ik in op de bestaande onvrede in de thuiszorg. De fundamentele spanningen die daaraan ten grondslag liggen, probeer ik zichtbaar te maken. Dat mijn aandacht uitgaat naar ‘spanningen’ is in zekere zin eenzijdig. Veel zaken die goed verliepen blijven buiten beschouwing. Voor alle cliënten die *niet* op een wachtlijst stonden, heb ik in deze studie weinig oog. Voor de ontwikkeling van allerlei nieuwe zorgvormen evenmin. Dagelijks staan een kleine tweehonderdduizend gemotiveerde thuiszorgkrachten voor hun cliënten klaar. Ook daarop leg ik in dit boek niet het accent. Desalniettemin *was* er de afgelopen jaren sprake van benedenmaatse prestaties. De thuiszorg functioneerde als een hogedrukpan met een afblaasventiel dat matig functioneert: wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago problemen en kwaliteitsgebreken borrelden op, maar vonden geen uitweg. Alle betrokkenen bevonden zich in een situatie die geen van hen als wenselijk ervoer. In dit boek toon ik aan hoe deze onbevredigende situatie almaar kon blijven voortbestaan.

Graag wil ik iedereen bedanken die ervoor heeft gezorgd dat ik met zoveel plezier aan dit boek heb kunnen werken. Om te beginnen zijn dat de instellingen die, aanvankelijk soms aarzelend, hun archieven en bibliotheken voor mij openstelden. Het betreft de brancheorganisaties en beroepsgroepen, mantelzorgverenigingen en vakbonden, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenfederaties, die in dit boek keer op keer de revue zullen passeren (zie bijlage I voor een overzicht van hun namen). De meer dan duizend documenten die ik via hen en via de nationale politiek over de problemen in de

thuiszorg vergaarde, vormen het publieke geweten van een cruciale periode in de geschiedenis van de thuiszorg. Zonder de medewerking van deze instellingen had dat geweten niet manifest kunnen worden.

Mijn promotor Trudie Knijn dank ik voor haar onvoorwaardelijke betrokkenheid bij en enthousiasme voor dit project. Het zorglogica-concept dat ik in deze studie nader uitwerk, heeft Trudie in 1999 geïntroduceerd. Dat maakte dat ik kon voortbouwen op de resultaten van eerder onderzoek en dat ik vrijwel continu iemand in mijn omgeving had die ik over uiteenlopende vraagstukken en dilemma's kon consulteren. Meer dan vijf jaar hebben wij geestdriftige discussies gevoerd over de mogelijkheden, betekenis en bedoeling van dat ene, intrigerende concept. Met voldoening kijk ik verder terug op de vrijwel dagelijkse gesprekken tijdens de lunch, op de vele momenten dat er iets te lachen of vieren viel en op het uitwisselen van 'Hella Haasse', 'Geert Mak', 'Jorge Amado' en vele andere auteurs. Meer in het algemeen was het een genot om een bijdrage te mogen leveren aan de permanente, intercollegiale dynamiek die er rondom Trudie bestaat.

Mijn promotor Peter van Lieshout bedank ik voor het in mij gestelde vertrouwen en de constructieve manier waarop hij dit project heeft begeleid. Peter wist effectief in te spelen op mijn intrinsieke motivatie om er 'echt' een mooi onderzoek van te maken. Graag wilde ik een empirisch precies en theoretisch systematisch onderzoek uitvoeren, over een maatschappelijk relevant vraagstuk dat de waan van de dag overstijgt. Peter moedigde me aan op de momenten dat ik het benodigde zelfvertrouwen dreigde te verliezen en stuurde het onderzoek bovendien op een aantal beslissende momenten bij. Met zijn analytisch overwicht en inhoudelijk overzicht wees hij nu eens op mijn wispelturigheid, dan weer op het verkeerde soort standvastigheid. Vaak deed hij dat door het stellen van de juiste vragen, zodat ik vervolgens in betrekkelijke autonomie de nieuwe koers nader kon bepalen.

De afgelopen paar jaar ben ik een aantal keer van werkomgeving veranderd. Met plezier denk ik terug aan de beginperiode bij de onderzoeksschool Arbeid, Welzijn en Sociaal-economisch Beleid (AWSB), en dan met name aan de sfeervolle tekstbesprekingen in Huize Den Treek. Van onvergetelijke betekenis in deze periode is de bijdrage van Anton Zijderveld, die gedurende ruim een jaar intensief bij dit project betrokken is geweest. Na het opdoeken van AWSB heb ik ongeveer anderhalf jaar vertoefd in de Amsterdamse School voor Sociaal-wetenschappelijk Onderzoek, die ik überhaupt al veel langer van binnen had willen leren kennen. Het commentaar van Gabriël van den Brink en Nico Wilterdink op mijn onderzoeksopzet ordende mijn gedachten en bracht mij tot nieuwe ideeën. Mijn vaste honk gedurende mijn promotieperiode was

echter de Capaciteitsgroep Algemene Sociale Wetenschappen (ASW), waar ik heb gefunctioneerd in meerdere tracés. Ik heb er gestudeerd en gewerkt, vrienden gemaakt en uitjes georganiseerd, lof en kritiek geuit en ontvangen. Dank ben ik verschuldigd aan alle collega's, in het bijzonder die van de tracés 'Culturen en Minderheden' en 'Zorg en Welzijn'. Maykel Verkuyten en Louk Hagendoorn ben ik erkentelijk voor hun commentaar op het methodenhoofdstuk. Na tien jaar viel het me zwaar ASW te verlaten. Niettemin was het voor mij het best om nieuwe wegen in te slaan. Bij de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, waar ik inmiddels mijn eerste adviesrapporten heb afgeleverd, wordt gewerkt met een hoog ambitieniveau. De gedrevenheid waarmee mijn nieuwe collega's allerlei ingewikkelde maatschappelijke vraagstukken proberen te doorgronden, geeft mij inspiratie en energie. Hun belangstelling voor mijn proefschriftvorderingen heb ik zeer op prijs gesteld.

Verder hielp en enthousiasmeerde mij op uiteenlopende manieren een aantal mensen, waarvan ik in ieder geval wil noemen: Wil, die met grote professionele deskundigheid en familiale betrokkenheid de taal- en stijlfouten in het manuscript corrigeerde; Jan, die er als vriend altijd is; Matthijs, Elzelien, Jasper, Nicole, Paul, Meta en Angeliek, met wie ik wandel, lach en drink; Iris, die mede aan de wieg stond van het aanvankelijk zo veelbelovende Vliegende Koeienproject; Edwin, een van mijn leukste collega's en Wouter, die altijd zijn deur heeft openstaan. Niet in de laatste plaats richt ik een woord van dank tot Linda, die van iedereen de meest bijzondere en intensieve bijdrage heeft geleverd. Het is werkelijk met geen pen te beschrijven welke veranderingen wij samen hebben doorgemaakt. Jij was 15 en ik 17 toen we elkaar leerden kennen. Ook tijdens mijn soms wat teruggetrokken promovendusbestaan was je liefde steeds voelbaar. Voortdurend gaf je me zelfvertrouwen en ondersteuning, waardoor ik dit proefschrift met een gevoel van rust en vrijheid heb kunnen schrijven.

Tot slot bedank ik mijn ouders voor de onvoorwaardelijkheid waarmee zij mijn loopbaan en de keuzes die ik daarin maak ondersteunen. Altijd tonen ze interesse in mijn werk. Of het nu gaat om het aanvegen van de vloer in een meubelfabriek, het vermaken van bejaarden met orgelspel, het schrijven van rapporten voor de overheid of het verrichten van wetenschappelijk onderzoek – altijd kan ik rekenen op hun belangstelling en vertrouwen. Dat jij, mama, halverwege mijn proefschrift ziek werd, betekende voor mij een verdomd rottige tijd. Je moest vechten voor wat je waard was en helaas doet je lichaam nog altijd niet wat je er eigenlijk van zou verwachten. Gelukkig kende de afgelopen periode ook veel fijne momenten, hetgeen ik in de toekomst graag zo zou willen houden. Aan jullie draag ik dit boek op.

HET ONBEHAGEN IN DE ZORG

De Nederlandse zorgsector kenmerkt zich – althans in een belangrijk deel van de beeldvorming – door onbehagen. Wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago- en kwaliteitsproblemen roepen negatieve publiciteit over de sector af, met name over de thuiszorg (Oudhof, 1996, p. 134). ‘De thuiszorg is één grote chaos’,¹ roept de oppositie. Er is sprake van ‘gigantische problemen’,² meldt een regeringspartij. ‘De wachtlijsten zijn de afgelopen decennia sluipenderwijs een deel van het systeem geworden’,³ weet een minister. Zowel de politiek als het maatschappelijke veld stoort zich aan de knelpunten, maar deze blijken uitermate complex en weerbarstig te zijn. De ‘organisatie en de financiering van de zorg zijn vertroebeld’,⁴ constateert het veld. ‘Het lijkt soms wel of niemand verantwoordelijk is’,⁵ observeert een regeringsfractie. ‘Wat een gebaar van machteloosheid’,⁶ sneert de oppositie – en onderhouden houden de problemen aan.

Hoe kan het, zo vroeg ik mij af, dat alle betrokken partijen zich in een situatie bevinden, die geen van hen als wenselijk ervaart? Geen van de partijen is tevreden met het functioneren van de thuiszorg, maar deze onvrede blijft desalniettemin jaar in jaar uit voortbestaan. Lukt het de partijen niet om aannemelijke oorzaken te vinden, geschikte oplossingen aan te dragen of anderszins bijdragen te leveren aan de vermindering van de doorgaans complexe thuiszorgproblemen? Of lukt ze dat wél, maar hebben deze bijdragen te kampen met uitstel of afstel? Is er misschien sprake van wrijvingen, conflicten of meer fundamentele spanningen? Welke spanningen zouden dat kunnen zijn en wat is daarbij de rol van de overheid, politieke partijen en betrokken maatschappelijke organisaties: de beroepsgroepen en patiëntenfederaties, brancheorganisaties en mantelzorgverenigingen, zorgverzekeraars en vakbonden?

AANLEIDING

Het onbehagen in de thuiszorg wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van problemen enerzijds en de beleidspraktijk die daarop moeilijk greep krijgt anderzijds. Speciaal ben ik geïnteresseerd in vier problemen, die gedurende de jaren negentig de onvrede over het functioneren van de thuiszorgsector in toenemende mate zijn gaan bepalen: de wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago-problemen en kwaliteitsgebreken. Zo stonden er in 1993 ruim 12.500 personen op een wachtlijst voor thuiszorg (Groenewegen e.a., 1993), maar zou dit aantal, zoals ik zal demonstreren, in de daaropvolgende jaren meer dan verviervoudigen. Ook de verschillende indicatoren van arbeidsschaarste vertonen een gestage verslechtering (zie o.a. OSA, 2002a; Van der Windt e.a., 2003; CBS/LVT, 2004). Bovendien kampt de thuiszorg met een negatief imago en bestaat er bezorgdheid over de kwaliteit van de zorg (Vulto en Morée, 1996). In bredere zin kan de ontevredenheid over het moeizame functioneren van de thuiszorg echter niet los worden gezien van de herstructurering van de verzorgingsstaat in het algemeen en de invoering van marktprikkels in de gezondheidszorg in het bijzonder.

Twee kritiekpunten op de verzorgingsstaat hebben de herstructurering ervan gedomineerd. Ten eerste zou de op Keynesiaanse principes gebaseerde economie van de verzorgingsstaat te duur, verspillend en inefficiënt zijn (Van Doorn en Schuyt, 1978). Keynes, die overheidssturing als het belangrijkste instrument voor het bewaren van het marktevenwicht beschouwt, redeneert dat de overheid ten tijde van hoogconjunctuur en volledige werkgelegenheid haar inmenging moet terugschroeven; terwijl de staat in perioden van laagconjunctuur en onvolledige werkgelegenheid de economie middels het verhogen van de overheidsuitgaven en belastingen moet stimuleren (Keynes, 1970 [1936]). Maar de oliecrisis van 1973 en 1979, stijging van de werkloosheid, teloorgang van Bretton Woods,^I oplopende belastingdruk en stagflatie,^{II} leidden een periode in waarin deze redeneerwijze aan gezag verloor en het zogeheten monetaristische gedachtegoed de boventoon ging voeren. Volgens

I De Bretton Woodsakkoorden van 1944, afgesloten tussen 45 landen, hadden als doel een eind te maken aan de instabiele wisselkoersen. Dit door de diverse nationale munten te koppelen aan één, in goud converteerbare munteenheid, de dollar (Keohane, 1984). De teloorgang van het Bretton Woodsstelsel in 1973 gaf de bereikte stabiliteit van veel wisselkoersen een knauw.

II Bij stagflatie is er zowel sprake van stijgende inflatie als van verminderde economische groei. Het Keynesianisme, dat een stijgende inflatie juist als typisch kenmerk van economische expansie beschouwt, kan dit fenomeen noch verklaren noch oplossen. Stimulering van de economische activiteit tijdens laagconjunctuur zorgt er immers voor dat de inflatie extra stijgt, terwijl inkrimping van de overheidsuitgaven de economie juist in een diepere recessie stort (De Vries, 2002, p. 20).

monetaristen als Friedman (1962) vormt het vrije prijsmechanisme de spil van de economische groei en moeten belastingverlaging, deregulering en privatisering het evenwicht op de markt bewaren. ‘The “death of Keynesianism” – at least in terms of government policy – marked a shift from a view of public spending as collective or social investment to an emphasis on public spending as unproductive cost’ (Clarke en Newman, 1997, p. 9).

Ten tweede lag de verzorgingsstaat moreel onder vuur. Al in de jaren zestig beweerden Angelsaksische *public-choice* theoretici als Buchanan en Tullock (1962) dat politici, ambtenaren, professionals en belangenorganisaties meer op hun eigen posities en deelbelangen zijn gericht dan op het overkoepelende belang van kostenmatiging. In Nederland kreeg deze opvatting sinds een roemruchte publicatie van Achterhuis (1979) vaste voet. Achterhuis, met in zijn kielzog Adriaansens en Zijdeveld (1981), riep het beeld op van een doorgeschoten verzorgingsstaat, die burgers onvoldoende stimuleert eigen verantwoordelijkheden te nemen. Overheden en professionals zouden hun eigen belangen laten prevaleren, de samenleving medicaliseren en burgers afhankelijk maken en bevoogden. ‘Het is een “abstracte bevoogding” door bureaucraten, die ingewikkelde regels en procedures hanteren en door professionelen, die ingewikkelde kennis en expertise bezitten en in een onbegrijpelijk jargon spreken. (...) Deze “abstracte” bevoogding [genereert] een anti-institutionele mentaliteit, die in processen als privatisering en subjectivering waarneembaar is’ (Adriaansens en Zijdeveld, 1981, p. 50; vgl. De Swaan, 1983; Illich, 1977; Foucault, 1978).

Zowel het economische als morele argument leidde in de gezondheidszorg en in de rest van de publieke sector tot een omslag in het sociaal beleid (Knijn, 1999; Duyvendak, 2002). Sinds halverwege de jaren tachtig is er sprake van een toegenomen verwevenheid tussen de ‘wetten’ van de markt en overheid; in de Angelsaksische literatuur onder meer aangeduid als ‘new public management’ (Osborne en Gæbler, 1992), ‘governmentality’ (Ling, 2000), ‘new governance’ (Newman, 2001) of als de opkomst van de ‘managerial state’ (Clarke en Newman, 1997). Hoewel met deze etiketten een reeks van – soms tegenstrijdige – ontwikkelingen wordt gemarkeerd (Pollitt, 1993), vooronderstellen ze alle de introductie van quasi-markten en maatschappelijk ondernemerschap in de publieke sector. Ze gaan ook uit van een toenemende vervlechting van marktelementen en publieke doelstellingen (Le Grand en Bartlett, 1993). Aan de ene kant stoten overheden publieke diensten en organisaties af, of zetten ze deze op grotere afstand van de departementen; aan de andere kant ontwikkelt de overheid juist strikte regelgeving, om controle te houden op deze op afstand geplaatste organisaties.

Tegen deze achtergrond meende het CDA/VVD-kabinet Lubbers II dat het nodig was marktprikkels in het zorgstelsel in te voeren. Deels had dat te maken met het gegeven dat tussen 1960 en 1980 de uitgaven van de gezondheidszorg als percentage van het BBP bijna waren verdubbeld. Deels was dat ingegeven door de opvatting dat burgers en hun naasten/verwanten in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor het organiseren en financieren van zaken rondom zorg en gezondheid. Startschot voor de nieuwe politieke koers vormde het rapport van de commissie-Dekker uit 1987, waarover reeds velen hebben gepubliceerd (zie onder anderen Boot en Knapen, 1996; Elsinga en Van Kemenade, 1997). De commissie stelt voor doelmatigheid te creëren door de huidige, ingewikkelde verzekeringsconstellatie van AWBZ, ziekenfonds en particuliere verzekeringen^{III} te vervangen door één, eenvoudige basisverzekering. Het belangrijkste kenmerk van deze basisverzekering is, dat zij wordt uitgevoerd door met elkaar concurrerende zorgverzekeraars en strijdende aanbieders van zorg. Aanbieders zouden om de gunst van de klant dienen te concurreren, op prijs of op kwaliteit. Zorgverzekeraars zouden worden voorzien van een meer gedifferentieerd en divers aanbod. Daarbij maakt het niet (meer) uit wie of welke instelling de zorg verleent. Zo komen daar in het geval van de thuiszorg niet alleen reguliere thuiszorginstellingen, maar ook andere aanbieders voor in aanmerking, zoals particuliere organisaties of onderdelen van de verzorgingshuis- of ziekenhuiszorg. Concurrentie, zo redeneert de commissie, bevordert de marktwerking, hetgeen de doelmatigheid van de thuiszorgsector stimuleert. De besparingen die hiermee worden gerealiseerd, zouden op hun beurt ten goede komen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de sector, waardoor wachtlijsten en de andere vormen van schaarste weer tot het verleden kunnen gaan behoren.

VRAAGSTELLING

Het debat over de introductie van marktwerking in de thuiszorg raakt aan de vraag wat de 'ware' aard is van de zorg en hoe deze zorg dient te worden aangeboden. Anders dan soms wel wordt beweerd, gaat het de commissie-Dekker, de regering en overige pleitbezorgers van marktwerking niet om het tot stand brengen van *zuivere* marktverhoudingen (vgl. RVZ, 1996; 1998a; WRR, 2000; 2004; RMO, 2002). Van oudsher zijn Nederlandse thuiszorgor-

III Plus nog enkele begrotingsgefinancierde vormen van zorg zoals toentertijd de gezinsverzorging (pas in 1989 is de gezinsverzorging in de AWBZ ondergebracht).

ganisaties privaatrechtelijke organisaties met een publieke doelstelling, zowel privaat als collectief gefinancierd.⁷ Professionele beroepsbeoefenaren én naasten of verwanten van zorgvragers hebben een eigen verantwoordelijkheid in de totstandkoming van thuiszorg (Van den Brink, 1999). De specifieke invulling en uitvoering van de publieke doelstelling van thuiszorg verschilt per historische periode. Dat geldt eveneens voor de precieze verhouding tussen particuliere en publieke betalingen enerzijds en tussen professionele en informele zorgverlening anderzijds (Boot en Knapen, 1996; Van der Veen, 1994). Intrigerend is dan ook de vraag wat de introductie van marktwerking betekent voor de thuiszorg, die sinds lang door de overheid, door familieleden en door professionals wordt geleverd. Komt er in aanvulling op deze drie aanbieders een vierde bij? Ontstaat er een scheiding tussen zorg door de markt aan de ene kant en zorg door de overheid, professe en familie aan de andere kant? Of ontwikkelen zich mengvormen?

Terwijl de gangbare verzorgingsstaatliteratuur doorgaans de nadruk legt op het zichtbaar maken van de *feitelijke* vermarkting van de zorg en van de strijd om de posities, macht en middelen die daarmee gepaard gaat (zie Powell en Hewitt, 2002), richt ik me in deze studie op de *typeringen* die er daarover de ronde doen. Deze typeringen van de vermarkting van de zorg – en meer in het algemeen van de ‘ware’ aard van de zorg – moeten worden beschouwd als pogingen effect te sorteren op het publieke debat en langs die weg op het functioneren van de thuiszorg. Een eerste reden om in de analyse de nadruk op *typeringen* te leggen, is dat marktwerking in de zorg er in de onderzochte periode *feitelijk* slechts mondjesmaat is gekomen (Breedveld, 2003; vgl. Maarse, 2004; zie ook hoofdstuk 8). Belangrijker is echter dat er achter deze typeringen fundamentele spanningen schuilgaan, die mijns inziens het onbehagen in de thuiszorg mede verklaren. De vraag luidt dan: welke spanningen betreft het, en is het mogelijk een conceptueel kader te ontwerpen waarmee de aanwezigheid van dergelijke spanningen kan worden geanalyseerd?

Knijn (1999; 2000; 2004) constateert dat het publieke debat over het Nederlandse zorgsysteem tot 1987 eerst en vooral door drie zorgtyperingen of – in haar woorden – zorglogica’s gestalte is gegeven: de familiale, politieke en professionele zorglogica. Deze zorglogica’s, die ik verderop in dit boek nader uitwerk en legitimeer, komen voort uit zowel de verzuilde christendemocratische, als de verstatelijkte sociaal-democratische infrastructuur. Elk van de drie zorglogica’s kent haar eigen redenen en beginselen, op grond waarvan de aard en inrichting van de thuiszorg worden of kunnen worden gedefinieerd. Zo is de familiale zorglogica gefundeerd op principes die familie- of gemeenschapsleden er ‘spontaan’ toe aanzetten onderlinge steun te verlenen;

is de politieke zorglogica gebaseerd op concepties van sociale rechtvaardigheid; en is de professionele zorglogica gestoeld op professionele opvattingen, normen en waarden. De thuiszorg is bijgevolg een hybride en omstreden domein, waarin en waarover zich tot 1987 tegelijkertijd drie, uiteenlopende zorglogica's manifesteerden. Sindsdien, stelt Knijn, is daar echter een vierde zorglogica bijgekomen: de economische zorglogica, gebaseerd op het vrije marktmechanisme. Wordt de zorg vanuit het perspectief van de politieke, professionele en familiale zorglogica als een (wettelijk) recht, professionele dienst of morele plicht gedefinieerd – met de invoering van marktprincipes wordt daaraan de invalshoek van zorg als (commercieel) product toegevoegd (vgl. Freidson, 2001).

Indien het mogelijk blijkt om te achterhalen of en in welke mengvormen de vier zorglogica's zich in het debat over de thuiszorgproblemen manifesteren, kan zichtbaar worden gemaakt welke – om een oplossing vragende – spanningen dat debat het meest in hun greep hebben gehad. Ook kan duidelijk worden gemaakt welke productieve en verlamdende ontwikkelingen zich dienaangaande hebben voorgedaan en welke (conflicten tussen) partijen daarbij de boventoon hebben gevoerd. Zien politiek en veld de introductie van de economische zorglogica, casu quo marktwerking, als een belemmering of als een bevordering van het functioneren van de thuiszorg? In hoeverre tornt deze introductie volgens hen aan de collectieve belangen van de politieke zorglogica, aan de monopolioïde, vakinhoudelijke elementen van de professionele zorglogica en aan de informele solidariteit van de familiale zorglogica? Wat betekent dat voor de aanpak van de wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago-problemen en kwaliteitsgebreken en voor het onbehagen dat er met betrekking tot deze problemen bestaat? Schaarste en – later – wachtlijsten vormden voor het kabinet immers de aanleiding niet langer volledig op de gevestigde, reguliere zorg te vertrouwen, maar particuliere, al dan niet commerciële aanbieders een kans te geven (Groenewegen, 1992; Heydelberg, 1996; Swagerman, 1997).

Maar ook los van de spanningen tussen de zorglogica's is het wachtlijst-, arbeids-, imago- en kwaliteitsdebat de moeite van het analyseren waard. Niet in de laatste plaats omdat dit, ondanks alle publieke ophef over de thuiszorg, nooit eerder is gebeurd (vgl. De Kam en Nypels, 2001).^{IV} 'Intussen lui-

^{IV} Empirische gegevens zijn sinds een aantal jaren niet zo zeer meer zeldzaam, maar meestal niet aggregeerbaar tot betrouwbare informatie over de sector (Adrichem et al., deel v, p. 106). Theoretische interpretaties en duidingen van deze gegevens zijn dun gezaaid. Evenmin zijn de opvattingen van de belangrijkste zorgpartijen geanalyseerd. Hoewel het tweede paarse kabinet de vermindering van de wachttijden en het ziekteverzuim vastlegde als hoofdprioriteit van het regeringsbeleid, is er naar deze problemen nauwelijks of geen middellange of lange termijnonderzoek uitgevoerd. Zelfs de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de belangrijkste adviesraad van de regering op het vlak van de zorgsector, liet zich er nooit systematisch over uit.

den er zoveel noodklokken in de zorg’, aldus het CDA, ‘dat een beiaardier moeite zou hebben om nog een melodie uit het carillon te krijgen’.⁸ Als gevolg van onder andere de vergrijzing en toenemende medisch-technologische mogelijkheden, zal de druk op de thuiszorg in de toekomst niet dalen (WRR, 1999; Van Nispen, 1996). Welke posities bezetten de politiek en het maatschappelijke veld in dit dossier? Welke oorzaken leggen zij bloot en welke oplossingen geven zij? Welke botsingen, bundelingen en veranderingen vallen er met betrekking tot hun standpunten te ontwaren?

Al deze vragen worden in dit boek onderzocht, waarbij de analyse de periode betreft tussen 1987 en 2002. Omdat er in de twee daaropvolgende jaren politieke windstilte heerste en het bestaande beleid op hoofdlijnen werd voortgezet, heeft het onderzoek echter een reikwijdte tot ongeveer 2004 (zie pagina 203-204). Het onderzoek valt uiteen in drie hoofdvragen, die corresponderen met de drie boekdelen:

- I: *Hoe is het politieke en maatschappelijke wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsdebat in de Nederlandse thuiszorg verlopen, 1987-2002?*
 - a. Met welke thema’s hebben politiek en veld de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblemen verbonden?
 - b. Wat dragen zij als hun voornaamste oorzaken en oplossingen aan?
 - c. Welke verschuivingen hebben zich tussen 1987 en 2002 met betrekking tot a) en b) voorgedaan en welke fricties en momenten van eensgezindheid vallen daarbij tussen de diverse partijen te ontwaren?

- II: *Hoe onderscheidt de economische zorglogica zich ideaaltypisch van de politieke, familiale en professionele zorglogica? En hoe kunnen de mengvormen waarin de economische zorglogica zich met de overige drie ideaaltypen in het wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsdebat manifesteert, worden geoperationaliseerd en geanalyseerd?*

- III: *Hoe verhoudt zich in bovengenoemd debat de invoering van marktwerking (economische zorglogica) tot de politieke, familiale en/of professionele zorglogica, 1987-2002?*
 - a. Vinden politiek en veld dat de invoering van marktwerking (economische zorglogica) ten koste gaat van de politieke, familiale en/of professionele zorglogica? Zo ja, in welke mate en op welke wijze?
 - b. Vinden politiek en veld dat de invoering van marktwerking (economische zorglogica) ten goede komt aan de politieke, familiale en/of professionele zorglogica? Zo ja, in welke mate en op welke wijze?

- c. Welke verschuivingen hebben zich tussen 1987 en 2002 met betrekking tot a) en b) voorgedaan en welke fricties en momenten van eensgezindheid vallen daarbij tussen de diverse partijen te ontwaren?

Dat deze vraagstellingen betrekking hebben op het verloop van een *debat*, impliceert dat in het onderzoek de nadruk ligt op vertogen, redeneerwijzen en discussies in plaats van op de knelpunten zelf. Voordeel van deze benaderingswijze is dat deze het mogelijk maakt de omstredenheid van de inrichting van de zorg te beklemtonen en de verschillende – om een oplossing vragende – dilemma's daaromtrent te belichten. Kennis van fricties, wrijvingen en tegenstrijdigheden geeft immers inzicht in de dilemma's waarmee de zorgsector worstelt en in de eventuele voorstellen die partijen aandragen om tot een oplossing te komen. 'The immediate origins and motivations of change in the discursive event lie in the problematization of conventions (...). Such problematizations have their bases in contradictions (...). When problematizations arise, people are faced with (...) "dilemmas". They often try to resolve these dilemmas by being innovative and creative, by adapting existing conventions in new ways, and so contributing to discursive change' (Fairclough, 1992, p. 96).

Een tweede voordeel van het analyseren van vertogen, debatten of discourses is, dat daarmee wordt benadrukt dat de partijen in de zorgsector wisselende coalities (kunnen) vormen. Ondanks hun formele opdrachten, missies en taken (de overheid brengt wetgeving tot stand, de zorgkantoren voeren de AWBZ uit, de vakbonden onderhandelen over de CAO, et cetera), zijn de vertogen waarvan zij zich bedienen geenszins voorbehouden aan de ene dan wel aan de andere partij. Zo worden de economische, politieke, familiale en professionele zorglogica niet in een één-op-één relatie gedragen door de verschillende partijen in de zorgverlening. Het is niet zo dat de overheid zich puur opwerpt als pleitbezorger van wetgeving, regulering of andere aspecten van de politieke zorglogica, ook al is zij er theoretisch de dominante vertegenwoordiger van, of dat (enkel) verwanten van zorgafhankelijken zich profileren als representanten van de familiale logica. Evenmin zijn particuliere thuiszorgaanbieders de onvoorwaardelijke predikers van marktwerking, consumptisme of overige, economische zorglogica-facetten. Integendeel, elk van deze representanten kent een betekenis toe aan elk van de vier zorglogica's, maar de manier waarop en de mate waarin deze worden aangehangen verschilt per betrokken partij en/of per historische periode (Knijn, 2000). 'Het aardige van het onderscheid langs de lijnen van vocabulaires', meent ook Mol (1997), 'is dat deze het mogelijk maken tijdelijke allianties te articuleren' (p. 141).

LEESWIJZER

In deel I analyseer ik de thema's die de zestien, voor de thuiszorg meest verantwoordelijke actoren met de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblemen verbinden, alsmede de oorzaken en oplossingen die zij ter opheffing daarvan aandragen. Het betreft de niet zelden strijdende visies van de nationale politiek, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en koepels van werkgevers, vakbonden en beroepsbeoefenaren. Ook presenteer ik de (weinig) statistieken die over de vier genoemde problemen beschikbaar zijn, al is het maar omdat de interpretatie ervan onderdeel van het debat uitmaakt. In hoofdstuk 1 zet ik uiteen hoe volgens de partijen een aanvankelijk tekort aan investeringen wél de oorzaak, maar de opheffing van dit tekort niet de (enige) oplossing vormt voor de wachtlijstproblematiek. In hoofdstuk 2 werk ik de onrust, verdeeldheid en samenwerking uit die het debat over de arbeidsmarktproblematiek de afgelopen vijftien jaar heeft gekleurd. In hoofdstuk 3 geef ik aan dat het imago probleem diverse, ongelijksoortige facetten kent, maar dat het kwantitatief gezien hoofdzakelijk een *beroepsimago* probleem betreft. Hoofdstuk 4 gaat over kwaliteit. Ik leg uit in hoeverre de kwaliteit van de thuiszorg door de actoren als problematisch wordt aangeduid.

In deel II werk ik Knijns zorglogica-concept nader uit. In hoofdstuk 5 benader ik het zorglogica-concept wetenschapsfilosofisch. Ten eerste expliciteer ik dat zorg geen gegeven object in de sociale werkelijkheid is, maar een sociale constructie, gecreëerd binnen het ideaaltypische referentiesysteem van de markt, overheid, familie/gemeenschap en professie. Ten tweede betoog ik dat zorglogica's functioneren als theoretische ideaaltypen, die tegelijkertijd als vertogen – dat wil zeggen als aantoonbare, talige constellaties – het debat over de inrichting van de thuiszorg vormgeven en sturen. In hoofdstuk 6 behandel ik het zorglogica-concept theoretisch: achtereenvolgens vul ik de politieke, economische, familiale en professionele zorglogica ideaaltypisch in.

In hoofdstuk 7 ontvouw ik het zorglogica-concept methodologisch. Degenen die dit boek met een methodische blik lezen, prefereren wellicht daarmee te starten. Eerst komt de dataverzameling aan de orde. Alle relevante, tussen 1987 en 2002 verschenen, publieke documenten over de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblematiek in de thuiszorg zijn verzameld. Het betreft nota's, brieven, handelingen, jaarverslagen en andere documenten van vijf partijen: nationale politiek, werkgevers/aanbieders, werknemers/beroepsbeoefenaren, verzekeraars en patiënten/consumenten. Deze partijen zijn onderverdeeld in totaal zestien actoren, waaronder de overheid, de Eerste en Tweede Kamer, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, de beroeps-

organisatie voor de verzorgenden STING en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Ten behoeve van boekdeel I zijn in alle documenten de tekstfragmenten gecodeerd waarin iets staat vermeld over de 1) oorzaken, 2) oplossingen of 3) andere aspecten van respectievelijk de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblematiek. Daarnaast is per gecodeerd tekstfragment het type document, de actor die aan het woord is en de publicatiedatum geregistreerd. Bovendien verhelder ik in hoofdstuk 7 hoe ik, ten behoeve van boekdeel III, de mengvormen van de economische en de overige drie zorglogica's heb gecodeerd, gemeten en geoperationaliseerd. In deel III bestudeer ik de inhoudelijke posities die de diverse partijen innemen met betrekking tot de invoering van marktprikkels in de thuiszorg, alsmede de verschuivingen die zich daarin voordoen. Wetende dat deze partijen uiteenlopende opvattingen, motieven en belangen hebben en beseffende dat marktprikkels in de zorg op allerlei manieren aan de rol van de overheid, familie en professie (kunnen) raken, verhelder ik het debat: ik duid de wijze waarop de partijen hun in deel I aangedragen oplossingen willen realiseren. In hoofdstuk 8 behandel ik het integrale debat dat de nationale politiek en maatschappelijke organisaties met elkaar zijn aangegaan over de toetreding van nieuwe, particuliere aanbieders tot de markt van thuiszorg. Ik bestudeer in dit hoofdstuk hoe er vanuit de economische en politieke zorglogica op deze toetreding is gereageerd. Hoofdstuk 9 toont de keerzijde hiervan via het perspectief van de professionele en familiale zorglogica. Het boek sluit ik af met een epiloog, waarin ik inga op de methodisch-inhoudelijke meerwaarde van de zorglogica-benadering en terugkijk op de inhoudelijke resultaten van de in deel III uitgevoerde analyses.

I PROBLEMEN

Waar tot aan de jaren negentig van de vorige eeuw het publieke debat over knelpunten in de thuiszorg in relatief abstracte of randvoorwaardelijke termen kon worden gevoerd, denk aan discussies over het gebrek aan samenhang tussen de verschillende echelons of over de kostenbeheersingsproblematiek, heeft de sector er in de periode daarna een aantal problemen bij gekregen die dusdanig nieuw en concreet zijn dat ze het beeld van de branche in toenemende mate zijn gaan bepalen. Het betreft het beeld van wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago- en kwaliteitsproblemen, dat een groeiende onvrede heeft gevoed over de staat van de gezondheidszorg in het afgelopen decennium.

Zo beweert GroenLinks cynisch dat het in de zorg ‘niet alles goud [is] dat er blinkt’;¹ meent een vertegenwoordiger van de VVD-fractie dat het beeld van de gezondheidszorg ‘de nodige krassen en deuken [heeft] opgelopen’;² en schermen respectievelijk de ChristenUnie en het CDA met slogans als ‘onze gezondheidszorg is ziek’³ en ‘Paars maakt het echt té grijs’.⁴ Meeliftend op uitspraken van een drietal directie- en bestuursleden van werkgeverszijde, roept de SP het beeld op van een bende: ‘de onrust in de thuiszorg is enorm. De heer Clevers spreekt van een bananenrepubliek, de heer Knipscheer van wildwest, de heer Tjassing van een dreiging tot absolute chaos. (...) Een chaos, een puinhoop is er door dit kabinet van gemaakt. Ik heb er geen andere woorden voor’.⁵

In dit boekdeel presenteer ik het politieke en maatschappelijke debat over de belangrijkste knelpunten in de thuiszorg tussen 1987 en 2002. Ik schets de thema’s die politiek en maatschappelijk veld met deze knelpunten verbinden, de stappen die zij ter verbetering daarvan ondernemen en de verschuivingen die zich daarin in de loop der tijd hebben voorgedaan. Ik belicht niet alleen de wrijvingen en meningsverschillen tussen de partijen, maar ook de momenten van overeenstemming en eensgezindheid. In de aanstaande vier hoofdstukken komen achtereenvolgens de wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago- en kwaliteitsproblemen aan de orde.¹

1 Eindnoten verwijzen telkens naar de onderzoeksdata. Voetnoten hebben daarnaast betrekking op niet-onderzoeksdata, zoals mediaberichten of data van vóór 1987.

I .

WACHTLIJSTEN

In zekere zin zijn er altijd spanningen geconstateerd tussen vraag en aanbod van zorg. Hoewel het onduidelijk is op welk tijdstip precies de term ‘wachtljsten’ in het spraakgebruik opdoemt, ondernemen opeenvolgende kabinetten vanaf eind jaren tachtig actie ter bevordering van het oplossen van de wachtlijstproblematiek in de gezondheidszorg. Kordaat wordt in 1989 in het regeerakkoord van het kabinet Lubbers III voor de aanpak van wachtlijsten in de gehandicapten- en verpleeghuissector *f* 600 miljoen (= € 273 miljoen) ingeruimd.

Wachtljsten en wachttijden in de *thuiszorg* staan voor het eerst in 1993 op de politieke agenda. Deze waren natuurlijk al wel eens eerder in de politieke arena besproken, opmerkelijk genoeg zelfs al in de jaren zeventig, maar altijd zijdelings en er werden nooit verdere consequenties aan verbonden. Terloops wordt in 1977 aan staatssecretaris Meijer schriftelijk over de gezinsverzorging gevraagd of ‘het de staatssekretaris bekend [is] dat de reeds bestaande wachtlijsten groeien?’ⁱ; waarop Meijer antwoordt dat er bij bepaalde instellingen altijd wachtlijsten hebben bestaan en dat die incidenteel kunnen zijn toegenomen.ⁱⁱ

Het wachtlijstdossier in de thuiszorg kan grofweg worden onderscheiden aan de hand van een drietal elkaar opeenvolgende perioden, te weten die van het oriënteren (juni 1993-mei 1997), investeren/relativeren (mei 1997-augustus 1998) en investeren/intensiveren (augustus 1998-2002). In de volgende paragrafen toon ik aan dat waar de politiek ondanks protesten uit het veld lange tijd straf de hand op de knip houdt, zij vanaf het jaar 2000 zorgaanbieders in principe geld verschaft voor elke cliënt die zij van hulp kunnen voorzien. Het gevolg is weliswaar dat de wachtlijsten dalen, maar ze verdwijnen niet.

ⁱ Kamerstuk TK 1976-1977, 14100 XVI, nr. 8, p. 2; het betreft de staatssecretaris van het toenmalige ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM).

ⁱⁱ Kamerstuk TK 1976-1977, 14100 XVI, nr. 13, p. 5.

Op grond van geluiden uit het veld – met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg voorop – kan paradoxaal genoeg worden opgemaakt dat het aanvankelijke budgettekort wel de oorzaak, maar de opheffing van dit tekort niet de (enige) oplossing is van de wachtlijstproblematiek.

1993: EFFICIENCY-KORTING

Naar aanleiding van zorgwekkende berichten in de pers en met de neus op de feiten gedrukt door de resultaten van een in opdracht van staatssecretaris Simons uitgevoerd NIVEL-onderzoek,¹ maken overheid en politiek vanaf juni 1993 gewag van het bestaan van een ‘reëel probleem’.² Vandaar dat zij proberen de aard, omvang en eventuele aanpak van wachtlijsten in de thuiszorg nader te duiden. Ontsteld brengt de vaste commissie voor de Volksgezondheid op 15 juni 1993 verslag uit van een gedachtewisseling met de staatssecretaris over het NIVEL-onderzoek.

Het blijkt dat er omvangrijke wachtlijsten zijn, met overigens een duidelijk verschil tussen kruisorganisaties enerzijds en gezinsverzorging anderzijds. Slechts 6 van de 72 kruisorganisaties hebben wachtlijsten, tegenover maar liefst 80 procent van de instellingen voor gezinsverzorging.ⁱⁱⁱ De totale wachtlijstlengte bij de gezinsverzorging bedraagt volgens het NIVEL-onderzoek 12.521 personen. Daarvan wachten er 7.581 op traditionele hulp, dat wil zeggen waarbij de instellingen als werkgever optreden en 4.940 op alpha-hulp – met de cliënt als werkgever. ‘De gemiddelde wachttijd voor traditionele hulp is 45 dagen en voor alpha-hulp 90 dagen’.³

Hoe fiks ook, deze wachtlijstaantallen komen lager uit dan aanvankelijk werd verondersteld, omdat de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) een aantal maanden vóór de presentatie van deze gegevens beduidend zorgwekkender cijfers had aangevoerd. Op basis van substitutiebewegingen, demografische en epidemiologische ontwikkelingen raamde de LVT toen dat ‘het aantal cliënten, dat thans niet kan worden geholpen, maar wel op thuiszorg is aangewezen, tussen de 30.000 en 50.000 personen’ bedraagt.⁴ Daarmee zou een geldbedrag gemoeid zijn van 500 á 600 miljoen gulden (= 227 á 272 miljoen euro) – goed voor de bekostiging van circa 10.000 nieuwe medewerkers.⁵

Op inhoudelijke gronden, maar zeker ook vanwege het feit dat met haar klaarblijkelijke miscalculatie de betrouwbaarheid van de LVT als gesprekspartner

iii Er waren op het moment van onderzoek nog maar tien geïntegreerde instellingen.

van de regering in het geding is,⁶ haast de LVT zich na de openbaarmaking van de NIVEL-resultaten echter te beweren ‘niet te twijfelen aan de juistheid van onze eerdere ramingen’.⁷ Er zou sprake zijn van een ogenschijnlijk verschil tussen de wachtlijstaantallen van haarzelf en die van het NIVEL. Ten eerste wijst de LVT op de forse afwenteling die plaatsvindt van voor thuiszorg geïndiceerde personen op de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet,^{iv} welke ‘permanent ligt in de orde van grootte van ruim 20.000 hulpvragers’.⁸ Dit alleen al zou, opgeteld bij de 12.500 wachtenden van het NIVEL, leiden tot een tekort van 32.500 huishoudens.

Ten tweede geeft de LVT aan dat het verschijnsel ‘wachtlijsten’ slechts één van de indicatoren is van een scheeflopende verhouding tussen vraag en aanbod. Naast de ‘zichtbare’ wachtlijsten bestaan er immers ‘verstopte’ tekorten. Zo zijn het minder toewijzen van zorg, het stellen van prioriteiten bij zorgtoewijzing, het beperken van bepaalde typen zorg en het instellen van een cliëntenstop, vormen van rantsoenering die thuiszorgorganisaties noodgedwongen treffen om het ontstaan van wachtlijsten te vermijden. ‘Indien de bij de LVT aangesloten instellingen ervoor zouden kiezen om de “kaasschaafmethode” niet te gebruiken en dus aan cliënten de zorg zouden toewijzen overeenkomstig de uitkomsten van de indicatiestelling (...), dan zou het aantal geïndiceerde personen op de thuiszorg-wachtlijsten aanmerkelijk toenemen’⁹ – aldus de werkgeversvereniging. Met name kruiswerkorganisaties kiezen overigens voor de rantsoeneringsmethode, hetgeen deels verklaart waarom de *wachtlijsten* bij het kruiswerk, vergeleken met die in de gezinsverzorging, relatief kort zijn. Een andere verklaring hiervoor is echter dat het kruiswerk tot aan 1990 nog enige budgettaire groei had mogen doormaken, terwijl op de gezinsverzorging al vanaf eind jaren zeventig is bezuinigd.

De roep van de LVT om méér geld ten spijt,^v meent staatssecretaris Simons echter dat ‘de beschikbare informatie over wachtlijsten geen goed inzicht geeft in onaanvaardbare schaarste in de zorg en daarmee in algemene zin geen goede basis kan zijn voor het voeren van beleid op dit gebied of voor het beschikbaar stellen van extra financiën’.¹⁰ Hoewel hij aangeeft dat de resultaten van het NIVEL-onderzoek wijzen op het bestaan van een ‘reëel probleem’,¹¹ voegt hij daaraan toe dat het gaat om ‘globale schattingen (...) waarbinnen interpretatiemarges mogelijk zijn’.¹² In dit reële probleem investeert Simons in 1994

iv De Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) is per 01-01-1998 gedeeltelijk opgegaan in de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), en gedeeltelijk in de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen (WAZ) en de Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten (WAJONG).

v En tot ongenoegen van de Emancipatieraad, die eveneens een uitbreiding van het budget voor de thuiszorg noodzakelijk vindt. Zie: kamerstuk TK 1993-1994, 23235, nr. 4, p. 8.

weliswaar als korte termijnoplossing 60 miljoen gulden (= 27,3 miljoen euro), maar tegelijkertijd bezuinigt hij in het kader van de Tussenbalans 100 miljoen gulden (= 45,5 miljoen euro).^{vi} Dit in verband met de lopende integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging, waarvan Simons veronderstelt dat spoedig doelmatigheidswinst zal worden geboekt.¹³

Daarmee is de rek er in de thuiszorg uit. Volgens de LVT althans, is Simons' doelmatigheidsbezuiniging de belangrijkste oorzaak van het ontstaan van de wachtlijstproblematiek.¹⁴ Deze bezuiniging, ook wel Tussenbalans-, TUBA- of efficiency-korting genoemd, zou zowel te vroeg als te zwaar worden doorgevoerd – met alle gevolgen van dien. Waar het kabinet op de Tussenbalans voor *f* 100 miljoen aan efficiency 'afboekt', meent de LVT dat de lopende fusieprocessen de eerste jaren alleen maar *extra* geld kosten. Bovendien huldigt de werkgeverskoepel de opvatting dat – voor zover er in de periode daarna wél efficiency-effecten optreden – de uiteindelijke omvang daarvan nog moet blijken.^{vii} Aangezien 'vaststaat, dat deze efficiency-korting zeker voorlopig alleen maar leidt tot volume-vermindering',¹⁵ neemt de LVT 'met teleurstelling en verontwaardiging'¹⁶ kennis van de financiële plannen.

Parallel aan volume-vermindering is er bovendien sprake van vraagstijging, als gevolg van veroudering van de bevolking, substitutiebewegingen, et cetera. Deze schaarbeweging van bezuinigingen in een groeisector leidt volgens de LVT dan ook maar tot één ding: vergroting van de wachtlijsten! 'Wij constateren het niet met vreugde: de groeiende wachtlijsten zijn een bewijs van het gelijk van de LVT'.¹⁷

- 'Door de toenemende vraag zien steeds meer instellingen zich genoodzaakt wachtlijsten aan te leggen (...). Met name de laatste maanden is de discrepantie tussen vraag en aanbod sterk toegenomen. De LVT verklaart die snelle toename met name door de effecten van het, in het kader van de tussenbalans genomen besluit, het thuiszorgbudget te korten met *f* 100 miljoen "efficiency-korting"' (Persbericht LVT, 17-09-1992).
- 'De gevolgen van een (nog niet gerealiseerde) efficiencywinst van *f* 100 mln, waarvan in 1992 de eerste *f* 35 mln in mindering is gebracht op de budgetten van de instellingen, beginnen nu reeds merkbaar te worden en leiden tot het ontstaan van (tot nu toe niet voorkomende) wachtlijsten in het kruiswerk en

VI Het betreft de Tussenbalans van 1992. In drie jaar moet de thuiszorgsector in totaal *f* 100 miljoen bezuinigen.

VII Zo raamt de LVT, opgeteld overigens bij beoogde winsteffecten van een aantal overige doelmatigheidsprojecten, de te behalen efficiencywinst de helft lager dan dat de overheid dat doet, namelijk op een bedrag van '*f* 50 miljoen op jaarbasis' (Brief LVT aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 21-04-1993).

een toename van de wachtlijsten in de gezinsverzorging' (Brief LVT aan een zorgverzekeraar, 30-09-2002).

1994-1997: NAUWELIJKS VOLUME GROEI

Na een periode van relatieve stilte vindt er in juni 1996 – halverwege de eerste paarse kabinetperiode – een soort herbevestiging plaats van wat ook al uit het NIVEL-onderzoek naar voren kwam. Uit een spoedenquête die de LVT onder haar lidinstellingen voor gezinsverzorging heeft uitgevoerd blijkt, om in de woorden van staatssecretaris Terpstra te spreken, dat er 'alle aanleiding [is] om inderdaad te zeggen dat er een acuut probleem is bij sommige instellingen'.¹⁸ In totaal wachten 10.600 personen op hulp, met een gemiddelde wachttijd van 7 weken; 69 procent van de instellingen hanteert een wachtlijst. Desalniettemin blijft het lastig inzicht te krijgen in de werkelijke omvang van het probleem. Naast het hanteren van wachtlijsten is het immers zo dat 84 procent van de instellingen zorg op enigerlei wijze rantsoeneert. Zestig procent van de rantsoenerende instellingen verleent minder hulp dan geïndiceerd en vele instellingen hebben een cliëntenstop afgekondigd voor één of meerdere vormen van zorg. Dit inzicht wordt bovendien versluierd doordat de gegevens van instellingen vanwege het hanteren van verschillende indicatiemethodes moeilijk met elkaar vergelijkbaar zijn.

Zoals staatssecretaris Simons op het NIVEL-onderzoek reageerde, concludeert staatssecretaris Terpstra over de spoedenquête van de LVT: 'we moeten het relativeren, het geeft een richting aan van de bestaande problematiek – een ernstige problematiek – doch het is nog niet de onderbouwing die wij (...) gaan gebruiken'.¹⁹ De bewindsvrouw *moet* het haast ook wel relativeren, aangezien het eerste paarse kabinet in het regeerakkoord geen enkele expliciete verwijzing naar de wachtlijstproblematiek in de (thuis)zorg heeft opgenomen – en voor het oplossen van deze problematiek dientengevolge geen geoordeelde middelen heeft vrijgemaakt. Het regeerakkoord bevat weliswaar de bemoedigende passage dat de sector van jaar op jaar, rekening houdend met de demografische ontwikkeling, verzekerd moet zijn van voldoende ruimte voor volumegroei,²⁰ maar in de praktijk komt dat neer op een volumegroei voor de gehele gezondheidszorg van slechts 1,3 procent. De thuiszorg mag zelfs met niet meer dan 0,4 procent groeien. Daar komt bij dat uit een analyse van de Instelling voor Onderzoek, Informatie en Opleidingen in de Zorg (NZi) blijkt dat 'de komende tien jaar een volumegroei van 5 procent per jaar nodig is om aan de groeiende vraag tegemoet te kunnen komen'.²¹

Staatssecretaris Terpstra stelt dan ook geen structureel geld beschikbaar, maar wel een knelpuntenpot ter grootte van 30 miljoen gulden (13,6 miljoen euro). ‘Meer kan ik er niet van maken’, aldus de bewindsvrouw.²² ‘Wij zijn van mening dat dat het moet zijn’.²³ ‘Wij zullen in goede samenspraak met de LVT (...) bekijken hoe wij de echte knelpunten kunnen benoemen en oplossen’.²⁴ ‘Ik heb de LVT uitgenodigd om samen met ons te kijken naar een transparante aanpak’.²⁵ En daarmee wordt een meer structurele aanpak tot nader order uitgesteld.

Kort gezegd kan worden geconcludeerd dat tot 1997 twee thema’s de boventoon voeren in het thuiszorgdebat over wachtlijsten: ‘informatie’, om de aard van de wachtlijstproblematiek te achterhalen en ‘geld’, binnen de grenzen van wat de oplossing ervan mag kosten. Daarbij valt te constateren dat de politieke partijen ter linkerkant van het midden bereid zijn *relatief veel extra geld* uit te trekken (geen enkele partij is *tegen* een verhoging van het budget) en die ter rechterzijde relatief sterk hameren op het belang van het ter beschikking komen van betrouwbare *informatie*. Dit blijkt onder andere uit het nota-overleg waarin over de bovengenoemde knelpuntenpot wordt gedebatteerd:²⁶

Informatie

- ‘Hoe is nu de feitelijke situatie met de wachtlijsten? (...) Wat is nu de feitelijke stand van zaken?’ (VVD).
- ‘De tijd van kiekeboe spelen is nu echt voorbij. Het is heel mooi dat mevrouw Van Blerck [VVD] om nog meer informatie vraagt en dat zij nog meer wil weten van de minister, maar zij zal toch ook die brieven hebben gekregen (...) waarin [wordt] opgesomd tot wat voor schandalige toestanden de situatie leidt!’ (SP).

Geld

- ‘Er zal geld bij moeten, zo blijf ik zeggen (...). Met 30 mln. is de staatssecretaris er niet’ (GroenLinks).
- ‘Een structurele oplossing wordt hier natuurlijk gevormd door een budget dat beter past bij de zorgvraag’ (PvdA).
- ‘Wij hebben geld nodig om de problemen op te lossen (...). De SP verzoekt de regering voor 1996 alsnog 100 mln. extra ten behoeve van de reguliere thuiszorg ter beschikking te stellen’ (Motie SP)

1997-1998: AANZET TOT EEN SUBSTANTIËLE AANPAK

De periode 1997/1998, een soort overbruggingsfase in het wachtlijstdossier, onderscheidt zich van die van daarvóór, omdat langzaamaan – maar nog niet ontegenzeggelijk – bij de overheid het inzicht ontstaat dat er sprake is van een *structureel* probleem, dat dientengevolge een structurele aanpak behoeft. De hierboven genoemde oriënterende onderzoeken en verkennende debatten maken meer en meer plaats voor een integrale en overkoepelende aanpak, hoewel er tegelijkertijd twijfel bestaat over de mate van de ernst van de wachtlijstproblematiek. De Kamer laat in ieder geval bij herhaling merken dat het ‘hoog tijd’ is voor een substantiële, samenhangende benadering:

- ‘[De VVD] herinnerde eraan dat zij eerder heeft gewezen op het belang van een visie van de regering op de thuiszorg, als uitgangspunt voor een goed beleid voor de komende jaren’ (Kamerstuk TK 1996-1997, 23235, nr. 35, p. 6).
- ‘Wat nodig is, zijn een samenhangende visie, een krachtdadige uitvoering en voldoende geld om mensen de zorg te bieden waarop zij recht hebben’ (PvdA: handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4675).
- ‘Het is iedere keer weer een nieuwe ad-hocoplossing voor een gesignaleerd probleem. Typerend vind ik dan ook dat de Kamer nog steeds wacht op de al in juni 1995 toegezegde beleidsnota’ (CDA: handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4677).
- ‘Er ligt nog bepaald geen complete visie op de toekomst van de thuiszorg’ (SGP: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 21).

Hoewel minister Borst-Eilers en staatssecretaris Terpstra zich gevoelig tonen voor de geluiden uit de Kamer en op 20 mei 1997 de nota ‘Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst’ en het rapport ‘Verkenningen Ouderenzorg 1995-2010’ presenteren, voelen zij zich tegelijkertijd geroepen de stand van zaken met betrekking tot wachtlijsten te relativeren.^{viii}

- ‘Allereerst verdient de status van wachtlijsten enige relativering’ (Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 3, p. 14).

^{viii} Of de nota ‘Thuiszorg en zorg thuis’, los van de erin opgenomen aanpak van de wachtlijstproblematiek, de gewenste toekomstvisie voor de thuiszorg bevat, wordt door verschillende politieke partijen verschillend beoordeeld. Zo vindt de VVD dat er ‘goede lijnen [worden] uitgezet’ (Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6573) en typeert het CDA de nota als een ‘broddellap, zo’n breiwerkje waarin steken zijn gevallen’ (Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6577). Wel zijn alle partijen het erover eens dat deze visie te lang op zich heeft laten wachten.

Eenzijds beroepen de bewindslieden zich op de afwezigheid van een uniforme en betrouwbare wachtlijstregistratie, waardoor het gevaar bestaat dat de wachtlijstencijfers uit de hierboven besproken spoedenquête van de LVT – die op dat moment nog steeds de meest recente zijn – worden overdreven. Gegevens over wachtlijsten zouden verbrokkeld zijn en niet objectief. Anderzijds wijzen de bewindslieden op het verschil tussen wachtlijsten en wachttijden, op de onontkoombaarheid van het bestaan van wachttijden en op het onderscheid tussen aanvaardbare en onaanvaardbare wachtlijsten (Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 3, p. 14):

- ‘Gegevens over wachtlijsten zijn vaak fragmentarisch en van onduidelijke kwaliteit’.
- ‘Het [is] niet zonder meer mogelijk gegevens van individuele instellingen op te tellen’.
- ‘De gemiddelde wachttijd [is] (...) belangrijker dan de absolute omvang van de wachtlijst’.
- ‘Een zekere wachttijd na positieve indicering [is] onvermijdelijk (tenzij overcapaciteit gecreëerd zou worden)’.
- ‘Van belang is welke omvang van wachtlijst en lengte van wachttijd aanvaardbaar worden geacht’.

Desalniettemin anticiperen minister en staatssecretaris op het bestaan van een langlopend probleem. ‘Zou het hier gaan om een *structureel* [cursief, sv] verschijnsel’,²⁷ zo schrijven zij, dan zou dit ‘in 1997 een extra inzet van middelen van ongeveer 140 miljoen gulden vergen’.²⁸ En hoewel zij dit niet beschikbaar hebben, trekken zij in 1997 voor het eerst in jaren structureel extra geld uit, namelijk 75 miljoen gulden in 1997 en *f* 103 miljoen in 1998.^{ix} Met de *f* 75 miljoen extra voor 1997 zou volgens de bewindspersonen meer dan de helft van de wachtlijsten op te lossen zijn.^x

Toch krompen de wachtlijsten niet. Najaar 1997 maakt de LVT bekend dat er op dat moment 12.500 personen op een wachtlijst staan, 18 procent méér dan naar voren kwam in het LVT-onderzoek van het jaar daarvóór. Daarnaast blijkt 68 procent van de thuiszorginstellingen minder zorg te verlenen dan oorspronkelijk geïndiceerd. ‘Dit lot treft 155.000 personen’²⁹ ofwel ‘onge-

ix *f* 103 = € 46,8; *f* 75 = € 34,1; *f* 140 = € 63,6.

x In 1998 is er voor het eerst daadwerkelijk erkend dat een structurele benadering vereist is, zo blijkt althans uit de woorden waarmee de minister in 2001 terugblijkt op het beleid van vws (en wvc) vanaf eind jaren tachtig: ‘bij de start van het tweede parse kabinet is erkend dat een structurele aanpak met bijbehorende budgetten nodig was’ (Kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 56).

veer de helft (45 procent) van het cliëntenbestand',³⁰ dat gemiddeld 25 procent minder zorg krijgt dan waar het recht op heeft. "Beter minder, dan helemaal geen zorg" lijkt voor veel directies van thuiszorg-instellingen de noodgedwongen keus³¹ – aldus de LVT in een persbericht. Gezien de voortdurend achterblijvende budgetten meent de koepel dat 'ook volgend jaar de problematiek met betrekking tot wachtlijsten en zorgrantsoenering binnen de thuiszorg nog niet zal zijn opgelost'.³²

- 'De helft van de cliënten krijgt slechts 75 procent van de noodzakelijk geachte zorg' (Uitwerking enquête LVT door bureau Terp Advies, oktober 1997).
- 'Naast 12.500 mensen op wachtlijsten. Bij thuiszorg 155.000 cliënten op rantsoen' (Kop persbericht LVT, 01-11-1997).

Langzaamaan groeit bij veel politici dan ook de wens te willen weten waaraan de financiële verhoging van het thuiszorgbudget precies is besteed. Komt deze wel in een evenredige toename van de productie tot uitdrukking? Waarom zijn de wachtlijsten niet gedaald? Hoe betrouwbaar zijn de uitkomsten van het LVT-onderzoek? Enerzijds heerst er in de politiek de breed gedragen opvatting dat er aan het oplossen van de wachtlijsten structureel iets zou moeten worden gedaan, mede onder druk van consumenten- en patiëntenorganisaties die sinds jaar en dag het inhumane karakter van de wachtlijstproblematiek benadrukken. In de ogen van deze organisaties betreft 'wachten' niet zozeer fricties tussen vraag en aanbod, maar *mensen*; en daarmee menselijk leed. Zij wijzen erop dat 'wachten' een psychische of fysieke belasting vormt voor de direct betrokkene en dientengevolge onwenselijk en schadelijk kan zijn voor de patiënt. Wachten is 'naar', 'veroorzaakt en verlengt pijn en angst' en 'beïnvloedt ook het dagelijks leven' – aldus de Consumentenbond over ervaringen van haar leden.³³

Anderzijds bestaat er onduidelijkheid over de vraag hoe er überhaupt structureel iets aan dergelijke excessen kan worden gedaan, zolang er a) over de lengte van wachtlijsten en b) over de relatie tussen budgetverhogingen en wachtlijstprestaties onvoldoende betrouwbare en transparante gegevens bestaan.

- 'Het moeilijke bij het verdelen van geld en het vragen om extra geld voor de zorg is iedere keer weer dat er weinig harde cijfers beschikbaar zijn. (...) Daarom heb ik met de betrokken organisaties afgesproken dat wij samen komen tot betere registratie van wachtlijsten en zorgzwaarte en dat wij komen tot benchmarking. In combinatie met een onafhankelijke, objectieve, integrale

indicatiestelling kan dit leiden tot een betere toekenning van de budgetten' (Staatssecretaris: handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1099-1100).

- 'De regering heeft vorig jaar extra middelen ter beschikking gesteld voor de thuiszorg, maar het is niet duidelijk of en hoe die tot uitdrukking komen in de zorg. Welke gevolgen heeft deze maatregel op de lengte van de wachtlijsten?' (PvdA: kamerstuk TK 1997-1998, 23235, nr. 57, p. 2).
- 'Er is geen duidelijkheid over de financiering van de werkelijke groei in zorgzwaarte, er is geen oplossing voor de toenemende wachtlijsten en ad hocmaatregelen zetten geen zoden aan de dijk' (Groep-Nijpels: kamerstuk TK 1997-1998, 25351, nr. 17, p. 4).

De thuiszorg heeft baat, zo luidt het breed gedragen oordeel, bij een heldere en samenhangende visie. Immers, 'juist het gebrek aan visie, de onzorgvuldigheid, de incidentenpolitiek en de herstel- en uitsteloperaties zijn kenmerkend geweest voor het tot nu toe gevoerde thuiszorgbeleid. Dat heeft tot grote problemen geleid'.³⁴ Het is deze wens om aan het vermeende gebrek aan transparantie in de thuiszorg iets te doen, die de opmaat vormt naar de periode van Paars II. Paradoxaal genoeg komt in die periode echter niet alleen méér en betere informatie over wachtlijsten ter beschikking en wordt er voor een integrale en meerjarige aanpak gekozen, maar vindt er – zoals ik zal aantonen – tegelijkertijd een explosieve stijging van het aantal wachtenden plaats. Zover is het echter nog niet. Tot het moment dat er transparante wachtlijstcijfers beschikbaar komen, zal door Research voor Beleid 'eens per drie/vier maanden in opdracht van het ministerie een quick scan worden uitgevoerd'.³⁵ Juli 1998 is de uitslag van de eerste meting er. Resultaat: 12.189 wachtenden.

1998-2002: BOTER BIJ DE VIS

De periode 1998-2002 begint met de doelstelling in het regeerakkoord van Paars II dat wachtlijsten in de thuiszorg tot een aanvaardbare lengte moeten worden teruggebracht. Er wordt, volgens dit akkoord 'beoogd een evenwicht te bieden tussen een noodzakelijk forse investering in de zorg en impulsen om in de uitvoering van onze gezondheidszorg de doelmatigheid te vergroten. Het wegwerken van wachtlijsten en het verminderen van werkdruk zijn daarbij van cruciaal belang'.³⁶ Voor de gezondheidszorg als geheel biedt het regeerakkoord ruimte voor een volumegroei van 2,3 procent, terwijl de ouderenzorg en thuiszorg met 3 procent mogen groeien. Hoewel de toene-

mende vraag daar voor een belangrijk deel mee kan worden opgevangen, 'is dit groeipercentage naar de mening van de LVT te laag om de bestaande wachtlijsten en zorggrantsoenering in de thuiszorg weg te werken'.³⁷

Desalniettemin wordt er hard én gezamenlijk aan de aanpak van wachtlijsten gewerkt. Zo staat het kabinetsbeleid van Paars II in het teken van de zogenoemde *meerjarenafspraken*. Dat zijn afspraken tussen overheid en de partijen in het veld, waarbij het enerzijds zo is dat de betrokken partijen relatief veel beleidsvrijheid hebben om problemen aan te pakken en anderzijds dat de overheid alleen *extra* geld ter beschikking stelt als de gewenste resultaten worden gehaald. Dit laatste wordt ook wel het boter-bij-de-visprincipe genoemd. De meerjarenafspraken 1998 zijn juli 1999 uitgewerkt in een *Plan van aanpak* en is opgesteld door onder andere het ministerie van VWS, LVT, BTN, NPCF en ZN.^{XI}

De kern van het plan van aanpak bestaat uit een viersporenbeleid: het uitbreiden van het zorgvolume, het realiseren van een regionale aanpak, het stimuleren en ondersteunen van deze regionale aanpak en het verbeteren van informatie over wachtlijsten.³⁸ Ter bevordering van het verlichten van de wachtlijstproblematiek wordt in 1999 f 17,4 miljoen aan de budgetten van de thuiszorginstellingen toegevoegd en krijgen deze instellingen er vanaf het jaar 2000 structureel f 27,7^{XII} miljoen bij.³⁹ Daarnaast wordt er een wachtlijstbrigade ingesteld,^{XIII} worden de quick scans thuiszorg op middellange termijn vervangen door een uniform registratiesysteem^{XIV} en krijgen de zorgkantoren de verantwoordelijkheid voor het wachtlijstbeheer en voor de organisatie van de registratie. Een belangrijke prioriteit van het plan van aanpak is het (daadwerkelijk) verkrijgen van transparante en betrouwbare gegevens over wachtlijsten en -tijden, op basis van heldere en landelijk uniforme definities.

Het voornaamste doel van het plan is echter de wachttijd van urgent wachtenden binnen aanvaardbare grenzen te houden. Enerzijds is dit doel afgeleid van de inschatting van de opstellers van het plan dat *wachttijden* voor cliënten van groter belang zijn dan de omvang van *wachtlijsten*; 'het terugdringen van de wachttijd van urgent wachtenden is de eerste prioriteit in dit plan van aanpak'.⁴⁰ Anderzijds constateren de betrokken partijen dat de

XI Deze afkortingen staan voor Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

XII Naast een eenmalig bedrag van 26,2 miljoen gulden (= 11,9 miljoen euro) voor autonome groei van de thuiszorg; f 17,4 = € 7,9; f 27,7 = € 12,6.

XIII Deze geeft een zwaarwegend advies bij calamiteiten, ondersteunt de regio's en geeft advies over de verdere uitwerking van het *Plan van aanpak*. De wachtlijstbrigade heeft tussen september 1999 en maart 2002 gefunctioneerd.

XIV Toezicht, coördinatie en evaluatie van bovengenoemd plan komt per 1 september 1999 in handen van een speciaal platform, het Platform Wachtlijsten v & v.

financiële ruimte voor uitbreiding van de zorg in relatie tot de toenemende vraag überhaupt dusdanig beperkt is, dat ‘redelijkerwijs (...) niet [kan] worden verwacht dat alle wachtlijsten weggewerkt worden’.⁴¹

Over aanvaardbare wachttijden gesproken. Een aantal vrouwen spant, nadat zij een eerder proces tegen de staat heeft verloren, een kort geding aan tegen een van de zorgkantoren, omdat zij ondanks hun positieve indicatie voor thuiszorg al ongeveer een half jaar tevergeefs op zorg wacht; waarop de rechter in oktober 1999 oordeelt dat wachtlijsten binnen de thuiszorg onrechtmatig zijn vanaf het moment dat een *aanvaardbare* wachttijd is verstreken. Hoewel het de rechter blijkt dat het ‘voldoende aannemelijk [is] geworden dat deze termijn ten aanzien van eiseressen ruimschoots is overschreden’^{xv} en hoewel hij wat dat aangaande het zorgkantoor beveelt binnen een week thuiszorg voor de vrouwen te regelen, geeft hij niet in algemene termen aan wat ‘redelijke wachttermijnen’ zijn.

Een klein half jaar later doen zorgverzekeraars en aanbieders dat wel. Zij bereiken althans overeenstemming over streefnormen van zorglevering, die inhouden dat acute thuiszorg binnen vierentwintig uur en overige vormen van thuiszorg binnen vier weken na een indicatiebesluit moeten worden geleverd. Wel waarschuwt de LVT daarbij tegen het gevaar van afkalving van wettelijke zorgaanspraken; het is immers niet ondenkbaar dat in de praktijk met het instellen van de streefnormen het probleem ‘wachtlijsten’ wordt wegge-moffeld. Het benoemen van aanvaardbare wachttijden, aldus de LVT, bergt het risico in zich, ‘dat een deel van het wachtlijstprobleem wordt “weg gerationaliseerd”. Extreem geredeneerd, kunnen met het instrument van aanvaardbare wachttijden alsnog discrepanties tussen vraag en aanbod worden gelegitimeerd’ – aldus het standpunt van de brancheorganisatie.⁴²

In lijn met het voorgaande noemt de Stichting van de Arbeid de streefnormen ‘nogal vrijblijvend’ en ‘weinig ambitieus’⁴³ en – kritischer – geven patiënten- en consumentenorganisaties te kennen dat de positie van cliënten zich met de invoering van streefnormen op een hellend vlak bevindt. Zij vinden het onwenselijk dat de streefcijfers ‘verworden tot de norm der dingen’.⁴⁴ Wat dat aangaat zijn zij dan ook fel gekant tegen het voorstel om de streefnormen *wettelijk* vast te leggen.^{xvi} Bovendien komt uit onderzoek van de Consumentenbond naar voren dat de voorgestelde streefnormen afwijken van wat consumenten acceptabele wachttijden vinden.⁴⁵

xv K.G. nummer 105038 KG ZA 99/940 mr 29-10-1999, p. 7.

xvi Om onder andere juridische redenen zijn aanvaardbare wachttijden uiteindelijk nooit wettelijk vastgelegd.

- 'Het lost niets op, het geeft geen vooruitzicht op verbetering en de verzekerde gaat in rechtspositie achteruit' (Standpuntbepaling NPCF, 12-07-2001).
- 'De huidige aanspraken van onze achterban op verzilvering van het recht op zorg liggen in de huidige wetgeving theoretisch onder uw streefcijfers. Wij zullen dit verworven recht niet gemakkelijk prijsgeven' (Brief Consumentenbond en NPCF aan Treekdirecteurenoverleg, 08-12-2000).

Los van bovengenoemd *wachttijendispuut* leiden nieuwe, tegenvallende *wachtlijststatistieken* tot groeiende twijfel over het nut van de meerjarenafspraken, of in ieder geval over de vraag of met meerjarenafspraken en geld alleen wel voldoende bereikt wordt. Er is zelfs sprake van een verdubbeling van het aantal wachtenden! Niet alleen blijkt uit de tweede meting van de quick scan dat er inmiddels 23.000 wachtenden zijn, maar ook dat de op 1 januari 1998 in het leven geroepen regionale indicatieorganen (RIO's) ondertussen wachtlijsten kennen.^{xvii} Zo vindt de D66-fractie het 'onaanvaardbaar dat er zelfs wachtlijsten voor wachtlijsten bestaan'.⁴⁶ Bij een aantal RIO's wachten 6.500 mensen langer dan zes weken op indicatie. Overigens geldt nog steeds dat het grootste gedeelte (82 procent) van de 23.000 wachtenden wacht op huishoudelijke hulp. Zeventien procent staat op een wachtlijst voor verzorging, 1 procent op een lijst voor verpleging.⁴⁷

- 'Meer geld en meerjarenafspraken met zorg- en verpleeginstellingen hebben tot op heden niet geleid tot afname van de wachtlijsten. Zijn extra geld en meerjarenafspraken wel de enige oplossingen?' (GroenLinks: handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 829).
- 'Het instrument van de meerjarenafspraken wordt niet voorzien van doelstellingen. Uit de rapportage blijkt niet dat er vooruitgang wordt geboekt op het terrein van de wachttijden; de wachtlijsten zijn zelfs toegenomen. (...) Het gaat niet alleen om een inspanningsverplichting, maar ook om een resultaatverplichting' (CDA: kamerstuk TK 1999-2000, 27113, nr. 5, p. 1).
- 'De [PvdA] benadrukte dat het resultaat vooropstaat in de beoordeling van het instrument van de meerjarenafspraken. De resultaten tot nu toe zijn niet voldoende: de wachtlijsten moeten korter. (...) Het is goed dat het bij de meerjarenafspraken gaat om méér dan prestatieverklaringen alleen, maar dit moet niet ten koste gaan van de aanwijsbare verantwoordelijkheid' (Kamerstuk TK 1999-2000, 27113, nr. 5, p. 2-3).

xvii En voor wat betreft wachtlijsten aan de curekant valt het de PvdA op dat naast instellingen 'ook de wachtlijstbemiddelaars van de verzekeraars wachtlijsten hebben voor wachtlijstbemiddeling' (Handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 111).

Het belangrijkste verschil tussen de periode van Paars II en de jaren daarvoor blijkt uit het feit dat gedurende Paars II voor het eerst een controleerbare relatie noodzakelijk wordt geacht tussen financiële investeringen enerzijds en prestaties met betrekking tot deze investeringen anderzijds. Terwijl tijdens Lubbers II en Paars I steeds achteraf bleek hoe geïnvesteerde extra middelen waren besteed, wordt met de meerjarenafspraken uit Paars II van tevoren ‘vastgelegd aan welk doel hoeveel middelen besteed (...) worden’.⁴⁸ Er kwam – geïmplementeerd in november 2000 – een verantwoordingsstelsel tot stand ‘waarin reëel inhoud gegeven wordt aan het adagium: boter bij de vis’:⁴⁹

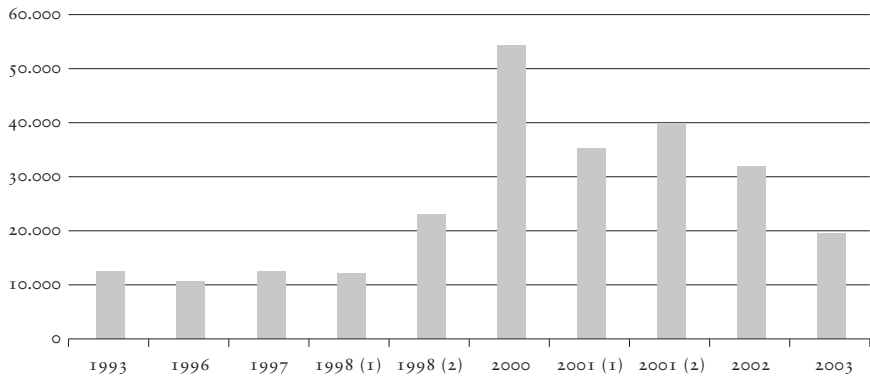
- ‘Er wordt dus niet met geld gestrooid. Neen, er moet boter bij de vis. Als men kan aantonen dat men extra geld nodig heeft en dat dit extra geld ook leidt tot extra zorg, dan krijgt men dat geld. Dat is de kern van de afspraken’ (Staatssecretaris: handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4484).
- ‘Prestaties, geld en verantwoordingen worden zo nadrukkelijker dan ooit tevoren aan elkaar gekoppeld’ (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 4).

Opmerkelijk is het verschil tussen de wachtlijststatistieken van vóór en na de inwerkingtreding van het boter-bij-de-visprincipe. Vanaf 2001 is de lengte van de wachtlijsten nog viermaal gemeten. Het betreft voor het eerst opgeschoonde en op onafhankelijke indicatiestelling gebaseerde gegevens, die zijn verstrekt door de in april 2000, ter versnelling van de wachtlijstaanpak, ingestelde Taskforce aanpak wachtlijsten AWBZ.

Het eerste moment heeft als peildatum mei 2000 en heeft dus nog betrekking op de periode vóórdát het boter-bij-de-visprincipe in werking is getreden. Het aantal wachtenden op zorg thuis is op dat moment wederom (meer dan) verdubbeld. Er staat dan een recordaantal van 54.258 mensen op de lijst (zie figuur 1.1). Hoe meer opgeschoond en onafhankelijk de informatie, hoe langer de wachtlijst, lijkt het wel. Afwijkend van de wachtlijstonderzoeken uit eerdere jaren, wordt onder ‘zorg thuis’ overigens niet alleen ‘thuiszorg’, maar ook extramurale verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg gerekend. Maar dit verklaart geenszins de explosieve groei vergeleken met de voorgaande onderzoeken. Integendeel, extramurale zorgvormen hebben slechts betrekking op ongeveer 3 procent van het totale wachtlijstencijfer ‘zorg thuis’ (N=1.584).⁵⁰

FIGUUR 1.1

AANTAL WACHTENDEN OP THUISZORG VOLGENS DE BEST BESCHIKBARE GEGEVENS (1993-2003)



In maart 2001 vindt er met 35.174 wachtenden, voor het eerst sinds het ontstaan van de wachtlijstproblematiek, een betekenisvolle daling plaats. Exact kan uit de cijfers worden opgemaakt dat de wachtlijsten voor zorg thuis tussen mei 2000 en maart 2001 met 35 procent zijn afgenomen, terwijl de vraag naar zorg is toegenomen: ‘in 2000 zijn door de RIO’s 8 procent meer indicatiebesluiten afgegeven dan in 1999’.⁵¹ Ondanks een hernieuwde opwaartse beweging van de wachtlijstcijfers later dat jaar,^{xviii} mede als gevolg van een buitengewone stijging van de zorgvraag, zet de boter-bij-de-vistrendbreuk zich sterk voort: in november 2002 is het aantal wachtlijstcliënten gedaald tot 31.835 en in oktober 2003 tot 19.458.⁵²

OORZAKEN EN OPLOSSINGEN

Het ontstaan van wachtlijsten en -tijden heeft uiteenlopende oorzaken. Elk van deze oorzaken verklaart waarom de vraag naar zorg groter is dan het aanbod ervan, hoewel er verschillend kan worden gedacht over de mate waarin het ontstaan van de wachtlijstproblematiek te voorzien en de oplossing ervan te beheersen is geweest. Sommigen althans beweren dat fricties tussen vraag en aanbod het onoverkomelijke gevolg zijn van gebrek aan inzicht en informatie,^{xix} van bepaalde inherent aan de wachtlijstproblema-

xviii In oktober 2001 is het aantal wachtenden, vergeleken met de situatie in maart van dat jaar, met 13 procent gestegen tot 39.610 personen.

xix Hoewel het opzetten van een betrouwbaar informatiesysteem op zichzelf natuurlijk wél te plannen is.

tiek verbonden aspecten^{xx} of van zekere, onvoorziene maatschappelijke ontwikkelingen.^{xxi} Meesttijds, echter, richten partijen zich op de instrumenten die overheid en veld wél in handen hebben om het scheeflopen van zorgaanbod bij zorgvraag te corrigeren.

Gebrek aan geld, middelen, capaciteit en budget is het cluster meest genoemde verklaringen voor het bestaan van wachtlijsten en wachttijden^{xxii} – althans wanneer de periode 1987-2002 in haar geheel wordt gezien. De efficiency-bezuiniging begin jaren negentig en de minieme financiële budgetverruiming gedurende de eerste paarse periode daarna, vormen de meest directe oorzaak van het ontstaan en groter worden van een structurele zorgkloof. Vanwege de stijgende zorgvraag en het gevoerde substitutiebeleid was immers eerder een fikse uitbreiding van het budget noodzakelijk geweest. Werknemers, werkgevers, verzekeraars en consumenten – keer op keer hebben hun koepelorganisaties geattendeerd op de ontoereikendheid van het macro-budget:

- ‘Afgelopen tien jaar zijn structureel onvoldoende middelen naar de zorg gegaan’ (Persbericht CFO, maart 2000).
- ‘[D]e budgetkrapte annex wachtlijst- en rantsoeneringsproblematiek binnen de thuiszorg, liet andermaal zien, dat het overgrote deel van de thuiszorginstellingen over te weinig financiële middelen beschikken om aan de groeiende vraag naar thuiszorg te kunnen voldoen’ (Jaarverslag LVT, 1997, p. 7).
- ‘De 1,4 procent die het kabinet hanteert is ontoereikend gelet op de demografische ontwikkelingen en de toenemende vraag naar zorg. De wachttijden zullen hierdoor zeker oplopen’ (ZN in Zorgverzekeraars Journaal, 17-09-1997).
- ‘Als verantwoordelijkheid van de overheid ziet de NP/CF primair dat de zorgvraag van burgers een adequaat antwoord krijgt (...). Dit klinkt weliswaar als een open deur, maar (...) [het kabinet richt zich] er primair op om, hoe dan ook, de zorginstellingen budgettair binnen de perken van de 1,3 procent jaarlijkse groei te houden’ (Standpuntbepaling NP/CF, 24-11-1995).

xx Zo kan worden gewezen op ‘vervuilde’ en ‘verborgen’ vraag. Een voorbeeld van het eerste is wanneer ‘cliënten’ zich te vroeg aanmelden omdat ze vroegtijdig hun rechten zeker willen stellen. Een voorbeeld van het tweede is de latente en verborgen vraag die manifest wordt op een moment dat deze zorg (weer) in – naar verwachting – voldoende mate beschikbaar is (zie bijvoorbeeld kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 58 en p. 65).

xxi Om een voorbeeld te geven: volgens de minister was het ‘moeilijk te voorzien, dat een relatief laag aantal schoolverlaters (als gevolg van de terugloop in het aantal geboorten in het begin van de jaren tachtig) en daardoor teruglopende instroom in opleidingen, (...) samen zou vallen met een sterk stijgende vraag naar verpleegkundigen op een door sterke groei van de werkgelegenheid in het algemeen zeer gespannen arbeidsmarkt’ (Minister: kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 51-52).

xxii Voor de volledigheid: ook het omgekeerde, het *aanwezig* zijn van geld, wordt af en toe als verklaring aangewend. Bijvoorbeeld via de redenering dat aanbod – blijkens de werking van het marktmechanisme – vraag oproept, of door te wijzen op bepaalde neveneffecten van het beleid: ‘hoe denkt de minister het negatieve neveneffect van de extra beschikbaar gestelde gelden te bestrijden? Ik doel hier op het mechanisme: wie geen wachtlijsten heeft, maakt geen kans op extra fondsen en zal dus maar voor wachtlijsten zorgen’ (Handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 123).

Als echter in de periode 1998-2002 blijkt dat het de thuiszorginstellingen, ondanks de aanwezigheid van voldoende geld, niet altijd lukt de wachtlijsten te reduceren, met andere woorden als duidelijk wordt dat zij dus niet aan het boter-bij-de-visprincipe kunnen voldoen, ontstaat bij de politiek het inzicht dat niet geld, maar arbeidsmarktproblemen – of in ieder geval een combinatie van die twee – de belangrijkste oorzaak van de wachtlijsten vormt:

- ‘Niet zozeer het geld als wel het personeelstekort is op dit moment de remmende factor’ (Minister: kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 22).
- ‘Geld is het probleem niet, het ligt aan het personeelsgebrek’ (CDA: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 3).
- ‘De wachtlijsten in de zorg worden in belangrijke mate ook beïnvloed door de situatie op de arbeidsmarkt’ (D66: handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2315).
- ‘De belangrijkste oorzaak van de wachtlijsten is het personeelstekort’ (PvdA: handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2316).
- ‘Is geld wel de enige remedie? Zoals bekend, spelen ook arbeidsmarktproblemen een rol’ (VVD: handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4473).

Zo heeft de thuiszorg in het jaar 2000 maar 55 procent van de met verzekeraars gemaakte afspraken daadwerkelijk kunnen realiseren: 149 van de afgesproken 331 miljoen gulden blijft noodgedwongen onuitgegeven.⁵³ En hoewel de NIVEL-onderzoekers naar wachtlijsten in de thuiszorg reeds in 1993 concludeerden ‘dat zowel een tekort aan personeel, hetzij vanwege ziekte, hetzij vanwege het niet kunnen vervullen van bestaande vacatures, als een tekort aan beschikbare uren te maken hebben met de wachtlijstproblematiek in de gezinsverzorging’,⁵⁴ blijkt vanaf 1998 voor het eerst onomwonden dat niet alleen budgetverhogingen, maar ook de aanpak van de krapte op de arbeidsmarkt een zelfstandig en noodzakelijk onderdeel moet zijn van een integraal wachtlijstenbeleid.^{xxiii}

- ‘Wij weten dat de aanpak van de wachtlijsten direct te maken heeft met de beschikbaarheid van personeel’ (PvdA: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 12).
- ‘Juist in de sector verpleging en verzorging is het personeelstekort het knelpunt, zelfs al zouden wij al dat extra geld beschikbaar stellen (...). Nieuw geld erbij is prima, als wij daarmee wat kunnen; maar het personeelstekort wordt onze achilleshiel’ (GroenLinks: handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4475).

xxiii Zoals verwoord in de geïntegreerde wachtlijstenaanpak van het actieplan Zorg Verzekerd van november 2000.

- ‘Voor de uitbreiding met circa 30.000 plaatsen [voor cliënten, sv] voor verpleging en verzorging hebben de zorghuizen en instellingen voor thuiszorg 20.000 extra medewerkers nodig. (...) “De factor personeel is dan ook hét bepalend element voor de daadwerkelijke aanpak van wachtlijsten”, [zegt (...) Zorgverzekeraars Nederland’ (ZN Journaal 2000, nr. 44, p. 1).

Dit opkomend besef van het belang van een zelfstandige aanpak van de factor ‘arbeid’ klinkt de verschillende beroepsverenigingen natuurlijk als muziek in de oren. Sommige althans hebben daar al vanaf hun grondvesting voor gepleit. Stellig protesteert de beroepsvereniging voor de verzorging STING reeds tijdens haar oprichtingssymposium in 1992 dat de wachtlijstproblematiek niet alleen te maken heeft ‘met een gebrek aan middelen, maar ook (...) met het groeiende personeelstekort’.⁵⁵ Tienduizenden vacatures zouden niet opgevuld worden, wat er volgens STING op wijst dat het werk voor veel werknemers kennelijk niet meer aantrekkelijk genoeg is. Daar waar de LVT vooral aandacht vraagt voor de ‘schrijnende situaties achter vele voordeuren’⁵⁶ ofwel voor de *cliënten* die de dupe van de wachtlijstproblematiek worden,⁵⁷ accentueert STING dat de groeiende wachtlijsten ‘over de ruggen van de werknemers’⁵⁸ gaan:

- ‘STING (...) vindt dat de groeiende wachtlijsten in de gezinsverzorging ten koste gaan van de werknemers in deze sector’ (Persbericht STING, 21-02-1993).
- ‘Om de wachtlijsten te bestrijden nemen instellingen maatregelen die op langere termijn ondermijnend zijn: de thuiszorg kan alleen blijven functioneren als er mensen zijn die er willen werken’ (Brief STING aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 23-02-1993).

De beroepsvereniging ziet zich hierbij gesteund door het reeds besproken onderzoek van het NIVEL. Daaruit blijkt immers dat als gevolg van de schaarsteproblematiek 60 procent van de thuiszorginstellingen ‘gewone’ hulp door de veel goedkopere alfahulp is gaan vervangen – een nog niet eerder besproken vorm van rantsoenering. Wat STING al langer vermoedde blijkt waar: de indicatiecriteria voor alfahulp worden onder druk van de omstandigheden gigantisch opgerekt. Naar eigen zeggen is het aantal alfahulpen in 1993 in enkele maanden tijd gestegen van 30.000 tot 45.000, op een totaal aantal van 110.000 werknemers.

In samenhang daarmee wijst STING er in dat jaar in een tweetal brieven aan de vaste kamercommissie op, dat sinds het ontstaan van de wachtlijst-

problematiek werkneemsters veel méér cliënten zijn moeten gaan helpen, als gevolg waarvan deze werkneemsters per cliënt sinds 1989 ongeveer 20 procent minder uren zorg kunnen verlenen. ‘STING heeft U al meerdere malen geïnformeerd over de uiterst kwalijke gevolgen hiervan voor het niveau van de zorg en de werkdruk en de positie van de zorgverleensters’,⁵⁹ schrijft zij, met de nadruk op ‘-sters’. Samengevat komt het erop neer dat STING aandacht vraagt voor het gegeven dat de wachtlijstproblematiek niet alleen nadelige consequenties heeft voor cliënten en voor de kwaliteit van zorg, maar ook voor de – meesttijds vrouwelijke – werknemer:

- ‘Wij wijzen u [= de kamercommissie, sv] er nogmaals op dat alpha-hulp een vorm van onfatsoenlijk geregelde vrouwenarbeid is en dat de wachtlijstproblematiek niet op deze wijze opgelost mag worden’ (Brief STING aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 23-02-1993).
- ‘STING (...) vindt dat de groeiende wachtlijsten in deze sector ontoelaatbare gevolgen hebben. (...) De organisatie vindt het schrijnend, dat nu als oplossing voor de problemen wordt gekozen voor het op nog grotere schaal uitbreiden van de alphahulp. Dat komt neer op het vervangen van toch al goedkope vrouwenarbeid door nóg goedkopere onder nog slechtere arbeidsvoorwaarden’ (Persbericht STING, 23-02-1993).

Ook een andere beroepsvereniging, de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV), benadert de wachtlijstproblematiek primair vanuit de mate en de manier waarop deze wordt afgewenteld op het verpleegkundig en verzorgend personeel. Deze landelijke koepel ziet begrijpelijkerwijs dan ook ‘niet veel in het voornemen van de overheid om personeel meer uren te laten draaien om de wachtlijsten aan te pakken’.⁶⁰ Zolang verpleegkundigen en verzorgenden toch geen aandacht aan hun cliënten kunnen geven, zou dat immers tot verhoging van de werkdruk en groeiende demotivatie leiden. Terwijl in de visie van de AVVV het tekort aan personeel en de demotiverende arbeidsomstandigheden nu juist de belangrijkste oorzaken zijn van het gegeven dat het terugdringen van de wachtlijsten ernstig wordt gedwarsboomd.⁶¹ ‘De werkdruk is te hoog, de invloed op de hoogte van de werklast is gering, de kwaliteit van de zorgverlening holt achteruit, er wordt onvoldoende geïnvesteerd in bij- en nascholing en er zijn weinig ontplooiingsmogelijkheden’.⁶² Volgens de AVVV kan alleen door in dergelijke zaken gericht te investeren ‘worden voorkomen dat het terugdringen van de wachtlijsten wordt gefrustreerd door een tekort aan personeel’.⁶³ Wat dat betreft wijst zij erop dat de zorgnota 2001 weliswaar bol staat van het extra geld, maar

dat daarvan niets is geoormerkt voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen,^{xxiv} zodat er dus geen aanwijzingen zijn ‘dat het paarse kabinet op structurele wijze wil investeren in de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden’.⁶⁴

Hoe het ook zij, een belangrijke conclusie is dat de arbeidsproblematiek – waarop in het volgende hoofdstuk verder wordt ingegaan – twee gezichten kent. Het is zowel een voorwaarde voor een ander probleem – dat van de wachtlijsten – dat vooral voor cliënten negatieve consequenties heeft, als een knelpunt ‘in zichzelf’. Dat laatste dupeert vanwege de sterke weerslag op bijvoorbeeld werkdruk, werkbelasting en arbeidsomstandigheden voornamelijk professionele en overigens – indirect – soms ook informele werkers. Wat die laatste groep betreft maakt de Landelijke Organisatie Thuisverzorgers (LOT), die streeft naar de verbetering van de positie van mantelzorgers in Nederland, zich ‘ernstig zorgen over de hoogte van de wachtlijsten in de thuiszorg’.⁶⁵ Onder het mom van het subsidiariteitsprincipe en onder druk van personeelsschaarste kan door professionals soms een onaanvaardbaar grote inzet van mantelzorgers worden gevraagd. En ook het gegeven dat thuiszorginstellingen vooral in de ‘eenvoudige’ huishoudelijke sfeer rantsoeneren, lijkt een reden om mantelzorgers niet te hoeven ontzien. ‘Dit kwam pijnlijk naar voren uit telefooncontacten met mantelzorgers in de belmaand van de Landelijke Mantelzorglijn van de LOT’.⁶⁶ Met name het ‘er altijd moeten zijn’⁶⁷ blijkt voor mantelzorgers (over)belastend te zijn.

Tot slot is er nog een aantal oorzaken van wachtlijsten, waarop het weliswaar belangrijk is beleidslijnen uit te zetten, maar die in de oplossings sfeer geen aanvullende mogelijkheden tot verbetering verschaffen. Dit is enkel mogelijk via het al genoemde beleid om transparante informatie te verkrijgen en via financiële en personele investeringen. Het betreft op macro-niveau het sinds het rapport-Dekker door de overheid gevoerde substitutiebeleid in het bijzonder en demografische ontwikkelingen in het algemeen. Op meso-niveau gaat het om het onvoldoende functioneren van *sommige* thuiszorgorganisaties.

In het substitutiebeleid is, zo geeft de minister in 2001 toe, té ondoordacht de nadruk gelegd op het intensiveren van extramurale (als substituut voor intramurale) zorgverlening. De krappe economie in de jaren tachtig en de toenemende wens van ouderen langer zelfstandig te kunnen wonen verklaren weliswaar waarom sinds de tweede helft van de jaren tachtig sterk is ingezet op het substitutiebeleid, maar – en nu volgen de letterlijke woorden van

xxiv Terwijl dat met betrekking tot de huisartsen (*f* 31 miljoen), verloskundigen (*f* 57 miljoen) en medisch specialisten (*f* 150 miljoen) bijvoorbeeld wel het geval is.

de minister – ‘er was geen zicht op de vraagontwikkeling en er was geen goed inzicht in de wachtlijstontwikkeling als zodanig. Achteraf bezien is de vraag gerechtvaardigd of het gevoerde beleid vanuit een lange-termijn demografisch perspectief verstandig is geweest’.⁶⁸ Maar ook meer in het algemeen wordt door sommige volksvertegenwoordigers betwijfeld of door de achtereenvolgende ministeries voldoende is geanticipeerd op stijgingen in de zorgvraag:

- ‘Onder het mooie ideaal van substitutie door de thuiszorg werden de bezuinigingen politiek verkocht. De thuiszorg heeft echter nooit voldoende middelen gekregen om de nieuwe toevloed op te vangen. Het resultaat waren wachtlijsten in de thuiszorg. In het verleden is onvoldoende rekening gehouden met de voorspelbare vergrijzing’ (GroenLinks: handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 124).
- ‘Na 1965 kwam er een einde aan de “babyboom” welke begon in 1946. Toen al kon men uitrekenen dat er na 2000 een stijging van het aantal vijftigers zou komen. (...) De ontwikkelingen waren dus in belangrijke mate te voorzien geweest, indien men zich daarop had gericht. (...) De bewindsvrouwen hebben zich ingespannen om de grote problematiek van de wachttijden en wachtlijsten aan te pakken, maar zij hebben dat te laat gedaan. (...) Kijken we naar de wachtlijsten in de thuiszorg. In 2000 zijn door de RIO’s al 8 procent meer indicatiebesluiten afgegeven dan in 1999. Dan is het toch evident dat die stijging alleen maar zal toenemen?’ (CDA: handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 103).

Op meso-niveau wordt gewezen op een onvoldoende efficiënte bedrijfsvoering van *sommige* thuiszorginstellingen. Kwantitatief kan daarvoor bijvoorbeeld steun gevonden worden in het zogeheten benchmarkonderzoek van 1999. Bij benchmarking worden de prestaties van instellingen vergeleken met die van toonaangevende, best-practice-instellingen. Zo heeft, vergeleken met de best-practice-organisaties, een klein aantal instellingen een slechte doelmatigheidsscore, één zelfs minder dan veertig procent.⁶⁹

- ‘Het management zelf in de zorgsector – niet de zusters, niet de broeders (...) – heeft boter op het hoofd’ (PvdA: handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2322).
- ‘Wat betreft de wachtlijsten in zijn algemeenheid ben ik het ermee eens dat de logistieke organisatie een belangrijk punt van aandacht is. (...) Er is nog een heleboel te verbeteren in de logistieke situatie’ (VVD: handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1107).
- ‘Wie de afgelopen weken de discussie heeft gevolgd in de media, moet constateren dat er geld bij moet, zeker, maar ook dat er grote verschillen zijn in de interne organisatie van de verschillende instellingen. (...) Wij hebben gezien

dat er een geweldig verschil is in de interne organisatie bij de thuiszorg' (Staatssecretaris: handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1099-1100).

Echter, *landelijk* gezien is de doelmatigheid van thuiszorgorganisaties tamelijk goed. De gemiddelde doelmatigheid bedraagt volgens het benchmarkonderzoek 82,6 procent, met een beperkt aantal uitschieters naar boven en beneden.⁷⁰ Hoewel er bepaalde mogelijkheden zijn de doelmatigheid te verbeteren, lijkt het dan ook irrealistisch wonderen te verwachten van het management, van verbeteringen in de logistiek en van terugdringing van verschillen in de interne organisatie van thuiszorginstellingen. Wat dat betreft valt er wellicht meer winst te boeken bij complexe organisaties als ziekenhuizen, dan bij de qua organisatiestructuur relatief eenvoudig opgebouwde thuiszorginstellingen; of via zogeheten onorthodoxe wachtlijstoplossingen, zoals door de Taskforce wachtlijsten geïnitieerd. Het inrichten van speciale uitzendbureaus voor herintreders, het aanbieden van een baan in de zorg aan asielzoekers, het bouwen van grotere huizen zodat kinderen hun hulpbehoevende ouders kunnen opvangen, het wegwerken van wachtlijsten in de *verpleeghuis*sector (in verband met ketenvorming), zijn voorbeelden van creatieve plannen die ten behoeve van de zorg kunnen worden aangewend. Waar het om gaat is echter dat met het benchmarkonderzoek het beeld van een 'volgevreten' thuiszorgsector op meso-niveau is ontzenuwd. Op dat niveau zijn de grenzen van de doelmatigheid min of meer bereikt.

Hoewel. Als terugkerend onderdeel van de discussie over marktwerking in de thuiszorg blijft 'doelmatigheid' een belangrijk onderwerp van debat. Veel meer dan de eerder aangehaalde kwestie van voorrangszorg voor werknemers, hebben in de thuiszorg verschillen in koopkracht van cliënten een belangrijke rol in de discussie over wachtlijsten gespeeld. In hoeverre is het bijvoorbeeld aanvaardbaar om welgestelde personen dure, private oplossingen te serveren? Redetwistend voert de Tweede Kamer in maart 1999 een spoeddebat over onder meer het zogeheten Vitaal Plan van zorgverzekeraar RZG uit Groningen, dat aan cliënten de mogelijkheid biedt zich tegen extra betaling aanvullend te verzekeren voor het onmiddellijk verkrijgen van zorg.⁷¹ De Consumentenbond is over een soortgelijk initiatief van Zilveren Kruis/Achmea zowel verbaasd als ontstemd:

- 'Met de introductie van uw [aanvullende thuiszorgverzekering] draait u de wereld volledig om. U kunt niet aan uw verplichtingen voldoen gezien de wachtlijsten. U laat consumenten hiermee in de kou staan en dan wilt u ook nog eens consumenten meer laten betalen om te leveren waar ze volgens de wet

gewoon recht op hebben? Dit kan dus niet (...) U geeft met deze verzekering aan dat u wel degelijk kunt leveren en eigenlijk al die tijd te kort bent gescho-ten' (Brief Consumentenbond aan Zilveren Kruis/Achmea, 01-08-2001).

- 'U neemt in onze ogen uw verantwoordelijkheden als zorgverzekeraar niet serieus en nog erger, u neemt uw klanten niet serieus. (...) Het antwoord op de wachtlijstproblematiek is niet om consumenten meer te laten betalen maar om voldoende zorg in te kopen' (Brief Consumentenbond aan Zilveren Kruis/Achmea, 01-08-2001).

Deze discussie over privaat-publiek, particulier-regulier, profit en non-profit is echter dusdanig basaal dat daar in het zorglogica-deel van dit boek, deel III, nauwgezet aandacht aan wordt besteed. De belangrijkste conclusie in dit hoofdstuk luidt, dat een groeiende zorgvraag bij een beperkt aanbod de wachtlijstproblematiek in de loop der jaren heeft verergerd. Oplossingen hiervoor worden primair gezocht in 1) de financiële, 2) de personele en 3) de informatie-voorzienende sfeer. Wat betreft het financiële domein bepleiten de partijen in het veld meestal een verruiming van het macro-budget en – indien mogelijk – een verbetering op meso-niveau van de logistiek en van het management.

CONCLUSIE

Samengevat kent het wachtlijstdebat drie periodes, waarin het aantal wachtende cliënten op thuiszorg stijgt van 12.000 in 1993 tot 54.000 in 2000. Het jaar 2001, waarin het boter-bij-de-visprincipe zijn werking doet, geeft voor het eerst een kentering te zien: ondanks een toename van acht procent van de vraag naar thuiszorg, dalen de wachtlijsten in dat jaar met maar liefst 35 procent. In de daarop volgende jaren zet die tendens door. Het wachtlijstdebat ging het afgelopen decennium over onder andere de kwestie of er sprake is van een *structureel* probleem, de vraag wat redelijke wachttermijnen zijn en de vraag in hoeverre de wachtlijsten hun weerslag hebben op de werkdruk, werkbelasting en arbeidsomstandigheden van beroepsbeoefenaren. Maar de meest in het oog springende thema's waarmee het debat is verbonden, zijn de ontoereikendheid van het macro-budget enerzijds en het gebrek aan transparantie over de grootte, aard en effecten van de aanpak van de wachtlijstproblematiek anderzijds. Politiek en veld droegen de oorzaken en oplossingen van deze problematiek dan ook aan in primair de financiële, informatie-voorzienende en – in een later stadium – de personele sfeer.

De eerste periode (1993-1997) is een periode van *agenda-setting*. Waar de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, de beroepsvereniging voor de verzorging STING en de overige partijen de ernst van de wachtlijstproblematiek belichten, benadrukt de regering dat de beschikbare informatie erover onbetrouwbaar is. Er *kan* sprake zijn van een structureel probleem, aldus het kabinet, maar zekerheid daarover bestaat er allerm minst. Intussen legt de overheid de thuiszorgsector een efficiëncy-korting op van 100 miljoen gulden ofwel 45,5 miljoen euro, en verschaft zij de thuiszorg een groeiruimte van slechts 0,4 procent per jaar. De tweede periode (1997/1998) is een tussenperiode, waarin langzaam – maar nog niet ontegenzeggelijk – bij de regering het inzicht ontstaat dat er sprake is van een structureel wachtlijstprobleem. Mede dankzij de lobby van de werkgeverskoepels, beroepsorganisaties, zorgverzekeraars en patiëntenfederaties, trekt zij weliswaar voor het eerst in jaren structureel extra geld voor de thuiszorg uit, maar een Kamermeerderheid verwijt het kabinet geen heldere toekomstvisie te hebben. Bovendien bestaat er bij politici onvrede over het gegeven dat er onvoldoende betrouwbare en transparante gegevens beschikbaar zijn over de relatie tussen de budgetverhogingen enerzijds en de (wan)prestaties die er met deze verhogingen worden verricht anderzijds.

De derde periode (1998-2002) valt samen met de tweede paarse regeerperiode. De informatie over wachtlijsten wordt verbeterd, de beleidsvrijheid van de veldpartijen wordt verhoogd en het zorgvolume van de thuiszorg mag met 3 procent per jaar stijgen. Maar het meest significante verschil met de twee vorige periodes is dat de overheid de thuiszorginstellingen daarbovenop extra financiën ter beschikking stelt, op het moment dat de instellingen die middelen aantoonbaar aan het oplossen van de wachtlijsten besteden. Werd voorheen het macro-budget voor de thuiszorg door de overheid van tevoren vastgesteld, daarmee het aantal cliënten beperkend dat hulp kon krijgen, gedurende Paars II is het voor de thuiszorginstellingen in principe mogelijk geld te ontvangen voor elke cliënt die zij van hulp kunnen voorzien. Vanaf eind 2000 treedt het boter-bij-de-visprincipe in werking, waarmee dat op transparante wijze wordt gecontroleerd en gereguleerd. Meest opvallend resultaat, waarop ik in deel III uitgebreid terugkom, is de genoemde ommezwaai in de wachtlijststatistieken. Maar als blijkt dat het de instellingen toch niet altijd lukt de wachtlijsten te reduceren, ontstaat bij politiek en veld het inzicht dat niet alleen geld, maar ook de heersende arbeidsschaarste als een substantiële oorzaak van de wachtlijsten moet worden beschouwd.^{xxv}

xxv De verschillende beroepsverenigingen voor de verzorging en verpleging hadden al eerder op het verband tussen de wachtlijst- en arbeidsmarktproblematiek gewezen.

2.

ARBEIDSSCHAARSTE

Arbeidsmarktproblemen in de thuiszorg onderscheiden zich op een aantal manieren van de wachtlijstproblematiek. Om te beginnen vormen zij al langer een reëel en onderkend probleem. Reeds in 1991 beweert staatssecretaris Simons dat ‘voor de professionele hulpverleners in de thuisverpleging en verzorging (...) vooral de hoge werkdruk en de toenemende personeelschaarste knelpunten [vormen]’.ⁱ Maar zelfs in de periode daarvóór, toen de thuiszorg nog als kruiswerk of gezinsverzorging werd aangeduid, baart de wervingskracht op de arbeids- en opleidingsmarkt bij tijden zorgen. Reeds in 1975 wordt ter verbetering daarvan de Landelijke Actiegroep Wijkverpleging (LAW) opgericht.ⁱⁱ Wijzend op het nijpende gebrek aan menskracht en – vooral – middelen, maakt de LAW zich hard voor hogere salarissen, gunstigere werkomstandigheden en een betere rechtspositie voor wijkverpleegkundigen. Tijdens een landelijke protestweek in 1977 vraagt de LAW zich samen met onder andere de Landelijke Actiegroep Gezinszorg af wanneer ‘de martelgang van Kromme Lindertⁱⁱⁱ nu eens een einde [neemt]’.ⁱⁱⁱ

Een ander verschil tussen de wachtlijst- en arbeidsmarktproblematiek betreft de aansturing. Vergeleken met de aanpak van wachtlijsten, waarvoor pas tijdens het kabinet Kok II in toenemende mate verantwoordelijkheden bij sociale partners kwamen te liggen, heeft het arbeidsmarktbeleid gedurende de gehele periode 1987-2002 primair op het bord gelegen van sociale partners,^{iv} inclusief een aantal van de meer beroepsinhoudelijk georiënteerde werknemersverenigingen.^v Meer specifiek is, zo bevestigt de minister, de ‘beschikbaar-

i Meer in het algemeen streeft de LAW naar vergroting van de invloed van wijkverpleegkundigen, zowel beroepsinhoudelijk als rechtspositioneel.

ii Verwezen wordt naar een literair werk van A.M. de Jong (1930), waarin leed en ellende de boventoon voeren.

iii Informatiemap ‘Tijd voor een ander beleid’ ten behoeve van de landelijke actieweek in november 1977, p. 9; als gevolg van opeenvolgende bezuinigingen sinds 1973, zouden er niet alleen vacatures bestaan, maar ook plekken worden opgevuld door verpleegkundigen zonder wijkaantekening. Bovendien zou er sprake zijn van gebrek aan opleidingscapaciteit: alle dagopleidingen voor wijkverpleegkundigen hadden vacatures voor docenten en daarmee wachtlijsten voor studenten.

iv Het betreft de werkgeverskoepels BTN en LVT en de vakbonden AbvaKabo FNV, CPO en NU’91.

v Het betreft de beroepsorganisaties STING, LVW, AVVV en de beroepsorganisatie/vakbond NU’91.

heid van voldoende personeel in een instelling (...) in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van het management op instellingsniveau'.²

Het zijn in dit hoofdstuk dan ook vooral de vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers wier collectieve geschiedenis de revue passeert. In de tweede paragraaf, eendracht en tweespalt genoemd, geef ik een chronologisch overzicht van de verdeeldheid en samenwerking die er tussen deze vertegenwoordigers hebben bestaan. In de paragraaf daarna ga ik in op de (geopperde) oorzaken en oplossingen van arbeidsschaarste. Maar om te beginnen neem ik de aard en omvang van arbeidsschaarste in de thuiszorg in het vizier. Hoe groot zijn de werkdruk, het personeelstekort en het verzuim? Wat is hun verloop sinds 1987? En niet in de laatste plaats, hoe groot is de arbeidsschaarste in de thuiszorg vergeleken met die in aanverwante werkvelden?

THUISZORG ZORGENKIND

Lange termijnstatistieken over werkdruk, personeelsgebrek en ziekteverzuim zijn paradoxaal genoeg schimmig en helder tegelijk: nevelig wat betreft de details, glashelder op hoofdlijnen. Empirisch onderzoek over de arbeidsmarkt van zorg is sinds een aantal jaren niet zozeer meer zeldzaam, maar om methodologische redenen vaak onvergelijkbaar. Verschillende knelpunt-indicatoren worden gehanteerd, de aard van de geënquêteerde instellingen verschilt, het type onderzochte medewerkers varieert, enzovoort. Het maakt voor de vergelijkbaarheid natuurlijk uit of de vacaturegraad wordt gemeten of het percentage organisaties met onderbezetting; of de reguliere, toegelaten instellingen onderzocht zijn of ook de particuliere en niet-toegelaten organisaties; of alfahulpen in de statistieken zijn betrokken; of het ziekteverzuimpercentage ex- of inclusief zwangerschapsverlof is gemeten, en ga zo maar door. Hoe geestdriftig de speurogen ook op de vondst van lange termijngegevens zijn gericht, veel trends op de arbeidsmarkt van zorg zijn simpelweg nooit systematisch met cijfers onderbouwd.

Toch tekenen zich tegen deze mist van feiten de hoofdcontouren af van een – zoveel is duidelijk – penibele arbeidsmarktsituatie. Als het erop aankomt bestaat er tussen de partijen in het veld namelijk overeenstemming over de constatering dat de arbeidsmarkt in de zorg tussen 1987 en 2002 een moeizame periode heeft doorgemaakt. Maar vooral vanaf halverwege de jaren negentig, als ook de wachtlijstproblematiek zich in steeds vollere omvang manifesteert, stapelen de waarschuwendende rapporten zich op:

- ‘De nota “Arbeidsmarkt in de zorgsector” (...) [voorspelt] dat er in 1999 een tekort aan arbeidskrachten in verpleging en verzorging zal zijn van 16.000 personen, circa 10 procent van het totale bestand’ (Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 1).
- ‘In het verleden jaar uitgekomen rapport ‘Zorg voor zorg’ is aangegeven dat er een tekort zal komen aan verplegenden en verzorgenden’ (Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 13).
- ‘Sinds het verschijnen van het rapport “Een goede zuster tilt er niet zwaar aan” [is] algemeen bekend dat het werken in de thuiszorg bijzonder zwaar is’ (Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 23).

Waarover bovendien overeenstemming bestaat, is dat met name in de *thuiszorg* de grens van het aanvaardbare soms is overschreden. Qua gegevens over moeilijk vervulbare vacatures, instroom in het zorgonderwijs, ziekteverzuim, WAO-instroom et cetera, delft de thuiszorg structureel het onderspit. Hoewel deze gegevens zoals gezegd niet altijd even betrouwbaar of volledig zijn, is de relatief ongunstige positie van de thuiszorg onbetwist. Ook in de optiek van de minister en staatssecretaris:

- ‘Wat betreft de arbeidsmarkt [in de thuiszorg, sv] is nu al duidelijk dat het arbeidsmarktbeleid, zeker ook in vergelijking met andere sectoren in de gezondheidszorg, lang niet optimaal is’ (Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 13, p. 4).
- ‘De thuiszorg laat op het punt van het ziekteverzuim een relatief somber beeld zien’ (Kamerstuk TK 1993-1994, 23235, nr. 2, p. 21).

Ondanks de vele statistieken over arbeidsproblemen in de (thuis)zorg, maakt de schimmigheid ervan ze in het publieke debat relatief gevoelig voor opportunistisch gebruik. Dat wordt bovendien versterkt door het grote aantal factoren dat met de schaarsteproblematiek in verband kan worden gebracht. In discussies tussen regering en oppositie is het selectief en strategisch schermen met cijfers het meest duidelijk zichtbaar. Afhankelijk van de keuze voor een verdedigend of aanvallend exposé, worden sommige cijfers opgetrommeld en andere verzwegen. Zo zal de minister van VWS er eerder dan de oppositie op wijzen dat de werkgelegenheidsgroei in haar sector zorg hoger ligt dan het landelijk gemiddelde,^{vi} terwijl het beter bij de rol van de oppositie

vi Tussen 1987 en 2002 (en ook al voorheen) is de werkgelegenheid binnen zorg en welzijn het meest toegenomen, zowel vergeleken met de rest van de collectieve sector als vergeleken met de marktsector. Dat dit de vacatureproblematiek niet heeft opgelost, komt onder andere doordat steeds meer werknemers parttime zijn gaan werken en door een onevenredige toename van de zorgvraag (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *De arbeidsmarkt in de collectieve sector. Investeren in mensen en kwaliteit. Bijlagen*. Den Haag: BZK, 2001, p. 18: Con-tekst).

past cijfers te presenteren waaruit blijkt dat de wervingskracht van de zorgsector nochtans onvoldoende is. Bij onafhankelijk geïnteresseerden, daarentegen, bestaat er behoefte aan een objectief en controleerbaar overzicht.

PERSONEELSTEKORT

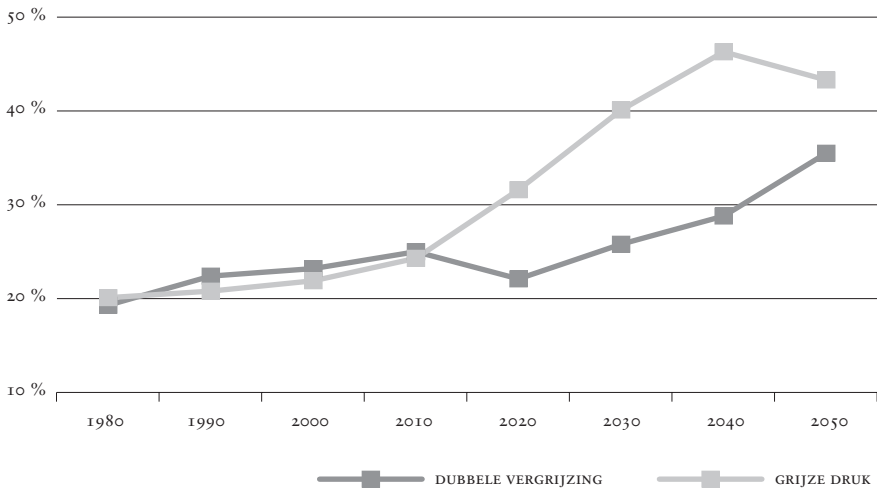
Werd de arbeidsmarktpositie van de thuiszorg in 1993 en de jaren daarvoor nog als ‘problematisch’³ gekenschetst, in 1994, 1995 en 1996 kon deze volgens de best beschikbare gegevens als ‘redelijk gunstig’⁴ worden betiteld. In de jaren daarna loopt het tekort echter weer op. Hoewel een geruchtmakende prognose van RegioMarge, dat het personeelstekort in 2004 tot ruim 15 procent van het totale personeelsbestand zou oplopen, nooit is uitgekomen,⁵ zijn de tekorten onmiskenbaar in ernst toegenomen.⁶ Het is weliswaar onmogelijk om daarover exacte uitspraken te doen – in de statistieken functioneert de thuiszorg nu eens als zelfstandige sector, dan weer als onderdeel van de ene of de andere zorg- of welzijns categorie –, maar volgens de cijfers die het meest op de thuiszorg van toepassing zijn, groeide het aantal vacatures per 100 banen van 0,8 procent in 1995 tot 3,2 procent in 2001 (OSA, 1997; 2002b).^{vii} Bovendien nam het aandeel moeilijk vervulbare vacatures toe. Stond in 1995 21 procent van de vacatures langer dan drie maanden open, in 1997 bedroeg dat 25 procent, in 1999 51 procent en in 2001 65 procent.⁷ Over het algemeen geldt dat de sector zorg en welzijn in bovengenoemde periode in toenemende mate last had van wervingsproblemen. Tevens hebben deze problemen zich het meest nadrukkelijk bij de verplegende en verzorgende beroepen ofwel bij de ‘echte’ zorgfuncties gemanifesteerd.⁸

Wat dat betreft kan het belang van de toenemende vraag naar zorg moeilijk worden overschat. De Nederlandse bevolking wordt grijszer én mondiger, afhankelijker én veeleisender, met als gevolg dat het beroep op de zorgvoorzieningen toeneemt (SCP, 1999). De gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgt en het tempo waarin dit gebeurt neemt eveneens toe. De eerste lichter *baby boomers* behoort vanaf 2010 tot de bejaarden. Figuur 2.1 laat dan ook zien dat vanaf dat jaar het aantal 65-plussers als percentage van het aantal twintig- tot 64-jarigen sterk toeneemt (grijze druk), oplopend tot 46 procent in 2040. Bovendien zorgt de verlenging van de gemiddelde levensduur ervoor dat het aandeel hoogbejaarden nog eens extra toeneemt: het aantal

vii Hoewel landelijk vacature-onderzoek reeds vanaf 1989 wordt uitgevoerd, is dit pas vanaf 1995 uitgesplitst naar zorgsector-specifieke aspecten (OSA, 1997, p. 1).

FIGUUR 2.1

ONTWIKKELING GRIJZE DRUK EN DUBBELE VERGRIJZING (1980-2050)



Bronnen: 1980-2000: CBS StatLine; 2010-2050: CBS (1996).

tachtig-plussers als percentage van het aantal 65-plussers begint vanaf 2020 te stijgen (dubbele vergrijzing). In het topjaar 2050 heeft deze groep een omvang van 36 procent, hetgeen erop wijst dat een danige stijging van het aantal zorgkrachten nodig is. Al in 1991 wees een, ter bevordering van de arbeidsmarkt ingestelde commissie, op de fnuikende schaarbeweging tussen de voorspelbare, stijgende zorgvraag enerzijds en de toenemende krapte op de arbeidsmarkt anderzijds. In de zorgsector is het reeds nu lastig om bestaande vacatures op te vullen, rapporteert de commissie. ‘Bij een toenemende vraag naar verpleging en verzorging en een dalend aantal schoolverlaters dreigen deze tekorten zonder aanvullende maatregelen scherp toe te nemen’.⁹ Wanneer de bakens niet worden verzet, zouden er ‘donkere wolken’¹⁰ boven de zorgsector opdoemen.

WERKDRUK

‘Eerst had ik als fulltimer 3 à 4 gezinnen per week. Dat werden er zes of zeven. Toen dacht ik: “Stop ik ga minder werken, dit wordt me te zwaar”. Wat bleek: met 32 uur kreeg ik dezelfde hoeveelheid werk en ik krijg er nog steeds meer bij. Waar ligt de grens?’¹¹ – vraagt een deelnemster zich tijdens

de Algemene Ledenvergadering van STING in 1993 af. Werkdruk is een subjectief en dynamisch begrip, omdat het refereert aan de ervaring van individuele werknemers zelf. Het kan worden omschreven als ‘de ervaren werkbelasting’ (Grunveld, 1992, p. 129) en geeft aan hoe belastend het werk voor iemand is. Daarbij kan gedacht worden aan de ervaren tijdsdruk, een hoog werktempo, de verhoudingen op het werk – kwesties die natuurlijk mede worden bepaald door omstandigheden van ‘buitenaf’, zoals het aantal te verrichten taken, de aanwezigheid van tilliften of van externe druk om efficiënter te presteren. Het is deels ook een onzichtbaar fenomeen, dat doorgaans sluipenderwijs en onzichtbaar plaatsvindt, ‘doordat de zorgverleensters uit solidariteit met hun cliënten er steeds nog maar een schepje bovenop doen’.¹² Vanwege het grote subjectiviteitsgehalte van het verschijnsel werkdruk blijkt het lastig om in het veld een algemeen aanvaard werkdrukinstrument te implementeren. Zo blijken werkgevers er ‘weinig voor te voelen’¹³ om een in 1995 op initiatief van de AbvaKabo ontwikkeld werkdrukinstrument ‘actief in de sector te introduceren’.¹⁴ En stippelen de beroepsorganisaties STING, NU’91 en het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging überhaupt hun eigen pad uit bij het onderzoeken en onder de aandacht brengen van de werkdrukproblematiek.¹⁵ ‘Er wordt al meer dan 20 jaar werkdruk gemeten en nog steeds wordt er gezegd dat er geen goede methode bestaat en wordt er getwist over de uitkomsten’,¹⁶ zucht NU’91. En de beroepsorganisatie pleit er dan ook voor om eindelijk tot *beheersing* van de werkdruk over te gaan in plaats van deze ‘voortdurend te meten’.¹⁷

Hoe het ook zij, werkbelasting kan worden onderverdeeld in een fysieke en psychische component. Lichamelijke klachten als rug-, knie- of armkwalen als gevolg van bijvoorbeeld fout of te veel tillen, vallen onder de eerste categorie; somberheid, irritatie, emotionele uitputting of *burnout* behoren tot de tweede soort. Bekend is bijvoorbeeld dat 30 tot 49 procent van de werknemers in de gezinsverzorging, en 70 tot 85 procent van de wijkverpleegkundigen rugklachten heeft.¹⁸ Bovendien is het geen nieuwsfeit dat er een relatie bestaat tussen het aantal jaren ervaring en emotionele uitputting: hoe langer zorgverleners in de thuiszorg werken, hoe meer uitgeput zij zijn.¹⁹ Berucht is bovendien dat er steeds meer cliënten worden geholpen, met minder personeel.²⁰ Met uitzondering van de geneesmiddelensector is in geen enkele sector in de gezondheidszorg het aantal bediende cliënten zo sterk gestegen als in de thuiszorg, terwijl het aantal thuiszorgmedewerkers met 1,9 procent is gedaald.²¹ Het aantal geholpen cliënten – ook wel productievolume genoemd – is tussen 1990 en 2000 met 29 procent gestegen. In de gehandicaptenzorg is dat 18 en in de ziekenhuiszorg 13 procent (zie tabel 2.1).

TABEL 2.1

PRODUCTIEVOLUME IN DE ZORG, 1990-2000 (IN INDEXCIJFERS, 1990 = 100)

	1990	1994	1998	2000
1. Genees- en hulpmiddelen	100	140	181	201
2. Thuiszorg	100	102	124	129
3. Geestelijke gezondheidszorg	100	113	127	125
4. Gehandicaptenzorg	100	109	116	118
5. Verpleeghuizen	100	108	114	117
6. Extramurale gezondheidszorg	100	104	111	114
7. Ziekenhuizen en specialisten	100	111	116	113
8. Verzorgingshuizen	100	95	86	82

Bron: SCP (2002, p. 280).

Wat betreft de thuiszorg springt de ongekennde groei gedurende het eerste paarse kabinet het meest in het oog. Hoewel dat onder druk van de stijgende vraag naar zorg en de daarbij achterblijvende groei van financiële middelen op zichzelf als een opmerkelijke prestatie kan worden beschouwd, is de schaduwkant ervan bekend: meer cliënten krijgen minder hulp en minder werknemers verlenen meer zorg. Het is hard hollen in de zorg en het werktempo is er hoog. 'Tweederde [zegt] het zelden of nooit wat rustiger aan te kunnen doen, ruim 40 procent zegt zich vaak tot zeer vaak extra hard te moeten inspannen. Bijna eenderde zegt dat men zeer vaak te weinig tijd heeft om alle werk af te krijgen'.²² De thuiszorg wordt al met al geconfronteerd met meer cliënten, minder werknemers en een relatief geringe verhoging van het budget. Daarnaast stijgt de zorgzwaarte van thuiszorgcliënten. Ten eerste gebeurt dat vanwege de dubbele vergrijzing. Ten tweede vindt dat plaats vanwege de toenemende druk op de eerste lijn als gevolg van het substitutiebeleid: ziekenhuizen ontslaan patiënten in steeds rapper tempo; verzorgingshuizen of verpleeghuizen nemen cliënten minder snel op.

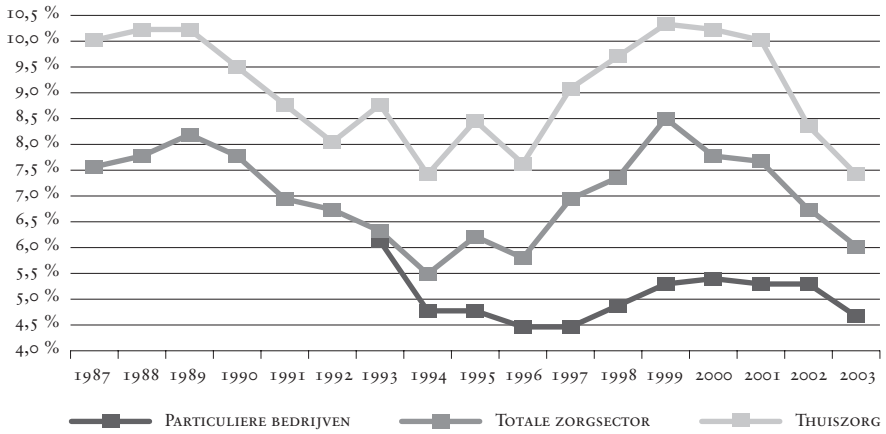
Wat betreft het onder de aandacht brengen van de werkdrukproblematiek speelt STING de eerste viool. Al in haar eerste nieuwsbrief pleit zij voor onderzoek naar de oorzaken van werkdruk;²³ al tijdens haar eerste Algemene Ledenvergadering kiest zij voor verlaging van de werkdruk als eerste prioriteit²⁴ en op de Dag van de Thuiszorg in 1993 verspreidt zij onder de instellingen 10.000 briefkaarten 'waarmee individuele werkneemsters (m/v) aan hun eigen werkgever duidelijk kunnen maken dat de werkdruk te hoog is'.²⁵ Tijdens de Ledenvergadering was immers gebleken dat de werkdruk niet altijd door het management erkend wordt.²⁶

- 'De berichten die STING hierover ontvangt worden steeds dringender. Zij wijzen niet alleen op chronische vermoeidheid, burn-out en ziek worden, maar ook op het volgende: werknemers (m/v) geven aan het zeer frustrerend te vinden, dat ze door de toenemende werkdruk hun vak niet meer goed kunnen uitoefenen, dat wil zeggen: niet meer aan cliënten de zorg kunnen geven die zij als beroepskrachten nodig achten. Extra frustratie voor hen ligt in het feit, dat de aard en omvang van de werkdruk onzichtbaar blijft en dat sommige werkgevers deze zelfs ontkennen of negeren' (Brief STING aan LVT, 23-09-1993).

Waar het de beroepsvereniging om gaat is dat de werkgevers niet alleen verantwoordelijkheid nemen voor hun cliënten, maar ook voor hun personeel, en 'duidelijk stelling gaan nemen tegen deze ontoelaatbaar wordende overbelasting van het eigen personeel'.²⁷ Bij monde van de LVT leggen de werkgevers de problematiek echter op het bord van de politiek. Die is het volgens hen die aan de touwtjes trekt. 'Nederland weet inmiddels (...) dat de LVT en haar instellingen er niet in berusten, dat iedereen (inclusief de politiek) van alles van de thuiszorg verwacht, maar dat diezelfde politiek ervoor zorgt, dat we steeds minder kunnen doen. (...) Dat accepteren we niet. Niet voor onze thuiszorgwerkers in het land, niet voor onze directies, maar voor de vele duizenden Nederlanders die op onze hulp zijn aangewezen'.²⁸ Ook het gegeven dat tekorten het meest op de laagste thuiszorgfuncties worden afgewenteld, is volgens de LVT een logisch gevolg van het stringente overheidsbeleid. Zo is tot ergernis van STING 'de overheveling naar ongeschoolde functies zoals de alfahulp nog steeds gaande',²⁹ maar beweert de LVT dat zij *noodgedwongen* 'duurder personeel door goedkopere krachten'³⁰ moet vervangen. Zij doelt dan met name op alfahulpen en thuishulpen A of B. Hoe hard een stijging van het productievolume ook nodig is voor het bestrijden van de wachtlijsten, geleidelijk aan lijkt ook volgens de vws-bewindsvrouwen 'het streven naar meer doelmatigheid met name in het uitvoerende werk zijn grenzen te bereiken, of lijken negatieve consequenties de efficiencywinst te overschaduwen'.³¹ In 1997 verhogen zij voor het eerst sinds lange tijd structureel het budget. Ondanks dat de krapte op de arbeidsmarkt in de periode daarna toeneemt, zijn er signalen dat de feitelijke en beleefde werkdruk in 2001 op een lager niveau ligt dan in 1998 (OSA, 2001, p. 16). In 2002 en 2003 zou dit zich hebben doorgezet (Van der Windt e.a., 2002; 2003).

FIGUUR 2.2

BEST BESCHIKBARE ZIEKTEVERZUIMPERCENTAGES, EXCLUSIEF ZWANGERSCHAP, IN DE THUISZORG EN ELDERS (1987-2003)



Bronnen:

Thuiszorg - 1987-1991: BVG³²; 1992: OAT³³; 1993-1998: LVT³⁴; 1999-2003: Vernet Verzuimnetwerk.

Totale zorgsector³⁵ - 1987-1990: BVG; 1991-1998: OAT³⁶; 1999-2003: Vernet Verzuimnetwerk.

Particuliere bedrijven - 1993-2003: CBS StatLine.

WAO EN ZIEKTEVERZUIM

Wat betreft de WAO zijn pas vanaf 1999 gegevens per branche beschikbaar.³⁷ Daaruit blijkt dat er 2.646 medewerkers vanuit de *thuiszorg* in de WAO zijn ingestroomd. In verhouding tot het aantal banen eind 1999 komt dat neer op het relatief hoge instroompercentage van 2,4 procent.^{viii} Dit kan worden gezien als een herbevestiging van de vaststelling dat de thuiszorg als hét zorgkind binnen de zorgsector moet worden beschouwd.

Uit lange termijngegevens over ziekteverzuim – het kweekmedium van de WAO – blijkt dat zelfs in het meest ‘gunstige’ jaar, 1994, zich op een gemiddelde werkdag 23 procent méér werknemers ziek melden dan in het meest *ongunstige* ziekteverzuimjaar in de private sector. Het gemiddelde verzuimpercentage in de thuiszorg lag in de periode 1987-2003 op 9,2 procent. Dat is 2,1

viii In de zorg- en welzijnsector in het algemeen lag de instroom namelijk op 1,6 procent. De *uitstroom* vanuit de WAO-thuiszorg ligt overigens iets *hoger* dan die in ‘zorg en welzijn’, 9,8 procent tegenover 9,2 procent. Maar vanwege het solistisch werken bij mensen thuis is reïntegratie van arbeidsongeschikten in de thuiszorg, zoals ik nog zal aanstippen, een lastige zaak.

procentpunten hoger dan het gemiddelde in de totale zorgsector. Vergeleken met het bedrijfsleven ligt het maar liefst 4,0 procentpunten hoger (zie figuur 2.2).

Als bovendien het effect van zwangerschapsverlof in de verzuimcijfers wordt meegenomen, stijgt niet alleen het absolute ziekteverzuimpercentage in de thuiszorg, maar ook het relatieve verschil ten opzichte van de overige sectoren. In de thuiszorg, waar 95 procent van de werknemers van het vrouwelijke geslacht is, ligt het verzuimpercentage inclusief zwangerschapsverlof in het jaar 2000 op 11,7 procent. Dat wil zeggen dat dagelijks gemiddeld eenachtste á eennegende van het totale personeelsbestand afwezig is vanwege ziekte of zwangerschapsverlof. Ter vergelijking: in de private sector is dat in dat jaar eenzestiende ofwel 6,1 procent. Behalve de verzuimfrequentie, maakt ook de verzuimduur het verschil. In de thuiszorg meldt het personeel zich langer ziek dan in de andere sectoren:

- ‘Het langdurige verzuim vormt dan ook het leeuwendeel van alle ziektedagen. (...) Gevallen van langer dan zes weken nemen ongeveer twee-derde van alle verzuimdagen voor hun rekening’ (CRG, Inleidingen werkconferenties ziekteverzuim gezinsverzorging, november 1989).^{ix}
- ‘Verreweg het grootste deel van het verzuim in 1999, namelijk 67 procent, is toe te schrijven aan het langdurig verzuim (is langer dan 6 weken). Dat gegeven is van belang vanwege de vergrote kans op WAO-instroom die hiermee verbonden is’ (Brief LVT aan haar lidinstellingen, 06-10-2000).

De *structurele* achterstandsituatie van de thuiszorg komt om te beginnen, doordat de werkomstandigheden daar over het algemeen neteliger zijn dan in overige sectoren. Dat bleek al uit het voorgaande. Maar wat zeker mee speelt is de personeelssamenstelling, die in de thuiszorg sterk afwijkt van die in andere bedrijfstakken.³⁸ Illustratief daarvoor is dat ruim zeventig procent van de medewerkers in de thuiszorg ouder is dan 35 jaar. Gegeven de situatie dat het grootste gedeelte van de ziektegevallen in de thuiszorg te maken heeft met het bewegingsstelsel en gezien het feit dat met name oudere werknemers van langdurig zwaar werk nadeel ondervinden, bevreedt het dan ook niet dat ‘vooral onder ouderen in de gezinsverzorging een groot deel van het verzuim [wordt] veroorzaakt door rug-, spier- en gewrichtsklachten’.³⁹ Voorts is zoals reeds opgemerkt 95 procent van de medewerkers in de thuis-

ix De CRG is de Centrale Raad voor Gezinsverzorging, later opgegaan in de LVT (zie ook bijlage 1).

zorg van het vrouwelijke geslacht. In de sector zorg en welzijn is dat 80 procent en het gemiddelde in Nederland ligt op 40 procent. Nog los van eventuele afwezigheid vanwege bevalling en ouderschap, kennen vrouwen een hoger verzuim dan mannen. Dit ‘hangt voor een groot deel samen met het feit dat ze van mannen verschillen in de aard van de werkzaamheden (minder gunstige arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden), persoonlijke omstandigheden, leeftijd en carrièrepatroon’.⁴⁰ Bovendien blijkt dat in organisaties met een gemiddeld hoog opleidingsniveau van het personeel – zoals in ziekenhuizen – het verzuim lager ligt dan op plekken waar dat minder het geval is, zoals in de thuiszorg.⁴¹

Tot slot speelt het solistisch werken in de thuiszorg een rol. Terwijl het werken met bijvoorbeeld chronische patiënten psychisch belastend is en de gemiddelde zorgzwaarte van cliënten is toegenomen, zijn in de thuiszorg zaken als het geven van feedback en sociale steun relatief moeilijk te organiseren. ‘In de thuiszorg is door het alleen werken in gezinssituaties ondersteuning in zware cliëntsituaties weinig mogelijk’, komt bijvoorbeeld in 1988 uit onderzoek naar voren.⁴² En om dezelfde reden blijkt de reïntegratie van arbeidsongeschikten een lastige zaak. Enerzijds ‘is het moeilijk een aangepaste functie in de uitvoering te creëren’, aldus het Overleg Arbeidsvoorwaarden Thuiszorg in 1999, anderzijds ‘geldt dat het aantal ondersteunende functies in de thuiszorg beperkt is’.⁴³

Overigens trekt in figuur 2.2 eveneens een opmerkelijke *overeenkomst* tussen de thuiszorg en de rest van de zorgsector de aandacht: de vijftienjarige verzuimreeksen van deze twee domeinen geven een vrijwel identieke dalparabool te zien, met het dalpunt in 1994. Op de momenten dat de verzuimpercentages in de thuiszorgsector dalen, doen ze dat in de totale zorgsector eveneens, en andersom. Kennelijk is er sprake van een trend; graag breng ik deze op pagina 77 tot en met 79 nader voor het voetlicht. Voor nu is echter het belangrijkste de vaststelling dat het percentage ziekteverzuim van 1994 tot en met 1999 jaarlijks een verslechtering vertoont. In het jaar 2000 daalt het percentage voor het eerst, wat zich in de daaropvolgende jaren voortzet.^x

x Afhankelijk van de wijze van meten verschillen de geconstateerde ziekteverzuimpercentages. De percentages in figuur 2.2 komen dan ook niet exact overeen met de bevindingen van bijvoorbeeld Van der Windt e.a. (2002, p. 114) en de OSA (2002a, p. 73). Toch komen de hoofdconclusies van de diverse onderzoeken telkens op hetzelfde neer. Ten eerste blijkt het verschil tussen de thuiszorg enerzijds en de rest van de zorgsector anderzijds jaarlijks ongeveer 2 procentpunten te bedragen. Ten tweede constateren alle ziekteverzuimbronnen dat in 2000 (of 2001) het ziekteverzuimpercentage in de (thuis)zorg voor het eerst sinds 1994 is gedaald. En dat die daling zich in de jaren daarna doorzet.

EENDRACHT EN TWEESPALT

Van oudsher hebben de vakbonden zich om de belangen van werknemers in de thuiszorg bekommerd. Opeenvolgende bezuinigingen en lastenverlichtingen in de zeventiger en tachtiger jaren, hebben in hun ogen de zorg geen goed gedaan. Bezorgd vraagt de CFO in 1988 aandacht voor ‘de veelal negatief ervaren werkbeleving en werkbelasting van wijkverpleegkundigen’,⁴⁴ en signaleert de AbvaKabo een ‘opzienbarend hoog ziekteverzuim’.⁴⁵ Het regeringsbeleid om de overheidsuitgaven terug te dringen en de belasting- en premiedruk te verlagen heeft volgens de AbvaKabo ‘een aantoonbare invloed gehad op het werk en de arbeidsvoorwaarden van de werknemers. Een tekort aan personeel, een te hoge werkdruk, achterblijvende arbeidsvoorwaarden en een slecht imago waren de directe gevolgen’,⁴⁶ aldus de vakbond.

Toch verwijt eind jaren tachtig een toenemend aantal – toen nog nauwelijks georganiseerde – beroepsbeoefenaren de vakbeweging dat deze is ingedut. In de destijds afgesloten CAO-gezinszorg hadden de vakbonden weliswaar generaliseerd dat op jaarbasis slechts twee procent van het aantal formatie-uren aan invalkrachten mag worden uitbesteed, dat de werkgever maatregelen moet nemen om ongewenste intimiteiten te voorkomen en dat per werkdag maximaal sprake mag zijn van één gebroken dienst, maar de bonden zouden tegelijkertijd een aantal zaken niet, of in onvoldoende mate hebben bereikt. Zo is het de AbvaKabo – overigens ook tot haar eigen spijt – niet gelukt de vergoeding van overwerk en onregelmatige diensten op het niveau van de rijksregeling te bedingen, de alfahulpconstructie af te schaffen, promotiekanalen te bevorderen, kinderopvang mogelijk te maken en zwangerschaps- en partnerverlof voldoende uit te breiden.⁴⁷

Het is echter de achterstand in salariering die bij de beroepsgroep van de verpleegkundigen en verzorgenden voor de meeste onvrede zorgt. Wat betreft de gezinszorg is de vakbeweging weliswaar van mening dat deze achterstand ‘niet te verdedigen is’⁴⁸ en dat er daarom ‘meer geld op tafel’⁴⁹ moet komen. Maar bij de verwezenlijking van rechtvaardige lonen in de zorgsector richt zij zich steeds op de vraag of de lonen in de zorg concurreren met die in het bedrijfsleven, terwijl de ontevredenen binnen de beroepsgroep menen dat de toegenomen werkdruk, de veranderde functie-inhoud, de groter geworden verantwoordelijkheid en de verhoogde opleidingsnormen de hoogte van het loon zouden moeten bepalen.⁵⁰

Nadat de bonden met betrekking tot de CAO-onderhandelingen ‘ziekenhuiswezen’ een voorstel voor salarisverhoging van slechts 1,5 procent hadden ingediend, blijkt de tijd dan ook rijp voor actie. Een kleine oproep van een

verpleegkundige in *de Volkskrant* leidt niet alleen tot de oprichting van de actiegroep VVIO – Verpleegkundigen en Verzorgenden in Opstand – maar ook tot een aantal massaal bezochte protestbijeenkomsten, waar voor een betere CAO-ziekenhuiswezen en CAO-kruiswerk wordt gedemonstreerd.^{x1} Onder het mom van ‘als de verpleging niets vangt, is het de patiënt die hangt’, wordt vijf procent loonsverhoging geëist. Na een opkomst van 6.000 demonstranten in februari 1989 is de geest uit de fles, al is het maar omdat de zaal voor ‘slechts’ 1.000 personen was gereserveerd. Maar als in maart ruim 25.000 mensen op de been komen en in april 60.000 aanwezigen de grootste CAO-demonstratie die ooit gehouden is bijwonen, is de Witte Woede compleet. Dat ook de vakbeweging inmiddels haar looneis tot 5 procent heeft opgeschroefd en de aprilmanifestatie zelfs mede heeft georganiseerd, kan een definitieve vertrouwensbreuk met de VVIO – later opgegaan in NU’91 – niet meer verhinderen:

- ‘[Tijdens] de grootste CAO-demonstratie ooit gehouden (...) werd de kloof tussen de bonden en de VVIO nog breder. Terwijl een spreker van de AbvaKabo op het podium een toespraak hield over de terechte 5 procent looneis en de daarop gerichte acties, had een vertegenwoordiger van de AbvaKabo op hetzelfde moment achter het podium een interview met de NOS waarin hij zei dat de AbvaKabo met een bod van 2,5 procent waarschijnlijk ook wel genoeg zou nemen. Tijdens een later gevoerde, verhitte discussie werd het vertrouwen in de bonden opgezegd’ (NU’91, *De Nieuwe Unie na ’91. Verleden, heden en toekomst; a neverending story*. Utrecht, september 1996, p. 12: Con-tekst).

Om de Witte Woede te temperen wordt in 1990 tussen overheid en sociale partners het Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsectoren (BAZ) overeengekomen, een meerjarige en veldbrede beleidsimpuls. In het BAZ worden structureel middelen vrijgemaakt voor meer handen aan het bed, verbetering van arbeidsvoorwaarden en vernieuwing van de arbeidsmarktaanpak. In 1991 krijgen het kruiswerk en de gezinsverzorging er achtereenvolgens *f* 7,5 miljoen en *f* 10 miljoen bij, waarvan het grootste gedeelte bestemd is voor het werven van personeel. De verbetering van de arbeidsvoorwaarden komt tot uitdrukking in verruiming van de loonruimte, *f* 4 miljoen voor het kruiswerk en *f* 12 miljoen voor de gezinsverzorging. Daarna worden deze bedragen voor arbeidsvoorwaarden jaarlijks opgehoogd tot respectievelijk *f* 18 miljoen en *f* 50 mil-

x1 Aanvankelijk ‘Verpleegkundigen In Opstand’ (VIO) genoemd, maar onder druk van de verzorgende beroepsgroep een maand later uitgebreid tot VVIO.

joen in 1994.⁵¹ Voor de zorgsector in het algemeen geldt een investering van 107 miljoen gulden in 1991 en 407 miljoen in 1992.⁵² Er wordt ter realisering van een structureel en gezamenlijk arbeidsmarktbeleid een zestal sectorfondsen opgericht. Zo kent de sector zorg en welzijn het Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds (AWO), waarin werkgevers en werknemers, onder toezicht van de overheid, in gelijke mate zijn vertegenwoordigd.^{xii} Wat betreft de vernieuwing van de arbeidsmarkt opteren de drie partijen voor onder andere de verbetering van een regionale aanpak, de vergroting van het marktaandeel onder schoolverlaters, het bevorderen van (flexibele) kinderopvang en het stimuleren van instroom van nieuwe werknemers in combinatie met behoud van zittend personeel.⁵³

De BAZ-impuls brengt de zorgsector in beweging. De ontwikkeling ziekteverzuim kentert en het aantal arbeidsplaatsen neemt toe. Ook de contractloonontwikkeling laat een verbeterd beeld zien. In de sector zorg en welzijn is het looninkomen per werknemer, als direct gevolg van de afgesloten CAO, beduidend gestegen: zagen helpenden, verpleegkundigen en verzorgenden in de periode 1987-1989 hun contractueel overeengekomen loon met gemiddeld slechts 1,4 procent groeien, van 1990 tot en met 1993 was dat gemiddeld 4,1 procent per jaar.⁵⁴ Met alle zorgen die er tussentijds zijn geweest of de gelden niet voor andere doeleinden zouden worden ingezet, zijn ruim zesduizend reguliere arbeidsplaatsen gerealiseerd en de staatssecretaris weet daaraan toe te voegen dat ‘95 procent van de werkdrukgeden de functie en betekenis heeft gehad die wij er toen van verwachtten’.⁵⁵

- ‘Met het werkdruggeld zijn in de directe zorgverlening 6.000 tot 7.000 nieuwe banen gecreëerd. De arbeidsvoorwaarden zijn verbeterd en de positie op de arbeidsmarkt blijkt meer concurrerend. Voorts zijn het ziekteverzuim en het verloop, zij het per sector verschillend, afgenomen’ (Nieuwskrant AbvaKabo, oktober 1993).
- ‘Sinds het BAZ-akkoord hebben de sectorfondsen tenminste 500 projecten en initiatieven gerealiseerd: tientallen voorlichtingsbijeenkomsten en congressen vonden plaats, ruim 200.000 mensen volgden gerichte scholing, circa 33.000 mensen met minder kansen op de arbeidsmarkt vonden werk in de gezondheidszorg en in veel instellingen nam het ziekteverzuim en het verloop van personeel sterk af’ (Minister: kamerstuk TK 1994-1995, 24171, nr. 2, p. 11: Con-tekst).

xii De overige vijf sectorfondsen hebben betrekking op achtereenvolgens de ambulanc hulpsverlening, apotheken, bejaarden- oorden, zorgverzekeraars en het ziekenhuiswezen. Het ministerie van vws is de belangrijkste geldschieter.

Wat de *thuiszorg* betreft ligt het genuanceerder. Ondanks positieve ontwikkelingen met betrekking tot het percentage ziekteverzuim en het contractloon, kent het aantal bezette arbeidsplaatsen in deze sector geen betekenisvolle groei.⁵⁶ Op een kamervraag of de staatssecretaris kan uitleggen ‘waarom in de thuiszorg – (...) waar zoveel honderden vacatures zijn – gewerkt wordt met oproepcontracten, nul-urencontracten en dergelijke’, antwoordt de bewindspersoon dan ook dat hij ‘binnenkort een afspraak met de organisatie STING en andere organisaties [heeft] om eens over die specifieke problematiek te spreken’.⁵⁷ Niettegenstaande het gegeven dat dit gesprek, op 17 juni 1992, ‘naar tevredenheid van STING’⁵⁸ heeft plaatsgehad – de staatssecretaris geeft aan een duidelijke rol te zien voor STING als beroepsvereniging, naast die van de bonden, en zegt de vereniging bovendien enige jaren aanvullende subsidie toe – legt de regering het veld in 1993 een bezuinigingsronde op. Dit onder fel protest. Hadden de BAZ-middelen er aan het begin van de jaren negentig toe geleid dat er in de thuiszorg weer meer zorgverleners bij cliënten over de vloer konden komen, volgens de CFO nemen de bewindslieden ‘grote risico’s door af te wijken van de ingezette koers’⁵⁹ en volgens de AbvaKabo zal met de efficiency-korting thuiszorg, de taakstelling ziekteverzuim^{xiii} en de afwezigheid van geld voor het verbeteren van de loonruimte en arbeidsvoorwaarden ‘de klok in feite weer teruggedraaid worden naar de periode vóór de grote acties in de gezondheidszorg’.⁶⁰ Van werkgeverszijde vraagt de LVT zich vertwijfeld af hoe zij haar arbeidskosten kan dekken zonder deze te zoeken ‘binnen de reguliere budgetten’,⁶¹ in andere woorden: zonder dat dit ten koste gaat van cliënten en de wachtlijstproblematiek. Geschrokken van de commotie en reagerend op het commentaar van sociale partners stelt het ministerie op de valreep voor om – overigens met handhaving van de geplande bezuinigingen – dan maar de werkgelegenheid ‘aan de onderkant’ te vergroten, hoe moeilijk de bonden dat ook kunnen verkroppen:

- ‘Het aantrekken in het kader van de werkgelegenheidsbevordering van (...) langdurig werklozen, vrouwen en allochtonen (...) klinkt op zich sympathiek. De CFO is er echter op tegen dat deze nieuwe groep lager gekwalificeerd personeel de plaatsen inneemt van werknemers die met ontslag worden bedreigd. Dat is het paard achter de wagen spannen. Verpleegkundigen en verzorgenden (...) willen niet alleen hun baan behouden, maar ook kwalitatief goede zorg blijven verlenen’ (Persbericht CFO, 21-09-1993).

xiii Gericht op zowel werknemers als werkgevers treft de overheid in 1993 (voorbereidingen voor) een aantal wettelijke maatregelen, zoals de premiedifferentiatie Ziektewet, WAO-bonus/malus-regeling en de 6-weeken-maatregel.

- 'AbvaKabo is (...) best bereid mee te werken aan het scheppen van banen voor werklozen, als niet tegelijkertijd het werk van duizenden andere mensen om zeep wordt geholpen' (Nieuwskrant AbvaKabo, oktober 1993).

Voornoemd protest ten spijt, als direct gevolg van het overheidsbeleid vindt de verschuiving van hoger naar lager gekwalificeerd personeel doorgang. Op basis van bijvoorbeeld het Jaarboek Thuiszorg 1998 kan worden opgemaakt dat het aantal door alfahulpen en oproepkrachten gewerkte uren van 1993 tot en met 1998 met respectievelijk 39 en 429 procent is gestegen! – terwijl het aantal bezette uren door gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in die periode met 2,5 procent is gedaald.⁶² Deze verdringing van geschoolde arbeid wordt in 1996 nog eens versterkt door een aanvullende budgetkorting van vijf procent, althans voor *reguliere* instellingen. Dit in verband met overheidsmaatregelen 'om de sector thuiszorg – met name ook via marktwerking – te herstructureren'.⁶³ Met de middelen die door deze afbouw van de budgetgarantie zijn vrijgekomen, is weliswaar ruimte gecreëerd voor de financiering van nieuw toegelaten thuiszorgorganisaties,⁶⁴ maar omdat die goedkoper kunnen werken, voelen veel reguliere thuiszorgorganisaties zich genoodzaakt te snoeien in de voor hen grootste kostenpost, de personele kosten.^{xiv} De stichting Kruiswerk Peelland is de eerste thuiszorgorganisatie waar direct sprake is van ontslag: 52 verpleegkundigen ruimen het veld. 'Als gevolg van fusies, reorganisaties, ongelijke concurrentie van particuliere bureaus en de budgetkorting, die de overheid heeft opgelegd, staat het leveren van goede zorg enorm onder druk'.⁶⁵ In 1995 en 1996 gaan er daardoor bij reguliere thuiszorginstanties minstens 4.000 banen verloren. Naar verwachting van de LVT zal op enige termijn eenderde deel hiervan weliswaar elders in het land bij reguliere instellingen terugkeren, maar tweederde verdwijnt 'in het geheel of keert terug op kwalitatief slechtere arbeidsvoorwaarden buiten de CAO-thuiszorg om. In deze cijfers zijn nog niet meegenomen de effecten van (...) plannen van sommige thuiszorgorganisaties om (...) reguliere arbeidsplaatsen om te zetten in zogeheten alpha-hulpconstructies'.⁶⁶ De situatie bij een van de instellingen in Gelderland, waar circa 660 werknemers op de nominatie staan naar de alfahulpverlening te worden overgezet, spreekt wat dat betreft boekdelen.

Expliciet wordt door de regering in de jaren daarna ingezet op 'een rustiger en ordelijker ontwikkeling van de thuiszorg'.⁶⁷ Besloten wordt onder andere

xiv Bijvoorbeeld doordat (sommige) particuliere bureaus de CAO onvolledig naleven.

dat de in de periode '94-'96 toegelaten 25 nieuwkomers kunnen rekenen op een vast basisbudget,⁶⁸ maar dat er voorlopig verder geen nieuwe thuiszorginstellingen worden toegelaten. Als ondanks deze pas op de plaats echter blijkt dat de arbeidsmarktpositie van de thuiszorg er niet florissant op wordt, tekenen partijen in december 1998 een nieuw convenant. Het BAZ, waarvan de uitwerking sinds jaar en dag is verdampt, maakt plaats voor het CAZ.

Volgens het Convenant Arbeidsmarkt Zorg moet een geïntegreerd pakket aan maatregelen tussen 2000 en 2004 leiden tot voldoende gekwalificeerd personeel. Opnieuw – maar nu gericht – worden er gezamenlijke en meerjarige inspanningen geformuleerd voor de arbeidsmarkt. Het betreft concrete doelstellingen zoals het verminderen van het personeelsverloop met 20 procent, het vergroten van de instroom in en het rendement van de opleidingen met eveneens 20 procent en het halveren van het verschil in ziekteverzuim tussen bedrijfsleven en de zorgsector.^{xv} Volgens een bepaalde verdeelsleutel stelt de overheid voor de bestrijding van ziekteverzuim en WAO-instroom aan de zorginstellingen een bedrag van f 40 miljoen beschikbaar, waarvan f 8 miljoen bij de thuiszorg terecht kan komen:

- 'De regeling stelt voor alle instellingen in de zorgsector met meer dan 110 werknemers vooralsnog f 73,- per werknemer beschikbaar. Instellingen met 110 of minder werknemers kunnen vooralsnog een basissubsidie van f 8.000,- ontvangen. Indien alle thuiszorginstellingen gebruik maken van genoemde [regeling] kan in 2000 bijna f 8 miljoen voor de thuiszorg beschikbaar komen' (BTN, Brief aan haar leden, 18-08-2000).⁶⁹

Tientallen CAZ-projecten worden gestart, waarvan de activiteiten zich richten op bijvoorbeeld het langer aan het werk houden van ouderen, het investeren in het scholen van werknemers, in arbeidsvoorwaardelijke maatregelen en in het voorkómen van arbeidsuitval. Daarnaast hebben de ministeries van Volksgezondheid en van Sociale Zaken samen met sociale partners arbo-convenanten afgesloten. Daarbij zijn afspraken gemaakt om in de thuiszorg 'de risico's van fysieke belasting en werkdruk te verminderen'.⁷⁰ Noemenswaardig is het in maart 1999 afgesloten Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT), op basis waarvan beleid gericht op de aanschaf van tilhulpmiddelen, de start van het project 'Stilstaan bij bewegen', een medewerkersraadpleging ter vermindering van de werkdruk en tal van andere activiteiten in uitvoe-

ring zijn genomen. Dit gaat vergezeld van een duidelijke trendbreuk. Conform de gestelde targets is in 2003 het verschil in ziekteverzuim tussen de thuiszorg en het bedrijfsleven nagenoeg gehalveerd (ten opzichte van 1999). Deze trendbreuk manifesteert zich met enige vertraging ook in de WAO. Eind 2002 daalt de WAO-instroom met maar liefst 18 procent. De arbodienst ArboNed spreekt van een ‘spectaculaire daling’.^{xvi}

OORZAKEN EN OPLOSSINGEN

Personeelstekorten, werkdruk, ziekteverzuim en WAO-instroom zijn met elkaar samenhangende knelpunten, die elkaar wederzijds beïnvloeden en versterken. Neem de kwestie van het personeelstekort. Dit tekort – tenzij door organisaties ‘omzeilt’ door het instellen van wachtlijsten – leidt bij een gelijkblijvend aantal cliënten in zorg automatisch tot een hoge werkdruk. En een te hoge werkdruk, in combinatie met een groeiende ontevredenheid over de werksituatie, staat voor hulpen en verzorgers in de praktijk niet zelden aan de wieg van ziekteverzuim, het voorportaal van de WAO. Met enige regelmaat typeren de overheid en politieke partijen dan ook de verschillende arbeidsproblemen als oplossing of als oorzaak van elkaar:

- ‘Zo zou bijvoorbeeld het omlaag brengen van het relatief hoge ziekteverzuim in de zorg deels een oplossing bieden voor de werkdruk. Deze is op zijn beurt deels weer mede een gevolg van het personeelstekort’ (Minister: kamerstuk TK 1999-2000, 27127, nr. 40, p. 6).
- ‘Met een daling van het ziekteverzuim tot het gemiddelde in Nederland zou het personeelsprobleem eigenlijk al opgelost zijn’ (Minister: handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 844).
- ‘Als in de zorg het ziekteverzuim normaal zou zijn, dan zijn er voor Amsterdam (...) absoluut voldoende handen aan het bed. Dan zou de slopende werkdruk zijn opgelost’ (PvdA: handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 111).
- ‘Belangrijk punt is dan natuurlijk ook dat de werkdruk niet te hoog is. Met andere woorden, er moeten voldoende mensen worden aangesteld’ (CDA: handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1088).

xvi NRC Handelsblad, 23-12-2002.

Op soortgelijke wijze wordt vaak gewezen op de onderlinge verwevenheid van arbeidsproblemen in de thuiszorg met ontwikkelingen op overige terreinen. In dergelijke verklaringen worden arbeidsproblemen als afgeleide beschouwd van *andere problemen* in de thuiszorg of van *arbeidsproblemen elders*. In het eerste geval wijst men bijvoorbeeld op de relatie tussen de imago-, wachtlijst- en kwaliteitsproblematiek enerzijds en personeelsknelpunten anderzijds [cursief, sv]:

- '[De] personeelskrapte komt vooral door het slechte *imago* van de branche' (VVD: handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1063).
- 'Aangezien het ontstaan van *wachtlijsten* de uitkomst vormt van een aantal maatregelen (...), zal waarschijnlijk daaruit voortvloeiende werkdruk invloed kunnen hebben op de (...) uitvoering van thuiszorg' (Staatssecretaris: kamerstuk TK 1992-1993, 23235, nr. 1, p. 11).
- 'Ook de gewenste *kwaliteitsverbeteringen* (...) hebben geleid tot minder beschikbare capaciteit' (Minister: kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 58).^{xvii}

In het tweede geval doelt men op de invloed van bijvoorbeeld het personeelsgebrek in verpleeg- en verzorgingshuizen op de werkdruk in de thuiszorg, of op de gevolgen van de krappe arbeidsmarkt in Nederland als geheel [cursief, sv]:

- 'Er is in bepaalde delen van het land een *tekort aan intramurale plaatsen* en daardoor stijgt de vraag naar thuiszorg. (...) Gevolgen daarvan zijn (...) minder zorg, wisseling in de hulp en te hoge werkdruk' (Groep-Nijpels: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6571).
- 'Reeds geruime tijd komen van verschillende zijden signalen van dreigende ernstige personeelstekorten in de verpleging en verzorging. (...) De aanzuigende werking van het bedrijfsleven, waar het arbeidsaanbod ook krappert wordt, (...) [is] daar onder andere debet aan' (CDA: handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1042).

Uitdagender is het echter te achterhalen wat er zich áchter deze onderlinge verwevenheden manifesteert. Hoe is het bijvoorbeeld gesteld met de aansluiting tussen thuiszorgonderwijs en arbeidsmarkt? Met de eventuele werving van onbenut arbeidspotentieel? Met de werkomstandigheden? Analytisch

xvii Dit argument is met name van toepassing op het verbeteren van de privacy in verpleeghuizen.

gezien kan onderscheid worden gemaakt tussen verklaringen waaruit blijkt waarom de *instroom* van arbeidskrachten in de zorg te beperkt of de *uitstroom* van medewerkers te hoog is. Met de oprechte intentie ruim baan te maken voor de instroom en tegengas te geven aan de uitstroom, geven politiek en veld althans een keur van argumenten waarom volgens hen de arbeidsmarkt uit balans is.

INSTROOM

Een gebrekkige instroom van thuiszorgmedewerkers kan om te beginnen verklaard worden uit de geringe aanmelding van scholieren voor de verschillende opleidingen. Tussen 1990 en 1997 is het aantal leerlingen dat instroomt in de opleidingen voor verpleging of verzorging van 26,5 duizend tot 16,7 duizend personen gedaald (tabel 2.2); met 37 procent dus – terwijl de vraag naar zorgverleners met name als gevolg van de vergrijzing is gestegen. De genoemde daling komt vooral op conto van de opleiding ‘verzorging’ op niveau 3. De opleidingen op niveau 2 en 4 hebben reeds in 1996 hun dieptepunt bereikt. De opleiding tot verpleegkundige op niveau 5, de enige opleiding op HBO-niveau, geeft daarentegen een stijging te zien, maar de thuiszorg – waar relatief heel weinig HBO-ers werken – heeft daarvan betrekkelijk weinig baat. Sinds 1998 is het aantal instromende leerlingen echter weer gestegen, tot bijna 24.000 personen in 2001. De nieuwe opleiding ‘zorghulp’ op niveau 1 trekt inmiddels meer dan 2.000 scholieren aan. In samenhang met het voorgaande is in het jaar 2000 het aantal leerlingen dat een diploma haalt voor het eerst sinds jaren weer gegroeid: na zeven opeen-

TABEL 2.2

INSTROOM IN DE OPLEIDINGEN VERPLEGING EN VERZORGING, 1990 T/M 2001⁷¹

	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Verpleegkundige (niveau 5)	2.342	2.230	2.548	2.523	2.944	3.070	2.905	2.899	2.446	2.214
Verpleegkundige (niveau 4)	6.455	6.191	3.646	3.373	3.046	3.175	4.297	5.976	4.858	5.892
Verzorgende (niveau 3)	13.870	13.576	10.614	9.896	9.766	6.110	7.662	8.391	8.094	9.767
Helpende (niveau 2)	3.790	3.733	3.326	3.305	3.104	4.324	3.500	3.397	3.236	4.006
Zorghulp (niveau 1)	-	-	-	-	-	-	-	-	1.370	2.063
Totaal 1-5	26.457	25.730	20.134	19.097	18.860	16.686	18.364	20.663	20.004	23.942

Bronnen: Van der Windt e.a. (2002, p. 89), OSA (1999a, p. 91) en Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 3, p. B48: Con-tekst.

volgende jaren van daling, is het aantal gediplomeerde schoolverlaters opgeklimmen van 11.718 in 1999 tot 12.296 in 2000 en tot meer dan 17.000 in 2002 (Van der Windt e.a., 2003, p. 101).

Naast deze dalende instroom in het zorgonderwijs is er sprake van een ontoreikende doorstroom vanuit de verschillende opleidingen naar een daadwerkelijke baan in de zorg. Slechts de helft van de MBO-afgestudeerden gaat daadwerkelijk aan de slag in de verzorging,⁷² maar onderzoek naar de redenen daarvan is nooit uitgevoerd. Bovendien blijkt dat van degenen die na afronding van hun opleiding wél gaan werken in de zorg een groot percentage haar baan in de eerste jaren opzegt.⁷³ ‘Liggen het lage salaris en het geringe toekomstperspectief ten grondslag aan de geringe interesse, of spelen andere factoren een rol?’,⁷⁴ vraagt het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging zich af. Het is ‘de huidige situatie in de zorgsector’,⁷⁵ suggereert een collega-instelling die haar antwoord afbakt tot het domein van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden: ‘de werkdruk is groot, de arbeidsomstandigheden niet altijd even optimaal en de salariering is matig’.⁷⁶

Onderwijs

- ‘Met name zijn wij verontrust door de gestaag dalende instroom in de opleidingen. Evenzeer verontrust het ons dat veel opgeleiden in de zorg toch voor een beroep buiten de zorgsector kiezen’ (Minister: handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1088).
- ‘Instellingen krijgen extra middelen voor betere begeleiding van stagiaires. Doelstelling van het CAZ is de instroom en het rendement van opleidingen jaarlijks met 5 procent te verhogen’ (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 10).
- ‘In de regio’s moeten onderwijs- en zorginstellingen en overheden samen proberen het personeelstekort aan te pakken. Op die scholen zitten de toekomstige zorgverleners en verpleegkundigen. Men moet samen kijken hoe de problemen kunnen worden aangepakt. Dit kan bijvoorbeeld bij de invulling van de stageplaatsen en het kijken wat daarvoor nodig is’ (CDA: handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2309-2310).

Ook de invoering van een nieuw opleidingsstelsel voor helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen in 1997 is debet aan de dreigende ernstige personeelstekorten. Hoewel het hier te ver voert in te gaan op de exacte opbouw van dit stelsel en op het verschil met het vroegere dagonderwijs, leerlingwezen en inservice onderwijs, hebben de zorgaanbieders sindsdien beperktere

mogelijkheden ‘om de instroom van schoolverlaters te beïnvloeden’.⁷⁷ Een wezenlijk verschil met het vroegere onderwijsaanbod is bijvoorbeeld dat leerlingen breed worden opgeleid en daarmee breed op de arbeidsmarkt inzetbaar zijn. Kozen scholieren vroeger aan het begin van hun opleiding voor de gezondheidszorgsector van hun keuze, sinds 1997 doen ze dat pas na afronding ervan. Bovendien is tegen deze achtergrond de discussie over – kansen en belemmeringen van – bedrijfsgebonden opleidingen van belang. Waar de opleidingsniveaus 2 (verzorgingshulp B) tot en met 5 (wijkverpleegkundige) verplicht op de nationale onderwijsinstellingen worden aangeboden, kunnen leerlingen voor de zogeheten assisterende beroepen, zoals verzorgingshulpen A, immers op twee manieren worden opgeleid: via het zojuist genoemde, landelijk erkende opleidingsstelsel (niveau 1) of via branche-opleidingen.

Aan de ene kant huldigen werkgeversorganisaties en vakbonden het standpunt dat ‘voor assisterende functies bedrijfsgebonden scholingen voldoende kunnen zijn’.⁷⁸ Vanuit kostenbewustzijn en ‘bedrijfsmatige overwegingen’,⁷⁹ en vanuit de constatering dat voor met name herintredende huisvrouwen ‘een korte en alleen op één functie gerichte opleiding beter is’,⁸⁰ wijzen de LVT en de andere CAZ-partijen het verplicht stellen van het landelijke opleidingsniveau 1 af. Zich mede baserend op onderzoek waaruit blijkt dat veel herintredsters een jarenlange opleiding niet ambiëren of uitvoerbaar achten, sturen zij aan op een versnelde, kwantitatieve uitbouw van het *incompany*-onderwijs. ‘CAZ-partijen hebben inmiddels afgesproken dat de instroom in de functiegerichte opleidingen de komende 4 jaren met 50 procent zal moeten stijgen’.⁸¹

Aan de andere zijde menen een Kamermeerderheid en de beroepsorganisatie voor de verzorging STING dat alle uitvoerders in de zorg over een minimaal vereiste opleiding moeten beschikken. Deze zijde staat er dientengevolge op dat kwalificatieniveau 1 verplicht in het opleidingsstelsel wordt opgenomen. Zo meent STING dat het achterwege laten van beroepskwalificaties het toch al vertekende beeld van thuiszorgarbeid, als zijnde niet-professioneel en ongekwalificeerd, versterkt – en daarmee op den duur het kwantitatieve aanbod verder onder druk zal zetten.⁸² Het achterwege blijven van niveau 1 zou het negatieve beroepsimago van de thuiszorg enkel bevestigen. Grote vraagtekens stelt de beroepsorganisatie dan ook bij de strategie van diverse thuiszorgdirecties om aan te dringen op geld voor imagocampagnes en gerichte werving van personeel, maar tegelijkertijd een beleid te voeren ‘dat geleid heeft tot een dalende instroom in het opleidingsstelsel’.⁸³ Zonder adequate opleiding is het werk niet aantrekkelijk genoeg, aldus STING in een brief aan de vaste commissie voor Volksgezondheid: ‘goed opleiden is een

van de eerste middelen voor bestrijding van onevenredig hoog ziekteverzuim en voor imago-verbetering'.⁸⁴

Waar de werkgevers en bonden als het erop aankomt dus niveau 1 van het opleidingsstelsel beschouwen als een financiële en praktische *belemmering* om snel, direct en kwantitatief in bijvoorbeeld herintreding te kunnen investeren, zien een Kamermeerderheid en STING in het verplicht stellen van dit niveau een *mogelijkheid* om beroepsbeoefenaren zich professioneel te laten ontplooiën. Het imago, de kwaliteit en de aantrekkelijkheid van het beroep zouden daardoor verbeteren, met als resultaat dat de arbeidsmarktschaarste 'echt' te lijf wordt gegaan. Dat is besloten opleidingsniveau 1 wél in te voeren, maar níet verplicht te stellen, is de pragmatische uitkomst van een jarenlange discussie tussen de genoemde twee coalities van partijen. Hoe compromisvol ook, er ligt een duidelijk spanningsveld aan ten grondslag (zie ook hoofdstuk 9).

Een gebrekkige instroom van thuiszorgmedewerkers heeft echter niet alleen te maken met het onvoldoende functioneren van de opleidingen. Ook het onvoldoende werven en enthousiasmeren van 'verborgen' personeel beperkt de instroom. Wat dat betreft wijst bijvoorbeeld de nationale politiek erop dat er nog mogelijkheden onbenut zijn bij het aanwenden van de zogenoemde stille arbeidsreserve, met name onder de groep allochtonen en herintredende vrouwen:

Stille arbeidsreserve

- 'Wij hoeven het trouwens niet alleen te zoeken bij de schoolverlaters. Naar onze ervaring is de groep allochtonen in Nederland heel graag bereid en vaak ook heel getalenteerd om juist in de zorg werkzaam te zijn. Ook herintredende vrouwen zijn daar graag toe bereid, mits de omstandigheden zodanig zijn dat zij het goed kunnen volhouden en mits de beloning redelijk is' (Minister: handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1088).
- 'Het actief werven van nieuw personeel. Hierop is bijvoorbeeld de beeldvormingscampagne "zorg, het echte werk" gericht. (...) Deze campagnes zullen in 2001 verder worden toegespitst op onder meer allochtonen. (...) Ook herintreders krijgen aandacht (...). Zonder een gericht beleid zou het tekort aan arbeidskrachten in 2004 13 procent bedragen, met de genoemde maatregelen ruim 3 procent' (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 10).
- 'Er zullen dus concretere plannen en maatregelen moeten komen, bijvoorbeeld voor de inzet van de 35.000 herintredende vrouwen en allochtonen in de zorg' (RPF/GPV: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 41).

Van de 10.000 herintreders die in het kader van het project Hard Nodig een brief heeft gekregen, heeft 15 procent zich bereid verklaard.⁸⁵ Betrekkelijk eenvoudig te werven is de groep herintredende huisvrouwen; relatief lastig te enthousiasmeren is de categorie Turkse en Marokkaanse vrouwen. Als gevolg van onbekendheid van deze groep met de thuiszorg, de lage status van het beroep en problemen met de inzetbaarheid bij bijvoorbeeld mannelijke cliënten, blijkt het voor thuiszorginstellingen moeilijk deze stille arbeidsreserve te mobiliseren.⁸⁶ De toestroom van Antilliaanse en Surinaamse vrouwen daarentegen is ‘redelijk’.⁸⁷ Dat de verschillende doelgroepen op basis van branche-onderwijs ‘worden toegerust met de noodzakelijke basisvaardigheden en kennis’⁸⁸ en dus zonder MBO- of HBO-opleiding in dienst kunnen treden van de instelling, verlaagt de drempel voor eventuele geïnteresseerden natuurlijk aanzienlijk.

Los van deze instapstimulans meent de LVT met het doelgroepenbeleid meerdere vliegen in één klap te slaan: mensen met weinig uitzicht op een baan krijgen werk, het aantal sociale uitkeringen vermindert en de thuiszorg kan personeel aanstellen waardoor cliënten weer de zorg ontvangen waarvoor ze zijn geïndiceerd.⁸⁹ Waar de werkgeverskoepel echter van een win-winsituatie spreekt, vrezen ondernemingsraden en beroepsorganisaties verdringing van reguliere arbeid, en zijn zij los daarvan van mening dat het gaat om een schijnoplossing. ‘Symptomatische maatregelen, zoals (...) werving onder allochtone doelgroepen, het aantrekken van verpleegkundigen uit het buitenland of het bevorderen van herintreding, resulteren tot op heden niet in een afname van het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden’,⁹⁰ constateert bijvoorbeeld de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV).

De verklaring daarvoor is volgens de beroepsorganisaties dat de zorg ‘in de kern niet zozeer een arbeidsmarktprobleem als wel een satisfactieprobleem’⁹¹ heeft. Ondubbelzinnig blijkt uit onderzoek dat van de beroepsbeoefenaren die de gezondheidszorg de rug toekeren, ongeveer de helft aangeeft dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden wanneer er meer was geïnvesteerd in hun ontplooiingsmogelijkheden en carrièreperspectieven. Daarnaast ‘[noemt] één op de drie van degenen die het beroep beëindigen werkdruk als factor die vertrek had kunnen voorkomen’.⁹² Op landelijk niveau worden weliswaar een groot aantal inspanningen verricht om personeel door de voordeur binnen te krijgen, ‘maar slechts wanneer de motivatie van verpleegkundigen en verzorgenden het centrale uitgangspunt wordt voor de organisatie van de zorg, mag verwacht worden dat de aantrekkingskracht van de beroepen weer zal toenemen’⁹³ – aldus de AVVV.

UITSTROOM

Dan de achterdeur van het beleid. Is die niet het hart van de zaak? Moeten werkgevers in de zorgsector op het gebied van bijvoorbeeld kinderopvang, zwangerschaps- en leeftijdsbeleid niet de hand in eigen boezem steken? Uit een ledenraadpleging van NU'91 in 1992 blijkt bijvoorbeeld dat de openingstijden van de aanwezige kinderopvang – volgens uitvoerenden – dusdanig zijn ‘dat het verplegend en verzorgend personeel daar geen gebruik van kan maken’⁹⁴ en dat in de praktijk werkneemsters die in verwachting zijn vaak niet hun volledige takenpakket aankunnen. Door de zware fysieke belasting krijgen ze last van rugpijn, harde buik of groeit het kind niet meer. ‘Het gevolg is dat men dan van de organisatie het advies krijgt om zich ziek te melden daar er geen andere regelingen voorhanden zijn’.⁹⁵ Ook oudere werknemers verrichten alle noodzakelijke werkzaamheden, en belanden om die reden vaak in de ziektewet.

Echter, waar de instellingen de zwarte piet van beroepsorganisaties krijgen doorgespeeld, wijzen die op hun beurt met de beschuldigende vinger naar de politiek. Wetende en erkennende dat het werk in de thuiszorg aantrekkelijker moet en kan worden geregeld, beklagen zij zich over de smalle financiële marges waarbinnen fatsoenlijke werkomstandigheden en een aantrekkelijk arbeidsvoorwaardenpakket moeten worden bereikt. Desalniettemin geeft de landelijke vereniging van werkgeversinstellingen toe dat het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden niet helemaal boven aan haar lijstje staat. Noodgedwongen, maar toch ook als bewuste beleidskeuze, spendeert zij immers haar als ontoereikend bestempelde budget primair aan het tot stand brengen van voldoende zorgverlening aan de *cliënt*: ‘omdat thuiszorginstellingen vanwege de constante budgetkrapte prioriteit geven aan directe zorgverlening aan de cliënt en dus minder middelen kunnen aanwenden voor scholing en opleiding van personeel, kunnen sommige activiteiten niet voldoende tot stand komen, zoals bijvoorbeeld het scheppen van voldoende praktijkvormingsplaatsen in het kader van het nieuwe opleidingsstelsel’.⁹⁶

Hoe het ook zij, vanaf Paars II keert het tij. Je moet werknemers halen, hebben én houden, presenteert bijvoorbeeld de PvdA in 1998 haar 30.000-banenplan. Je moet ze vinden en binden, weet ook de commerciële werkgeverskoepel Branchebelang Thuiszorg Nederland te vertellen.⁹⁷ Politiek en werkgeversorganisaties hebben meer aandacht en meer geld over voor het *behouden en motiveren* van beroepsbeoefenaren in de zorgsector. Onder andere wordt het arbeidsmarktinstrument ‘kinderopvang’ extra gestimuleerd en de Wet Aanpassing Arbeidsduur ingevoerd. Dit laatste om arbeid

en zorgtaken beter te kunnen combineren. De politiek wil de uittocht van werknemers in de zorg naar andere bedrijfstakken of naar de Ziektewet en de WAO tegengaan in de sfeer van met name twee domeinen.

Om te beginnen richt de regering zich op het verbeteren van de werkomstandigheden, met name door het regelen van een goede loopbaanbegeleiding en flexibele, op maat gesneden arbeidsvoorwaarden:

Werkomstandigheden

- 'Hierbij valt onder andere te denken aan meer scholing, carrièreperspectief, kinderopvang en uitbreiding van de gemiddelde werktijd door flexibele en grotere deeltijdbanen. Bovendien zal het terugdringen van het ziekteverzuim een bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen van tekorten' (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 4, p. 10).
- 'Het behoud van zittend personeel: instrumenten daarbij zijn een levensfasebewust beleid en employability-checks voor ouderen, scholing en training, kinderopvang, doorstroom en perspectief' (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 10).
- 'Goed personeelsbeleid is het hart van de zaak. Medewerkers moeten waardering krijgen en de ruimte om zich te ontplooien. Dat heeft positieve effecten op het ziekteverzuim en op die manier kan in ieder geval een deel van de problemen opgelost worden' (Minister: kamerstuk TK 2000-2001, 27400 XVI, nr. 88, p. 8).

Bovendien zijn er in het Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg concrete afspraken gemaakt over terugdringing van de fysieke belasting van werknemers. Om de risico's op lichamelijk letsel als gevolg van overbelasting te vermijden is bijvoorbeeld vastgelegd dat binnen vijf jaar de zogenoemde 'groene praktijkregels voor fysieke belasting' zullen zijn geïmplementeerd en dat er voor onder meer de aanschaf van tilapparatuur financiële middelen beschikbaar komen:⁹⁸

Fysieke belasting

- 'Ook op het punt van twee belangrijke oorzaken van ziekteverzuim, namelijk de klachten van het bewegingsapparaat en de psychische klachten, kunnen de werkgevers veel beter presteren. Bij de fysieke problematiek is in de zorgsector vooral de tilproblematiek heel bekend. Er is veel geld beschikbaar gesteld, ook door het ministerie van SZW, om ervoor te zorgen dat alle zorginstellingen over voldoende hulpmiddelen kunnen beschikken' (Minister: handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 844).

- ‘Ook op andere wijze wordt aandacht besteed aan de fysieke belasting van medewerkers. Het Overleg Arbeidsvoorwaarden Thuiszorg^{xviii} heeft in 1997 TNO opdracht gegeven een instrumentarium te ontwikkelen voor de aanpak van fysieke belasting. Dit resulteerde in het boekje “Stilstaan bij bewegen” waarin praktijkregels worden geformuleerd. In het Convenantenoverleg Arbeidsomstandigheden Thuiszorg is in 1999 besloten de praktijkregels daadwerkelijk binnen de instellingen te doen implementeren’ (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 4, p. 129).

Bij de beroeps*inhoudelijke* organisaties bestaat er zowel tevredenheid als twijfel. Enerzijds zijn zij blij met het postvattende, veldbrede inzicht dat medewerkers met een aantrekkelijk personeelsbeleid moeten worden gemotiveerd, evenals met de honderden miljoenen die de overheid hier tijdens de paarse jaren voor uittrekt. Anderzijds is de besteding daarvan volgens de beroepsorganisaties te arbeids*voorwaardelijk* en wordt er ‘nauwelijks gesproken over de oorzaken van het grote probleem in de zorg: tekort aan kwalitatief goed opgeleid en professioneel verpleegkundig en verzorgend personeel’.⁹⁹ De overheid steekt in 2002 weliswaar 10 miljoen gulden ‘in een actieprogramma dat zich richt op kwaliteitsbeleid en beroepsontwikkeling van de 400.000 verpleegkundigen en verzorgenden’,¹⁰⁰ maar dit bedrag staat in schril contrast met de ‘honderden miljoenen [die zijn] gereserveerd voor secundaire arbeidsvoorwaarden, instroombevordering en andere maatregelen op het terrein van de arbeidsmarkt’.¹⁰¹ Onder andere STING meent dat de overheidsgelden meer gericht moeten zijn op de kern van de zorg: het concreet ondersteunen van mensen in hun dagelijks leven, afgestemd op hun specifieke behoeften en met ruimte voor de interactie tussen zorgverlener en cliënt. ‘Dé motivatie om in de zorg te werken’.¹⁰²

Tot slot bestaat er twijfel of het vrijgekomen arbeidsmarktgeld wel op de daarvoor bedoelde plekken terechtkomt. Het budget wordt immers generiek ingezet, wat betekent dat de concrete beslissingen erover aan sociale partners worden overgelaten. Maar *die* zijn volgens de beroepsorganisaties ‘tot op heden niet in staat gebleken de arbeidsmarktproblemen adequaat aan te pakken’.¹⁰³ Zo heeft STING het donkerbruine vermoeden dat de extra paarse middelen vooral zijn ingezet voor wachtlijstreductie.¹⁰⁴ En wil NU’91 dat de overheid meer verantwoordelijkheid neemt en meer stuurt in de financiële uitvoering: ‘de huidige generieke maatregelen houden de achterstands-

XVIII In het OAT zijn werknemers- en werkgeversorganisaties vertegenwoordigd.

positie van de beroepsgroep in stand'.¹⁰⁵ Zoals de rechtsvoorganger van NU'91 begin jaren negentig alle leden in de ondernemingsraden oproept te controleren waaraan de BAZ-centen worden gespendeerd, houden de beroepsorganisaties tijdens Paars II in de gaten 'waar het geld blijft'.¹⁰⁶ Doch tevergeefs pleiten zij er voor dat de beschikbare gelden worden 'geoormerkt'¹⁰⁷ en dat 'toetsbare afspraken'¹⁰⁸ worden gemaakt over de inzet van de extra middelen.

Überhaupt valt op dat het thema 'geld' een minder pregnante rol in de discussie over arbeidsproblemen speelt dan in die van het wachtlijstendebat. In een sector waar de personeelskosten 84 procent van de totale uitgaven uitmaken,¹⁰⁹ lijkt dat vreemd, maar een van de redenen daarvoor is het besef bij de verschillende partijen dat voldoende geld weliswaar een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde vormt voor succesvol arbeidsmarktbeleid. Kennelijk liggen aanvullende oorzaken – fysieke overbelasting, onaantrekkelijke werkomstandigheden, dalende instroom in het onderwijs et cetera – ten grondslag aan het voortbestaan van de personeelsproblematiek. Met name na 1998 blijkt dat ontegenzeggelijk, wanneer voor de werving van personeel bedoeld geld noodgedwongen 'op de plank blijft liggen':

- 'Geld is er zat, maar personeel is niet te vinden' (PvdA: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 19-20).
- 'Geld is niet het probleem. Neen, het personeel is de bottleneck' (SP: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 35).

Toch is het een prangende kwestie of de achtereenvolgende bewindslieden wel steeds tijdig en accuraat op de situatie op de arbeidsmarkt hebben gereageerd. 'Al minstens 10 jaar geleden en sedertdien meermalen herhaald, zijn studies en rapporten verschenen (veelal door de overheid geïnitieerd en bekostigd) over de personeelsvoorziening in de zorgsector. Waarom is daar nooit iets mee gedaan en wordt pas gereageerd nu het te laat is?'.¹¹⁰ Het antwoord op dergelijke vragen luidt dan meestal dat de personeelsvoorziening primair onder de verantwoordelijkheid valt van het management op instelingsniveau; dat er niet zozeer sprake zou zijn van een verkrappende, maar van een in de toekomst *mogelijk* verkrappende arbeidsmarkt; dat het opvolgen van aanbevelingen uit studies en rapporten – bijvoorbeeld financieel – niet altijd mogelijk is; of dat bovengenoemde beschuldiging onterecht is – dat wil zeggen dat er wel degelijk, bijvoorbeeld via het CAZ-akkoord, in de arbeidsmarktsituatie wordt geïntervenieerd.

EEN MEERJARIGE EN VELDBREDE AANPAK

Terugkomend op de afsluitende opmerking in de eerste paragraaf dat het verzuimverloop van de thuiszorg enerzijds en de rest van de zorgsector anderzijds nagenoeg identiek is,^{xix} moet ik om te beginnen wijzen op het universele gegeven dat er een positieve relatie bestaat tussen economische conjunctuur aan de ene kant en ziekteverzuim aan de andere kant (Fase en Keijzer, 1991; Lindner en Veerman, 2003). In economisch goede tijden loopt het ziekteverzuim op; economische terugvallen gaan gepaard met dalende verzuimcijfers.^{xx} Zo lijkt de simultane stijging van het verzuim in de thuiszorg en de totale zorgsector in 1998, 1999 en 2000 direct gerelateerd aan de economische voorspoed die de tweede paarse kabinetperiode kenmerkte. Dienovereenkomstig liepen in deze periode de verzuimcijfers in de particuliere sector op. Omgekeerd geldt dat de daling van het verzuim in de jaren daarna min of meer samenvalt met economische tegenwind.^{xxi}

Maar conjuncturele schommelingen vormen geen volledige verklaring (Fase en Keijzer, 1991; Lindner en Veerman, 2003). Zo zijn er momenten van laagconjunctuur, waarop het ziekteverzuim in de thuiszorg stijgt in plaats van daalt (bijvoorbeeld het jaar 1993). Tevens springt het verschil in bereik van de verzuimreeksen tussen de particuliere en (thuis)zorgsector in het oog, terwijl beide sectoren toch bloot staan aan dezelfde conjunctuur: de verzuimontwikkeling van de particuliere sector kent betrekkelijk kleine pieken en dalen; die van de (thuis)zorgsector is relatief veel grilliger.^{xxii} Opmerkelijk is tot slot dat de momenten waarop de verzuimreeksen van de (thuis)zorgsector dalen, steeds voorafgaan aan verbeteringen van de conjunctuur. De jaren 1992 en 1993 hadden te maken met conjuncturele neergang (CPB, 2004), maar al vanaf 1989 daalde het verzuim. Op vergelijkbare wijze was de Nederlandse productiegroei vanaf 2001 gering, hetgeen in 2003 uitmondde in een recessie (CPB, 2004), maar reeds sinds 1999 meldden jaarlijks minder werknemers zich ziek.

XIX Wel bestaat er, zoals ik uitlegde, een nominaal verschil tussen de verzuimpercentages in deze twee sectoren: in de thuiszorgsector ligt het verzuim structureel hoger. Het verschil tussen de thuiszorgsector en de totale zorgsector is echter jaarlijks constant.

XX Uit angst voor ontslag melden werknemers zich in perioden van laagconjunctuur minder vaak ziek. Vanwege het ruime aanbod van werkzoekenden in deze perioden blijken werkgevers, op hun beurt, geneigd gezonde werknemers aan te nemen en zwakke werknemers te ontslaan (Lindner en Veerman, 2003).

XXI Zie voor een overzicht van de perioden van conjuncturele neergang sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw CPB (2004).

XXII Dat het hier gaat om méér dan enkel een verschil tussen de aard van de publieke en particuliere sector, blijkt uit het gegeven dat de ziekteverzuimcijfers in publieke sectoren als onderwijs of defensie niet (altijd) op dezelfde momenten en ook niet (altijd) in dezelfde mate stijgen of dalen als die in de (thuis)zorgsector (zie CBS StatLine). Een mogelijke verklaring hiervoor luidt dat risicoselectie in de (thuis)zorgsector relatief weinig voorkomt. Überhaupt wentelen werkgevers in de (thuis)zorg financiële prikkels in de wetgeving, zoals de Pemba-boete van f 129.000 per WAO-er, minder op werknemers af dan dat in andere sectoren gebeurt (OSA, 1999b).

Er is dus meer dan enkel het verband tussen conjunctuur en ziekteverzuim. Naar het zich laat aanzien hebben ook de overheid en sociale partners invloed op de uitval van werknemers. Om te beginnen blijkt dat uit de uitwerking van de BAZ- en CAZ-impuls. Dat het verschil in ziekteverzuimpercentage van de thuiszorgsector enerzijds en de zorgsector in het algemeen anderzijds uitermate stabiel is, namelijk jaarlijks ongeveer twee procenten, lijkt hier althans direct aan gelieerd.^{xxiii} Immers, zowel in de thuiszorg als in de totale zorgsector stijgt het verzuim vóór de BAZ- en CAZ-akkoorden en daalt het daarna. Vanaf de implementatie van het BAZ-programma in 1990 treedt een jarenlange daling in het verzuim op: bleven er in 1989 in de thuiszorg van elke honderd uitvoerenden ruim tien ziek thuis, in 1994 is dat aantal met een kwart gedaald tot zeven á acht afwezigen. Een zelfde tendens vindt plaats na de implementatie van het CAZ-akkoord: het percentage ziekteverzuim daalt van 10,4 procent in 1999 tot 7,6 procent in 2003. Bovendien daalt in deze periode de werkdruk en stijgt het aantal gediplomeerde schoolverlaters van ongeveer 12.000 in 1999 tot ruim 17.000 in 2003. Kennelijk werpt een meerjarige en veldbrede aanpak vrucht af.

Daarnaast vormt ongetwijfeld het beschikbaar gestelde overheidsbudget een factor van betekenis. Het lijkt althans geen toeval dat de stijging van het ziekteverzuim vanaf 1994 samenvalt met de aantreding van het eerste paarse kabinet – een regering waarvan ik ook al in het vorige hoofdstuk meldde dat deze de zorgsector slechts een zeer geringe budgettaire groei toestond. Daar komt bij dat de zorgzwaarte van cliënten zwaarder is geworden (als gevolg van het substitutiebeleid) en de verantwoordelijkheden van de beroepsgroep navenant zijn toegenomen. Tekenend is dat het contractloon van medewerkers in de sector zorg en welzijn gedurende Paars I in geen enkel jaar het niveau van de inflatie bereikt. Sterker nog, in 1997 vindt er zelfs een daling van het contractloon plaats! Voor een dubbeltje op de eerste rang – het is een bekend gegeven dat harder werken voor minder loon leidt tot een hoger verzuim.¹¹¹

Gedurende Paars II en de CAZ-periode, daarentegen, heeft de overheid krachtig haar beleid geïntensiveerd, min of meer zoals zij dat bij de wachtlijstproblematiek deed. In het Jaaroverzicht Zorg 1998 maakt de minister met 103 miljoen gulden een duidelijke keuze voor de thuiszorg.¹¹² In het regeerakkoord van Paars II staat vermindering van de werkdruk centraal.¹¹³ Als onderdeel van de zogeheten intensiveringsmiddelen worden in achtereenvolgens 1999

xxiii Om precies te zijn: nooit minder dan 1,4 procent en in geen enkel jaar meer dan 2,5 procent.

en 2000 *f* 34,2 en *f* 46,3 miljoen *extra* voor de verlichting van werkdruk uitgetrokken.¹¹⁴ In de Zorgnota 2000 is de thuiszorg zelfs als hoofdprioriteit benoemd.

Centenkwestie

- 'Hét uitgangspunt voor de intensiveringen die het Kabinet pleegt is het regeerakkoord. (...) Voor de zorg in het bijzonder betekent dit dat er twee prioriteiten zijn: de vermindering van de wachttijden en de werkdruk' (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 4, p. 11).
- 'De prioriteiten wachtlijsten en werkdruk liggen echter vast, want daarover zijn afspraken gemaakt in het regeerakkoord. In het regeerakkoord is ook expliciet aangegeven hoeveel geld hieraan zal worden besteed' (Staatssecretaris: handelingen TK 1999-2000, nr. 15, p. 1051).
- 'In de meerjarenafspraken is voor 1999 26 mln. extra beschikbaar gesteld om de werkdruk in de thuiszorg te verminderen' (Staatssecretaris: kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nr. 66, p. 9).

Resumerend stel ik vast dat er een significant verband bestaat tussen het ziekteverzuimverloop en conjuncturele schommelingen, maar dat hierop niet blind moet worden gestaard. Hoewel het belang van de economie moeilijk kan worden overschat, zit het verzuimverloop complexer in elkaar dan in enkel conjuncturele termen kan worden gevat. Ook doet de inzet van de overheid en veldpartijen een wetmatige duid in 't zakje, zoals blijkt uit de effecten van de BAZ-, CAZ- en geldimpulsen. Hoe het ook zij, zeker is dat de arbeidsmarkt van zorg sinds 1994 buitengewoon zwaar is belast en dat er – op het vlak van ziekteverzuim, werkdruk, instroom in de zorgopleidingen et cetera – om en nabij het jaar 2000 een kentering plaatsvindt.

VINDEN EN BINDEN

De analyse in dit hoofdstuk heeft laten zien dat de arbeidsschaarsteproblematiek in de zorg steeds meer onaanvaardbare vormen heeft aangenomen, met de thuiszorg als voornaamste zorgenkind. Vooral vanaf halverwege de jaren negentig, als ook de wachtlijstproblemen zich in steeds vollere omvang openbaren, vertonen de verschillende indicatoren van arbeidsschaarste een verslechtering. De werkdruk neemt toe, het percentage ziekteverzuim stijgt, de instroom in de WAO loopt op, de vacaturegraad groeit, het aantal schoolverlaters met een zorgdiploma neemt af et cetera. Markant is echter dat de

situatie op de arbeidsmarkt in (ongeveer) het jaar 2000 kentert. Dit is des te meer opmerkelijk, omdat deze kentering vrijwel volledig met de omme-zwaai aan het wachtlijstfront correspondeert.

De thema's 'geld' en 'transparantie' spelen een minder pregnante rol in de discussie over arbeidsproblemen dan dat zij dat in het wachtlijstendebat doen. Met name na 1998, wanneer voor de werving van personeel bedoeld geld noodgedwongen op de plank blijft liggen, constateren politiek en veld dat de aanwezigheid van voldoende middelen weliswaar een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde vormt voor een doeltreffend arbeidsmarkt-beleid. In plaats daarvan debatteren zij over de aanvullende oorzaken en oplossingen van de personeelsproblematiek, met als thema's: de dalende instroom in de zorgopleidingen, de verminderde uitstroom van scholieren met een certificaat, de ontoereikende doorstroom van gediplomeerde scholieren naar een daadwerkelijke baan in de zorg en de wijze waarop het opleidingsstelsel functioneert (thema 'onderwijs'); de werving van specifieke doelgroepen, zoals herintredende vrouwen, allochtonen en personen die in aanmerking komen voor een Melkert- of I/D-baan (thema 'stille arbeidsreserve'); de verbetering van de arbeidsvoorwaarden, carrièreperspectieven, loopbaan- en kinderopvangmogelijkheden (thema 'werkomstandigheden'); met tot slot de vermindering van de belasting van werknemers (thema 'fysieke belasting'). Hoewel alle partijen het belang van een doeltreffend arbeidsmarktbeleid onderschrijven, verschillen zij van mening over de vraag hoe dat gestalte zou moeten krijgen. Personeel dien je te vinden en binden, maar hoe? De beroepsinhoudelijk georiënteerde organisaties, die het tekort aan gediplomeerd en professioneel personeel als dé oorzaak van de arbeidsschaarste beschouwen, stellen maatregelen voor om de kwaliteit, professionaliteit en aantrekkelijkheid van het beroep te vergroten. Dat dat een lange adem vergt, waaraan soms fikse kosten verbonden zijn, nemen zij op de koop toe. De werkgeverskoepels en vakbonden prefereren daarentegen het genoemde doelgroepen-beleid, het werven van goedkopere krachten en andere, kwantitatieve manieren om op korte termijn in de arbeidsmarkt te interveniëren. Dat daardoor verdringing van geschoolde arbeid kan optreden, beschouwen zij als een noodzakelijk kwaad. Hoewel tegen deze achtergrond soms verhitte debatten over de hoogte van het salaris van hulpen, verzorgenden en verpleegkundigen zijn gevoerd, wordt dit aspect van de factor arbeid meestal in verband gebracht met het imago van de zorgsector.

3.

IMAGO

‘Geachte minister. Toen ik 21 jaar geleden begon met deze baan, werd het gezien als vrijwilligerswerk met een vergoeding. Na al die jaren is mijn arbeidspositie een stuk verbeterd. Het wordt nu gezien als een beroep. We kunnen in het pensioenfonds en ook onze rechtspositie is een feit. Dus al met al ziet dat er een stuk beter uit. Bij de thuiszorg staan we wat salaris betreft onder aan de ladder. Ik verdien f 16,25 bruto per uur. Dat is voor de arbeid die ik lever eerder te weinig dan te veel, naar mijn bescheiden mening. En nu is dat opeens te duur!’¹

In januari 1996 roept de beroepsorganisatie voor de verzorging STING haar leden op brieven te schrijven naar overheid en politiek. Directe aanleiding daarvoor is de in de vorige hoofdstukken beschreven golf van ‘budgettaire herstructureringen’, CAO-ontduikingen door particuliere bureaus,¹ fusies en onrust, als gevolg waarvan reguliere thuiszorginstellingen in financiële problemen verkeren. Veel instellingen zien zich genoodzaakt ‘om in de arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden te gaan snijden’² – als zij al niet kiezen voor grootschalig ontslag. De verwachtingen van STING overtreffend, klimmen in 3/4 van alle thuiszorginstellingen helpenden en verzorgenden in de pen, vaak ‘vergezeld van een hele lijst handtekeningen, waarmee collega’s de inhoud van de brief ondersteunen. (...) Zij eisen hierin erkenning voor hun beroep, het behoud van een goede rechtspositie en garanties voor de kwaliteit van de zorg in de vorm van (bij)scholing en voldoende werkoverleg’.³ Dit hoofdstuk behandelt het imago van de thuiszorg. Nadat een aantal ongelijksoortige facetten hiervan voor het voetlicht is gebracht, toon ik aan hoe dit imago eerst en vooral als *beroepsimago* het thuiszorgdebat heeft gekleurd.

¹ Vanaf 1 januari 1995 hebben de gezinsverzorging en het kruiswerk één CAO, de CAO-thuiszorg. Op 26 juni 1997 is deze door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid algemeen verbindend verklaard. Per 1 januari 1999 is bovendien bepaald dat alle instellingen die de AWBZ uitvoeren het integrale pakket thuiszorg dienen te leveren. Waar sommige particuliere thuiszorgorganisaties geneigd waren enkel de ‘krenten uit de pap’ aan te bieden, moeten zij nu huishoudelijke hulp, verzorging én verpleging leveren.

Het betreft een veelal negatief beeld van een voor *werknemers* weinig motiverende beroepsinhoud en onaantrekkelijke beroepsvoorwaarden, al dan niet in de gedaante van salarisachterstand. In dat kader vertrouwt een van de protestschrijvers erop dat de minister ‘met het imago (...) zal voorkomen dat thuiszorginstellingen voortaan een vrijbrief hebben om van de ene op de andere dag vast personeel te degraderen tot uitzend- of oproepkracht’.⁴ Mits de bewindsvrouw tenminste wil verhinderen dat het thuiszorgberoep ‘een tweederangs baantje’⁵ wordt.

RONDDOLENDE BEELDEN

De thuiszorg wordt wel gekarakteriseerd als ‘stoffig’. Maar wát er moet worden afgestoft is niet evident. Het blijkt dat daarvoor een heterogene reeks beelden in aanmerking komt, waarvan ik de voornaamste hierna doorneem. Om te beginnen bestaat er een algemeen beeld van de thuiszorg als onprettige, verschaalde sector, zowel voor arbeidskrachten, als voor cliënten. Het is de bedroevende opeenstapeling en voortduring van wachtlijsten, kwaliteitsverschralingen, personeelstekorten, et cetera die onontkoombaar hebben getornd aan het beeld van de thuiszorg als goed functionerende sector:

- ‘Het imago neemt in populariteit af (...); dat heeft te maken met jarenlang geconfronteerd worden met wachtlijsten, met stopwatchzorg, met het verwerken van frustraties dat er geen tijd meer is’ (Oppositiefactie: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 20).
- ‘Ik denk daarbij (...) aan het imago van de sector. (...) Waren wij nu niet eindelijk gemotiveerd om met elkaar in substantiële zin iets te gaan doen aan verlaging van de werkdruk? Meer handen aan het bed en dat soort zaken! Waren wij niet gemotiveerd om met elkaar de trend van verschraling van kwaliteit – een tekortschieten in persoonlijke aandacht, begeleiding en dergelijke – om te buigen? Waren wij niet bezig om aan de wachtlijstenproblematiek te gaan werken? Vonden wij het allemaal niet nodig dat er weer een positief beeld ontstond’ (Oppositiefactie: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 18)?
- ‘Wachtlijsten zijn slecht voor de mensen die erop staan en voor het imago van de zorg’ (Coalitiefactie: handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4490).

Vervolgens heeft de thuiszorg in een betrekkelijk korte periode te maken gehad met een aantal ‘technische’, zij het veelomvattende maatregelen, die het beeld van de thuiszorg negatief hebben beïnvloed. Het betreft bijvoorbeeld de fusies

tussen de voormalige instellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging; de vereveningsoperatie sinds 1989;ⁱⁱ de introductie van enige marktwerking in het eerste compartiment, alsook de zogenoemde knip;ⁱⁱⁱ de implementatie van een nieuw systeem van eigen bijdragen per 1 januari 1997 (met vertragingen van de inning van deze eigen bijdragen tot gevolg);^{iv} de oprichting van de Regionale Indicatie Organen op diezelfde datum, et cetera⁶ – allemaal maatregelen die weliswaar niet per definitie slecht zijn, maar die door de verantwoordelijke bewindslieden niet altijd al te fijnzinnig zijn ingevoerd. De opvatting wordt in elk geval breed gedragen dat sommige van de veranderingen te overhaast en het totaal aan veranderingen te talrijk zijn geweest [cursief, sv]:

- ‘Kortom, het is een chaos. En die chaos dateert niet van gisteren. Alles overziende, moet je tot de conclusie komen dat dit kabinet er beter in slaagt problemen op te roepen dan op te lossen. Veel te vaak, bij de knip, de eigen bijdrage en de PGB, komt het voor dat *overhaaste maatregelen* worden doorgevoerd (...). Niet meer, maar minder handen is het resultaat’ (Oppositiefactie: handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4677).
- ‘Herhaaldelijk is de vraag gesteld of de zaak zodanig voorbereid was dat er sprake zou zijn van een *zorgvuldige en verantwoorde invoering*. (...) Nu blijkt dat er zowel ten aanzien van de invoering van de eigen bijdrage, als ten aanzien van de knip en op het punt van de contracteerplicht problemen bestaan’ (Coalitiefactie: handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4673).
- ‘Toch moet ook vastgesteld worden dat het *op elkaar gestapeld* worden van in feite een drietal operaties – de verevening, de afbouw van de budgetgaranties en de operatie schaalvergroting – in relatie tot het beschikbare budget te veel vergt van de sector’ (Coalitiefactie: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 4).

Daarnaast vallen er in de nationaal politieke discussie aspecten van het thuiszorgimago te ontwaren, die niet terug te voeren zijn op tastbare ongeregelheden – zoals de hierboven beschreven opeenstapeling van grijpbare, concrete problemen –, maar op *percepties over zorg* en verzorgenden, of preciezer: op de effecten die er van dergelijke percepties uitgaan. Het betreft als eerste de perceptie dat zorghandelingen ‘vrouwelijk’ zouden zijn. De zorg

ii Deze operatie heeft als doel om op basis van objectieve criteria het macrobudget voor de gezinsverzorging evenwichtig te verdelen over de verzorgingsgebieden van de diverse regionaal werkende thuiszorginstellingen.

iii Met de invoering van de knip werd een (klein) deel van het AWBZ-budget in handen gegeven van de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, althans voor zover het ziekenhuisgerelateerde thuiszorg betrof.

iv Het kan zelfs jaren duren voordat cliënten de rekening krijgen thuisbezorgd. Soms zelfs moeten nabestaanden geld op tafel leggen omdat de cliënt die de zorg heeft ontvangen al lang is overleden (*Brabants Dagblad*, 18-12-2002).

heeft een vrouwelijk imago, en op de een of andere manier wordt dit minder gewaardeerd dan wanneer het aan mannelijke eigenschappen en waarden zou worden gekoppeld:

- 'Juist de combinatie van zorgarbeid én vrouwenarbeid heeft het werk van helpenden en verzorgenden in de thuiszorg een lage maatschappelijke status bezorgd. De thuiszorg staat wat dit betreft op de onderste sport van de ladder van de gezondheidszorg' (Brochure STING, Betrokken bij Beleid, 1995, p. 11).
- 'Het traditionele 'vrouw'-beeld is van grote invloed op hoe er tegen verpleegkundigen en verzorgenden wordt aangekeken. Een gevolg hiervan is dat zorgtaken als behorend bij het vrouwzijn beschouwd worden. Persoonlijke eigenschappen worden daardoor als vanzelfsprekendheden gezien en niet als vaardigheden en competenties, zowel door anderen als door zichzelf' (LCVV, Beeldvorming Verpleging en Verzorging, februari 1999).
- 'Als je de schilder aan huis laat komen, kost dat je pak 'm beet f 60 en misschien wel f 75 per uur. Als de thuiszorg aan huis komt, staat er voor de thuiszorginstelling zo'n f 50 per uur voor. (...) [H]et geeft wel iets aan hoezeer wij maatschappelijke waardering hebben voor onze kozijnen en voor de zorg voor onze ouderen en andere mensen die zorg nodig hebben' (SP: handelingen TK 2000-2001, nr. 29, p. 2466).

Voor een gedeelte hebben vrouwen dit aan zichzelf te wijten. 'Natuurlijk weet ik ook wel dat vrouwen het zich hebben laten overkomen dat vooral mannen over hen en over hun werk beslissen',⁷ verzekert bijvoorbeeld een beleidsmedewerker van de beroepsorganisatie STING. Volgens STING beschouwt een deel van de helpenden en verzorgenden in de thuiszorg hun werk slechts als bijbaan of extraatje bij het gezinsinkomen. Niet opgegroeid met het vooruitzicht carrière te maken of economisch zelfstandig te zijn, zou deze groep primair geleerd hebben 'de belangen van anderen voorop te stellen en geen hoge ambities voor zichzelf te hebben'.⁸ Ingegeven door het vigerende 'idee dat het geleverde werk eenvoudig en betekenisloos is, (...) [zijn] sommige vrouwen hun eigen werk nauwelijks waardevol gaan vinden'.⁹

Maar ook de overheid kan moeilijk op een hoge waardering voor de 'vrouwelijke' thuiszorg worden betrapt. Tijdens een congres in 1993 schetsen STING en de Emancipatieraad althans het gebrek aan samenhang tussen het overheidsbeleid ten aanzien van de thuiszorg enerzijds en de emancipatie en arbeidsmarktpositie van vrouwen anderzijds. Onder de titel 'Hoe lang geven vrouwen en de politiek de thuiszorg nog?' zetten zij uiteen hoe de regering, die immers ten principale de professionele zorgverlening als aanvullend op

informele hulp beschouwt, de zorgarbeid van vrouwen in de huiselijke sfeer bevordert en die in het publieke, betaalde domein belemmert. Dit terwijl de overheid erkent dat de mantelzorg al zwaar is belast. ‘Vreemd genoeg’, aldus STING ‘trekt ze hieruit niet de conclusie dat de betaalde thuiszorg dus uitgebreid moet worden. Nee, zij steekt veel geld in onderzoeken, adviesaanvragen en projecten die antwoord moeten geven op de vraag hoe de knelpunten voor mantelzorg opgelost kunnen worden. Dit staat in schril contrast met het aantal onderzoeken en adviesaanvragen om knelpunten in de betaalde thuiszorg op te lossen’.¹⁰

Toch spelen percepties van vrouwelijkheid in het publieke debat geen prominente rol. Beroepsorganisatie STING houdt zich wat dit onderwerp betreft sinds 1995 gedeisd. Overige veldpartijen hebben er in rapporten, brieven, discussies, et cetera überhaupt nooit veel woorden aan vuil gemaakt. Politici besteden om precies te zijn in slechts één van de 121 onderzochte politieke bronnen aandacht aan de onvoordelige en onrechtvaardige positie waarin vrouwen zich in de informele en professionele zorg bevinden.^v Dat is wanneer staatssecretaris Simons zijn reactie geeft op het advies ‘Vrouwenmantel en mannetrouw in de thuiszorg’ van de Emancipatieraad:

- ‘Door jongens en mannen reeds op jonge leeftijd met het vanzelfsprekende karakter van zorgtaken te confronteren, hoop ik het beeld dat thans bij veel jongere mannen bestaat over verzorgende activiteiten te veranderen. Informele zorg dient in de toekomst de taak te zijn van mannen zowel als vrouwen’ (Kamerstuk TK 1993-1994, 23235, nr. 4, p. 6).
- ‘Het kabinet meent (...) dat het geven van extra aandacht aan (...) professionele thuiszorg, waarin voor het merendeel vrouwen werkzaam zijn, niet alleen het imago van de sector als geheel verbetert, maar ook de positie van de binnen deze sector werkzame vrouwen ten goede komt’ (Kamerstuk TK 1993-1994, 23235, nr. 4, p. 6).

Een ander aspect van het thuiszorgimago dat terug te voeren is op het effect van heersende percepties, is de autonome, zichzelf waarmakende werking van een eenmaal ontstaan negatief imago. Zo zouden potentiële arbeidskrachten wel eens af kunnen gaan zien van een baan in de zorg, waardoor het

v Illustratief voor de relatieve afwezigheid van expliciete aandacht voor de positie van vrouwen in de zorg is ook dat het (kennelijk) wetenschappelijke begrip *gender* in slechts één van de 123 onderzochte politieke bronnen voorkomt; namelijk wanneer door een van de parlementariërs in het Zorgnota-overleg 2001 terloops wordt verwezen naar een aanbeveling uit 1999 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz) voor méér genderdiversiteit in de sector (Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 24).

afschrikwekkende beeld van personeelstekorten in de zorg bewaarheid of verergerd wordt.

Om te achterhalen hoe het daadwerkelijk is gesteld met het beeld van de thuiszorg voeren respectievelijk STING en de LCVV^{vi} een enquête en literatuurstudie uit, beide vanuit het perspectief van de beroepsgroep.¹¹ Verder verricht de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM) 45 diepte-interviews, 3 paneldiscussies, 750 vragenlijsten onder medewerkers en 1.200 telefonische interviews onder zes externe publieksgroepen van de thuiszorg.¹² Dit onder aanmoediging van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT).

Terugkerende uitkomst van deze onderzoeken is dat ‘hét imago van de thuiszorg niet bestaat’.¹³ Bij elke publieksgroep leeft een ander imago, of dat nu het beeld van de media, patiënten, politici, managers, uitvoerende krachten of burgers met of zonder ervaring met de thuiszorg betreft. Bovendien worden niet alleen negatieve, maar ook positieve aspecten genoemd. Met name cliënten zijn over de ontvangen zorg tevreden. Burgers zonder ervaring in de thuiszorg, daarentegen, ‘vinden over het algemeen dat werken in de thuiszorg weinig status en aanzien heeft’.¹⁴ In de media, ten slotte, komen vrijwel alleen de werkdruk, salariëring, wachtlijsten en arbeidsomstandigheden aan bod. Opvallend is dat beroepsbeoefenaren en cliënten veel positiever oordelen over de thuiszorg dan ‘buitenstaanders’. Er bestaat een tegenstrijdigheid tussen het beeld van de thuiszorg van ‘binnenuit’ en dat van ‘buitenaf’, zoals onder meer blijkt uit het gegeven dat de LCVV, die graag meer de waarde van het vak zelf belicht zou zien, bovengenoemd mediabeeld beschouwt als ‘onvolledig, onjuist en ongewenst’.¹⁵ Meer in het algemeen weten cliënten en de beroepsgroep dat ‘verzorgen veel méér [is] dan huizen poetsen en mensen wassen en kleden’,¹⁶ terwijl buitenstaanders, die zelf weinig met professionele verzorging te maken hebben, meestal niet verder komen ‘dan het opsommen van praktische huishoudelijke en verzorgende werkzaamheden’.¹⁷ Met historisch bewustzijn merkt de beroepsgroep dan ook op dat het naoorlogse advies van de Commissie-Hornstra, waarin nadrukkelijk voor een onderscheid tussen het beroep van gezinsverzorgster en dat van dienstbode wordt gepleit, niet heeft beklijfd. Deze ter bestudering van het vraagstuk van de gezinsverzorging ingestelde commissie oordeelt immers dat het type dienstbode niet geschikt is voor dit werk, omdat daarvoor meer dan alleen technische vaardigheden zijn vereist. ‘Het huishoudelijk gedeelte gaat haar goed

vi Deze afkorting staat voor Landelijk Centrum Verpleegkundigen en Verzorgenden.

af. Doch het klare inzicht in de gezinsomstandigheden en het noodzakelijk overwicht verwerven zij bezwaarlijk'.¹⁸

Op een cruciaal vlak *lijkt* de verzorging echter steeds meer op een schoonmaakbedrijf. Hoewel verzorgenden aangeven hun vak als 'zinvol, leuk en veelzijdig'¹⁹ te waarderen, blijkt immers dat juist op datgene wat zij 'als essentie van hun beroep zien (het contact met de cliënt), de laatste jaren aanzienlijk is ingeleverd'.²⁰ Exemplarisch is de STING-enquête onder 405 beroepsbeoefenaren, waaruit duidelijk wordt dat 'de helft van mening is, dat zij niet de zorg kan geven, die zij nodig acht'.²¹ Het voornaamste kritiekpunt luidt dat taakgerichtheid in de loop der tijd het mensgerichte werken heeft overvleugeld, zoals onder meer manifest wordt tijdens het STING-congres 'Een beeld van een beroep' (19-11-1998):

- 'Je houdt je regenpak maar aan bij het steunkousen aantrekken, je hebt er 5 minuten voor.'
- 'Je hebt zo weinig tijd dat je maar om de cliënt heenzuigt.'
- 'Meer banen moeten niet zo ingevuld worden, dat Melkert-mensen de leuke dingen uit ons werk doen.'

De minister, een van de deelnemers aan het congres, waarschuwt echter voor het effect van weeklaag. Om strategische redenen wijst zij er samen met de staatssecretaris meermaals op dat 'wij af moeten van het roepen hoe slecht het in de zorg is'.²² De zorgsector *is* in de optiek van de bewindslieden een aantrekkelijke sector om te werken – 'omdat heel veel mensen in hun werk iets willen betekenen voor anderen'²³ – en verhalen die het omgekeerde uitstralen zouden wellicht niet alleen dit beeld bederven, maar ook de wil van bijvoorbeeld middelbare scholieren of herintreders om in de zorgsector te gaan werken. Het omgekeerde, roepen hoe mooi een beroep in de zorg is, kan volgens hen daarentegen een stimulerende uitwerking hebben op potentiële arbeidskrachten. Dat is dan ook wat zij, al dan niet tegen beter weten in, maar in ieder geval met het beoogde effect in het achterhoofd, in toenemende mate doen:

- 'Men moet uitstralen dat dit een leuke sector is om in te werken: het is bevredigend werk, je werkt met mensen en het kan heel afwisselend zijn. (...) Ook hebben wij [= minister en staatssecretaris, sv], eigenlijk aan alle 800.000 mensen die in de zorgsector werken, de boodschap afgegeven dat op verjaarspartijtjes en dat soort gelegenheden voortdurend moet worden uitgelegd hoe bevredigend het werk in de zorgsector is en dat men niet allemaal met afhan-

gende schouders en gebogen hoofd door het leven moet gaan en daarmee uitstralen dat het werken in de zorg zo moeilijk is. Nee, je kunt alleen maar nieuwe collega's krijgen als je zelf laat zien dat je er ook plezier in hebt' (Handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 844).

- 'Er moet over het voetlicht worden gebracht dat het belangrijk werk is en dat mensen er plezier aan kunnen beleven. Alleen op die manier kunnen potentiële arbeidskrachten over de streep worden getrokken' (Kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nr. 60, p. 9).
- 'Neem bijvoorbeeld de politie. Daar is uitzendbureau Randstad ingeschakeld om versneld mensen te kunnen werven. Ondanks alle inspanningen laten de resultaten van die extra inzet nadrukkelijk te wensen over. Volgens Randstad komt dit niet zozeer door de arbeidsvoorwaarden als zodanig, want die zijn heel behoorlijk. Wat de politie veel meer parten speelt, is het slechte imago. Hetzelfde probleem speelt ook in de zorgsector. Het is dringend gewenst dat de beeldvorming in positieve zin wordt bijgesteld' (Handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 837).

Gezien het voorgaande stemt het niet tot verbazing dat partijen het belang inzien van het investeren in 'beelden'. Zorgverzekeraars Nederland reikt jaarlijks zelfs 25.000 gulden uit aan 'de persoon, instelling of organisatie die de gezondheidszorg in Nederland op een uitzonderlijk positieve wijze in het nieuws heeft gebracht'.²⁴ Om de impopulariteit van de (thuis)zorgsector aan te pakken, bundelen overheid en sociale partners begin jaren negentig de krachten in publieks-, arbeidsmarkt- en beeldvormingscampagnes. In het voorjaar van 1999 gebeurt dat met de grootscheepse imagocampagne 'Zorg, het echte werk' wederom. 'In februari 1999 is er een interactieve beroepenwebsite geopend; voor de zomer zijn activiteiten gericht op zittende medewerkers van start gegaan en eind 1999 is de massamediale benadering van doelgroepen en het algemene publiek gestart'.²⁵ Hoewel de minister beweert dat de landelijke beeldvormingscampagne de zorg wil 'positioneren als aantrekkelijk om te komen én blijven werken, door een positief-realistisch beeld te scheppen',²⁶ is niet iedereen hiermee even content.^{vii}

Zo is NU'91, beroepsorganisatie van de verpleging, teleurgesteld over het eindresultaat. Ofschoon de beroepsorganisatie deelnam aan de voorbereidingen van de imagocampagne, is zij van mening dat verpleegkundigen zich niet herkennen in het beeld dat van hun beroep gegeven wordt. Het zou aan een

vii Hetzelfde geldt voor de imagocampagne 'De thuiszorg. Van huis uit beter' in 2003, waarin onder andere wordt benadrukt hoe aangenaam het is om zorg te krijgen in de eigen, vertrouwde omgeving.

reële weergave van de inhoud van het beroep ontbreken, zoals blijkt uit campagneslogans als *Mijn zus dealt met preferente aandelen, ik deal met buien van mevrouw De Boer* of *Mijn vriend hoopt dat hij zijn target haalt, ik hoop dat mijnheer Bos de ochtend haalt*. ‘Werkdruk, hoog ziekteverzuim en lage salariëring maken deel uit van dat reële beeld, evenals de professionaliteit en de meerwaarde van het beroep dat zich uit in het intensieve contact met de patiënt’.²⁷ ‘Het is jammer dat het echte werk niet zichtbaar is gemaakt’²⁸ – aldus NU’91, wiens voorzitter in een interview cynisch verklaart dat zij de eerste keer dat ze die spotjes zag niet doorhad ‘dat het over zorg ging’.²⁹ De Socialistische Partij gaat een stap verder. Volgens haar is de imagocampagne ‘volstrekt mislukt’³⁰ en de belangstelling om in de zorg te gaan werken eerder af- dan toegenomen. ‘Investeren in personeel is de enige juiste campagne’,³¹ aldus de SP, die niet principieel tegen een beeldvormingscampagne ageert, maar meent dat eerst de werkelijkheid verbeterd moet worden. ‘Anders ontstaat er een vertekend beeld voor de mensen die opgeroepen en gestimuleerd worden om in de zorg te gaan werken’.³² Los daarvan vraagt de SP zich af of de campagne ‘niet te algemeen en te populistisch is’.³³ Staatssecretaris en minister verdedigen zich tegen dergelijke kritiek steeds door te stellen dat een campagne *alleen* inderdaad onvoldoende is om veranderingen tot stand te brengen. ‘Die moet geflankeerd worden door arbeidsmarktbeleid’.³⁴ Het gaat er volgens de bewindslieden dus om dat concrete, structurele en financiële maatregelen gecombineerd worden met de, bijvoorbeeld via tv- en radiospotjes, uitgedragen boodschap dat het zorgberoep in zichzelf aantrekkelijke en bevredigende kanten heeft.

BEROEPSIMAGO

Zoals reeds aan het begin van dit hoofdstuk opgemerkt, betreffen verwijzingen naar het imago van de zorg meestal het *beroepsimago*. Naar schatting is dat in 70 procent van de situaties het geval.^{viii} Het imagoprobleem is daarmee nauw gerelateerd aan knelpunten met betrekking tot de factor arbeid, in het bijzonder de beroepsinhoud en arbeidsvoorwaarden. Beroepsinhoud en -voorwaarden raken immers direct aan de aantrekkelijkheid van de sector en het welbevinden van degenen die erin werken, en daarmee aan het imago van het beroep. Een veelgehoorde opmerking luidt dat

viii Zeventig procent van de als ‘imagoprobleem’ gecodeerde tekstfragmenten gaat over knelpunten met betrekking tot beroepsvoorwaarden en -inhoud.

‘de beste bijdrage tot imagoverbetering ligt in het daadwerkelijk aantrekkelijker maken van het beroep’.³⁵

- ‘AbvaKabo FNV bepleit (...) een structureel stevig beleid, dat gericht is op goede arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden. Hierdoor zal de thuiszorg met zijn slechte imago voor werknemers, aantrekkelijker worden’ (Nieuwsbrief 10-12-1999, p. 5).
- ‘Werkneemsters in de gezinsverzorging/thuiszorg hebben er genoeg van, dat hun werk niet als een volwaardig beroep en volwaardige arbeid wordt behandeld. (...) Zij eisen volwaardige arbeidsomstandigheden en een behoorlijke betaling’ (Persbericht STING, 10-03-1992).
- ‘Om verpleegkundigen en verplegenden zo lang mogelijk voor het vak te behouden, moet er (...) iets gedaan worden aan de primaire problematiek van het imago van de gezondheidszorg’ (Protestmanifestatie NU’91, 23-04-1998).

BEROEPSINHOUW

Met betrekking tot de beroepsinhoud zijn er van regeringswege twee momenten geweest die in een overzicht niet mogen ontbreken. Het eerste moment start in oktober 1990 wanneer de regering de Commissie Positiebepaling Beroep van Verplegende en Verzorgende instelt.³⁶ Dit naar aanleiding van de in hoofdstuk 2 beschreven landelijke protestacties in 1989 en 1990, die, volgens sommigen, op zichzelf het imago van de zorg hebben geschaad.^{ix} Deze commissie, ook wel als de Commissie-Werner aangeduid, benadert onomwonden het vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep ‘vanuit de invalshoek van de beroepsinhoud en de randvoorwaarden die daarop van invloed zijn’.³⁷ Zij doet ter verbetering daarvan in juni 1991 een aantal aanbevelingen op het vlak van de positie van de beroepsorganisaties, de opleidingen, de arbeidsmarkt en arbeidsomstandigheden. De regering volgt dit naar eigen zeggen op hoofdlijnen op. Maar de verschillende beroepsgroepen vinden het regeringsstandpunt ‘teleurstellend’³⁸ en ‘ontoereikend’.³⁹ Een van de voorstellen betreft de positionering van de beroepsgroepen. De belangenbehartiging van de verplegende en verzorgende beroepen is immers sterk verbrokken en de beroepsgroepen zijn onvoldoende georganiseerd. Er

ix Met enige regelmaat verwijzen CAO-partijen ernaar of dreigen ermee, zoals tijdens de stroef lopende onderhandelingen van 1992: ‘een herhaling van deze situatie lijkt ons bijzonder onverstandig en ronduit schadelijk voor de zorgsector. Het zal u bekend zijn dat het imago (...) een forse deuk heeft opgelopen’ (Brief CFO en NU’91 aan betrokken bewindslieden, 26-02-1992, p. 1).

bestaat zelfs het beeld van elkaar beconcurrerende organisaties, terwijl juist een bundeling van krachten nodig is. Aangezien versterking van de positionering volgens de commissie noodzakelijk is om beleidsontwikkelingen vanuit beroepsinhoudelijk perspectief te beïnvloeden, wordt medio 1993 de LCVV opgericht: de overheid stelt jaarlijks een budget van vijf miljoen gulden ofwel 2,3 miljoen euro beschikbaar. Hoewel dat volgens de nauw met de LCVV verbonden Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden (AVVV) 'positief'⁴⁰ is, raamt zij dat tegelijkertijd als 'bij lange na niet toereikend'.⁴¹ Beroepsorganisatie voor de verzorging STING, die sip te berde brengt dat de Commissie-Werner enkel de problematiek in de verpleging heeft geanalyseerd, neemt een vergelijkbare positie in.⁴²

Een domein van beroepsinhoudelijk belang waar wél veranderingen zijn doorgevoerd is dat van de functieomschrijvingen. Omdat er volgens de commissie en het kabinet onvoldoende samenhang en afstemming in het stelsel van opleidingen bestaat, plus het feit dat de aansluiting tussen onderwijs en beroepspraktijk voor verbetering vatbaar is, stellen zij de zogeheten functie-differentiatie voor, hetgeen een aantal jaren later wordt ingevoerd. Dat betekent dat het werkveld aan functieniveaus verbonden omschrijvingen hanteert, waaruit nauwkeurig blijkt wat het aan deskundigheid van de verschillende beroepsbeoefenaren verwacht. De opleidingen stemmen daar vervolgens hun onderwijsaanbod op af. Volgens NU'91, die daar 'verre van enthousiast'⁴³ op reageert, lost het differentiëren van functies wellicht de algemene arbeidsmarktproblematiek op, maar zeker niet de specifieke problematiek waarmee de verpleging en verzorging worstelt. De regering zou de functiedifferentiatie immers introduceren om op de lagere niveaus 'mooi de moeilijk plaatsbare werknemers'⁴⁴ in te zetten, terwijl er juist behoefte bestaat aan meer geschoold en kwalitatief hoogwaardig personeel. 'Het beeld dat iedereen kan verplegen, is schadelijk voor de beroepsgroep en draagt bij aan het slechte imago', oordeelt NU'91. Meer in het algemeen terugkijkend op tien jaar 'Werner', constateert de overkoepelende beroepsorganisatie AVVV dat 'met een groot deel van de (...) aanbevelingen tot op heden weinig [is] gebeurd'.⁴⁵ Het tweede moment waarop de politiek de beroepsinhoud naar voren schuift als interventiemiddel om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken start in juni 1995, wanneer het rapport 'Zorg voor Zorg' van de Commissie-Ermen verschijnt.⁴⁶ Het rapport bevat achttien aanbevelingen, die sterk doen denken aan de adviezen van de Commissie-Werner uit 1991, behalve dan dat die van 'Werner' hoofdzakelijk betrekking hebben op de verpleging en die van 'Ermen' op de verzorging:

- 'Om voor verzorgenden een betere positie te bereiken, zal de beroepsgroep zichzelf beter moeten organiseren. Alleen op die manier kunnen wensen en noden op alle niveaus met gezag ingebracht worden' (Commissie-Ermen, *Zorg voor Zorg*. Utrecht, LCVV, 1995, p. 9: Con-tekst).
- 'De commissie is van mening dat (...) in de kwaliteit van de verzorging geïnvesteerd [zal] moeten worden; met arbeidsplaatsen, met opleidingen, met veranderingen in de werkhoud en met het werken aan een positieve beeldvorming' (Commissie-Ermen, *Zorg voor Zorg*. Utrecht, LCVV, 1995, p. 4: Con-tekst).
- 'Verzorgenden moeten de gelegenheid krijgen en nemen om zeggenschap te hebben over de inhoud van hun werk' (Commissie-Ermen, *Zorg voor Zorg*. Utrecht, LCVV, 1995, p. 8: Con-tekst).

De meest basale conclusie van de commissie luidt dat het werk van helpenden en verzorgenden 'een beroep is, dat niet op één lijn gezet kan worden met bijvoorbeeld de zorg door familie of vrienden',⁴⁷ hetgeen onder meer impliceert dat de laagste functies in de gezinsverzorging/thuiszorg 'een bescheiden doch noodzakelijke opleiding [dienen] te ontvangen'.⁴⁸ Hoewel dit oordeel voor de beroepsorganisatie voor de verzorging STING natuurlijk slechts een bevestiging is van datgene waarvoor zij al jaren strijden, gaat het erin als gesneden koek. Dit vooral omdat de overheid in navolging hiervan voor het eerst toegeeft dat er sprake is van een achterstandssituatie van de verzorgenden en erkent dat er een principieel onderscheid tussen professionals en de mantelzorg bestaat. Onder de gelijktijdige vaststelling 'dat verzorging een ander beroep is dan verplegen en vanuit die benadering ook een daarbij behorende positionele en financiële erkenning verdient',⁴⁹ benadrukken de overheid en commissie dat de positie en het imago van de verzorging structureel moeten worden verbeterd.

SALARIS

Naast de beroepsinhoud kent het beroepsimago zoals reeds aangegeven een tweede aspect, de beroepsvoorwaarden. 'Zowel de primaire als de secundaire arbeidsvoorwaarden'⁵⁰ beïnvloeden het beroepsimago, aangezien ze beide bijdragen aan het (on)aantrekkelijk maken van de werkomstandigheden. Wat betreft de primaire arbeidsvoorwaarden, het salaris, worstelt de politiek met een aantal kwesties. Zijn de inkomens in de zorg onrechtvaardig laag, zoals vaak wordt beweerd? Zijn deze daadwerkelijk lager dan de lonen in de marktsector? En los daarvan: hoe belangrijk vinden werknemers in de thuiszorg hun salaris eigenlijk? De antwoorden op dergelijke vragen verschil-

len, hetgeen voor een niet onbelangrijk deel te maken heeft met politieke kleur. De Socialistische Partij is duidelijk het meest somber; de VVD en PvdA, die sinds 1987 vrijwel continu in de regering hebben gezeten, vinden de hoogte van de salarissen minder onacceptabel:

- ‘Met betrekking tot de salarissen zou ik willen spreken over drie o’s. Ik vind de hoogte van de salarissen van verplegenden en verzorgenden onrechtvaardig. Ik vind die ook onacceptabel, gezien de risico’s die deze lage salarissen met zich brengen in de huidige arbeidsmarktsituatie. Maar bovenal vind ik het een onderwaardering voor al die mensen die dag in dag uit zorg verlenen in ons land’ (SP: handelingen TK 1999-2000, nr. 15, p. 1063).
- ‘Ikraag mevrouw Kant [van de SP, SV] uit om hier te zeggen dat alle salarissen in de zorg (...) zo verschrikkelijk slecht zijn’ (PvdA: handelingen TK 1999-2000, nr. 14, p. 933).
- ‘Wij krijgen keurige rapporten (...) waaruit blijkt dat niet overal in de zorg de salarissen slecht zijn. Sterker nog, op sommige terreinen zijn de totale arbeidsvoorwaarden (...) zeer concurrerend. Op een aantal plaatsen zijn zij duidelijk niet concurrerend. (...) Maar dat is iets anders dan heel makkelijk roepen: als wij maar overal geld bijdoen, komen er opeens mensen uit de boom vallen. (...) Wij moeten dat dus echt veel slimmer doen’ (VVD: kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 34).

Op grond van lange termijnonderzoek moet, tegen het gangbare (media)beeld in, worden vastgesteld dat de stijging van de salarissen in de totale zorg- en welzijnsector nagenoeg even groot is als die in de marktsector. In het tijdvak 1990-2002 zijn de contractlonen in de zorg- en welzijnsector enerzijds en die in de marktsector anderzijds immers met respectievelijk 38,6 en 37,2 procent gestegen. Dit komt overeen met een groei van 3,0 en 2,9 procent per jaar.^x Na opsplitsing van dit tijdvak in de BAZ-, Paars I- en CAZ-periode springt echter wonderwel het ongelijksoortige verloop hiervan in het oog:^{xi} in de BAZ- en CAZ-periode overtreft de salarisgroei van de zorg- en welzijnsector die van de markt, terwijl gedurende de tussenperiode van Paars I het omgekeerde het geval is (zie figuur 3.1).^{xii}

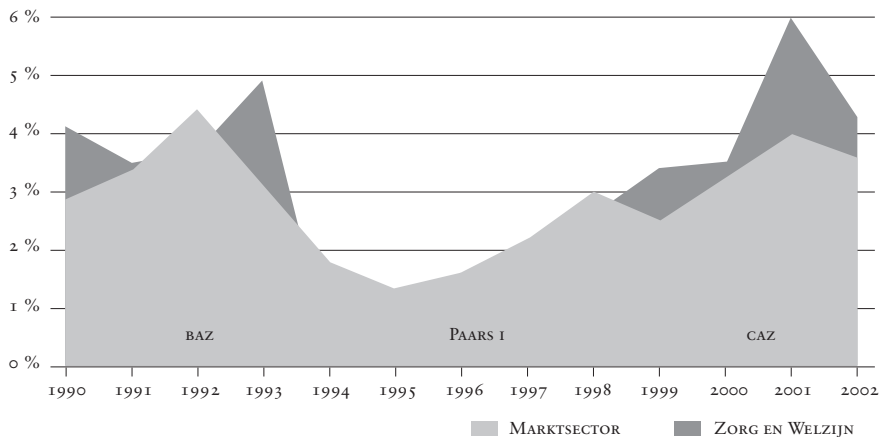
x Zo goed als hetzelfde geldt voor de niet zonder meer met deze contractlonen overeenstemmende, *feitelijk* betaalde lonen in die periode (Van der Windt e.a., 2002, p. 69). Nota bene: met het begrip ‘contractloonstijging’ bedoel ik de vermeerdering van het looninkomen per werknemer als direct gevolg van de afgesloten CAO.

xi Voor een toelichting bij de BAZ- en CAZ-periode, waarin de arbeidsmarkt van (thuis)zorg structureel, meerjarig en veldbreed is aangepakt, verwijs ik naar het vorige hoofdstuk.

xii Enige uitzondering hierop is het jaar 1992. Dan ligt de contractloonmutatie in de marktsector 0,7 procent hoger dan die in de sector zorg en welzijn (4,4 procent tegenover 3,7 procent).

FIGUUR 3.1

CONTRACTLOONONTWIKKELING IN DE MARKTSECTOR (VOORGROND) EN DE SECTOR ZORG EN WELZIJN (ACHTERGROND), 1990-2002



Bronnen: 1990: kamerstuk TK 1991-1992, 22300 XVI, nr. 113, p. 35: Con-tekst; 1991-1994: kamerstuk TK 1994-1995, 24171, nrs. 1-2, p. 30: Con-tekst; 1995-2000: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *De arbeidsmarkt in de collectieve sector. Investeren in mensen en kwaliteit: bijlagen*. Den Haag, BZK, 2001, p. 33: Con-tekst; 2001-2002: kamerstuk TK vergaderjaar 2002-2003, 28602, nrs. 1-2, p. 52: Con-tekst.

Hoewel lange termijnonderzoek naar de ontwikkeling van salarissen in de thuiszorg niet beschikbaar is, valt op grond van de dataverzameling te concluderen dat er zich in de thuiszorg een soortgelijke tendens voordoet. Over de totale periode beschouwd wijkt de gemiddelde salarisgroei in de thuiszorg weinig af van die in overige sectoren. En in drieën opgesplitst stijgen de lonen in de thuiszorg vergeleken met die in de marktsector relatief veel in de periodes 1991-1993 (BAZ) en 1999-2002 (CAZ), namelijk met respectievelijk gemiddeld 3,9 en 4,0 procent, terwijl tijdens Paars I slechts een gemiddelde salarisstijging van 1 procent wordt gehaald.⁵¹ Dit laatste vanwege achtereenvolgens een nullijn in 1994 en 1995^{xiii} en een zwaarbevochten loonsverhoging van 2 procent in 1996 en 1997.

Wat betreft de gezinszorg is niettemin onbetwist sprake van een *nominale* salarisachterstand, zeker van 1985 tot en met 1996. Uit functiewaarderingsonderzoeken in 1985 en 1990 komt aan het licht dat ongediplomeerd helpenden in de gezinszorg per maand f 500 bruto minder verdienen dan werk-

xiii Met als tegenprestatie van de overheid het intrekken van eerder aangekondigde bezuinigingen.

nemers in identieke functies in de bejaardenzorg.⁵² Meer systematisch blijkt dat werknemers in verschillende functies in de gezinsverzorging ‘een salarisachterstand hebben variërend van 9 tot 21 procent op werknemers in gelijkwaardige functies in aanverwante werksoorten’.⁵³ Aangezien dat neerkomt op een tekort van *f* 250 miljoen,⁵⁴ terwijl uit de BAZ-geldpot ‘slechts’ *f* 50 miljoen voor salarisverbetering wordt vrijgemaakt,⁵⁵ gaat aanvankelijk een welkome maar ontoereikende inhaalslag van start. Uiteindelijk worden tijdens de CAO-onderhandelingen van 1996 ‘de laatste delen van de uitkomsten van het functiewaarderingsonderzoek uit 1990’⁵⁶ ingevoerd.

Of dit afdoende is gebeurd, hangt mede af van de manier waarop het functiewaarderingsonderzoek *zelf* wordt gewaardeerd. De overheid, werkgevers, CFO-CNV en AbvaKabo zijn weliswaar tevreden met de aantoonbaar bereikte salarisverbeteringen, maar bij de beroepsinhoudelijk georiënteerde organisaties heerst wrevel over de gehanteerde meetmethode. Die zou te veel door technische vaardigheden en te weinig door de zogenaamde onzichtbare zorg worden bepaald. ‘Blijkbaar beschouwen de onderzoekers onze zorgtaak als een natuurlijke aanleg en niet als een beroepsvaardigheid’, betoogt een medewerkster van STING. ‘Ik vind het wél tot de beroepsvaardigheden horen als je bijvoorbeeld goed kunt luisteren naar cliënten en als je kunt omgaan met klagende ouderen. (...) Het moet hoe dan ook meetellen bij de waardering van de functie en dus ook tot uitdrukking komen in het salaris’.⁵⁷ De organisatie NU’91 is dezelfde mening toegedaan. Tijdens het CAO-overleg in 1992 is verandering van het functiewaarderingsstelsel haar ‘belangrijkste eis’.⁵⁸ Maar ook bij latere onderhandelingen stelt NU’91 ‘dit probleem nadrukkelijk aan de orde’.⁵⁹

- ‘Dit onderzoek deugt niet. (...) Het belangrijkste kritiekpunt betreft de waardering – of beter, het ontbreken daarvan – voor het *zorgen*’ (STING in Maandblad voor Gezinsverzorging, juli/augustus 1991, p. 18).
- ‘Deze functiewaardering stamt uit de industrie. Het hele psychosociale aspect is over het hoofd gezien. Maar cliënten zijn toch geen gloeilampen!’ (Verslag actiedag STING, 29-03-1994, p. 18).
- ‘Niet de vaardigheden om te kunnen “zorgen” worden er in meegewogen. Juist hierdoor blijft de onderwaardering van het beroep in stand’ (Ledenblad NU’91, april 1992, p. 3).

Samengevat geldt dat de inkomensontwikkeling in de thuiszorg in het afgelopen decennium marktconform is geweest, maar dat het absolute inkomensniveau vergeleken met overeenstemmende functies in aanverwante werk-

soorten tussen 1985 en 1996 op achterstand heeft gestaan. Volgens de beroepsinhoudelijke organisaties doet het dat nog steeds. Op basis van een kritische beschouwing van de bij de vigerende functiewaarderingsmetingen onderliggende principes, eisen zij erkenning van het gegeven dat de salarisachterstand in de thuiszorg in werkelijkheid groter is dan tot nu toe aange-toond. Desalniettemin wordt veldbreed de opvatting gedragen dat het salaris noch de enige noch de belangrijkste reden is voor mensen om in de zorg te willen (blijven) werken. De beroepsinhoud en secundaire arbeidsvoorwaarden zouden belangrijkere drijfveren zijn:

- ‘Natuurlijk is de motivatie van het beroep de belangrijkste drijfveer voor mensen, maar het salaris speelt wel degelijk mee’ (Oppositiefractie: handelingen TK 1999-2000, nr. 15, p. 1064).
- ‘Er klagen aanzienlijk meer verpleegkundigen over onvoldoende kinderopvang, te weinig vervoersfaciliteiten, te hoge werkdruk, en onvoldoende mogelijkheden om in deeltijd te werken, dan over het salaris. Dat laatste doet slechts 19 procent’ (Coalitiefractie: handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 111).
- ‘[Er] worden op tal van terreinen acties ontplooid om de relatieve arbeidsmarktpositie van de vws-beleidsvelden te verbeteren. Daarbij is de aandacht gericht op de grootste knelpunten. Het salarisoniveau kan niet worden gekwalificeerd als zo’n groot knelpunt. (...) Ook de secundaire en tertiaire arbeidsvoorwaarden tellen (...) mee. (...) De inhoud van het werk speelt ook een grote rol bij de beoordeling van de aantrekkelijkheid ervan’ (Minister: kamerstuk TK 1998-1999, 26204, nr. 4, p. 101).

SECUNDAIRE ARBEIDSVOORWAARDEN

Verlofregelingen, kinderopvangmogelijkheden, loopbaanperspectieven, flexibele werktijden, ontplooiingsmogelijkheden, scholingstrajecten en tal van andere maatregelen die werknemers motiveren of hun gezondheid en veiligheid ten goede komen, vallen onder de secundaire beroepsvoorwaarden. Daarmee beïnvloeden ze – veelal in de CAO vastgelegd – de aantrekkelijkheid en het imago van het werk:^{xiv}

xiv Tevergeefs hebben de werkgeverskoepels een aantal keer de macht van de vakbonden en het CAO-instrument proberen in te perken. Wat hen betreft zouden afspraken over allerlei secundaire arbeidsvoorwaarden beter buiten de CAO om met de ondernemingsraad kunnen worden gemaakt.

- ‘De beste imagocampagne voor de verpleging is een goede CAO!’ (Ledenblad NU’91, juni 1998, p. 23).
- ‘Voorzitter! Ik vind het van groot belang, dat het imago van de zorgberoepen in deze sector verbeterd wordt. (...) Daarbij gaat het (...) om voldoende eigen beslissingsruimte in het werkproces. Het gaat om bijscholing, om werkoverleg en om voldoende kinderopvang. Kortom, alles wat werkt om de aantrekkelijkheid van het werk te vergroten’ (VVD: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 10).
- ‘[Er zal] meer geld moeten komen voor het aantrekkelijker maken van de beroepsuitoefening (...). De AVVV pleit daarom voor meer ontplooiingsmogelijkheden, gerichte bij- en nascholingstrajecten (...) en vergroting van de eigen regelcapaciteit’ (Persbericht, 12-09-2000).
- ‘U bent ook verantwoordelijk voor een fatsoenlijke CAO, zodat het imago van de sector weer wat beter wordt en meer mensen zich aangesproken voelen om daar te gaan werken’ (SP: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 11).
- ‘Naast extra scholing zijn tijd voor werkoverleg en reflectie op de beroepsuitoefening, alsmede meer tijd om de zorg voor de cliënt goed uit te kunnen voeren, hard nodig om het werk aantrekkelijker te maken’ (Persbericht STING, 22-05-1997).

Heikele kwestie daarbij is de mate en wijze van verantwoordelijkheid van de nationale politiek. Formeel zijn immers regering noch kamer in de CAO-onderhandelingen partij.^{xv} Maar paradoxaal genoeg heeft het kabinet wél invloed op de financiële ruimte waarbinnen sociale partners (vervolgens) met elkaar over de CAO kunnen onderhandelen. Bovendien zijn de afgesloten CAO’s direct van invloed op de hoeveelheid geld die instellingen nog over hebben voor bijvoorbeeld wachtlijst- of werkdrukbestrijding, wat impliceert dat de CAO-besprekingen indirect gerelateerd zijn aan zaken waarvoor de overheid eindverantwoordelijkheid draagt en waarop zij toezicht moet houden. Gemakkelijk is in te zien dat loonsverhogingen – bij gelijkblijvende budgetten voor instellingen – afgewenteld zullen worden op werknemers (verhoging van de werkdruk) of cliënten (vergroting van de wachtlijst); dat een dergelijk CAO-resultaat dus van invloed is op de toegankelijkheid van zorg en daarmee op de verantwoordelijkheid van het kabinet. Treffend komt dit tot uitdrukking in een algemeen overleg over de CAO-zorgsector op 28 april 1998, waarin door de verschillende politieke partijen – teruggedroepen van

xv En hebben zij geen rechtstreekse instrumenten om naleving van de CAO af te dwingen; daarvoor moeten werknemers naar de kantonrechter stappen.

verkiezingsreces – wordt gepleit voor het afsluiten van een marktconforme CAO, maar waar onenigheid bestaat over de rol die de politiek kan en mag spelen in het doorbreken van de patstelling die hierover tussen werknemers, werkgevers en overheid is ontstaan:

- ‘[I]edereen roept (...) dat het marktconform moet. (...) Ik begrijp buitengewoon goed dat werkgeversorganisaties dat met een buitengewoon mager bod van het kabinet niet kunnen financieren. (...) Dat moet uit de lengte of uit de breedte. De lengte zou moeten zijn het bod van het kabinet. Dat kan dus niet. De breedte wordt dan de kwestie van óf je financiert het door een verhoging van de werkdruk óf door minder zorg te verlenen en daarmee de wachtlijsten te laten oplopen. En dat is nu precies wat ik onaanvaardbaar vind’ (GroenLinks: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 15).
- ‘De Kamer zit niet aan de onderhandelingstafel maar zij dreigt daar wel te komen. (...) Er spelen (...) meerdere problemen tegelijk (...) met onderlinge raakvlakken, terwijl nu primair de CAO aan de orde is. (...) Het lijkt erop, dat men tegelijkertijd in die discussie over die marktconforme CAO de andere problemen van werkdruk en wachtlijsten wil oplossen’ (PvdA: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 3-4).
- ‘Wij hebben jaren geleden gekozen voor een verandering in de manier waarop in de gezondheidszorg werkgevers en bonden met elkaar zouden omgaan. De werkgevers wilden meer ruimte (...). Er is wel sprake van een patstelling, maar het is niet aan ons om dat hier op te lossen. Ik vind dat iedereen zijn verantwoordelijkheid moet nemen’ (D66: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 11).
- ‘De Kamer behoort niet mee te onderhandelen. Nee, dat is zo. (...) Maar werkloos toezien kan ook niet (...). De Kamer is dus geen onderhandelaar maar moet als controleur en als medewetgever (...) en soms initiator wel een signaal kunnen afgeven. Zij moet ook zaken kunnen doen’ (CDA: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 6-7).
- ‘[I]k ben van mening, dat dit overleg eigenlijk niet had moeten plaatsvinden. De Kamer is op dit moment niet aan zet, omdat werkgevers en werknemers dat nu op de eerste plaats zijn’ (VVD: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 8).
- ‘De werkgevers zien natuurlijk heel goed, dat zij het hete stokje krijgen doorgegeven van het kabinet, (...) terwijl zij niet het laatste woord hebben over het budget’ (SP: kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6, p. 19).

De arbeidsvoorwaarden in de thuiszorg wringen, volgens sommigen, nog op een andere plek: bij de rechtspositie van alfhulpverleners, parttimers die – niet in

dienst van een thuiszorginstelling – een contract hebben van maximaal 12 uur per week. Het betreft een vorm van hulpverlening die in 1977 landelijk werd ingevoerd, met name vanwege de mindere kosten. Dat de alfahulpverlening goedkoper is dan de traditionele hulpverlening komt door het verschil in rechtspositie, wat weer voortvloeit uit het gegeven dat alfahulpen maximaal 12 uur per week mogen werken: alfahulpen verdienen een minimumloon, hebben geen recht op scholing en begeleiding, geen pensioenopbouw en minder sociale zekerheid.^{xvi} In 1999, het jaar dat er de meeste alfahulpen waren, maakten zij 41 procent uit van het aantal werkzame personen in de thuiszorg (Van der Windt e.a., 2003).

Verschuillende partijen hebben zich sterk gemaakt voor een betere rechtspositie van de alfahulpen.^{xvii} Zo bepleitte de PvdA een betere inbedding van de alfahulpverlening ‘in het reguliere arbeidsproces met de bijpassende sociale zekerheden’.⁶⁰ Niet in de laatste plaats hebben de vakbeweging en de beroepsgroepen altijd tegen de marginale rechtspositie van de alfahulpen geageerd:

- ‘De positie van alphahulpen in de thuiszorg is de vakbeweging al sinds jaren een doorn in het oog. Er is sprake van een oneigenlijke constructie, geïntroduceerd als bezuinigingsmiddel. De constructie heeft een versturend effect op de arbeidsmarkt en doet de alphahulpen tekort’ (Beleidsplan AbvaKabo FNV, oktober 1999, p. 1).
- ‘Overheid, werkgevers en financiers vinden het kennelijk nog steeds fatsoenlijk (...) dat 30.000 (...) alphahelpsters zorg verlenen zonder dat ze ontslagbescherming hebben, sociaal verzekerd zijn en begeleiding krijgen’ (Verslag oprichtingssymposium STING, mei 1992, p. 16).

Daadwerkelijke veranderingen richting een volwaardige werknemerspositie voor alfahulpen ketsen tot nu toe echter steeds af op het meerderheidsstandpunt van het parlement, dat de verbetering van de positie van alfahulpen in eerste instantie een zaak van de bonden zou zijn. Tevens worden de ‘budgettaire consequenties’ van het verbeteren van de positie van alfahulpen vaak genoemd: minimaal 90 miljoen euro. Zo sluiten de minister en staatssecretaris in het najaar van 1996 een uitweiding over de positie van alfahul-

xvi Alfahulpen zijn niet verzekerd krachtens de Ziekenfondswet en maken geen aanspraak op de wao, ww en Ziektewet.
 xvii Bovendien hebben zij erop gewezen dat alfahulpen te vaak worden ingezet voor zware, gekwalificeerde hulp en – met name in 1996 – dat instellingen beroepsbeoefenaren met een rechtspositie zouden ontslaan om ze vervolgens weer als alfahulp in te huren (zie onder andere handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6573 en kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 29).

pen af met de conclusie dat de alfahulpverlening financieel een niet meer weg te denken vorm van zorg is.⁶¹

Waar het in deze paragraaf echter om gaat is aan te tonen dat er een relatie bestaat tussen arbeidsvoorwaarden enerzijds en het imago van de thuiszorg anderzijds. Langs die weg worden CAO-perikelen, de rechtspositie van alfahulpen en eventuele andere arbeidsvoorwaardelijke kwesties direct of indirect gekoppeld aan het beeld dat er van de thuiszorgsector bestaat. Fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden dragen bij aan een presentabel imago. Zeer duidelijk blijkt dat ook uit het gezaghebbende rapport-Van Rijn, waarin in 2001 op vier sporen adviezen worden gegeven:⁶²

1. Het aantrekkelijk maken van de loopbaan door bijvoorbeeld het verbeteren van de salarissen en het vergroten van carrièreperspectieven en opleidingsmogelijkheden.
2. Het scheppen van voorwaarden om de gemiddelde werktijd te verlengen door bijvoorbeeld meer kinderopvangmogelijkheden, meer flexibiliteit voor werknemers en vermindering van de werkdruk.
3. Het stimuleren van de instroom door bijvoorbeeld het aanbieden van meer stageplaatsen, het verruimen van opleidingen en het stimuleren van herintreders.
4. Het tegengaan van uitstroom door bijvoorbeeld het voorkómen van arbeidsuitval en het verbeteren van her- en bijscholing.

Hoewel de commissie expliciet van mening is dat de salarissen in de zorg sneller zouden moeten groeien, blijkt uit haar adviezen tegelijkertijd dat zij van investeringen in de beroepsinhoud en secundaire arbeidsvoorwaarden het meeste baat verwacht. *Investeren in mensen en kwaliteit*, luidt de ondertitel van haar notitie.

CONCLUSIE

Samengevat blijkt dat politiek en veld het imago van de thuiszorg met een aantal ongelijksoortige thema's verbinden. Om te beginnen wijzen zij in algemene zin op het beeld van de thuiszorg als gebrekkig functionerende sector, waarin wachtlijst-, kwaliteits- en arbeidsmarktproblemen de boventoon lijken te voeren. Vervolgens merken de partijen op dat het (overhaast) op elkaar stapelen van de vereveningsoperatie, de afbouw van budgetgaranties, de landelijke invoering van eigen bijdragen en andere, grootschalige opera-

ties te omvangrijk is geweest. Ten derde speelt volgens de partijen het vrouwelijke imago van de (thuis)zorg de sector parten. De combinatie van zorgarbeid én vrouwenarbeid zou het werk van helpenden en verzorgenden in de thuiszorg een lage maatschappelijke status hebben bezorgd. Ten vierde wijzen politiek en veld op de zichzelf waarmakende voorspelling van een eenmaal ontstaan negatief imago. Potentiële arbeidskrachten zouden vanwege het slechte beeld van de thuiszorg wel eens af kunnen gaan zien van een baan in deze sector, met alle gevolgen van dien voor goed functionerende thuiszorginstellingen.

Toch heeft het imagodebat in de meeste gevallen betrekking op het beroepsimago. Zeventig procent van de verwijzingen naar het imago van de zorg betreft de thema's 'beroepsinhoud' en 'beroepsvoorwaarden', die politiek en veld de afgelopen vijftien jaar via deskundigheidsbevordering, opwaardering van functies, beeldvormingscampagnes, CAO-onderhandelingen en een keur van overige interventies hebben proberen te bevorderen. Van extra salarisverhogingen verwachten de meeste partijen minder heil, omdat daarin voor werknemers noch het grootste belang, noch de grootste onrechtvaardigheid zou schuilen. Zelfs de beroepsinhoudelijk georiënteerde organisaties, die ontevreden zijn met de honorering van de verzorgenden en verpleegkundigen, constateren dat het salaris noch de enige noch de belangrijkste reden is voor mensen om in de zorg te willen (blijven) werken. De beroepsinhoud en secundaire arbeidsvoorwaarden zouden belangrijkere drijfveren zijn. Wanneer de minister naar aanleiding van het Jaaroverzicht Zorg 1999 wordt gevraagd hoe zij het imago van de zorgsector denkt te verbeteren, geeft de bewindsvrouw een antwoord waarin elk van bovengenoemde, beroepsgerelateerde aspecten de revue passeert:

- 'Werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorgsector hebben in de CAO's 1998 (...) afspraken gemaakt voor een zorgbrede imago- en wervingscampagne. (...) Het ministerie is bij de uitwerking betrokken (...). Daarbij is de aandacht gericht op de grootste knelpunten. Het salarisniveau kan niet worden gekwalificeerd als zo'n groot knelpunt. (...) Ook de secundaire en tertiaire arbeidsvoorwaarden tellen dan mee. Dan valt te denken aan de bovenwettelijke sociale zekerheid waaronder de pensioenvoorziening, de mogelijkheden tot een dienstverband in de gewenste omvang (er wordt veel in deeltijd gewerkt), de inconveniëntentoeslag, de scholingsmogelijkheden, e.d. De inhoud van het werk speelt ook een grote rol bij de beoordeling van de aantrekkelijkheid ervan' (Kamerstuk TK 1998-1999, 26204, nr. 4, p. 100-101).

KWALITEIT

‘Er was een mevrouw in Rotterdam die tijdens een overleg van cliënten en medewerkers van een thuiszorginstelling zei dat ze het heel vervelend vond dat er op een goede dag ineens een neger voor de deur stond die zei dat hij haar kwam wassen. Dat vond ze helemaal niet fraai.’¹ Hoe aanstootgevend een dergelijke opmerking ook kan overkomen, het roept de vraag op in welke situaties cliënten mogen bepalen door welke verzorgende of helpende zij geholpen willen worden. Geldt bij discriminerende uitlatingen of bij algemenere zaken met betrekking tot de zorgverlener of kwaliteit van de zorg het credo ‘u vraagt en wij draaien’ of ‘wij weten wat goed voor u is’?

Voor de beroepsvereniging voor de verzorging STING illustreert voorgaand voorval ‘het belang van een beroepscode: een set van richtlijnen waaraan helpenden en verzorgenden hun handelwijze en die van collega’s kunnen toetsen’.² Maar voor cliëntenorganisaties zijn die richtlijnen te aanbodgericht geformuleerd. Met name zaken als bejegening, verplaatsing in de cliënt en het beschikbaar krijgen van voor de cliënt relevante informatie spelen volgens hen in professionele protocollen, richtlijnen en codes een te geringe rol. Zo bleek na doorvragen door een medewerker van een Regionaal Patiënten/Consumenten Platform (RP/CP) dat niet de etnische achtergrond van de betrokken helpende, maar het gegeven dat er wederom een invaller aanbelde de doorslaggevende factor was. ‘De zoveelste al. (...) Mevrouw kreeg echter hulp van deze man, die voortaan vaker haar hielp. En dat beviel uitstekend’.³

In dit hoofdstuk blijkt voortdurend dat politiek en veld de kwaliteit van zorg niet als een vaststaand object in de sociale werkelijkheid benaderen. Expliciet beschouwen zij deze kwaliteit als een sociale constructie, die – in ieder geval in potentie – tot Babylonische spraakverwarringen leidt. Ik ga na op welke wijze en met welke belangen de verschillende partijen het kwaliteitsbegrip definiëren. In dat kader ontleed ik achtereenvolgens de merites van vijftien jaar kwaliteitsbeleid in de (thuis)zorg en de pogingen van partijen aantoon-

bare criteria van verantwoorde zorg op te stellen. Maar ik start met de constatering dat ervaren kwaliteitsgebreken meestal als afgeleiden van de wachtlijst- en arbeidsmarktproblematiek worden beschouwd.

PROBLEMATISCHE KWALITEIT

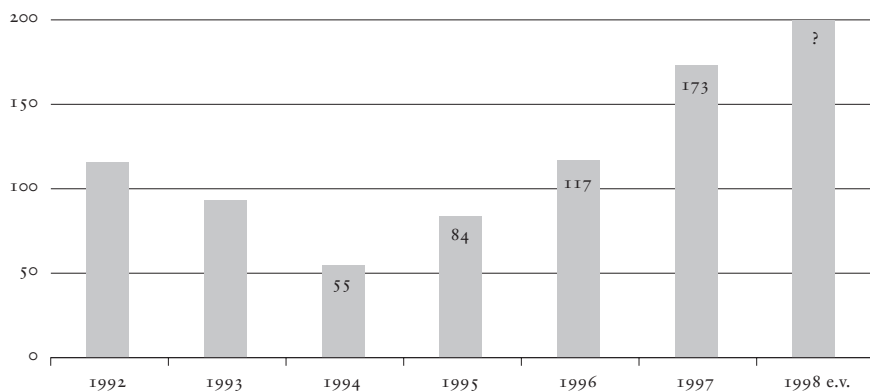
Uit satisfactie-onderzoek blijkt dat cliënten over het algemeen tevreden zijn over de kwaliteit van de geboden hulp (SCP, 1998, p. 126). Het blijkt bijvoorbeeld dat thuiszorgcliënten meer inspraakmogelijkheden hebben gekregen in hoeveelheid, soort en tijdstip van zorgverlening. Toch moeten constatering over tevredenheid van cliënten met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd. Om te beginnen is van dit type onderzoek bekend 'dat patiënten neigen naar een gunstig oordeel' (Boeije e.a., 1997, p. 58; zie ook Visser, 1996). Bovendien bestaan er aanwijzingen van groeiende ontevredenheid bij cliënten, met name sinds 1994.

Sinds september 1992 heeft de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) een integrale klachtencommissie voor gezinsverzorging en kruiswerk, de Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg (LKT) geheten. Hoewel het aantal ingediende klachten bij deze onafhankelijke commissie aanvankelijk daalt,¹ is dit van 1994 tot en met 1997 verdriedubbeld (zie figuur 4.1).ⁱⁱ Vooral het aantal klachten over te beperkte hulp vertoont een duidelijke stijging. 'Een strakker indicatiebeleid en het (...) bekorten van zorg (...) via de zogenaamde kaasschaafmethode (...) waren in een groot aantal gevallen reden van de genoemde klachten'.⁴ Dat met name de omvang van de geleverde hulp op veel kritiek kan rekenen, wijst erop dat de kwaliteit van de zorg – indien als problematisch ervaren – vaak een aftreksel is van tekortschietingen in de kwantiteit, met name tot uitdrukking komend in wachtlijsten en arbeidsschaarste. Uit een representatieve enquête onder de Nederlandse bevolking komt bijvoorbeeld naar voren dat 63 procent van de ondervraagden verwacht dat patiënten een groot risico lopen op onvoldoende of slechte zorg – 'als gevolg van het huidige geldgebrek en personeelstekort in de zorg';⁵ in een interview waarschuwt de beroepsvereniging STING ervoor dat de kwaliteit van de thuis-

ⁱ De leden van de klachtencommissie worden benoemd door de besturen van de LVT en de Consumentenbond.

ⁱⁱ Officieel ligt het aantal aangemelde klachten sinds 1998 weer op een lager niveau (134 in 1998, 106 in 1999 en 116 in 2000), maar over de feitelijke ontwikkeling zegt dit weinig: sinds 1 januari 1998 'kunnen klachten over indicaties, waarop het merendeel van de klachten jaarlijks betrekking had, niet meer worden voorgelegd aan de klachtencommissie' (jaarverslag LVT 1998, p. 35), maar moet hiervoor een termijngebonden, formeel en tijdrovend bezwaarschrift bij de gemeente worden ingediend. Omdat de LKT-klachtencijfers sindsdien een 'versluierd beeld' (jaarverslag LKT 1998, p. 7) geven, heb ik deze niet in figuur 4.1 opgenomen.

FIGUUR 4.1
AANTAL INGEDIENDE KLACHTEN



Bronnen: jaarverslagen LKT 1992 tot en met 2001.

zorg lijdt onder de groeiende wachtlijsten;⁶ in een brief aan de Kamer deelt de staatssecretaris mee dat de arbeidsmarktproblematiek die zij binnen de thuiszorgsector aanpakt 'uiteeraard ook een cruciale voorwaarde [is] voor het (...) bieden van kwalitatief goede zorg'.⁷ Naar aanleiding van een jaarrapportage van het Staatstoezicht kopt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in een persbericht dat lange wachttijden de kwaliteit van zorg aantasten. Aan de ene kant blijkt uit het rapport dat thuiszorginstellingen, ondanks de krapte op de arbeidsmarkt, 'veel inspanningen verrichten om het huidige peil van de kwaliteit te handhaven'.⁸ Aan de andere kant signaleert de inspectie, met wie de staatssecretaris heeft afgesproken dat er meer gerichte aandacht voor de thuiszorg komt,⁹ dat de vele fusies en organisaties, de personele tekorten, de stopwatchzorg en de fysieke en mentale belasting van de beroepsbeoefenaren 'de kwaliteit van de zorg kunnen bedreigen'.¹⁰ Kwalitatieve gebreken, kortom, worden niet zelden beschouwd als afgeleiden van de kwantitatieve tekorten:

- '[W]achtlijsten en rantsoenering van de zorg – die de kwaliteit van leven van de zorgvragers aantasten – [moeten] zo veel mogelijk worden teruggedrongen' (Minister: kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nr. 64, p. 1).
- 'Toch zijn de [personeels]tekorten die zich voordoen juist in de gezondheidszorg vaak pijnlijk voelbaar, omdat deze direct invloed hebben op capaciteit en kwaliteit' (Staatssecretaris: kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 45).

Wie het debat over de kwaliteit van de zorg echter los van de – reeds in hoofdstuk 1 en 2 geanalyseerde – kwantitatieve tekorten bestudeert, zal opmerken dat politiek en veld niet het problematische karakter van de kwaliteit van de zorg benadrukken. In plaats daarvan wijzen zij op het geproblematiseerde karakter van het kwaliteits*concept*. Politiek en veld typeren de kwaliteit van de zorg daarmee niet als een knelpunt, maar als een mogelijkheid of kans, ware het niet dat zij – zich realiseren dat zij – daarbij uiteenlopende definities van het kwaliteitsconcept hanteren.

GEPROBLEMATISEERDE KWALITEIT, TALMEND BELEID

Oordelen over de kwaliteit van de zorg hangen altijd af van de verhouding tussen werkelijke en wenselijke zorg ofwel van de mate waarin de feitelijk verleende zorg aan bepaalde, normatieve maatstaven voldoet. ‘Wenselijke zorg’ betekent iets anders voor wie commerciële dienstverlening voorop stelt, dan voor wie een vakinhoudelijke werkwijze prefereert, maar in beide benaderingen draait het om de vraag of de zorg goed of niet goed wordt verleend:

- ‘Het kan bij kwaliteit om de doeltreffendheid of de veiligheid van een produkt gaan of om de snelheid waarmee het gemaakt wordt, maar in feite kan men, als men over kwaliteit nadenkt, niet veel méér zeggen over een produkt dan: het is goed óf het is niet goed’ (Studiedagverslag ‘Met het oog op kwaliteit’ NP/CF, 20-04-1993, p. 7).
- ‘Kwaliteit leveren betekent dat je iets goed doet. Dat lijkt eenvoudig. Maar over dat goed doen kunnen mensen toch heel verschillend denken’ (LOBB-bulletin, oktober 1992, p. 18).ⁱⁱⁱ

Anders dan belangengroeperingen eigen is, geven alle zorgpartijen in het huidige onderzoek aan dat hun perspectief op goede of verantwoorde zorg niet gelijk gesteld kan worden aan hét perspectief. Expliciet komt kwaliteit voor hen tot wasdom in een dynamisch proces waarin doelstellingen voortdurend worden geconfronteerd met uitvoeringen, uitkomsten en aanpassingen. Kwaliteit is niet-statisch en niet-vaststaand – aldus de partijen. Meer in

ⁱⁱⁱ De Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen is een van de rechtsvoorgangers van de in het jaar 2000 opgerichte Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), die cliënten in de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen vertegenwoordigt.

het algemeen relativeren zij de betekenis van het kwaliteitsbegrip en verwijzen zij naar de vaagheid ervan:

- ‘DE’ WERKNEMER - ‘Kwaliteit is een niet te definiëren begrip’ (VVVM, Verslagboek symposium, 23-05-1997, p. 1).
- ‘Er worden verschillende definities van het begrip gehanteerd’ (NU’91, Informatieblad, 17-07-1995, p. 2).
- ‘DE’ WERKGEVER - ‘Het begrip kwaliteit van zorgverlening is in wezen een subjectief en “hol” begrip’ (Nationale Kruisvereniging, Statement Leidschendamconferentie, 06-06-1989, p. 13).^{IV}
- ‘DE’ ZORGVERZEKERAAR - ‘Kwaliteit is een amorf begrip, het glipt als zand door je vingers’ (ZN, Jaarbericht 1999, p. 13).
- ‘DE’ PATIËNT/CONSUMENT - ‘Het definiëren van de visie op kwaliteit is een hachelijke zaak. Het worden al snel woorden die naar elkaar verwijzen, en zo de onduidelijkheid slechts vergroten’ (KIEN, Handboek kwaliteitsbeoordeling in de thuiszorg, mei 2000, p. 18).^V
- ‘Er bestaat geen kwaliteit los van het individu dat waarneemt, kiest en apprecieert’ (NP/CF, Beleidsnota, 1996, p. 11).

Niettemin probeert men concrete resultaten te boeken. Vanaf het rapport-Dekker in 1987, waarin het kwaliteitsbegrip aan een pleidooi voor het introduceren van marktwerking en concurrentie wordt gekoppeld, komt het kwaliteitsbeleid in een stroomversnelling. Kwaliteitssystemen, kwaliteitsmanagers, kwaliteitsjaarverslagen, kwaliteitskeurmerken, kwaliteitspaspoorten, kwaliteitsplatforms – een bonte, uitdijende verzameling materieel wordt sindsdien ingezet of in paraatheid gebracht. Een aantal op initiatief van het veld gehouden kwaliteitsconferenties, de zogeheten Leidschendamconferenties van 1989, 1990, 1995 en 2000, functioneert daarbij ten eerste als aandrijfmechanisme: verantwoordelijkheden worden verschoven, het wetgevende kader

IV De Nationale Kruisvereniging is de rechtsvoorganger van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.

V KIEN, een samenwerkingsverband van een vijftal patiënten/consumentenorganisaties, staat voor Kliënt In Eigen huis en is in het jaar 2000 opgegaan in de stichting Cliënt & Kwaliteit. De belangrijkste doelstelling van KIEN is het ondersteunen van Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RP/CP's).

gemoderniseerd, de ruimte voor 'marktpartijen' vergroot. Ten tweede als pacificatie-instrument: de beroepsgroepen, het instellingsmanagement, de consumentenorganisaties en de overige, participerende partijen proberen er de bestaande verdeeldheid en belangentegenstellingen te overwinnen of terzijde te schuiven.

Opvallend is echter dat veel projecten worden opgezet, maar dat er weinig uit de steigers raken. Afgesproken tijdens de Leidschendamconferenties van 1989 en 1990 en juridisch vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen van 1996, is dat de aanbieders van zorg kwaliteitsbewakende en -verbeterende activiteiten zullen ontwikkelen en toepassen. Niettemin signaleert de voorzitter van een overkoepelende patiëntenorganisatie in 1993 dat 'kwaliteitssystemen nog nauwelijks bestaan'¹¹ – behalve dan in 'theoretische uitwerkingen en in sommige bescheiden experimenten'.¹² Uit een in 1995 uitgevoerd onderzoek blijkt dat instellingen een keur aan activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering hebben ontplooid, maar dat het optreden nog geen samenhangend geheel laat zien.¹³ Vandaar dat tijdens de Leidschendamconferentie van dat jaar wordt geconstateerd dat de invoering van dergelijke zaken ingrijpender is en meer tijd vergt 'dan de aanvankelijk geplande vijf jaren'.¹⁴

Echter, ook uit een in 1997 door het Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging (LCVV) gefinancierd onderzoek blijkt dat men 'er veelal nog niet in is geslaagd een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en in te voeren'.¹⁵ In het jaar 2000 deelt het ministerie van VWS mee dat incidenteel indrukwekkende resultaten zijn geboekt, maar dat 'de effecten van kwaliteitszorg nog niet op grote schaal zichtbaar [zijn] geworden'.¹⁶ Een overzichtstudie naar de kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsectoren vermeldt bijvoorbeeld dat er weliswaar een groot draagvlak voor de uitvoering van kwaliteitsactiviteiten bestaat en dat er hard aan de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten wordt gewerkt, maar dat er 'in zijn algemeenheid nog weinig resultaten van de diverse kwaliteitsactiviteiten zijn aangetoond'.¹⁷ Elf beroepsgroepen zijn onderzocht. Vergevorderd met de ontwikkelingen zijn apothekers, huisartsen en medisch specialisten. De beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging staan op achterstand.

Een gedeeltelijke verklaring voor dat laatste is de lage organisatiegraad van verpleegkundigen en verzorgenden. Een relatief klein percentage is lid van een beroepsvereniging, vergeleken met bijvoorbeeld de medici.¹⁸ Daarnaast is de mate van autonomie in de beroepsuitoefening van belang. Waar medici een hoofdzakelijk vrij beroep hebben, zijn beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging in loondienst bij hun werkgever. Daardoor zijn zij

‘niet in de positie om de maatstaven van de eigen beroepsgroep in te voeren’¹⁹ en relatief afhankelijk van het kwaliteitsbeleid dat instellingen onder eigen vlag voeren. ‘Hier is sprake van een spanningsveld tussen de taken en doelstellingen van beroeps- en vakorganisaties en de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het beleid van instellingen’²⁰ – aldus een LCVV-cahier. Bijgevolg is tijdens de vierde Leidschendamconferentie in mei 2000, bepaald dat de verantwoordelijkheden van (koepels van) instellingen enerzijds en (koepels van) beroepsbeoefenaren anderzijds duidelijker afgebakend dienen te worden. Afsproken is dat ‘de partij van zorgaanbieders bestaat uit de instellingen met een eigen – bestuurlijke – verantwoordelijkheid en uit professionals, die een beroepsinhoudelijke bijdrage leveren aan verantwoorde zorg. Zij kunnen en willen deze bijdrage zelf bepalen en daarover ook verantwoording afleggen’,²¹ hetgeen natuurlijk vereist dat zij van voldoende scholing en bagage worden voorzien. Met name voor verzorgenden, die vaak geen (volwaardige) beroepsopleiding hebben gevolgd, is dat van belang:

- ‘Instellingen hebben onvoldoende kennis over het nieuwe opleidingsstelsel en maken onvoldoende gebruik van de mogelijkheden die het opleidingsstelsel biedt. De komende jaren vragen wij u [=de leden van de vaste commissie, sv] de vinger aan de pols te houden als het gaat om het gebruik van het nieuwe opleidingsstelsel door de zorgaanbieders, met name als het gaat om de laagste functieniveaus in de thuiszorg’ (Brief STING aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 05-04-2001, p. 2).
- ‘Opleiding is een belangrijk punt als je het hebt over kwaliteit, meent [STING]. “Essentieel is het volgen van een erkende opleiding die overal in het land geldt, en dus niet alleen bij je eigen werkgever” (Interview met STING in Tijdschrift voor Verzorgenden, oktober 2000, p. 5).

Dat de resultaten van tien jaar kwaliteitsbeleid ‘tot nu toe achter blijven bij de verwachtingen’²² komt volgens het veld doordat aan een noodzakelijke voorwaarde voor welslagen nog onvoldoende wordt voldaan. Succesvolle kwaliteitsverbetering en -bewaking zouden berusten op de mogelijkheid meetbare kwaliteitscriteria te hanteren, maar die zijn vooralsnog – ondanks stappen in de goede richting – onvoldoende geformuleerd. Er zou over de precieze invulling van deze criteria ook (nog) te weinig overeenstemming bestaan tussen aanbieders, verzekeraars en gebruikers van zorg.

Hierbij gaat het, zoals ik in de volgende paragraaf met betrekking tot de thuiszorg uiteen zal zetten, niet zozeer om het achterhalen van een statische of getalsmatige aanduiding van hét kwaliteitsgehalte van de geleverde zorg –

dat is schier onmogelijk – maar om het registreren van deze zorg tegen de achtergrond van een gecreëerde, wenselijke referentiewaarde; bij voorkeur eentje die door het gehele veld wordt aanvaard. ‘Zo zal een beroepsbeoefenaar voornamelijk zijn aandacht richten op een zo goed mogelijk professionele invulling van aspecten waartoe hij zich competent acht. De ziektekostenverzekeraar zal streven naar een optimale kosten effectiviteit van bepaalde aspecten. De patiënt zal streven naar een optimale behoeftebevrediging met betrekking tot bepaalde aspecten. De instelling zal streven naar een integrale zorgverlening binnen haar muren. De overheid zal trachten de kwaliteit van bepaalde aspecten van zorgverlening te bewaken en te bevorderen’.²³

KWALITEIT NAMENS PARTIJEN

Sinds de voorstellen eind jaren tachtig voor een wijziging van het zorgstelsel bestaat er een omslag in het kwaliteitsdenken, het kwaliteitsbeleid en de uitvoerende zorgpraktijk. Via uitspraken (1989), afspraken (1990), een evaluatie (1995), herbevestiging van eerder gemaakte afspraken (2000) en – naar men nu hoopt – resultaten in 2005 wordt deze in vijf Leidschendamconferenties begeleid en bewaakt. Centrale uitdagingen daarbij zijn de totstandkoming van kwaliteitscriteria en van een gemeenschappelijk gedragen kwaliteitsbeleid. Er zullen, zo luidt de eerste Leidschendamverklaring, in overleg tussen aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars, criteria opgesteld moeten worden ‘waarmee een bepaald kwaliteitsniveau kan worden aangegeven’.²⁴ De overheid vervult daarbij de rol van kaderstellende partij.

KADERTJE STAAT

Hoewel de centrale overheid, sinds 1983, een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg garandeert of deze althans volgens artikel 22 van de Grondwet maximaal dient te bevorderen, laat ‘vadertje staat’ op alle overige beleidsniveaus sindsdien de teugels vieren. Illustratief daarvoor is de breed gedragen uitspraak tijdens de aanvangsconferentie te Leidschendam dat kwaliteitswetgeving zodanig moet zijn ‘dat het streven van de overheid naar deregulering daarin duidelijk wordt en dat partijen in het veld aangemoedigd worden een eigen kwaliteitsbeleid te voeren’.²⁵ Gezien de toename van de invloed van patiënten/consumenten zouden daarbij met name hún verantwoordelijkheden moeten worden versterkt.

- ‘Het beleid van de overheid om de positie van de gebruikers te versterken wordt van harte ondersteund’ (Werkdocumenten Leidschendamconferentie, 06-04-1989, p. 6).
- ‘Alle partijen ondersteunen het beleid om de positie van de gebruikers te versterken’ (Intentieverklaring vervolgonferentie Leidschendam, 14-06-1990, bijlage II, p. 3).

De regeringsnota ‘Kwaliteit van zorg’²⁶ uit 1991 beschrijft eveneens een terugtrekkende overheid. Deze nota, die een veel opener en kritischer geest ademt dan zijn voorganger, de kwaliteitsnota van staatssecretaris Veder-Smit uit 1980, wordt niet door iedereen enthousiast ontvangen. Uitgerekend de – wat tegenwoordig heet – Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) staat ‘gereserveerd’²⁷ tegenover het in de nota gepresenteerde kwaliteitsbeleid. Aansprekend vindt zij dat de in de tijd van Veder-Smit gebruikelijke ‘ode aan de voortreffelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg is vervangen door een zakelijker uiteenzetting van onderwerpen die zich voor verbetering lenen’.²⁸ Eveneens prettig beschouwt zij het regeringsvoorstel om vastgestelde kwaliteitsnormen in te voeren, en wel binnen het volgende kader:

Kwaliteitscriteria overheid

- ‘Het zorgaanbod dient afgestemd te zijn op de reële behoefte van de patiënt/cliënt.
- De verleende zorg dient van een inhoudelijk goed niveau te zijn.
- De zorg dient doelmatig te worden verleend.
- De zorg dient patiënt/cliëntgericht te worden verleend’ (22300 XVI, nr. 44, p. 17).

Maar ten aanzien van de rol die de overheid zichzelf heeft toebedeeld is de federatie veel minder content. De mate van terugtrekken van de centrale overheid zou ‘te ver’²⁹ gaan, ‘niet verantwoorde vormen’³⁰ aannemen, ‘tekort schieten’³¹, ‘te grif’³² op de veldpartijen worden afgeschoven. Waar de regering van mening is dat een te nadrukkelijke bemoeienis van haar kant leidt tot verstarring en onnodig gedetailleerde regelgeving, hoeft dit volgens de NPCF niet het andere uiterste tot gevolg te hebben: ‘het uit handen geven van alle verantwoordelijkheid voor de inhoud van het kwaliteitsbeleid aan de partijen in het veld, met de overheid slechts op de achtergrond voor als het misgaat’.³³ Niettemin zijn diverse koepelorganisaties, inclusief die van cliënten, in het decennium daarna ijverig aan de slag gegaan met de invulling van het in de nota ‘Kwaliteit van zorg’ gepresenteerde kwaliteitskader. ‘Dat was en is nodig om op een werkbare manier te kunnen inspelen op de kwaliteits-

mode en om aanknopingspunten te vinden voor daadwerkelijke kwaliteitsverbetering voor patiënten/consumentenorganisaties³⁴ – aldus de NPCF in 1996 die eerlijk aangeeft deels om strategische redenen aansluiting bij het ‘systeem-denken’³⁵ te hebben gezocht.

GEKEURMERKTE INSTELLINGEN

Ondanks de versterkte positie van patiënten/consumenten valt de kwaliteit van de verleende zorg onder de ‘primaire verantwoordelijkheid’³⁶ van de aanbieders van de zorg. Wordt zorglevering aanvankelijk vooral benaderd als een, overigens niet wettelijk geregelde, zaak voor individuele beroepsbeoefenaren, sinds 1987 vallen in toenemende mate voorbeelden te bespeuren van projecten waarin kwaliteitsbewaking als de gezamenlijke verantwoordelijkheid van teams van zorgverleners wordt beschouwd en waarin steeds meer overkoepelende lagen van de instelling zijn betrokken.³⁷ Sinds 1996 zijn instellingen volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht verantwoorde zorg aan te bieden – dat wil zeggen doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en toegepast op de reële behoefte van de patiënt.^{vi} Daarnaast vereist de Kwaliteitswet een goede organisatie van de zorg, de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem en transparantie via een openbaar jaarverslag. ‘Dit verslag wordt onder andere gezonden aan de patiëntenorganisatie(s) in de regio, zodat zij zich een oordeel kunnen vormen over de kwaliteit van de zorg in de regio’.³⁸

In de thuiszorg wordt sinds de Kwaliteitswet gewerkt met kwaliteitseisen en certificaten.^{vii} Door middel van het formuleren hiervan maakt de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) ‘transparant wat onder verantwoorde zorg wordt verstaan’.³⁹ Om voor cliënten, verzekeraars en andere belanghebbenden het vertrouwen te rechtvaardigen dat thuiszorginstellingen daadwerkelijk een verantwoord en transparant kwaliteitsniveau realiseren, heeft de LVT in 1996 een twintigtal kwaliteitseisen geformuleerd.⁴⁰ Dertien daarvan, zoals de garantie van een zorgplan, strikte hygiëne, deskundige zorgverleners en belangenbehartiging door een cliëntenraad, maken onderdeel uit van de lid-

VI In de ontwerpfase van de wet, begin jaren negentig, wordt over patiënten of consumenten nauwelijks gesproken. Daarin komt echter verandering door een door de NPCF ingediende schaduwkwaliteitswet, ‘waarin op een aantal aspecten van de Kwaliteitswet Zorginstellingen suggesties zijn gedaan voor tekstwijzigingen’ (Brief NPCF aan de woordvoerders van de Tweede Kamer, 28-08-1995, p. 1).

VII In de situatie voorafgaande aan deze wet werd de kwaliteit van de zorgverlening geregeld via het – sterk door de overheid bepaalde – erkenningensysteem. De commissie ‘Erkenningen’ adviseerde de minister per thuiszorginstelling of deze aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet, waarna de minister al dan niet tot financiering van deze instelling overging (Boot en Knapen, 1996, p. 266).

maatschapseisen van de koepel. Instellingen die daaraan aantoonbaar voldoen mogen het Keurmerk Kwaliteit van de LVT dragen, hetgeen door een onafhankelijke organisatie elke drie jaar wordt gecontroleerd.

*Kwaliteitscriteria thuiszorginstellingen*⁴¹

- *Productbeschrijving*: de rechtspersoon hanteert een productbeschrijving voor de producten, die worden aangeboden.
- *Informatie aan klanten*: de rechtspersoon geeft haar klanten algemene schriftelijke informatie over de aangeboden producten en de leveringsvoorwaarden.
- *Bereikbaarheid*: de rechtspersoon is telefonisch bereikbaar tijdens de beschikbaarheid van de producten.
- *Zorgplan*: de rechtspersoon levert producten op basis van een individueel zorgplan. Dat plan is vastgesteld op deskundige wijze en, indien vereist, met behulp van een indicatiesysteem.
- *Deskundigheid*: de rechtspersoon draagt zorg voor een adequaat deskundigheidsniveau van zijn medewerkers.
- *Hygiëne, Veiligheid, Milieu*: de rechtspersoon formuleert beleid en hanteert richtlijnen op het gebied van hygiëne, veiligheid en milieu teneinde het verantwoord werken op deze terreinen te waarborgen.
- *Klachtenbehandeling*: de rechtspersoon hanteert het klachtenreglement van de LVT.
- *Privacy*: de rechtspersoon hanteert het privacy-reglement van de LVT.
- *Kwaliteitssysteem en verslaglegging*: de rechtspersoon hanteert een kwaliteitssysteem en doet periodiek en openbaar verslag van het gevoerd kwaliteitsbeleid.
- *Betrokkenheid van klanten*: de rechtspersoon beschikt over een structurele voorziening om de betrokkenheid van cliënten bij de beleidsvoering van de instelling te waarborgen.
- *Onverkorte toepassing van de CAO-thuiszorg*: de rechtspersoon hanteert een onverkorte toepassing van de CAO-thuiszorg.
- *Praktisering van een maatschappelijk ondernemerschap*: de rechtspersoon verleent enkel collectief gefinancierde thuiszorg. Voor zover op aanvullende privaat-gefinancierde diensten winst wordt gemaakt, dient deze binnen de instelling te blijven. De privaat gefinancierde aanvullende thuiszorg moet qua beheer, administratie en financiering volstrekt worden onderscheiden van de collectief gefinancierde activiteiten.
- *Minimumpakket*: de rechtspersoon biedt tenminste een minimumpakket van samenhangende thuiszorgproducten aan.

Daarnaast kunnen thuiszorginstellingen er sinds enige tijd voor kiezen een zwaarder, zogeheten HKZ/ISO-certificatieschema te verwerven.^{viii} Om dit te bevorderen heeft de LVT hiertoe in het jaar 2000 een aantal nieuwe kwaliteitsnormen aan de hierboven gepresenteerde lijst toegevoegd en oude aanscherpt.⁴² Op deze wijze kunnen het Keurmerk Kwaliteit van de LVT en het HKZ/ISO-certificaat met elkaar worden vergeleken en geharmoniseerd, opdat een doorgroei van het LVT-keurmerk naar de hoger gekwalificeerde HKZ/ISO-certificatie wordt ‘gestimuleerd en vereenvoudigd’.⁴³ Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), de commerciële werkgeverskoepel, die haar kwaliteitsnormen/lidmaatschapsisen eveneens op ISO en HKZ baseert, stelt nog een aantal aanvullende eisen vanuit BTN, ‘voornamelijk gericht om de juiste kengetallen te achterhalen voor eventuele benchmarking’.⁴⁴

DOELTREFFENDE BEROEPSBEOEFENAREN

Evenals thuiszorginstellingen zijn beroepsbeoefenaren verplicht verantwoorde zorg aan te bieden. Juridisch is dat in artikel 40 van de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) in 1993 vastgelegd. Het doel van deze wet is cliënten te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren, waarbij wordt overgegaan van het oude systeem van beroepsbescherming naar het nieuwe van titelbescherming.^{ix} Een gevolg hiervan is dat er niet langer wettelijke toestemming is vereist om een beroep in de zorg uit te oefenen: in beginsel mag iedereen zorg verlenen, wat betekent dat er op de ‘niet-reguliere’ zorg geen wettelijk verbod meer bestaat (Elsinga, 1997, p. 48). Om desalniettemin een deskundige en verantwoorde zorgverlening te waarborgen, bevat de Wet BIG regels over ‘registratie, titelbescherming, opleidingen, deskundigheidsgebieden, bevoegdheden van beroepsbeoefenaren, tuchtrecht en medisch toezicht’.⁴⁵ Hiermee wordt in de praktijk de vrijheid van de beroepsuitoefening alsnog behoorlijk aan banden gelegd. De wet biedt een richtsnoer voor acht beroepen, waaronder dat van verpleegkundigen. De verzorgende beroepsgroep is sinds 1996 gedeeltelijk in de wet opgenomen.

viii De stichting HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector; ISO is een afkorting voor International Standard Organisation. Het HKZ keurmerk is een verbijzondering van de ISO-certificatie die in het bedrijfsleven al breed ingang heeft gevonden.

ix Voordat de Wet BIG van kracht was werd de beroepsuitoefening binnen de gezondheidszorg geregeld door een tiental wetten. ‘Vanwege het onduidelijke en verouderde karakter van deze wetten is de Wet BIG ontstaan’ (Wagner, C., Stoop, A., Temmink, D. en Bakker, D. de, *Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997, p. 42: Con-tekst).

Eind 1999 is door de verschillende beroepsgroepen een inventarisatie gemaakt van alle bestaande richtlijnen en protocollen binnen de verpleging en verzorging, ongeveer 500 in totaal.⁴⁶ Aan een keurmerk, zoals van de LVT, wordt gewerkt door het Kwaliteitsplatform Verpleging en Verzorging, dat naar verwachting ‘jaarlijks twaalf richtlijnen en protocollen [zal] “keurmerken”’.⁴⁷ Desalniettemin beweert de Vereniging Verpleegkundig Beroepsbeoefenaren in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (VVVM), de rechtsvoorganger van de hedendaagse Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW), dat geen van de door de beroepsgroep geformuleerde kwaliteitscriteria een garantie vormt voor het leveren van daadwerkelijk verantwoorde zorg. Noch richtlijnen, standaarden en protocollen, noch beroepsprofielen en -codes, noch de nieuwe opleidingseisen, noch de intercollegiale toetsingsmethode besteden namelijk voldoende aandacht ‘aan de aspecten die meetbaar maken of zorg op een verantwoord niveau wordt ingezet en geleverd’.⁴⁸

Voor de verzorgenden geldt dat het sterkst. Relatief vaak worden zij geconfronteerd met de vraag welke specifieke vaardigheden en deskundigheden thuiszorgarbeid vereist. De beroepsvereniging voor de verzorging STING doet in 1996 een poging deze vereisten eenduidig te formuleren. Vier vereisten – duidelijkheid over het eigene van thuisverzorging, over de werkzaamheden in de thuisverzorging, over de benodigde deskundigheden en over bepaalde randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan – worden gedetailleerd in een basisdocument uitgewerkt.⁴⁹ En hoewel deze weliswaar (nog) moeilijk meet-, kwantificeer- en toetsbaar zijn, bieden ze een welkome ‘kans om overeenstemming te bereiken over de kwaliteit van de beroepsuitoefening’, zoals STING het tijdens een symposium verwoordt.

*Kwaliteitscriteria beroepsbeoefenaren thuiszorg*⁵⁰

- *(Erkenning van) de essentie van thuisverzorging*: het geheel of gedeeltelijk – op een methodische wijze – hulp bieden aan huishoudens die bij de verrichting van taken binnen die huishoudens beperkingen hebben of dreigen te krijgen, waarin ze zelf niet kunnen voorzien. Dit binnen andermans persoonlijke leef-sfeer, met als doel het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt.
- *(Erkenning van) taken en vaardigheden*: huishoudelijke, verzorgende en begeleidende werkzaamheden; het organiseren van werkzaamheden; signaleren; omgaan met specifieke cliëntensituaties; werkzaamheden verbonden met het werken in een organisatie.
- *(Erkenning van) deskundigheden in de thuisverzorging*: deskundigheden met betrekking tot bovengenoemde vijf typen taken en vaardigheden, deels afhankelijk van het functieniveau.

- (*Erkenning van*) voorwaarden voor een goede beroepsuitoefening: een opleiding om de zorgverlener toe te rusten met de vereiste deskundigheid; bij- en nascholing, zodat de zorgverlener toegerust blijft met de benodigde deskundigheden.

Ondanks positieve veldreacties is er vanuit cliëntenorganisaties ‘veel kritiek’⁵¹ op het basisdocument geweest. De ervaringsdeskundigheid van cliënten zou onvoldoende aandacht krijgen en er zou te veel vanuit het aanbod worden geredeneerd. Ook de particuliere thuiszorg vraagt zich af of de hulpvrager de zorg wel wil zoals in het document beschreven.

TEVREDEN ZORGVRAGERS

Zolang er patiënten/consumentenorganisaties bestaan – de meeste dateren vanaf begin jaren zeventig – hebben die zich bezig gehouden met de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Sterker: veelal staan ervaren kwaliteitsgebreken aan de wieg van deze organisaties en het onderzoek dat zij doen.⁵² Tot het midden van de jaren tachtig beperkt cliëntgericht denken zich echter tot het meten van de tevredenheid van cliënten, hetgeen tekenend is voor de beperkte rol die cliënten ten aanzien van de verbetering daarvan spelen.⁵³ Vanaf het rapport-Dekker en de Leidschendamconferenties, daarentegen, is de patiënt onmiskenbaar partij geworden bij het kwaliteitsbeleid. Analoog aan ontwikkelingen in de profit-sector ‘zouden ook non-profit organisaties zoals thuiszorginstellingen hun handelen meer moeten afstemmen op de verwachtingen en wensen van gebruikers’.⁵⁴ Sindsdien is er een ‘uitgesproken en autonoom kwaliteitsbeleid door patiënten/consumentenorganisaties tot stand gekomen’.⁵⁵

Als eerste springt de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) in de bres. In 1991 gaat haar onderzoeksprogramma ‘met het oog op kwaliteit’ van start. Vanuit patiënten- en consumentenperspectief zijn tot aan 1995 een dertigtal onderzoeken naar kwaliteit opgezet. Duizenden patiënten – in onder andere de thuiszorg – hebben via enquêtes, gesprekken, formulieren en rapportages aangegeven hoe de gezondheidszorg er in hun ogen voor staat: ‘wat ze verwachten, wat ze missen, wat beter zou kunnen, wat goed is, wat belangrijk is’.⁵⁶ Hoofdconclusie luidt dat kwaliteit, verwoord vanuit de optiek van de gebruikers van de gezondheidszorg, ontspruit uit onder andere de gecombineerde aanwezigheid van een medemenselijke, tactvolle bejegening, een toereikende informatievoorziening en een vakbekwame, ondersteunende en de zelfstandigheid bevorderende hulpverlening. Het zou gaan

om wensen die eigenlijk voor de hand liggen, maar die in de routine van alledag te vaak buiten beeld blijven. ‘Uit onze onderzoekservaringen blijkt dat het hier niet gaat om een marginale franje, maar om de harde kern van de zorg zoals die door patiënten wordt ervaren’.⁵⁷ In totaal worden acht op elkaar inwerkende algemene kwaliteitscriteria geformuleerd, die een wezenlijke aanvulling vormen ‘op datgene wat vanuit kringen van “professionals” doorgaans centraal wordt gesteld’⁵⁸ – aldus de NP/CF:

*Kwaliteitscriteria cliënten gezondheidszorg*⁵⁹

- *Vakbekwaamheid*: cliënten verwachten van hulpverleners een redelijke deskundigheid en vaardigheid op alle terreinen waar hun verantwoordelijkheid voor geldt.
- *Informatie*: cliënten verwachten dat voor hen relevante informatie beschikbaar, compleet, actueel, begrijpelijk en volledig is.
- *Bejegening*: cliënten verwachten van hulpverleners een respectvolle, tactvolle, medemenselijke, beschermende en professionele houding.
- *Steun*: cliënten verwachten dat ervoor wordt gezorgd dat zij zich veilig en weerbaar voelen in de omgeving waarin hulp wordt geboden en dat voorkómen wordt dat zij te maken krijgen met belastende of confronterende situaties.
- *Zelfstandigheid*: cliënten verwachten dat hen ruimte wordt gegeven om in de eigen leef sfeer te functioneren en om hun wensen, opvattingen en beslissingen naar voren te brengen.
- *Organisatie*: zorginstellingen hebben een beleidsplan, kwaliteitsplan en inspraak- en klachtprocedures.
- *Accommodatie*: zorginstellingen zijn goed bereikbaar, toegankelijk, hygiënisch en schoon en bieden – indien nodig ook voor naasten – aangename en persoonlijke verblijfmogelijkheden.
- *Evaluatie*: zorginstellingen hebben een beleidsdocument beschikbaar waarin uitgangspunten, doelstellingen en standaarden staan beschreven; zij gaan in op klachten van cliënten en passen hun werkwijze en organisatie indien nodig aan.

Sinds 1997 zijn er eveneens thuiszorgspecifieke criteria voorhanden. Uit honderd criteria, gecategoriseerd onder een aantal hoofdthema’s, heeft de stichting Kliënt In Eigen huis (KIEN) een lijst ontwikkeld waarmee de kwaliteit van thuiszorgverlening vanuit cliëntenperspectief kan worden aangetoond en gemeten. De nu volgende criteria betreffen een door het NIVEL in opdracht van de Stichting Cliënt & Kwaliteit (zoals KIEN tegenwoordig heet) aangepaste versie van deze lijst. Dit ten behoeve van het benchmarkonderzoek waarin het meetinstrument is opgenomen:

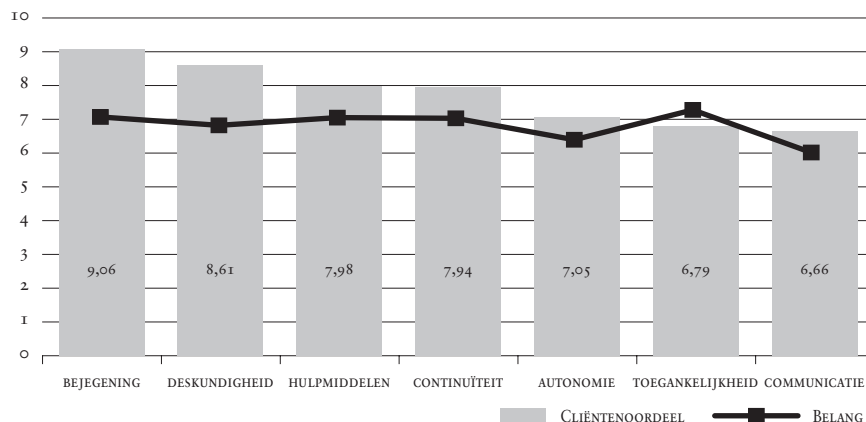
*Kwaliteitscriteria cliënten thuiszorg*⁶⁰

- *Inhoud van de zorg*
 - * *Bejegening*, betreffende persoonlijke aandacht, vriendelijkheid en een respectvolle omgang.
 - * *Deskundigheid*, betreffende kennis en kunde van medewerkers.
 - * *Autonomie*, betreffende mogelijkheden tot zelfstandigheid en onafhankelijkheid van de cliënt.
- *Organisatie van de zorg*
 - * *Continuïteit*, betreffende planning en samenwerking.
 - * *Toegankelijkheid*, betreffende bereikbaarheid en beschikbaarheid.
 - * *Communicatie*, betreffende informatievoorziening en overleg met mantelzorgers.
 - * *Hulpmiddelen*, betreffende het aanbod van hulpmiddelen en de hulp bij de aanschaf van hulpmiddelen door thuiszorginstellingen.

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat de Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RP/CP's) de metingen zouden uitvoeren. Als vertegenwoordigers van de patiënten/consumenten voeren deze platforms immers overleg met de thuiszorginstellingen in hun werkgebied. Bovendien zouden zij het instellingsmanagement met hun eigen harde cijfers in de hand eventuele verbetermogelijkheden kunnen aanreiken. Maar in 1998 en herhaald in 2001 zijn het de benchmarkonderzoekers die het onderzoek uitvoeren. Instellings specifieke rapportages worden aan de RP/CP's ter beschikking gesteld.⁶¹

Ongeveer vijftigduizend thuiszorgcliënten wordt een enquêteformulier toegesonden.⁶² Overeenkomstig de qua kwaliteitsmeting 'engere' satisfactie-onderzoeken sinds ongeveer 1960, waaruit steeds weer blijkt dat tussen de 70 en 90 procent van de cliënten redelijk tot zeer tevreden is met de kwaliteit van de geleverde zorg,⁶³ oordelen de in het benchmarkonderzoek participerende thuiszorgcliënten ruim voldoende. Op een schaal van 1 tot en met 10 geven zij de kwaliteit van de zorgverlening in 1998 gemiddeld een 8,1 en in 2001 een 7,6. Cliënten zijn het meest positief over de inhoud van de geleverde zorg (zie figuur 4.2 met betrekking tot 2001). De gemiddelde beoordeling voor dat criterium bedraagt een dikke 8 met zelfs een 9,1 voor de (subcategorie) bejegening die thuiszorgklanten van medewerkers ontvangen. Over de organisatie van de zorg zijn de cliënten wat minder gunstig gestemd: 'de gemiddelde score is 7,0'.⁶⁴ Zo scoort het subcriterium toegankelijkheid een 6,8, terwijl thuiszorgcliënten daaraan relatief het grootste belang hechten. Cliënten vinden 'het belangrijk dat zij niet hoeven te wachten als ze zorg nodig hebben en dat zij voldoende zorg krijgen'.⁶⁵ Voor alle duidelijkheid: het betreft enkel

FIGUUR 4.2
 CLIËNTENoordeel EN BELANG PER CRITERIUM VAN THUISZORGKwaliteit (OP EEN
 SCHAAL VAN 1-10)



Bron: NIVEL, in: PriceWaterhouseCoopers NV en NIVEL, *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport.* Almere/Utrecht, 2002, p. 67: Con-tekst.

het oordeel van cliënten die (inmiddels) thuiszorg genieten. Degenen die op een wachtlijst staan – en wellicht een klacht indienen bij de Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg – zijn niet geënquêteerd.

Onmiskenbaar is de positie van cliënten de afgelopen vijftien jaar versterkt. Om te beginnen worden cliëntenorganisaties op een aantal belangrijke domeinen financieel ondersteund. Dat cliëntenorganisaties als eerste veldpartij meetbare kwaliteitscriteria in praktijk hebben gebracht, kan bijvoorbeeld niet los worden gezien van de relatief zeer ruimhartige middelen die daartoe in het kader van de meerjarenafspraken zijn vrijgemaakt.⁶⁶ Expliciet kiezen het ministerie van VWS, de LVT en de BTN ‘voor een kwaliteitsmeting vanuit het gezichtspunt van de cliënt’,⁶⁷ omdat het opnemen van een algemene, externe standaard, waarin een beroep gedaan wordt op het oordeel van alle relevante partijen in het veld van thuiszorg ‘te zeer vatbaar [zou] zijn voor discussie binnen de sector’.⁶⁸ Als gevolg van de meerjarenafspraken is weliswaar óók geld voor de beroepsgroep uitgetrokken, waarmee in 1999/2000 onder andere een medewerkersraadpleging is uitgevoerd, maar hierin worden de werkdruk en tevredenheid van beroepsbeoefenaren gemeten en niet het oordeel van deze beoefenaren over de kwaliteit van zorg. In een volgende raadpleging zal dat wél gebeuren, maar de uitkomst daarvan valt buiten het bestek van dit onderzoek.⁶⁹

Naast de onderzoeksmiddelen komt het in 1997 opgerichte kwaliteitsfonds cliënten te baat. In dit fonds is jaarlijks 3 miljoen gulden beschikbaar ofwel 0,1 procent van het totale thuiszorgbudget.⁷⁰ Eén miljoen daarvan komt rechtstreeks in handen van de RP/CP's, ook al blijkt in de praktijk dat thuiszorginstellingen nauwelijks op de hoogte zijn van de kwaliteitscontroleerende en -verbeterende rol van deze platforms.⁷¹ De overige twee miljoen vult de kas van de thuiszorginstellingen voor de uitvoering van meerjarenplannen voor kwaliteitsbevordering:

- 'De instelling heeft in overleg met het Regionale Patiënten/Consumenten Platform (RP/CP's) een meerjarenkwaliteitsplan opgesteld. In het meerjarenkwaliteitsplan is omschreven op welke wijze de geplande activiteiten een bijdrage leveren aan de realisatie van één of meerdere afspraken die gemaakt zijn (...) te Leidschendam. In het meerjarenkwaliteitsplan is eveneens omschreven in hoeverre de geplande activiteiten passen binnen het wettelijk kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen' (Brief NP/CF aan de directeuren/coördinatoren van de RP/CP's, 23-03-1999, bijlage, p. 2).

Ten tweede is de positie van cliënten op wetgevend vlak gestimuleerd. Vanaf november 1995, bijvoorbeeld, is de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, waarin de klachtbehandeling is geregeld, van kracht. Sindsdien behoren alle thuiszorgorganisaties een goed functionerende klachtenbehandeling te hebben, hetgeen – ondanks dat bekend is 'dat dit nog niet in alle gevallen vlekkeloos verloopt'⁷² – een formeel vastgelegde stap vooruit betekent. Daarnaast zijn zorginstellingen sinds de introductie van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) verplicht cliëntenraden in te stellen en cliënten instemmingsrecht te geven ten aanzien van het kwaliteitsbeleid van instellingen. Met name voor mensen die permanent of langdurig op behandeling of zorg zijn aangewezen kan dat van groot belang zijn, hoewel ook hier geldt dat thuiszorginstellingen nog moeten 'wennen aan het betrekken van cliëntenraden in hun beleid'.⁷³

DOELMATIGE VERZEKERAARS

Zorgkantoren, de uitvoerders van de AWBZ, sluiten met alle thuiszorginstellingen contracten af en zetten zich in om de wensen van de patiënten te vertalen in doelmatige zorg.⁷⁴ Daarbij worden afspraken gemaakt over de kwaliteit van zorg. Hoewel Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de beoordeling hiervan primair

een zaak vindt van professionals en de financiering – in ieder geval indirect – de verantwoordelijkheid van de politiek, is in 1995 in Leidschendam afgesproken dat ook verzekeraars een actief kwaliteitsbeleid voeren, in het bijzonder met betrekking tot de aspecten doelmatigheid en organisatie. ‘Worden de juiste dingen gedaan, worden de dingen juist gedaan en worden de dingen doelmatig gedaan’, vormen in een notendop de kwesties waarop verzekeraars instellingen en individuele beroepsbeoefenaren beoordelen.⁷⁵

Eind 1997, wanneer de in ZN gebundelde verzekeraars de code Goed Zorgverzekeraarschap presenteren, is er voor het eerst een duidelijk intern kwaliteitsbeleid zichtbaar. De ‘code wil met name aan verzekerden, zorgaanbieders en overheidsinstanties een beeld geven van wat zij aan kwaliteit en inzet mogen verwachten van de kant van de zorgverzekeraars’.⁷⁶ Hij bevat vijftientig normen waarop de genoemde partijen aanspraak kunnen maken. Volgens minister Borst-Eilers, die content is met de gedragscode omdat de verzekeraars daarmee erkennen ‘dat een zorgverzekering heel anders is dan een schadeverzekering’,⁷⁷ neemt ZN er de Tweede Kamer de wind mee uit de zeilen. D66 en PvdA hadden namelijk in de aan de introductie van de beroepscode voorafgaande maanden voor een kwaliteitswet voor verzekeraars gepleit. Maar dat ZN het ‘initiatief heeft genomen en het onderwerp breed heeft aangepakt’⁷⁸ heeft inderdaad medebepaald dat die kwaliteitswet er uiteindelijk nooit is gekomen. Ten aanzien van het ‘product’ zorg legt de code vier richtsnoeren vast:

*Kwaliteitscriteria verzekeraars*⁷⁹

- Zorgverzekeraars verschaffen (...) informatie ten behoeve van besluitvorming over prijzen in de gezondheidszorg, de capaciteit van het zorgaanbod en het bevorderen van samenhang en kwaliteit van de gezondheidszorg.
- De zorgverzekeraar rekent het tot zijn taak bij te dragen aan het beheersen van de kosten van zorg. Hij bevordert doelmatig gebruik van gezondheidszorg.
- Bij omschrijving van de dekking en (voor zover van toepassing) bij de keuze van zorgaanbieders, weegt de zorgverzekeraar de kwaliteit van de geboden gezondheidszorg uitdrukkelijk mee.
- De zorgverzekeraar maakt inzichtelijk, in een publicatie of anderszins, op welke wijze hij de kwaliteit van het zorgaanbod bevordert.

Als we op de kwaliteitscriteria van de partijen telkens één etiket plakken, wordt zichtbaar hoezeer deze criteria van elkaar verschillen. De partijen definiëren de kwaliteit van zorg primair in termen van wetgeving (overheid), bestuur (werkgevers), arbeid/doeltreffendheid (beroepsbeoefenaren), bejegening (cliënten) en organisatie/doelmatigheid (verzekeraars), hoewel de spe-

cifieke invullingen van deze typeringen zowel analytisch als praktisch naar elkaar verwijzen en door elkaar heen lopen. Tegelijkertijd zijn er meerdere, constructieve pogingen gedaan om de kwaliteitssystemen van zorgaanbieders, de beoordelingssystemen van cliëntenzijde en de kwaliteitsnormen van verzekeraars met elkaar te verbinden. Dat blijkt uit de totstandkoming van een formeel samenwerkingsverband tussen NP/CF en LVT sinds 1996,⁸⁰ een gezamenlijk onderzoek van NP/CF en LCVV in 1997⁸¹ en een tripartiet opgesteld certificatieschema tussen NP/CF, LVT en ZN in 1997.⁸² Het ministerie van VWS heeft er in elk geval vertrouwen in dat een controleerbaar en gemeenschappelijk gedragen kwaliteitsbeleid er binnen afzienbare tijd komt. Volgens haar kunnen de partijen in 2005 demonstreren ‘dat in goed overleg een samenhangend zorgaanbod in de regio is gecreëerd, dat dit aanbod aansluit op de behoefte van zorgvragers, en dat de continue kwaliteitsbewaking tot breed aantoonbare verbeteringen heeft geleid’.⁸³

CONCLUSIE

Op grond van het voorgaande concludeer ik dat politiek en veld de bestaande kwaliteitsgebreken in de thuiszorg als een afgeleide van de wachtlijst- en arbeidsmarktproblematiek beschouwen. De sinds 1994 geconstateerde, jaarlijkse stijging van het aantal ingediende klachten bij de Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg (LKT) zou tegen deze achtergrond moeten worden begrepen. De kwaliteit van de thuiszorg ‘zelf’ zou niet zozeer een knelpunt zijn, maar eerder mogelijkheden en kansen bieden: de partijen spannen zich de afgelopen vijftien jaar in om in gezamenlijkheid en op basis van transparante maatstaven het kwaliteitsbeleid elan te geven. Naar het opstellen van kwaliteitscriteria ging dan ook de meeste aandacht uit. Kort en bondig kan worden vastgesteld dat de verschillende partijen de kwaliteit van zorg uiteenlopend hebben gedefinieerd in termen van wetgeving (overheid), bestuur (werkgevers), arbeid/doeltreffendheid (beroepsbeoefenaren), bejegening (cliënten) en organisatie/doelmatigheid (verzekeraars), maar dat er in de praktijk overlap tussen deze definities bestaat. Hoewel de diverse kwaliteitscriteria voorsnog zelden meetbaar zijn en de effecten van vijftien jaar kwaliteitsbeleid (dus) nog niet op grote schaal zichtbaar kunnen worden gemaakt, is het in ieder geval zo dat de partijen beter dan voorheen op de hoogte zijn van elkanders kwaliteitswensen.

II ZORGLOGICA'S

Kenmerkend voor de Nederlandse zorgsector is dat structurele veranderingen pas na langdurige strijd of überhaupt niet worden doorgevoerd (Putters, 2001; Van der Grinten, 1990; 1997). Veranderingen en verbeteringen met betrekking tot de organisatie en waarborging van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg laten over het algemeen lang op zich wachten (Boot en Knapen, 1996). Reeds in 1901 pleitte Abraham Kuyper voor de invoering van een volksverzekering om burgers tegen de financiële gevolgen van ziekte te beschermen, maar er zouden vier decennia en tien wetsvoorstellen overheen gaan voordat dit voorstel – nota bene door de Duitse bezetters – werd geïmplementeerd (Tabak, 1994, p. 59). Eveneens zijn alle naoorlogse voorstellen voor structurele veranderingen in een vroegtijdig stadium blijven steken, of het nu die van Van Rhijn in 1945, van Veldkamp in 1966, van Hendriks in 1974, van Dekker in 1987 of van Simons in 1990 betreft (Schut, 1995; 2000; De Haan en Duyvendak, 2002). Wat betreft de twee laatstgenoemde trajecten wordt ironisch genoeg al bijna twintig jaar voor een ‘vernieuwende’ koers geopteerd (vgl. Elsinga en Van Kemenade, 1997). In het vorige boekdeel constateerde ik hoezeer de thuiszorgsector wordt geplaagd door weerbarstigheid. Hij functioneerde het afgelopen decennium als een hogedrukpan met een afblaasventiel dat matig functioneert: wachtlijsten, arbeidschaarste, imago-verslechtering en kwaliteitsgebreken borrelden op, maar vonden geen uitweg. Alle partijen stoorden zich aan de problemen – maar die bleven hardnekkig voortbestaan.

In het huidige boekdeel werk ik Knijns zorglogica-concept nader uit (zie Knijn, 1999; 2000; 2004). Hoewel dit concept op zichzelf ruime toepassingsmogelijkheden kent, pas ik het in deze studie toe op het maatschappelijke *debat* over de invoering van marktprikkels in de thuiszorg. Overwegende dat de typisch Nederlandse, ‘nooit en nergens aflatende, en door alle segmenten van de samenleving gedeelde discussiecultuur’ Nederland geen windeieren heeft gelegd (zie Prak, 2002, p. 8), maar dat de daarachter verscholen agenda’s, strategieën en interesses tegelijkertijd waarschijnlijk ook tot verlamming of dadeloosheid hebben geleid, vraag ik me het volgende af. Hoe is het debat over marktprikkels in de thuiszorg verlopen, welke inhoudelijke posities hebben de diverse partijen erin ingenomen en zijn die posities tussen 1987 en 2002 verschoven? Hoewel de antwoorden op deze vragen naar mijn stellige overtuiging diverse, boeiende inzichten opleveren met betrekking tot allerlei, feitelijke ontwikkelingen in de thuiszorg – al is het maar omdat het debat zich daarop grotendeels toespitst –, is het niettemin het debat zelf dat mij interesseert. Uitgangspunt daarbij is dat (thuis)zorg een omstreden verschijnsel is, waarover in wisselende betekenissen, met verschillende doelstel-

lingen en door groepen met uiteenlopende machtsposities en intenties wordt gediscussieerd. Vandaar dat ik het debat op zeer specifieke wijze, door middel van een zorglogica-analyse, onderzoek.

In hoofdstuk 5 behandel ik het zorglogica-concept wetenschapsfilosofisch. Ik geef aan dat de aard van (thuis)zorg geen gegeven object in de sociale werkelijkheid is, maar een sociale constructie. Deze constructie kan allerhande vormen aannemen, doch wordt telkens gecreëerd binnen de grenzen van het politieke, economische, familiale en professionele zorgdomein. Zorglogica's, zo betoog ik, functioneren als theoretische ideaaltypen. En de *mengvormen* waarin deze ideaaltypen zich openbaren, functioneren als **praktijken of vertogen – dat wil zeggen als aantoonbare, talige constellaties –, die het debat over de inrichting van de thuiszorg vormgeven en sturen.** In hoofdstuk 6 werk ik de politieke, economische, familiale en professionele zorglogica ideaaltypisch uit. In hoofdstuk 7 komt de dataverzameling en -analyse aan de orde. Tegen de achtergrond van het gegeven dat de vier ideaaltypen van zorg zich niet in hun zuivere varianten, maar zich in allerlei mengvormen in publieke documenten manifesteren, geef ik aan hoe ik deze mengvormen tussen 'alles bij de markt' enerzijds en 'alles bij de overheid, familie en professie' anderzijds zal meten en operationaliseren. Het gaat mij er immers om te achterhalen 1) welke verschuivingen er zich tussen 1987 en 2002 in deze mengvormen hebben voorgedaan en 2) welke verschillen en overeenkomsten tussen partijen daarbij vallen te ontwaren. Dit met als doel om in boekdeel III de maatschappelijke discussie over de invoering van marktprincipes in de thuiszorg *duidend* in kaart te brengen. Indien overigens zou blijken dat de (conflicterende) posities die de partijen in het debat hebben ingenomen, een verlamme uitwerking hebben gehad op de aanpak van de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblematiek, zou dat niet alleen inzicht geven in de inhoud en het verloop van het debat, maar ook zichtbaar maken dat er – klaarblijkelijk – een relatie bestaat tussen dat debat enerzijds en het feitelijk voortbestaan van de thuiszorgproblemen anderzijds.

WAT ZIJN ZORGLOGICA'S?

Een van de overeenkomsten tussen maatschappelijke en wetenschappelijke actoren is dat hun standpunten over de publieke sector omstreden zijn. Zo vinden de verschillende maatschappelijke actoren het lastig om de bestaande fricties over dit onderwerp terzijde te schuiven. Ondanks dat allen de kwaliteit en toegankelijkheid van de thuiszorg willen verbeteren, blijkt het in de praktijk moeilijk om over de middelen daartoe consensus te bereiken. Ook wetenschappers interpreteren de ontwikkelingen in de publieke sector niet op een en dezelfde manier. 'The welfare state has been in crisis (Mishra, 1984), under threat (Lowe, 1999a), in transition (Johnson, 1987; Esping-Andersen, 1996), resilient or robust (Le Grand, 1991), reshaped (Johnson, 1990), refashioned (Wicks, 1987), restructured (Sullivan, 1992; 1996; Wilding, 1992), retrenched (Mishra, 1990), reconstructed (Johnson, 1990), residualized (Digby, 1989; Townsend, 1995), rolled back (Hay, 1996), recast (Ferrera and Rhodes, 2000), recalibrated (Ferrera et al., 2001), transformed (Squires, 1990; Sullivan, 1992; Holman, 1993) and even dismantled (Community Development Project, 1977). (...) In short, it is generally agreed that "something happened" (...), but there is little consensus beyond this point' (Powell en Hewitt, 2002, p. 2).

In dit hoofdstuk definieer ik wat zorglogica's zijn en geef ik aan hoe ik ertoe ben gekomen er vier te onderscheiden: de politieke, economische, familiale en professionele zorglogica. Ik omschrijf zorglogica's als Weberiaanse ideaaltypen, die opgebouwd zijn uit een theoretisch 'zuivere' set elementen met betrekking tot zorg.¹ Tegelijkertijd functioneren deze ideaaltypen als Foucaultiaanse vertogen, die effecten (kunnen) sorteren op het verloop van het thuiszorgdebat. Of preciezer: de *mengvormen* waarin de vier ideaaltypen

¹ De reikwijdte van het logica-concept is ruimer dan het domein van de zorg. Evengoed is het toepasbaar op arbeidsvoorziening, onderwijs, welzijn, sociale zekerheid of andere – met name – dienstverleningssectoren die zich begeven op het raakvlak van het politieke, economische, familiale en professionele domein.

zich in het maatschappelijke debat manifesteren, fungeren als vertogen. Het zorglogica-concept benadert de zorg dus niet als een vaststaand object in de sociale werkelijkheid, maar als een sociale constructie. De grenzen ervan zijn gegeven; maar elke variant daarbinnen is omstrede(n) (vgl. Knijn, 1999; 2000; 2004).

DEFINITIE

Zorglogica's definieer ik als ideaaltypen, maar méér dan dat. Het zijn vier ideaaltypische gedachteconstructies, die opgebouwd zijn uit en gehoorzamen aan een theoretisch 'zuivere' set elementen met betrekking tot zorg. Tegelijkertijd functioneren deze ideaaltypen als vertogen, die gerechtvaardigd en gefundeerd worden door personen die in bepaalde machtscircuits recht van spreken hebben. De mate waarin deze personen erin slagen deze vertogen als een legitiem geheel, als een aanvaarde orde uit te dragen, hangt af van hun invloed, gezag of macht. Zorglogica's zijn dientengevolge – bijzondere – ideaaltypen, die invloed uit (kunnen) oefenen op het verloop van het maatschappelijke debat over de zorg. Dit vooronderstelt, zoals ik graag toelicht, dat de mengvormen waarin zij zich openbaren empirisch in dat debat aanwezig zijn.

Eenzijds zijn zorglogica's dus ideaaltypen. Het zijn Weberiaanse gedachteconstructies, wier componenten tezamen de essentie weergeven van een bepaald verschijnsel (Weber, 1971 [1904]; 1972 [1956]; zie ook Zijdeveld, 2000).ⁱⁱ Zo puur theoretisch geformuleerd komen deze gedachteconstructies in de sociale werkelijkheid niet voor. Het zijn voorstellingen, niet bestaande realiteiten, die zich in meer of mindere mate in de werkelijkheid manifesteren. Het voordeel van een ideaaltype is dat deze een theoretische meetlat verschaft, waartegen de mate waarin een bepaald verschijnsel daarvan empirisch afwijkt, kan worden afgezet. In het huidige onderzoek hanteer ik bijvoorbeeld een ideaaltypische formulering van de markteconomie, aan de hand van onder meer een theoretisch zuivere beschrijving van de werking van het vrije prijsmechanisme. Maar 'de' markteconomie bestaat empirisch niet. Monetaristische, centraal geleide, Keynesiaanse, gemengde en andere typen economieën wisselen elkaar in de maatschappelijke realiteit af, afhan-

ⁱⁱ In het volgende hoofdstuk werk ik uit dat het componenten betreft op ideologisch, institutioneel en micro-niveau. Zo is de politieke zorglogica opgebouwd uit sociale rechtvaardigheid als ideologie, de wetgevende overheid als instituut en de relatie tussen burgers en de staat op micro- of instellingsniveau. 'Zorg' is vanuit dit perspectief een wettelijk recht.

kelijk van onder meer de rol die de overheid in deze economieën speelt. Ergo: het ideaaltypisch omschreven marktmodel reikt een theoretisch zuivere descriptie aan, op grond waarvan de positie van reële markten en de veranderingen die zich daarin in de loop der tijd voordoen, inzichtelijk kunnen worden gemaakt.

Anderzijds functioneren zorglogica's als Foucaultiaanse vertogen ofwel als talige constellaties die effect (kunnen) sorteren op het verloop van het debat (Foucault, 1971; 1989; Maier, 2004). Preciezer geformuleerd: **de mengvormen waarin de ideaaltypisch geformuleerde zorglogica's zich in het maatschappelijke debat manifesteren, fungeren als vertogen.** Deze worden ingevuld en verbreid door personen in uiteenlopende netwerken van machtsrelaties. De mate waarin zij erin slagen de ene dan wel de andere mengvorm als geldig, goed, waar of wenselijk uit te dragen, hangt af van de invloed die hun vertoog uitoefent op het vertoog van anderen. Het feit dat vertogen invloed hebben, betekent niet dat de personen die deze vertogen aanwenden zich van het zorglogica-model als zodanig of van de uiteenlopende claims die dit model mogelijk maakt, bewust hoeven te zijn. Soms fungeren personen als een radertje in een systeem waarvan zij de samenhang zelf niet overzien. Dat neemt echter niet weg, zo luidt mijn stelling, dat hun twijfels, lofzangen of bezwaren ten aanzien van de inrichting van de zorg te *analyseren* zijn als vertogen tussen 'alles bij de markt' en 'alles bij de overheid', tussen 'alles bij de familie' en 'alles bij de professie'. Het voordeel van een analyse van vertogen is dat deze aantoonbare en controleerbare uitspraken mogelijk maakt over de mate waarin en de wijze waarop de vier ideaaltypen zich in het maatschappelijk debat manifesteren. Hoewel er wellicht alternatieve (historische) onderzoeksanalyses denkbaar zijn om operationalisaties van ideaaltypen te bereiken, vloeit in het voorliggende onderzoek de keuze voor een vertooganalyse voort uit mijn oriëntatie op het maatschappelijke debat enerzijds en de posities die partijen daarin bezetten anderzijds.

DE IDEEAALTYPISCHE METHODE EN VERTOOGANALYSE

Zorglogica's zijn ideaaltypen, maar méér dan dat. Het zijn methodische constructies, maar wat ze met name relevant maakt is dat hun werking en aanwezigheid verder reikt dan zuiver het conceptuele. Het eigenaardige is dat ze in hun theoretisch zuivere vorm nooit in de praktijk terug te vinden zijn, maar dat ze er als mengvormen in vóórkomen. Het doel van de ideaaltypici-

sche methode is de deels ordelijke, deels wanordelijke werkelijkheid van zorg van een rationele leidraad te voorzien, opdat deze beter wordt begrepen. Een ideaaltype, aldus Weber (1971 [1904], p. 63) 'is formed by the one-sided accentuation of one or more points of view and by the synthesis of a great many diffuse, discrete, more or less present and occasionally absent concrete individual phenomena, which are arranged according to those one-sidedly emphasized viewpoints into a unified analytical construct (*Gedankenbild*). In its conceptual purity, this mental construct (*Gedankenbild*) cannot be found empirically anywhere in reality. It is a utopia'.

Door, in eerste instantie, bepaalde elementen van de inrichting van de zorg te accentueren en andere bewust te negeren, geheel in samenhangende termen, alsof er in werkelijkheid niet verschillende invloeden door of langs elkaar heen lopen, leg ik het krachtenveld bloot dat deze inrichting van de zorg (re)genereert. Als wisselwachters bij de spoorwegen construeer ik de pure betekenisystemen waartoe de actoren en de problemen die zij oplossen of veroorzaken zich verhouden. Zoals ik in hoofdstuk 6 ontvouw, betreft het vier betekenisystemen op ideologisch, institutioneel en instellingsniveau. Zo is de economische zorglogica opgebouwd uit het economisch liberalisme als ideologie, de vrije markt als instituut en de relatie tussen ondernemers en consumenten op instellingsniveau. 'Zorg' is vanuit dit perspectief een commercieel product. Expliciet is het mij te doen om het creëren van een typologisch model in plaats van een realistische kopie van de inrichting van de zorg. 'If we were able to give an exact picture or mirror image of this complexity and perpetual change, if we could construct, say with the help of a computer, a theoretical model that would contain all the variables, factors and change agents that make up reality, we would not come any closer to what we want to achieve in the first place which is, after all, *understanding, grasping reality*. We would merely duplicate reality in a model, and then undoubtedly experience the urge to understand this duplicated reality' (Zijderveld, 2000, p. 27).

In tweede instantie analyseer ik de combinaties waarin de vier ideaaltypen zich in de maatschappelijke realiteit, casu quo geschreven teksten openbaren.^{III}

^{III} Hoewel er geen principiële redenen bestaan waarom zorglogica-analyses niet óók op andere realiteiten dan openbare documenten betrekking zouden kunnen hebben, zoals op handelwijzen of niet-openbare documenten, ligt in het huidige onderzoek naar het maatschappelijke thuiszorgdebat een analyse van openbare teksten voor de hand. Theoretisch is het overigens lastig om een strikte grens te trekken tussen de definitie van een vertoog of een handelwijze, al is het maar omdat het hanteren van een vocabulaire of het geven van een argument een handeling is, die andere handelingen kan beïnvloeden (Maier, 2004). Foucault (1971; 1982) schaar vertogen en handelwijzen dan ook onder één term: praktijk. Hij stelt voor te onderzoeken welke voorwaarden het bestaan van een praktijk aanvaardbaar maken, ofwel door welke machtsinterventies praktijken als 'waar', betekenisvol of intern consistent worden ervaren. Zijn hypothese daarbij luidt dat praktijken 'tot op zekere hoogte hun eigen regelsysteem hebben, hun logica, hun strategie, hun evidentie, hun "ratio"' (Foucault, 1982, p. 502).

Met behulp van een vertooganalyse toon ik of en hoe de vier ideaaltypen in teksten van de nationale politiek of maatschappelijke actoren tot uitdrukking komen en bijgevolg, of en hoe ideaaltypen de vorm van vertoog aannemen. Neem de discussies 'over basis- en aanvullende pakketten, over nominale en procentuele premies en over al of niet verplichte eigen bijdragen die ook weer nominaal of procentueel kunnen zijn dan wel voorzien van een al of niet inkomensgebonden plafond. Maar het kan ook eenvoudig. Trek een lijn. Rechts op die lijn komt de mogelijkheid: ieder betaalt voor zich. Links staat: het collectief betaalt voor iedereen' (Tabak, 1994, p. 58). Elk bestaand stelsel en elke politieke optie is ergens tussen de ideaaltypen van de markt en de overheid te projecteren. Daarnaast discussieert men in de thuiszorg over zaken die ideaaltypisch gereduceerd kunnen worden tot de mate waarin de sector geprofessionaliseerd zou moeten zijn: in het ene extreme geval wordt uitgegaan van volledige professionele hulpverlening thuis, in het andere van compleet aan informele verzorgers overgedragen zorgverlening.

De overeenkomst tussen het ideeëngoed van Weber en Foucault is de aanname dat waarheid en onwaarheid, rationaliteit en irrationaliteit in de sociale werkelijkheid met elkaar verweven zijn. Weber stelt zich ten doel om deze complexe werkelijkheid, waarin rationele en irrationele elementen onontwaaarbaar met elkaar zijn vermengd, analytisch te ontrafelen door deze te vergelijken met pure, rationele ideaaltypen. Theoretisch zuivere gedachteconstructies brengen immers een ordening in de chaos teweeg als ze met de sociale werkelijkheid worden geconfronteerd. Ideaaltypen – zo stelt Zijdeveld – 'zijn vooral van belang voor wat ze niet zeggen!' (1990, p. 48). Omdat ideaaltypen volgens Weber *niet* mogen worden opgevat 'as real "forces" and as a "true" reality which operates behind the passage of events and which works itself out in history' (1971 [1904], p. 66), schuilt volgens hem in het verwarren van ideaaltypen met de 'echte' werkelijkheid het grootste gevaar.

Foucault denkt daar anders over en spreekt dan ook niet van ideaaltypen. Hij beweert dat het niet mogelijk is om enkel met behulp van ideaaltypen de werkelijkheid te verstaan, aangezien ideaaltypen *zelf* onderdeel van de werkelijkheid uitmaken: de realiteit is een totale verknoping van strategieën, die 'nooit integraal [worden] doorgevoerd; ze worden vereenvoudigd, sommige worden gekozen, andere niet; en het loopt nooit zoals was voorzien. Maar wat ik wilde aantonen is dat dit verschil er niet een is tussen het zuivere ideaal en de wanordelijke onzuiverheid van het werkelijke; maar dat er in feite verschillende strategieën tegenover elkaar stonden, door en langs elkaar heen liepen, op elkaar gestapeld werden en blijvende en solide effecten produceerden waarvan men de rationaliteit volstrekt kan begrijpen ondanks het feit

dat ze niet conform de aanvankelijke programmering zijn' (Foucault, 1982, p. 508-509).

En hij vervolgt: 'niets van dit alles is een "ideaaltype". Ik probeer zicht te krijgen op het spel en de ontwikkeling van uiteenlopende realiteiten die met elkaar zijn geleed'. Het verschil tussen Weber en Foucault zit hem dus in datgene wat zij met de werkelijkheid willen. De eerste brengt met ideaaltypen de verweven rationele en irrationele aspecten van het 'werkelijke' leven in kaart, zij het langs een rationele leidraad. Foucault daarentegen richt zich op de verwevenheid van ideaaltypen met de werkelijkheid. Ook al nemen zij de plaats van het werkelijke niet in, ze beantwoorden wel aan een hele reeks van uiteenlopende praktijken of vertogen, en brengen daarnaast talrijke effecten in de maatschappij teweeg: 'zij kristalliseren uit tot instellingen, drukken hun stempel op het gedrag van individuen, fungeren als raster voor de waarneming en waardering der dingen' (Foucault, 1982, p. 509). Gaat het bij Weber om datgene wat de ideaaltypen *niet* zeggen; bij Foucault draait het om de vraag wat ze *wel* uitdragen.

Een zorglogica-analyse veronderstelt daarentegen een wetenschappelijke omgang met ideaaltypen die voor zover mij bekend nooit eerder is gehanteerd: het operationaliseren, coderen en analyseren van de mengvormen waarin deze ideaaltypen als vertogen vóórkomen. Waar de ideaaltypische methode als zodanig geen empirische bewijsgrond kan leveren voor de empirie waarover deze methode desalniettemin zegt inzicht te verschaffen, bieden vertooganalyses de mogelijkheid om die controleerbare, empirische uitspraken wél te doen. 'Historical research', betoogt ook Weber, 'faces the task of determining in each individual case, the extent to which this ideal-construct approximates to or diverges from reality' (1971 [1904], p. 63-64). Omgekeerd voorziet de ideaaltypische methode de vertooganalyse van een aantal theoretische kaders die deze vertooganalyse zelf node mist. Zelfs, of eigenlijk: juist Foucault geeft toe dat vertooganalyses zowel te veel als te weinig verhelderen. Vertooganalyses verschaffen 'te veel diverse relaties, te veel analyselijnen [en] tegelijkertijd niet genoeg noodzakelijke eenheid', aldus Foucault (1982, p. 505), maar hem is het dan ook om het onderbouwen van de alomtegenwoordigheid van vertogen te doen (zie verder Foucault, 1971; 1978; 1989).

WELKE ZORGLOGICA'S?

Knijin (1999; 2000; 2004) constateert dat het Nederlandse zorgsysteem tot 1987 eerst en vooral door drie zorglogica's gestalte is gegeven. Voortkomend

uit zowel de verzuilde christen-democratische, als de verstatelijkte sociaal-democratische infrastructuur, met het zwaartepunt in de loop van de jaren zeventig en tachtig op het laatste, onderscheidt zij in de thuiszorg de politieke, professionele en familiale zorglogica. Elk van deze zorglogica's kent haar redenen en beginselen, op grond waarvan de toegankelijkheid en kwaliteit van de thuiszorg worden of kunnen worden georganiseerd:

1. De *politieke zorglogica* is gefundeerd op een zekere conceptie van sociale rechtvaardigheid en een bureaucratisch overheidsapparaat dat verantwoordelijkheid draagt voor de verdeling van de (schaarse) zorg over haar burgers. Of het nu een liberaal, sociaal- of christen-democratisch bestuurde overheid betreft, de toewijzing van zorg vindt telkens plaats op basis van rechtsgelijkheid en zonder aanzien des persoons.
2. De *professionele zorglogica* is gestoeld op professionele opvattingen, normen en waarden, gebaseerd op vakinhoudelijke kennis en vaardigheden. Deze logica gaat uit van de aanwezigheid van een afgebakend beroepsdomein, waarbinnen professionals naar eigen oordeel en inzicht beslissingen nemen over bijvoorbeeld de hoeveelheid en het type zorg dat zou moeten worden verleend.
3. De *familiale zorglogica* is gegrond op de wetten en principes die familie- of gemeenschapsleden er 'spontaan' toe aanzetten ten opzichte van elkaar wederkerigheid te betrachten. Familie- en gemeenschapszorg vloeit rechtstreeks voort uit de aard van de desbetreffende sociale relatie (partner, geloofsgenoot, vriend et cetera). Persoonlijke betrokkenheid en/of plichtsbefes spelen in deze logica een doorslaggevende rol.

Het denken in termen van de markt, zoals dat in de gezondheidszorg sinds het rapport van de commissie-Dekker (1987) opgeld doet, is daarentegen ingebed in de *economische zorglogica*. Deze logica is gebaseerd op de beginselen van het economisch liberalisme, het vrije marktmechanisme, ondernemerschap en consumentisme (vgl. Freidson, 2001). Wordt de zorg vanuit het perspectief van de politieke, professionele en familiale zorglogica als een (wettelijk) recht, professionele dienst of morele plicht gedefinieerd – met de invoering van marktprincipes wordt daaraan de invalshoek van zorg als (commercieel) product toegevoegd. Op vergelijkbare wijze wordt de toewijzing van de zorg per zorglogica verschillend georganiseerd. 'Die toewijzing gebeurt door de overheidsbureaucratie op basis van verdelende rechtvaardigheid: iedereen heeft in gelijke mate recht op de (beperkte) voorzieningen. Professionals wijzen zorg toe op basis van hun professionele interpretatie van

de behoefte aan hulp. Diagnose en indicatiestelling zijn daarbij de belangrijkste hulpmiddelen. En familieleden, vrienden en burens geven hulp op basis van persoonlijke betrokkenheid en/of morele plicht. Hoe anders werkt de markt: daar gelden wetten van vraag en aanbod en heersen criteria van efficiency en effectiviteit' (Knijn, 1999, p. 96).

Inhoudelijk wijkt deze vierdeling af van de driehoek die in de verzorgingsstaatliteratuur gebruikelijk is: markt, staat en corporatistisch middenveld. De belangrijkste reden daarvoor is volgens Knijn (2004; zie ook Anheier, 2001) dat het corporatistische middenveld niet meer het unieke, verzuilde karakter heeft dat zij lange tijd heeft gehad. Hoewel dit tussengebied tussen overheid en markt in omvang noch belang is afgenomen, bestaat het niet langer bij de gratie van confessionele of politiek-ideologische waarden. Knijn stelt dat de traditionele corporaties onder toenemende overheidsbemoeienis zijn komen te staan, zowel inhoudelijk als financieel, hetgeen van hen verkapte overheidsorganisaties zou hebben gemaakt. Voor zover ze dat niet doen, gelden ze volgens haar steeds vaker als particuliere ondernemingen, zoals blijkt uit de omvormingen van veel van deze corporaties tot 'moderne' branche-organisaties.

Analytisch gezien hebben de meeste verzorgingsstaatonderzoekers weinig aandacht voor de professionele logica (vgl. Streeck en Schmitter, 1985). Waar bij hen vooral het terrein van de overheid en markt in de belangstelling staat, beschouwen ze het professionele domein doorgaans als 'an indicator of something else – of class, education, status, or income' (Freidson, 2001, p. 11). Deze analytische ondergeschiktheid van het professionele is merkwaardig. Alleen al het gegeven dat de professionals in de thuiszorg het voortouw nemen in het primaire proces, dat zij zich op grond van opleiding en expertise kunnen opwerpen als de meest geëigende bron van kennis en kunde, en dat er over de mate waarin dat het geval zou moeten zijn reeds sinds Achterhuis (1979) een polemiek wordt gevoerd, roept de vraag op waarom de professe in de verzorgingsstaatliteratuur zo zelden als zelfstandige, analytische categorie wordt onderscheiden (vgl. Freidson, 2001; Tonkens, 2003). Op basis van de sociologie van de professe, waarin dat wel gebeurt, werk ik in dit onderzoek daarom de professionele zorglogica nader uit.

De verschillende varianten, subdisciplines en onderzoeksdomeinen van de sociologie van de professe hebben op hun beurt echter relatief weinig oog voor het gegeven dat van oudsher ook *familiale* normen en waarden een drijvende, institutionele rol in de verzorgingsstaat spelen (zie o.a. Macdonald, 1995; Van der Krogt, 1981). Dit ondanks het gegeven dat in de Nederlandse situatie het subsidiariteitsbeginsel leidend is. Doorgaans heeft deze sociologie hoog-

gespecialiseerde professies als medisch specialisten, rechters of hoogleraren als studieonderwerp, in plaats van semi-professionals als thuiszorgers, onderwijzers, arbeidsbemiddelaars of maatschappelijk werkers. Larson (1977), Freidson (1970), Zakaria (2003) en Krause (1996) hebben aangetoond hoe de discretionaire invloed van professionals afneemt naarmate de invloed van de *markt* of *overheid* erop toeneemt. 'Semi-professions', aldus Krause (1996), 'have developed very little guild power, at any time, (...) because states and/or capitalism prevented them from developing such power' (p. 21). Met Knijn voeg ik daaraan dus de invloed van de *familie* toe (vgl. Theobald, 2003). Met name semi-professionals, die ogenschijnlijk 'alledaagse' taken uitvoeren, begeven zich immers op het snijvlak van professionele en familiale vaardigheden. Voor het gemak duid ik 'semi-professionals' in het vervolg van dit boek overigens aan als 'professionals'.

6.

POLITIEKE, ECONOMISCHE, FAMILIALE EN PROFESSIONELE ZORGLOGICA

In dit hoofdstuk karakteriseer ik op ideaaltypische wijze achtereenvolgens de politieke, economische, familiale en professionele zorglogica (zie ook Knijn, 1999; 2000; 2004). Ik doe dat telkens op ideologisch, institutioneel en relationeel niveau.¹ Hoofddoel daarvan is om, in het volgende boekdeel, de *menvormen* te kunnen achterhalen waarin deze ideaaltypisch geformuleerde zorglogica's zich sinds 1987 in maatschappelijke thuiszorgdocumenten hebben geopenbaard. Hoe lopen in de (beleids)tekstuele werkelijkheid de logica's van de staat, markt, familie en professie door en langs elkaar heen? Is er sprake van botsende logica's of kruisbestuivingen? Welke verschillen bestaan er tussen partijen of perioden? En wat betekent dat voor de aanpak van wachtlijsten, arbeidsschaarste, imagoproblemen en kwaliteitsgebreken in de thuiszorg?

POLITIEKE ZORGLOGICA

In de ideaaltypische politieke zorglogica is het de *overheid* die de hand heeft in de verzorging van haar burgers. Of het nu een overwegend liberale, sociaal-democratische of corporatistische staat betreft (Esping-Andersen, 1990), in elk van de drie verzorgingsstaatsvormen heeft de overheid de beschikking over een belasting- en machtsmonopolie; over wet- en regelgeving; en over een hiërarchisch gecontroleerd, bureaucratisch herverdelingsapparaat, op grond waarvan zij (categorieën van) burgers gelijk en zonder aanzien des per-

¹ Met het relationele niveau, ook wel het niveau van de 'instelling' of het 'primaire proces' genoemd, bedoel ik de wijze waarop de relatie tussen aanbieders en ontvangers van thuiszorg wordt gedefinieerd: als overheid-burgers, ondernemers-consumenten, informele verzorgers-naasten of professionals-patiënten?

soons behandelt. In de politieke zorglogica zijn in eerste instantie politici en ambtenaren verantwoordelijk voor de publieke zaak. Op grond van sociale rechtvaardigheidsconcepties zijn zij het die er hoofdverantwoordelijkheid voor dragen dat burgers van een toegankelijke en kwalitatief goede (thuis)zorg worden voorzien.

Uiteraard is de totstandkoming van de legitimiteit van het overheidshandelen verknoopt met het politieke spel (om de gunst van de kiezer, medeparlementariërs of belangenorganisaties), met de heersende politieke verhoudingen (coalitie versus oppositie) en met verschillende politieke domeinen (de gemeenteraad, het parlement, de ambtelijke voorportalen, lobbycircuits et cetera). Meer fundamenteel raakt de legitimiteit van de overheid echter aan een aantal politiek filosofische krachten (vgl. Den Hartogh, 1987; Pijnenburg, 1989; Young, 1996, p. 479-481). In de Nederlandse situatie zijn in dit verband de heersende liberale, christen- en sociaal-democratische percepties op sociale rechtvaardigheid relevant, die ik in het nu volgende ideaaltypisch presenteer.ⁱⁱ

SOCIALE RECHTVAARDIGHEID ALS IDEOLOGIE

De eerste bouwsteen van sociale rechtvaardigheid is *vrijheid*.ⁱⁱⁱ Hoewel aan het belang van het vrijheidsbeginsel door verschillende auteurs een verschillende lading wordt gegeven en hoewel de invulling en betekenis daarvan voor de rol van de staat verschilt, wordt vrijheid in nagenoeg alle stromingen genoemd als essentieel onderdeel van rechtvaardigheid.

Vertegenwoordigers van het liberalisme, bijvoorbeeld, beweren dat vrijheid het meest vooraanstaande beginsel is waarop een samenleving is gebaseerd. Zo meent Nozick (1974), drager van het klassiek liberale standpunt, dat er wat betreft verdelingsvraagstukken sprake is van rechtvaardigheid op het moment dat de verdeling ontstaat op grond van vrijwillige keuzen van individuen – onafhankelijk van de vraag of de uitkomst ervan (on)gelijkheid tus-

ii De discussie over rechtvaardigheid speelt in de politieke filosofie een centrale rol, speciaal sinds deze door Rawls (1999 [1971]) nieuw leven werd ingeblazen. Zijn 'Theory of Justice' vormde de bakermat voor werken van onder andere Nozick (1974), Miller (1976), Ackerman (1980) en Walzer (1983). Binnen de politieke filosofie rivaliseert Rawls' sociale contracttheorie met verschillende benaderingen, zoals het utilitarisme, het utopisch-anarchisme en de liberale stellingname (zie Lehning, 1986, p. 194-282; Miller, 1991). Daarbuiten nemen vooral sociaal-psychologen, economen, juristen (zie Scherer, 1992; Arts, 1984, p. 33-49) en sociologen als Coleman (1976) het voortouw in de discussie.

iii In het volgende ga ik er vanuit dat de kern van *sociale* rechtvaardigheid – ook wel distributieve of verdelende rechtvaardigheid genoemd – uit dezelfde aspecten bestaat als de kern van (algemene) rechtvaardigheid. In het geval van sociale rechtvaardigheid staat weliswaar de vraag centraal op welke wijze goederen, materieel dan wel immaterieel, zouden moeten worden verdeeld; maar de principes die eraan ten grondslag liggen, zijn mijns inziens gelijk aan de beginselen die de basis vormen van (algemene) rechtvaardigheid.

sen groepen of individuen bewerkstelligt. ‘Individuals have rights, and there are things no person or group may do to them (without violating their rights)’ (1974, p. ix). Klassiek liberalen definiëren vrijheid als de afwezigheid van dwang. Met name overheidsdwang wordt afgewezen. De enige verantwoordelijkheid die de overheid zou mogen nemen is het bewaken van individuele vrijheden (Loizou, 1997). Ook voor een sociaal-liberaal als Rawls (1999 [1971], p. 214-220) is vrijheid het meest basale goed van een rechtvaardige samenleving. Voorwaarde daarvoor is volgens hem echter dat deze vrijheid in principe in gelijke mate onder de individuen van een groep of samenleving wordt verdeeld. In een situatie van volledige vrijheid zouden sommige individuen immers meer dan anderen de mogelijkheid hebben van bepaalde verdelingen te profiteren – bijvoorbeeld omdat er zekere, onoverkomelijke biologische of sociale verschillen tussen deze individuen bestaan. Wel stelt Rawls dat ongelijkheden in een samenleving rechtvaardig zijn op het moment dat deze een nog groter onrecht voorkómen.^{IV}

In de christen-democratische staatsleer, vervolgens, komt vrijheid tot uitdrukking in verantwoordelijkheid. Burgers zouden erkend worden in hun verantwoordelijkheid voor de ander, zelfs als de staat dat probeert te verhinderen. ‘In de Griekse tragedie treffen we dit bij Antigone, die haar gesneuvelde broer wil begraven omdat de goden dat vergen, terwijl de staat in de persoon van de tiran Kreon het verbod omdat het om een opstandeling ging. Een rechtstreekse relatie met een niet willekeurige, maar rechtvaardige God bevestigt de morele autonomie van het subject’ (Klop, 1999, p. 43).^V Een conditio sine qua non voor een dergelijke vrijheidsbeleving is echter dat de overheid zich kwijft van haar – in de ogen van christen-democraten – belangrijkste taak: het leveren van elementaire basisvoorzieningen en een minimale bestaanszekerheid voor burgers, opdat het ze mogelijk wordt gemaakt ‘om de schepping te beheren, om de samenleving in te richten en tot bloei te brengen en om zichzelf in verantwoordelijkheid te verwerklijken’ (Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, 1990, p. 122). Het sociale beleid zou in die vrijheid tot verantwoordelijkheid zijn rechtsgrond vinden.

IV Een belangrijk punt daarbij is dat Rawls’ twee beginselen lexicografisch geordend zijn. Het eerste beginsel, het beginsel van de grootst gelijke vrijheid, is het meest belangrijk: ‘the claims of liberty are to be satisfied first’ (1999 [1971], p. 214). Het tweede beginsel is daaraan van ondergeschikt belang. Sociale en economische ongelijkheden gelden pas als potentieel rechtvaardig als aan het vervullen van het eerste beginsel geen afbreuk wordt gedaan.

V Vrij zijn van overheidsdwang is in de christen-democratische politieke filosofie bovendien een voorwaarde voor een bloeiend pluriform maatschappelijk leven. Een van de christen-democratische uitgangspunten is immers dat de samenleving bestaat uit kwalitatief uiteenlopende, onderling niet tot elkaar te herleiden maatschappelijke sferen (vgl. Walzer, 1983). ‘Tegenover alle andere kringen in de samenleving heeft de staat iets geheel eigens, waaruit zijn relatieve zelfstandigheid te verklaren is. Dat geldt niet alleen voor de staat, ook de overige leefsteren maken elk voor zich aanspraak op die betrekkelijke zelfstandigheid of soevereiniteit’ (Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, 1990, p. 110-111).

Vertegenwoordigers van het sociaal-democratische model, tot slot, redeneren dat de staat – in plaats van vrijheid en individualisme te dwarsbomen – deze juist tot volle wasdom brengt, of dat in sommige situaties in ieder geval zou moeten doen (Bussemaker, 1993). Hoewel deze redenering meerdere variaties kent, geldt steeds dat sociaal-democraten meer dan klassiek liberalen oog hebben voor de sociale omstandigheden die individuen belemmeren in het realiseren van hun ‘vrije’ keuzes en ‘eigen’ verantwoordelijkheden (zie O’Connor e.a., 1999; Mishra, 1984). Dientengevolge benadrukken zij meer de rol die de overheid in het opheffen en compenseren van dergelijke belemmeringen behoort te spelen (De Beus, 1992; Vandenbroucke, 2001). Kenmerkend voor de hedendaagse sociaal-democratie is dat daarin een pragmatisch collectivisme is samengevloeid met liberale opvattingen (Kalma, 1988; 1997). De sociaal-democratie zou de liberale samenleving niet hebben vernietigd of aan banden gelegd, maar versterkt. ‘Ze heeft haar helpen “organiseren”, zonder de drijvende krachten achter die samenleving, kapitalisme en individualisme, te blokkeren’, aldus Kalma (1988, p. 160). Blijft echter overeind dat zelfs de meest liberale sociaal-democraten de staat als een institutie zien die, middels het aanbieden van sociale voorzieningen en het vrijmaken van de benodigde middelen, de individuele vrijheid van burgers eerder stimuleert dan belemmert. Dit gaat gepaard met de mening dat het gelijkheidsbeginsel zwaar moet wegen.

De tweede bouwsteen van sociale rechtvaardigheid is *gelijkheid*. Gelijkheid staat weliswaar niet gelijk aan rechtvaardigheid, maar een zekere stellingname ten aanzien van gelijkheid (en dus ten aanzien van ongelijkheid) is noodzakelijk om rechtvaardigheid te kunnen typeren (Bell and Schokkaert, 1992). Liberalen, christen- en sociaal-democraten twisten echter over het antwoord op de vraag wanneer en in welke domeinen gelijkheid zou moeten gelden. ‘In fact, virtually everyone in the modern world believes in equality of *something*. All modern states are based on belief in some sort of equality and claim to treat their citizens equally. But what is involved in “treating people equally”?’ (Commission on Social Justice, 2000, p. 54)

Sociaal-democraten zien gelijkheid als een sociaal doel en zijn om die reden van mening dat de staat individuen – die ‘van nature’ niet gelijk zijn – ongelijk moet behandelen (De Beus, 1992). De sociaal-democraat Vandenbroucke (1997; 2001) maakt daarbij onderscheid tussen ongelijkheden die het gevolg zijn van vermijdbare, persoonlijke keuzes enerzijds en ongelijkheden die voortkomen uit onvermijdbare, sociale of biologische omstandigheden anderzijds, zoals in de vorm van onvrijwillige werkloosheid, ziekte of armoede.

Enkel ongelijkheden in laatstgenoemde categorie zouden onrechtvaardig zijn, en dienen te worden vereffend. ‘Wie het voordeel van “good luck” geniet, moet bereid zijn diegenen die getroffen zijn door “bad luck”, te compenseren: geen van beide vloeien voort uit eigen verantwoordelijkheid of verdienste’ (Vandenbroucke, 1997, p. 264). In de sociaal-democratische optiek is het de overheid die het beste aan de nivellering van sociale ongelijkheden kan bijdragen, niet alleen door individuen civiele en politieke, maar ook economische en sociale rechten te garanderen (vgl. Marshall, 1963).

Waar sociaal-democraten voorstanders zijn van gelijkheid tussen individuen, zijn christen-democraten gericht op gelijkheid tussen gezinnen. Niet individuen, maar gezinnen zouden de kleinste maatschappelijke eenheid zijn (Maritain, 1956). Hoewel christen-democraten op elementair niveau gelijkheid tussen individuen nastreven – alle burgers zouden recht hebben op een aantal (financiële) basisvoorzieningen – worden de daar bovenop bestaande verschillen tussen individuen gerespecteerd en aanvaard: het door gelijkheid bepaalde rechtendiscours krijgt in de christen-democratie altijd een aanvulling die gerelateerd is aan onderlinge verantwoordelijkheid en solidariteit. Waar sociaal-democraten stellen dat een dergelijke benadering structurele ongelijkheden tussen burgers oplevert, menen christen-democraten dat het de gelijkwaardigheid tussen mensen zichtbaar maakt, de uniciteit van ieder mens accentueert en de pluriformiteit van de samenleving bevordert (vgl. Etzioni, 1993). Vandaar dat christen-democraten de verschillen die er in hun ogen ‘van nature’ behoren te zijn, laten bestaan. Voorkeursbehandelingen van vrouwen boven mannen worden om die reden afgewezen. Wel zouden gezinnen en (andere gemeenschappen) in staat moeten worden gesteld hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te realiseren, bijvoorbeeld door hun gezinstoeslagen aan te bieden. ‘Christian democrats see themselves as the special upholders of the family’s needs and rights (...). Family allowances, then, became a means to supplement the possibly inadequate family living wages, and relatively high replacement rates in the benefit structure of a society are to assist families in times of misfortune’ (Van Kersbergen, 1995, p. 185).

Binnen het liberale jargon, ten slotte, domineert het rechtsgelijkheidsbeginsel. Gelijkheid blijft er idealiter beperkt tot gelijkheid van vrijheid ofwel tot formele gelijkheden in de vorm van een aantal civiele, juridische en politieke rechten. Zoals reeds opgemerkt benoemt Rawls gelijkheid van vrijheid als belangrijkste aspect van rechtvaardigheid, behalve als zekere ongelijkheden in een samenleving een nog groter onrecht voorkómen. Ten eerste zou de *uitkomst* van bepaalde verdelingen van bronnen ongelijk mogen zijn, zolang er sprake is van gelijkheid van *kansen* ten aanzien van het bemachtigen

van deze bronnen. 'Social and economic inequalities are to be arranged so that they are (...) attached to offices and positions open to all under conditions of fair equality of opportunity' (Rawls, 1999 [1971], p. 266). Dit komt overeen met het principe dat ongelijkheden aanvaardbaar zijn op het moment dat de samenleving dusdanig is georganiseerd dat mensen met gelijke talenten, mogelijkheden en inspanningen over dezelfde (carrière)kansen beschikken ofwel met het principe van het gelijke recht voor gelijk getalenteerde individuen om ongelijk te mogen zijn (Roemer, 1996; De Ruijter, 1999). Een tweede principe waaronder ongelijkheid volgens Rawls gerechtvaardigd kan voortbestaan, is wanneer deze eerst en vooral baat oplevert voor individuen of groepen in achterstandsposities, zoals voor mensen met fysieke of mentale belemmeringen (vgl. Musschenga, 1994). Dit principe, ook wel het beginsel van de compenserende ongelijkheden of het *difference*-principe genoemd, verschaft het materiaal voor de derde en laatste bouwsteen van rechtvaardigheid: solidariteit. 'The difference principle (...) does seem to correspond to a natural meaning of fraternity: namely, to the idea of not wanting to have greater advantages unless this is to the benefit of others who are less well off' (Rawls, 1999 [1971], p. 90).

Solidariteit, gedefinieerd als 'het bewustzijn van saamhorigheid en de bereidheid de gevolgen daarvan te dragen' (STG, 1994, p. 28), is het paradepaard van de christen-democratische wereldbeschouwing. Met het solidariteitsbeginsel zetten christen-democraten zich af tegen de in hun ogen overgecollectiviseerde sociaal-democratie en het zelfzuchtige liberalisme. Tussen die twee stromingen 'plaatst zich het confessionalisme in de vorm van een corporatisme dat de tegenstellingen tussen de partijen zoekt te verzoenen in een geest van organische solidariteit en sociale harmonie' (Van Doorn, 1984, p. 32).^{vi} De ideaaltypische christen-democratische politieke filosofie beschouwt mensen in essentie als verankerd in gemeenschappen, die vooraf gaan aan hun individualiteit en onontkoombare, wederkerige sociale relaties tot gevolg hebben. Het betreft dan wederkerigheid binnen 'lage' gemeenschappen zoals families of buurten, en niet, zoals dat in de sociaal-democratische opvatting gemeengoed is, binnen de omvattende staatsgemeenschap (zie ook: Barber,

vi Durkheim (1984, p. 31-87) onderscheidt mechanische solidariteit gebaseerd op gemeenschappelijkheid tussen mensen en organische solidariteit gegrondvest op interdependentie. De eerste soort vinden we vooral in traditionele samenlevingen met weinig arbeidsdeling; het laatste type in moderne maatschappijen met veel arbeidsdeling. 'Yet if the division of labour produces solidarity (...) it is because it creates between men a whole system of rights and duties joining them in a lasting way to one another. Just as social similarities give rise to a law and a morality that protect them, so the division of labour gives rise to rules ensuring peaceful and regular co-operation between the functions they have been divided up' (Durkheim, 1984, p. 337-338).

1997, p. 77-81; Van Gunsteren, 1992, p. 44-61). 'At the heart of the Communitarian understanding of social justice', meent Etzioni, 'is the idea of reciprocity: each member of the community owes something to all the rest, and the community owes something to each of its members. Justice requires responsible individuals in a responsive community' (1993, p. 160).

Dat solidariteit in de christen-democratische denkwijze met name in (de) gemeenschap tot uitdrukking komt, betekent enerzijds dat de overheid slechts aanvullend en subsidiair optreedt.^{vii} Staatssolidariteit is pas aan de orde als de wederzijdse steun binnen gemeenschappen ontoereikend is of achterwege blijft. Anderzijds verwachten christen-democraten van de staat dat hij de maatschappelijke participatie van zijn burgers ondersteunt en stimuleert. De staat zou de kwalitatieve verscheidenheid in de samenleving aan moeten moedigen, op grond waarvan burgers en niet-statelijke organisaties verbanden met elkaar aangaan. Onder de noemer van gespreide verantwoordelijkheid schept de ideaaltypische christen-democratische overheid de randvoorwaarden waarbinnen burgers en hun organisaties *zelf* hun maatschappelijke verantwoordelijkheden realiseren (Van Wissen, 1982). Het door de katholieke sociale leer gedragen subsidiariteitsidee en het in protestantse geleidingen gangbare idee van soevereiniteit in eigen kring worden zo ineengevlochten tot een levensovertuiging waarin maatschappelijke en statelijke vormen van solidariteit hun vaste plaats hebben gekregen (Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, 1990, p. 132-133). Dit sluit uiteraard niet uit dat ook liberalen en sociaal-democraten een (zekere) visie hebben op solidariteit. Ideaaltypisch gezien laten liberalen de totstandkoming van solidariteit echter primair afhangen van de keuzes die individuele burgers daarover maken; sociaal-democraten zien deze in eerste instantie als een opdracht voor de overheid (zie verder Couwenberg, 1994).

Resumerend: het ideologische element van de politieke zorglogica bestaat uit een (zekere) conceptie van sociale rechtvaardigheid, afwisselend ingevuld door noties van vrijheid, gelijkheid en solidariteit. De manier waarop deze noties zich tot elkaar verhouden, bepaalt de specifieke rol die de staat en de politieke gemeenschap die deze staat vertegenwoordigt, zouden moeten spelen. Er bestaat weliswaar onenigheid over de vraag wát als vrijheid, gelijkheid en solidariteit geldt, maar dát vrijheid, gelijkheid en solidariteit een

vii De oorsprong van het subsidiariteitsbeginsel ligt in de encycliek *Rerum Novarum* uit 1891. Als antwoord op de sociale kwestie neemt Paus Leo XIII daarin stelling tegen de misstanden van het kapitalisme enerzijds en de risico's van een te grote staatsinvloed anderzijds (Van Kersbergen, 1995).

wezenlijk onderdeel van sociale rechtvaardigheid uitmaken, en daarmee van de politieke zorglogica, staat buiten kijf. ‘Men disagree about which principles should define the basic terms of their association’, meent ook Rawls. ‘Yet we may still say, despite this disagreement, that they each have a conception of justice. That is, they understand the need for, and they are prepared to affirm, a characteristic set of principles for assigning basic rights and duties and for determining what they take to be the proper distribution of the benefits and burdens of social cooperation’ (1999 [1971], p. 5).

OVERHEID ALS INSTITUTIE

De politieke zorglogica is gericht op het collectieve en reguliere, en niet op het particuliere. Haar doel is publiek in plaats van privaat, met als middel een bureaucratisch apparaat dat sociale voorzieningen zonder aanzien des persoons vaststelt en verdeelt. ‘[I]n the ideal-typical state bureaucracy, allocational decisions are made through public policies that are enforced (...) by civil servants striving to (...) bureaucratic stability, on subjects which strive to avoid punishment; both do so by minimizing risks and maximizing predictability through following agreed-upon procedures and regulations. The system “works” if it is successful in (...) affording equitable and predictable treatment to all’ (Streeck and Schmitter, 1985, p. 6). Of het nu een nachtwakersstaat of socialistische staat betreft – in alle democratische staten geldt dat alle burgers zekere rechten hebben, die de overheid zonodig met dwang garandeert en waartoe zij de benodigde middelen redistribueert. Maar de mate waarin en de domeinen waarop de overheid deze rechten toekent en inkomens herverdeelt, is afhankelijk van het politieke krachtenveld waaronder zij ressorteert. Hetzelfde geldt voor de daaraan voorafgaande vraag of de overheid bepaalde behoeften van burgers überhaupt als legitiem definieert (Fraser, 1990).

Zo is in de liberale politieke filosofie de ideale staat een institutie die zo veel mogelijk individuele vrijheden waarborgt, wat inhoudt dat deze staat zich terughoudend opstelt. Berlin (1969, p. 118-172) maakt onderscheid tussen positieve en negatieve vrijheid. Positieve vrijheidsbevordering, die in de sociaal-liberale traditie staat, betekent het tot ontplooiing brengen van individuele vrijheden en keuzes. Het is een voorwaardenscheppende vrijheid in de materieel-sociale sfeer, die Sen (1995, p. 244) definieert als vrijheid die ertoe leidt dat personen meer kunnen bereiken dan waar deze gezien hun eigen capaciteiten toe in staat zijn. Wanneer bijvoorbeeld gehandicapten zich onge-

hinderd over straat kunnen bewegen, omdat de overheid voor hen aflopende stoepen, aangepaste openbare ruimten en andere sociale voorzieningen heeft gecreëerd, ondersteunt dit hun positieve vrijheid. Sociaal-liberalen verwachten van de staat dat hij het vrije verkeer tussen mensen conditioneert en de markten waarin burgers participeren reguleert. Hij behoort de randvoorwaarden te creëren waarbinnen deze markten zelfstandig functioneren: de overheid waarborgt de interne en externe veiligheid, zorgt voor (mededingings)wetgeving en biedt voorzieningen als onderwijs, gezondheidszorg en sociale zekerheid aan. Maar in het aanbieden van deze diensten en voorzieningen zelf speelt zij geen rol, omdat dat burgers afhankelijk zou maken en zou betuttelen (zie verder O'Connor e.a., 1999, p. 49-52).

Negatieve vrijheid, vervolgens, die nauw verbonden is met de klassiek liberale theorievorming, betekent een zo minimaal mogelijke belemmering van individuen door invloeden van buitenaf. Politiek vertaald houdt dat in dat de overheid zeer weinig in het privé-leven van burgers intervenueert. Sociale voorzieningen, sociale wetgeving en belastingheffing tasten in de klassiek liberale visie de individuele vrijheid, het eigendomsrecht en de vrijheid van onderneming van burgers aan. De staat zou enkel basisrechten als veiligheid of kiesgerechtigheid moeten garanderen, maar verdere bemoeienis tot een minimum dienen te beperken (Nozick, 1974). 'Redistribution of wealth from the well-off to the less well-off, amounts [according to classical liberals, sv] to strict rights violation: the rights of the taxed are being violated. (...) The only legitimate levying of revenues by taxation is for the purpose of financing the minimal state – the state which guarantees liberty, protects against violence, ensures contracts are enforced, and so on' (Loizou, 1997, p. 176).

Volgens de sociaal-democratische stroming, evenwel, opent overheidsingrijpen eerder een deur naar vrijheid, kansen, mogelijkheden en niet in de laatste plaats gelijkheid. Sociaal-democraten beschouwen de staat als een potentieel positieve interventiemachine, waarmee sociale rechten en voorzieningen (en dus vrijheden) kunnen worden gerealiseerd en uitgebouwd (Kearns, 1997). In de sociaal-democratie is het niet de markt of het gezin, maar de overheid die de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de sociale zorg (Esping-Andersen, 1990; vlg. Titmuss, 1974). De staat zelf, die de gemeenschap vertegenwoordigt, zou eerstverantwoordelijke zijn voor het collectieve welzijn van zijn onderdanen, door ze tegen arbeidsongevallen of -ongeschiktheid te beschermen, een minimum loon te garanderen, huisvesting, onderwijs en gezondheidszorg aan te bieden, et cetera (De Swaan, 1989). Het sociaal-democratische regime kenmerkt zich door universele, sociale rechten, relatief ruimhartige sociale voorzieningen, in ieder geval voor de

kwetsbare groepen, en de bevordering van sociale gelijkheid als beleidsdoelstelling. De overeenkomst met het sociaal-liberalisme is groot, omdat beide stromingen menen dat de aanwezigheid van sociale voorzieningen de vrijheid van het individu veeleer stimuleert dan frustreert. Maar het verschil luidt dat sociaal-democraten de overheid een sturende rol in de economie toebedelen, terwijl sociaal-liberalen meer vertrouwen in vrije marktwerking stellen. Corresponderend daarmee prefereren sociaal-democraten een Keynesiaanse beïnvloeding van de economie en het bedrijfsleven, terwijl sociaal-liberalen een monetaristische, *pro-business* sturing voorstaan. Wat dat betreft is de sociaal-democratische ideologie van de 'Derde Weg' moeilijk van het sociaal-liberalisme te onderscheiden (Kalma, 2003).

De christen-democratische staatsvariant, tot slot, wijkt van beide opties af. Primair legt zij de verantwoordelijkheid bij het gezin en de *civil society*. Zonder het gezin als hoeksteen van de samenleving, zonder de enorme verscheidenheid aan maatschappelijke organisaties en activiteiten, zou de samenleving volgens christen-democraten verschromelen (Balkenende, 1999, p. 69). Hoewel de christen-democratie meer dan de liberale democratie belang hecht aan een overheid die actief vormgeeft aan rechtvaardige samenlevingsverhoudingen, gaat zij daarin minder ver dan de sociaal-democratie. De christen-democratische overheid garandeert weliswaar dat burgers toegang hebben tot de sociale middelen en voorzieningen die deze burgers nodig hebben om te overleven, maar verder beperkt zij zich tot het waarborgen en financieren van de kaders waarbinnen mensen *zelf* familiale of maatschappelijke verzorgingstaken op zich nemen (Van Wissen, 1982; Etzioni, 1993). 'Christian democrats think in terms not so much of providing families with services, particularly state services, as of ensuring them, through a modification of the wage system, the income with which to provide services for themselves, on their own or through co-operation with others' (Fogarty, in: Van Kersbergen, 1995, p. 185). Hetzelfde geldt voor maatschappelijke verbanden als vakbonden, onderwijs- of zorginstellingen; de overheid zou ze de instrumenten moeten verschaffen waarmee ze hun vraagstukken zelf oplossen. Vandaar dat christen-democraten van mening zijn dat de overheid zich in het contemporaine zorgsysteem overmatig bemoeit met het regelen van de verzorging van haar onderdanen, terwijl de overheid burgers juist zou moeten prikkelen die rol in de vorm van zelf- of mantelzorg op zich te nemen (CDA, 1983). Hoewel eveneens sociaal-democraten en liberalen het belang inzien van het gedijen van maatschappelijke organisaties, zijn eerstgenoemden principieel van mening dat dergelijke organisaties zich moeten voegen naar door de overheid gestelde regels en prioriteiten, en huldigen liberalen in beginsel de opvat-

ting dat overheid en gezin/middenveld organisatorisch en financieel los van elkaar dienen te bestaan.

Of het nu een overwegend liberale, sociaal- of christen-democratische conceptie betreft, telkens gaat daarmee een idee over de rol van de staat en haar relatie tot burgers gepaard. In de politieke logica is het de overheid die verantwoordelijkheid draagt voor (tenminste) een rechtsgelijke behandeling van al haar onderdanen, gebaseerd op democratische controle en bureaucratische principes. Burgers hebben bepaalde gegarandeerde rechten en plichten, die de overheid middels wetten en regels uitvaardigt of desnoods op grond van haar machtsmonopolie afdwingt. De 'ideal-typical state is based upon bureaucratic-administrative principles: the state is responsible for an impersonal, objective and equal treatment of (categories of) citizens in the framework of objective and transparent laws and regulations that can be controlled by a democratic public forum' (Knijn en Verhagen, 2003, p. 8).

PARTICIPERENDE BURGERS OP MICRO-NIVEAU

Uit het basale gegeven dat in de politieke logica altijd een of andere conceptie van sociale rechtvaardigheid domineert en immer een of andere staatsvorm regeert, vloeit voort dat de relatie tussen aanbieders en ontvangers van publieke voorzieningen in termen van burgerschap wordt gedefinieerd. Toegepast op de thuiszorg houdt dat in dat zorgontvangers worden omschreven als belasting of premie betalende *burgers* – die recht hebben op hulp, zorg of verpleging thuis –, ofwel als personen wier identiteit primair wordt bepaald door een zekere financiële en juridische relatie met de staat (zie ook: Van Montfort, 1992, p. 144-160). Voornamelijk gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hoort de Nederlandse overheid het sociale recht op thuiszorg zo rechtvaardig mogelijk over haar onderdanen te verdelen, maar de mate waarin de overheid dat recht ratificeert en de wijze waarop burgers daarbij aan verplichtingen worden gebonden, hangt af van de politieke status quo.

Zo accepteren klassiek liberalen enkel traditionele, dat wil zeggen civiele en politieke rechten (Pratt, 1997). Marshall (1963) definieert civiele rechten als de rechten die de individuele vrijheid van burgers veilig stellen. Te denken valt aan de vrijheid van meningsuiting, geloof of beweging, en het recht op eigendom of een eerlijke rechtspraak. Politieke rechten omschrijft hij als de rechten die burgers de mogelijkheid verschaffen aan het politieke besluitvormingsproces deel te nemen. Maar de overeenkomst is dat '[t]hese tradition-

al rights which liberals have asserted for centuries all imply negative duties of forbearance rather than the commitment of resources to substantiate them' (Pratt, 1997, p. 43). Daarmee is er in het klassiek liberale burgerschapsbegrip een formeel en 'negatief' vrijheidsideaal vervat (zie pagina 144-145). Dit verschaft burgers niet alleen relatief weinig rechten, maar ook beperkte (financiële) verplichtingen.

Volgens sociaal-democraten hebben burgers echter niet alleen civiele en politieke, maar ook economische en sociale rechten. Deze definieert Marshall als 'the right to a modicum of economic welfare and security to the right to share to the full in the social heritage and to live the life of a civilized being according to the standards prevailing in the society' (1963, p. 74). De instituten die hij daarbij in eerste instantie voor ogen heeft zijn het onderwijs- en sociale zekerheidssysteem. Sociaal-democraten gaan ervan uit dat zieken, armen, niet-opgeleiden en andere kwetsbare groepen recht hebben op tegemoetkoming in een aantal basisbehoeften op het gebied van arbeid, inkomen, veiligheid, educatie en gezondheidszorg (zie bv. Commission on Social Justice, 2000). Dit ongeacht klasse of sekse. Zo betogen Knijn en Kremer (1997) dat burgers sociale rechten ontleen aan het feit dat mensen allen ooit in levensfasen terechtkomen waarin zij afhankelijk zijn van zorg. Tegen de achtergrond van de bevordering van het burgerschap van vrouwen postuleren zij dat zowel het recht op tijd om (informele) zorg te verlenen als het recht om dat *niet* te doen, door de overheid moet worden geregeld.

In de christen-democratische burgerschapsvariant, tot slot, doen scherpe begrenzingen tussen klassieke en sociale grondrechten gekunsteld aan (Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, 1990). Christen-democraten hechten weliswaar waarde aan een overheid die garant staat voor de verwerking van politieke en sociale rechten, maar daaraan voorafgaand verwachten zij dat individuen, gezinnen en maatschappelijke organisaties zich *zelf* rekenschap geven van het collectieve belang. Het is de taak van de wetgever om de publieke kaders te scheppen waarbinnen burgers hun verantwoordelijkheid nemen voor de realisering van politieke en sociale rechten. In het christen-democratische burgerschap zit zodoende niet alleen een juridische en financiële verplichting, maar ook een morele verantwoordelijkheid opgesloten. 'Burgerschap is dus het lidmaatschap van de publiekrechtelijke gemeenschap "staat", maar dat wil niet zeggen dat activiteiten op het niet door de overheid bestreken gedeelte van het publieke domein in de civiele maatschappij, daartoe per definitie niet behoren. (...) Het is ruimer dan de strikte sfeer van de overheid/onderdaan-relatie en wordt ook betreden door burgers in andere dan politieke hoedanigheid en door maatschappelijke orga-

nisaties met een niet-politiek karakter. (...) *Er is sprake van burgerschap als mensen of maatschappelijke organisaties zich rekenschap geven van de publieke effecten van hun handelen*' (Klop, 1993, p. 223).

Samengevat definieer ik de politieke zorglogica als een intern-consistente gedachteconstructie op ideologisch, institutioneel en relationeel niveau. Op ideologisch niveau vooronderstelt de politieke zorglogica een zekere conceptie van sociale rechtvaardigheid, afwisselend ingevuld door noties van vrijheid, gelijkheid en solidariteit. Wát als vrijheid, gelijkheid en solidariteit geldt, valt niet eenduidig aan te geven, maar dát vrijheid, gelijkheid en solidariteit wezenlijke onderdelen van sociale rechtvaardigheid uitmaken is evident. Vrijheidsvarianten, bijvoorbeeld, laten zich vertalen in opvattingen over rechtsgelijkheid, gelijke vrijheid en gespreide verantwoordelijkheid. Parallel daaraan wordt de politieke zorglogica op institutioneel niveau gedragen door een zekere aanname over de rol van de staat. Of het nu een overwegend liberale, sociaal- of christen-democratische verzorgingsstaat betreft, ideaaltypisch is elk van deze staatsvormen gebaseerd op democratische controle en bureaucratische principes. Met behulp van zijn belasting- en machtsmonopolie beschermt de staat (categorieën) burgers tegen externe dreigingen en benadert hij zijn onderdanen zonder aanzien des persoons. Op het relationele niveau van de politieke zorglogica, ten slotte, vloeit voort dat alle mensen, thuiszorgcliënten inbegrepen, op (specifieke) wijze in de politieke gemeenschap participeren. Vanuit de politieke zorglogica worden personen niet als consument, zieke of naaste/verwante gedefinieerd, maar als burgers, wier identiteit afhangt van hun financiële, juridische en (eventueel) morele relatie met de staat (Knijn, 2000). 'Burgers zijn medeverantwoordelijk voor de inrichting van de samenleving waarin ze leven. Ze hebben, naast hun particuliere aanspraken, een of andere variant van het collectieve belang voor ogen. Dat betekent niet alleen dat de individuele rechten van burgers tot gelding mogen komen, maar dat de verdeling van die rechten bovendien dient te gehoorzamen aan de eisen der rechtvaardigheid' (Mol, 1997, p. 139).

ECONOMISCHE ZORGLOGICA

'Business does some things better than government, but government does some things better than business' (Osborne en Gæbler, 1992, p. 45). Zo komen de sterke kanten van de publieke sector tot uitdrukking in het waarborgen van de continuïteit van publieke voorzieningen en in het realiseren van een

gelijke behandeling voor alle burgers, inclusief de minderbedeelden. De private sector, daarentegen, lijkt beter te zijn in het uitvoeren van economische taken, in innovatie en in het aanpassen aan en flexibel inspelen op snelle veranderingen. Motiveert het commerciële marktsysteem de aanbieders van producten tot het bevorderen van doelmatigheid en klantgerichtheid, de bureaucratische overheid wordt door publieke doelstellingen en het corrigeren van marktfalen gedreven. Als collectieve voorzieningen zoals de thuiszorg bijvoorbeeld volledig zouden worden geprivatiseerd, zou er geen systeem van democratische controle bestaan. Evenmin zouden de gelijke toegankelijkheid en rechtsgelijkheid tussen burgers worden gegarandeerd (Osborne en Gæbler, 1992).

In de komende subparagrafen onderscheid ik de economische zorglogica ideaaltypisch aan de hand van drie, samenhangende bouwstenen: economisch liberalisme als ideologie,^{viii} marktwerking als institutie en de verhouding tussen ondernemers en consumenten in het primaire proces (vgl. Grit, 2000). Vanuit het perspectief van de economische logica is het de markt die, via de wet van vraag en aanbod, de kwaliteit en toegankelijkheid van de (thuis)zorg coördineert. Of het nu een *laissez-faire* of gereguleerde economie betreft, in het economische ruilproces *zelf* interveniëren overheden nooit. Op micro-niveau wordt de relatie tussen zorgaanbieders en -ontvangers als die tussen ondernemers en consumenten gedefinieerd. Ondernemers omarmen een bedrijfseconomische en productgerichte werkwijze. Zorgvragers vervullen de rol van klant of consument op de zorgmarkt (vgl. Mol, 1997).

ECONOMISCH LIBERALISME ALS IDEOLOGIE

Hoewel het economisch liberalisme vele vertakkingen en interpretaties kent, streeft elke liberale stroming een economie na die – primair – door het vrije prijsmechanisme wordt gereguleerd. Het prijsmechanisme gaat gepaard met concurrentie, waarvan de voordelen zouden opwegen tegen die van bijvoorbeeld politieke transacties (Pratt, 1997). ‘Economic liberalism (...) regards competition as superior not only because it is in most circumstances the most efficient method known but even more because it is the only method by which our activities can be adjusted to each other without coercive or arbitrary inter-

viii Het ideaaltypisch verschil tussen het economisch liberalisme uit deze paragraaf en het politiek liberalisme uit de vorige, is dat eerstgenoemde onlosmakelijk is verbonden met het vrije marktmechanisme, en laatstgenoemde met de rol en verantwoordelijkheid van de staat. In de sociale werkelijkheid zouden die twee stromingen nagenoeg samenvallen op het moment dat de staat de vrije markt ruim baan geeft en zichzelf een zo minimaal mogelijke rol toebedeelt.

vention of authority' (Hayek, 1994 [1944], p. 41). Zelfregulering door de markt geldt in de economie als het hoogst haalbare. Noch vraag en aanbod, noch de bepaling van prijzen zouden 'van bovenaf' mogen worden vastgelegd en gecoördineerd; 'only such policies and measures are in order which help to ensure the self-regulation of the market by creating conditions which make the market the only organizing power in the economic sphere' (Polanyi, 1957 [1944], p. 69).

Op de markt van vraag en aanbod sturen prijzen en de veranderingen daarin de keuzes van consumenten en producenten (Friedman, 1962). Als een 'onzichtbare hand' stemt het prijsmechanisme de talloze, individuele beslissingen om bepaalde producten te kopen of verkopen op elkaar af. Dit mondt vanzelf uit in een economisch evenwicht waarvoor niemand van tevoren opdracht heeft gegeven en dat volgens economisch liberalen het algemeen belang beter dient dan in een centraal geleide economie zou zijn bereikt (zie voor de oorspronkelijke uitwerking van deze idee: Smith, 1970 [1776]). Een eerste uitgangspunt daarbij luidt dat individuen uit eigenbelang handelsrelaties met elkaar aangaan. 'It is not from the benevolence of the butcher, the brewer, or the baker that we expect our dinner, but from their regard to their own interest', aldus een geveugelde uitspraak van Smith (1970 [1776], p. 13). Individen zouden rationele wezens zijn, die in staat zijn de keuzes te maken die hen maximaal tot voordeel strekken. In het ideaaltypische model hebben zij complete informatie over hun beslissituatie, zijn zij op de hoogte van alternatieve mogelijkheden en streven zij ernaar hun begeerten en voorkeuren zo maximaal mogelijk te bevredigen. Spiritueel, altruïstisch of irrationeel gedrag speelt daarbij geen doorslaggevende rol.

Een tweede grondslag van de economisch liberale ideologie is dat markten onpersoonlijk en anoniem, en daarmee onverenigbaar met discriminatie zijn (Becker, 1973). Economische actoren staan onverschillig ten opzichte van elkaars achtergrond, of zouden dat economisch gezien in elk geval moeten doen: zij hebben er geen baat bij zich te laten leiden door de religie, sekse of etnische afkomst van hun handelspartner. 'The man who objects to buying from or working alongside a Negro, for example, thereby limits his range of choice. He will generally have to pay a higher price for what he buys or receive a lower return for his work. Or, put the other way, those of us who regard color of skin or religion as irrelevant can buy some things more cheaply as a result' (Friedman, 1962, p. 110). Een laatste uitgangspunt luidt dat de materiële ongelijkheden tussen mensen – die onherroepelijk ontkiemen uit de individuele vrijheden waarop het economische systeem is gebaseerd – opportuun zijn (zie Peters en Marshall, 1996, p. 63-113). Gelijke uit-

komsten tussen individuen zijn volgens het economisch liberalisme niet alleen onmogelijk, maar ook onwenselijk. Ze kunnen niet bestaan, omdat het vrije prijsmechanisme nauwelijks zou functioneren als iedereen over hetzelfde inkomen beschikt. Ze mógen er niet zijn, omdat de economische welvaart van het individu af zou moeten hangen van de eigen inspanningen en verantwoordelijkheden, en van de afwegingen die de verschillende mensen daarin zelf maken. In een vrije markteconomie bestaan eveneens ongelijke uitgangsposities tussen individuen, zowel economisch, biologisch als sociaal. In de praktijk pleiten de meeste (Nederlandse) liberalen echter voor vermindering hiervan door de overheid.

MARKT ALS INSTITUTIE

De ‘zuivere’ marktinstutie, bestaande bij gratie van het commerciële, particuliere initiatief, kan worden gedefinieerd als een abstracte of concrete plek waar waren – ruilbare objecten in de vorm van goederen of diensten – tussen koper en verkoper worden uitgewisseld (De Beus, 1989; Polanyi, 1957 [1944]; Hayek, 1994 [1944]). De Beus (1989) onderscheidt vier voorwaarden voor het bestaan van zuivere markten.

De eerste voorwaarde luidt dat verkopers en kopers beschikken over ruilvrijheid. De verkoop van de goederen of diensten gaat niet met dwang gepaard. Noch de overheid, noch de gemeenschap of professionele organisaties worden geacht in deze uitwisseling van waren te interveniëren. Omdat marktwerking het meest effectief functioneert zonder inmenging van buitenaf, is de bemoeienis van externe partijen idealiter minimaal. ‘A market economy is an economic system controlled, regulated, and directed by markets alone; order in the production and distribution of goods is entrusted to this self-regulation mechanism’ (Polanyi, 1957 [1944], p. 68).

De tweede voorwaarde voor zelfregulering is dat de handel plaatsvindt onder volledige mededinging. Hoewel er meerdere soorten mededinging worden onderscheiden – prijsconcurrentie, kwaliteitsconcurrentie of organisatorische concurrentie –, is het uitgangspunt steeds dat er zich een groot aantal aanbieders en vragers op het speelveld van de markt manifesteren. Op dit speelveld hebben de actoren volledige toegang tot alle voor hen relevante informatie (Ballendux, 1988, p. 3; Van Kesteren, 1995, p. 138). Van de kant van de aanbieder impliceert dat volkomen eerlijkheid over door de vrager opgevraagde informatie en van de zijde van de vrager dat deze de informatie op rationeel juiste wijze interpreteert. In een goed functionerende markt zullen verkopers

geneigd zijn hun waar met winst te verkopen. 'In the perfect economic *market*, economic (...) entrepreneurs seek to maximize their profits (...) in exchange for which their consumers (...) are expected to be content with the material benefits arising from competition' (Streeck and Schmitter, 1985, p. 6).

De derde conditie van pure markten luidt dat de met elkaar concurrerende individuen private eigendomsrechten hebben. 'De ruil vooronderstelt dat de betrokken individuen de eigenaren zijn van de ruilbare objecten' (De Beus, 1989, p. 171). Individen hebben het exclusieve recht hun goederen of diensten te verkopen. Daarbij wordt er van uitgegaan dat verkopers altijd de hoogst mogelijke prijs voor hun koopwaar willen ontvangen en dat consumenten niet meer willen betalen dan noodzakelijk is: beide partijen zouden het beste met zichzelf voor hebben (Acton, 1971).

De vierde voorwaarde voor vrije marktwerking luidt dat het vrije prijsmechanisme de productie en distributie van de ruilbare waren bepaalt. Met het prijsmechanisme wordt volgens de economische logica bereikt, wat middels centrale planning niet kan lukken. De 'politieke' aanname dat de moderne economie dusdanig complex is dat deze 'van bovenaf' moet worden gereguleerd, zou onjuist zijn. Juist *vanwege* deze complexiteit zou decentralisering van economische beslissingen geboden zijn. 'As decentralization has become necessary because nobody can consciously balance all the considerations bearing on the decisions of so many individuals, the co-ordination can clearly be effected not by "conscious control" (...). [W]hat is required is some apparatus of registration which automatically records all the relevant effects of individual actions (...). This is precisely what the price system does under competition' (Hayek, 1994 [1944], p. 56). Om met Polanyi te spreken: een markteconomie is een economie die geleid wordt door marktwaarde en niets dan marktwaarde (1957 [1944], p. 43).

Volgens pleitbezorgers van marktwerking als Friedman (1962), die vinden dat het moreel gezien voldoende is om een oordeel over het instituut markt te beperken tot de resultaten ervan, leidt marktwerking tot klantgerichtheid en doelmatigheid. De *invisible hand* van het vrije prijsmechanisme zou aanbidders, strijdend om de gunst van de consument, stimuleren tot zuinig gedrag. Concurrentie prikkelt ondernemers hun producten te verbeteren, klantvriendelijker te denken en de doelmatigheid te vergroten. 'De voorstanders van marktwerking stellen dat een opgelegd systeem van overheidsregulering (...) niet motiveert tot doelmatig handelen van betrokkenen. Integendeel, het leidt tot een systeem van bureaucrativering. (...) Marktwerking zal tot een doelmatiger en eenvoudiger sturing (...) leiden dan via het concept van planning en prijscontrole mogelijk is' (Boot en Knapen, 1996, p. 268).

Met Friedman is ook Sen (1995, p. 68-91) van mening dat de waarde van de markt vooral moet worden beoordeeld op de gevolgen ervan. Zo is volgens hem in het verleden meermalen aangetoond dat de hierboven genoemde basisvoorwaarden van marktwerking – het recht op ruilvrijheid, eigendom et cetera – weliswaar op zichzelf moreel aanvaardbaar (kunnen) zijn, maar in het licht van de effecten ervan rampen kunnen veroorzaken. Moeten bijvoorbeeld in ‘gevallen van honger en hongersnood, de gevolgen van de markttransacties als “acceptabel” worden beschouwd, uitsluitend omdat zij voortvloeien uit de rechtmatige uitoefening door mensen van rechten die zij bezitten?’ (Sen, 1995, p. 74). Toch moeten markttransacties volgens Sen niet enkel en alleen gewaardeerd worden aan de hand van de (wan)prestaties ervan, of in ieder geval moeten de marktresultaten breder benaderd worden dan in het consequentialistische gedachtegoed mogelijk is.^{ix} ‘Zo is het heel wel mogelijk om in de beschouwing te betrekken wat het prijsmechanisme in het algemeen, en specifieke markttransacties in het bijzonder, zouden betekenen voor zoiets als de vrijheid van het individu in de samenleving. Als we het “vrij zijn om te kiezen” beschouwen als een belangrijk onderdeel van de welvaart van een persoon (...) dan is het heel logisch om daar in de waardering van de gevolgen van markttransacties rekening mee te houden’ (Sen, 1995, p. 75). Dat betekent dat de moraal van de markt voorwaardelijk, wisselvallig en afgeleid is. Deze moraal is weliswaar gevolg-gevoelig, maar hangt tegelijkertijd af van bijvoorbeeld de morele vrijheidsvisie (positieve vrijheid, negatieve vrijheid, et cetera) die wordt ingenomen.

Samengevat zit het belonen en stimuleren van doelmatig en klantgericht gedrag in het wezen van marktwerking vervat. Daartoe is het noodzakelijk dat de verschillende marktpartijen vrij zijn om goederen en diensten te kopen of verkopen tegen een door de wet van vraag en aanbod bepaalde prijs. ‘And it is essential that the entry into the different trades should be open to all on equal terms and that the law should not tolerate any attempts by individuals or groups to restrict this entry by open or concealed force. Any attempt to control prices or quantities of particular commodities deprives competition of its power of bringing about an effective co-ordination of

ix Meer in het bijzonder heeft Sen (1995, p. 78-83) kritiek op één onderdeel van het consequentialistische denken, namelijk dat het effect van het prijsmechanisme gerechtvaardigd zou kunnen worden aan de hand van het zogeheten ‘Pareto-optimum’. Dit theorema gaat ervan uit dat een markttransactie optimaal is wanneer het onmogelijk is de situatie voor (tenminste) één persoon te verbeteren zonder tegelijkertijd die van (tenminste) één andere persoon te verslechteren (zie ook Rawls, 1999 [1971], p. 57-65). Kort gezegd bekritiseert Sen dit theorema omdat ‘een situatie zowel Pareto-optimaal als gruwelijk [kan] zijn’ (p. 79), bijvoorbeeld ‘wanneer het nut van de mensen in nood niet kan worden vergroot zonder te snijden in de welde van de rijken’ (p. 78-79). De missende factor in het ‘Pareto-denken’ is dus een waardering van ongelijkheid.

individual efforts, because price changes then cease to register all the relevant changes in circumstances and no longer provide a reliable guide for the individual's actions' (Hayek, 1994 [1944], p. 42).

ONDERNEMERS EN CONSUMENTEN AAN DE BASIS

De economische zorglogica bestaat uit een verzameling economische elementen op ideologisch, institutioneel en instellingsniveau, die qua manier van handelen en denken bij elkaar passen. Het economisch liberalisme, vrije marktwerking, ondernemerschap en consumentisme maken stuk voor stuk deel uit van de meer omvattende, economische logica, waarbinnen de relatie tussen zorgaanbieders en -ontvangers als de verhouding tussen ondernemers en consumenten wordt gedefinieerd (vgl. Knijn, 2000).

Dat zorgaanbieders als ondernemers of ondernemingen worden omschreven, impliceert dat zij opereren op een markt. Afhankelijk van de deelmarkt waarop de zorgtransactie betrekking heeft (zie Boot en Knapen, 1996), betreft het zorgverzekeraars, zorginstellingen of zelfstandig beroepsbeoefenaren. Als 'BV of NV Zorgbedrijven' concurreren ze op prijs of op kwaliteit om de gunst van de klant. Ze laten zich leiden door de wensen van de consument en stemmen hun productenpakket daarop af. Ideaaltypisch komen eventuele winsten in eigen zak terecht en zijn economische verliezen voor eigen rekening. Puur commerciële zorgondernemingen hebben geen zorgplicht en zullen op economische gronden risicovolle (categorieën) patiënten weigeren en in onrendabele regio's afwezig zijn. De kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg zijn in het private ondernemerschapmodel dus nooit volledig gegarandeerd. Particuliere verzekeraars verschaffen (onvoordelige) patiënten mogelijk geen aanspraak op een verstrekking. Private zorginstellingen prefereren kapitaalkrachtige boven minderbedeelde patiënten.

Eveneens typerend voor zorgondernemingen is het managementdenken (De Vries, 2002). Dat we leven in een tijd waarin managers eveneens op ruime schaal in non-profitorganisaties en overheidsinstellingen zijn vertegenwoordigd,^x neemt niet weg dat de oorsprong hiervan moet worden gezocht in het bedrijfsmanagementisme aan het begin van de industriële revolutie. Toen voltrok zich gaandeweg een splitsing tussen de eigenaar en de organisator van het productieproces ofwel tussen degene die het bedrijf bezit en het mana-

x De invloedssfeer van het managementisme strekt zich al sinds de Eerste Wereldoorlog uit tot *sommige* delen van de non-profitsector (Exworthy en Halford, 1999).

gement dat er controle over uitoefent (Berle and Means, 1991 [1932]). Wezenskenmerk van het managementdenken is dat er meer nadruk wordt gelegd op de wijze waarop het werk moet worden uitgevoerd, dan op de inhoud ervan. Volgens Grit (2000) waarderen managers kennis omtrent het bedrijfsproces hoger dan vakkennis en inhoudelijke vaardigheden. Zorgontvangers worden zoals gezegd gedefinieerd als klanten of consumenten, dat wil zeggen als personen wier identiteit primair wordt bepaald door een economische ruilrelatie met een zorgaanbieder. Zij hebben de keuze uit verschillende zorgondernemingen en binnen deze ondernemingen uit meerdere productpakketten (zie ook Breedveld, 2003). Op het moment dat consumenten onvoldoende tevreden zijn over de prijs of kwaliteit, staat het ze vrij van instelling of product te wisselen. Ideaaltypisch kopen zorgconsumenten de zorg in naar wens en behoefte, althans voor zover zij daartoe financieel in staat zijn. *Public-choice* theoretici als Buchanan en Tullock (1962) en monetaristen als Friedman (1962), die zoals ik in het inleidend hoofdstuk reeds meldde de discussie over de privatisering van de verzorgingsstaat hebben aangezwengeld, gaan daarbij uit van de mens als *homo economicus*: mensen zouden autonome individuen zijn, die primair hun eigenbelang nastreven. Maar critici als Acton (1971, p. 42-55) en Peters en Marshall (1996) wijzen op het verschil tussen *market* en *non-market goods*. Zorg is volgens hen een specifiek goed dat afwijkt van een 'echt' marktproduct. Cliënten zouden specifieke zorgvragers zijn, die vanwege hun persoonlijke en medische relatie met zorgverleners afwijken van 'echte' consumenten. De kern van het debat luidt dus 'whether or not [marketmodels] are appropriate for the organisation of public services and on whether there is really a "customer" role which empowers individual users to make choices' (Clarke en Newman, 1997, p. 113).

Uit het voorgaande blijkt dat de economische zorglogica coördinatievermogen claimt op basis van de beginselen van het economisch liberalisme, marktwerking, ondernemerschap en consumentisme. Klantgerichtheid en doelmatigheid vormen de grootste kracht van de economische zorglogica. Maar de schaduwzijden behoren ook tot het ideaaltipe: de markt bewerkstelligt sociale ongelijkheid, sluit minderbedeelde zorgconsumenten uit en verschaft nooit een volledige waarborging voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Zelfs de grondlegger van het vrije marktdenken Adam Smith waarschuwde voor marktfalen in met name de publieke sector.

Op ideologisch niveau bestaat het fundament van de economische zorglogica uit economisch liberale opvattingen over de zorg. Economisch liberalen

verdedigen de beginselen van vrije economische ruil en concurrentie, met de wet van vraag en aanbod als sturend mechanisme. Uitgangspunt luidt dat individuen primair gericht zijn op hun eigenbelang en dat het gebundelde eigenbelang de maatschappij als geheel het meest ten goede komt. Op institutioneel niveau vooronderstelt de economische zorglogica vrije marktwerking. De belangrijkste voorwaarden voor het bestaan daarvan zijn de aanwezigheid van ruilvrijheid voor verkopers en kopers, volledige mededinging, het vrije prijsmechanisme en private eigendomsrechten. Ideaaltypisch is de markt transparant: verkopers en kopers hebben toegang tot alle voor hen relevante informatie. Op het micro-niveau van de economische zorglogica, ten slotte, wordt de relatie tussen zorgaanbieders en -ontvangers als die tussen ondernemers en consumenten gedefinieerd. Beide partijen beïnvloeden elkaar. Het vrije prijsmechanisme brengt hun talloze beslissingen met elkaar in evenwicht.

FAMILIALE ZORGLOGICA

‘Ask a contemporary social scientist the question “How is social order possible?” and she or he will likely answer – if at all – with a model. (...) Three of them seem to have virtually dominated philosophical speculation and social science thought. They tend to be identified by the central institution which embodies (and enforces) their respective and distinctive guiding principles: the *community* [or the *family*, sv],^{x1} the *market*, and the *state* (or the *bureaucracy*) – although it might be more accurate to label them according to the principles themselves: *spontaneous solidarity*, *dispersed competition* and *hierarchical control*’ (Streeck en Schmitter, 1985, p. 1; zie ook Esping-Andersen, 1990; Giddens, 1994; O’Connor e.a., 1999; Zijderveld, 2000). In de nu volgende paragraaf presenteer ik de familiale zorglogica, die ideaaltypisch uit drie constituerende delen bestaat: informele solidariteit als ideologie, de familie of gemeenschap als institutie en de relatie tussen informele verzorgers en hun naasten/verwanten in het primaire zorgproces.

x1 In deze paragraaf werk ik uit dat de ‘wetten’ van de familie niet principieel afwijken van die van de gemeenschap. Omdat in de praktijk relatief de meeste informele zorg door familieleden wordt verleend (SCP, 1994; SCR, 2003), spreek ik in het vervolg van de ‘familiale zorglogica’. Dit doe ik bovendien om de lezer 1) niet te verwarren; als zouden families en gemeenschappen onderdeel uitmaken van twee ongelijksoortige zorglogica’s en 2) niet te vermoeien; een termkoppel als ‘familiale zorglogica en gemeenschapszorglogica’ brengt mijns inziens gedrochtelijke zinnen voort.

INFORMELE SOLIDARITEIT ALS IDEOLOGIE

Informele solidariteit kan ideaaltypisch worden gedefinieerd als het geheel van opvattingen, normen en waarden dat familie- of gemeenschapsleden er 'spontaan' toe aanzet ten opzichte van elkaar wederkerigheid en onderlinge verantwoordelijkheid te betrachten. Daarmee ontken ik niet dat er van solidariteit vaak druk uit gaat, waaraan informele zorgverleners, in de praktijk meestal vrouwen, zich moeilijk kunnen onttrekken (vgl. Goudsblom, 1990 [1974]). Met 'spontaan' bedoel ik dat ideaaltypische familie- of gemeenschapsleden niet om formele, maar om informele redenen solidair zijn met elkaar.^{xii} Met betrekking tot het gezin of de familie is er sprake van familiale solidariteit, voortkomend uit verwantschap. In het geval van de gemeenschap betreft het communitaristische solidariteit, gebaseerd op vriendschap, geografische nabijheid (de straat, de buurt) of onderscheidende identiteiten zoals geloof, sekse, etniciteit of leeftijd. Zowel in families als gemeenschappen gaat het niettemin om informele, loyale groepsbetrekkingen, die tot uitdrukking komen in gemeenschappelijk denken of doen. Kenmerkend daarbij is het uitsluitend karakter ten opzichte van degenen die niet tot de desbetreffende groep behoren. Dit in tegenstelling tot de formeel-juridische solidariteit van de overheid, die op grond van algemeen geldende, objectieve maatstaven wordt georganiseerd, maar minder op de 'persoon' daarachter is toegespitst. Ook bestaat er een duidelijk verschil met het liberale uitgangspunt van de markt waarin individuen zich autonoom en onafhankelijk tot elkaar verhouden.^{xiii}

Het mensbeeld achter familialisme en communitarisme kan worden beschreven als relationeel of interdependent. Enerzijds is het insluitend en betrokken. Familie- of gemeenschapsleden verlenen informele hulp op basis van verbondenheid en saamhorigheid. Of het nu gaat om 'zorgen om', 'zorgen voor', 'verzorgen' of 'zorg ontvangen', telkens vloeit de wederzijdse steun van vrienden, familieleden of burens rechtstreeks voort uit de desbetreffende sociale relatie (vgl. Tronto, 1993). Anderzijds is het uitsluitend en normatief. Of er informele steun wordt verleend hangt af van de specifieke

xii Dat er wettelijke normen bestaan, die voorschrijven wat de zorgplichten zijn van bijvoorbeeld ouders aan hun kinderen of (huwelijks)partners ten opzichte van elkaar, wijst op de verwevenheid tussen de politieke en familiale zorglogica in de praktijk (Dykstra, 2003).

xiii Sevenhuijsen (2000) maakt onderscheid tussen autonomie als zelfvoorzienendheid en autonomie als zelfbepaling. 'Als autonomie gelijk wordt gesteld aan zelfvoorzienendheid blijft zorg onzichtbaar, en kan de verantwoordelijkheid voor zichzelf en anderen verschralen. Dan wordt het idee gemist dat de aanwezigheid van zorg ondersteunend kan werken voor zelfbepaling, gesteld tenminste dat deze zorg is gebaseerd op respect voor de ervaringswereld en de zienswijzen van de ontvangers van zorg' (p. 10).

groepsafbakeningen die families of gemeenschappen hanteren en van de specifieke situatie waarop zij hun beslissingen baseren. 'The family is a *parochial institution*, based upon inclusion, but to the same degree on exclusion. (...) Criteria for belonging are not very evident (...). Family relations are therefore arbitrary and even the smallest conflicts can result in dismissal' (Knijn, 2002, p. 14; Finch, 1989).

Dat in een ideaaltypische, communitaristische samenleving de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening primair ligt bij de informele verzorgers, impliceert dat er in beginsel geen politiek bepaald burgerrecht op het ontvangen van zorg bestaat (Van Lieshout, 1994; Knijn, 1999; Graham, 1999). In de Nederlandse beleidspraktijk komt dat tot uitdrukking in het gegeven dat de overheid professionele thuiszorg enkel als aanvulling op de beschikbare informele zorg financiert. De indicatiestellers houden bij hun beslissing over de aard en omvang van professionele zorg expliciet rekening met de mate waarin mantelzorg aanwezig is, wat impliceert dat het geven van informele zorg als morele plicht in het indicatiesysteem zit verankerd en vooraf gaat aan het eventuele gebruik van professionele zorg (Van der Lyke, 2000, p. 24). Communitaristen als Etzioni (1993) rechtvaardigen dat met de stelling dat gezins- of gezinsleden in beginsel beter dan de overheid of andere buitenstaanders kunnen inschatten of een bepaalde hulpvraag daadwerkelijk nodig is. Bovendien zouden vrienden, naasten of verwanten beter kunnen voldoen aan een op de persoon toegespitste zorglevering. 'Thus, when the government provides meals on wheels, everybody either eats the same meals or must choose from a limited menu. But when neighbors take turn bringing food to a sick or needy person, they can take into account personal tastes. (...) Moreover, in close relations with one's community, *reciprocity* is most sustainable' (Etzioni, 1993, p. 144-145).

FAMILIE/GEMEENSCHAP ALS INSTITUTIE

Families en gemeenschappen kunnen worden gedefinieerd als instituties die bestaan bij gratie van het onderlinge verantwoordelijkheidsbesef van familie- of gezinsleden, voortvloeiend uit hun biologische of sociale verbondenheid (Harris, 1969, p. 141-148). Gelijk de markt bestaat deze verbondenheid bij gratie van private betrekkingen en corresponderend met de door de overheid georganiseerde solidariteit is er sprake van saamhorigheid. Maar in tegenstelling tot de commerciële drijfveren van de markt, functioneren families en gemeenschappen zonder winst oogmerk. Bovendien, in

contrast met de bureaucratische, objectieve overheid, zijn de handelwijzen binnen families en gemeenschappen persoonlijk en subjectief; tegenover de rationele, universele en op de 'abstracte ander' gerichte overheidssolidariteit, staat de spontane, contextgebonden en op de 'concrete ander' georiënteerde gemeenschapssolidariteit. In tegenstelling tot professionele zorg in de professionele zorglogica, die ik in de volgende paragraaf uitwerk, wordt informele zorg uitgevoerd door leken en is deze onbetaald. Hoewel kleine attenties of onkostenvergoedingen niet ongebruikelijk zijn, betaalt de zorgontvanger nooit loon of salaris. 'In contrast to the formal sectors of care, the ties that bind carer and cared-for do not come from a formal contract of employment or a code of professional ethics. They arise, instead, from the normative obligations of kinship and friendship' (Graham, 1999, p. 285).

De logica van de gemeenschap is de logica die samenhangt met het opgenomen zijn in een groepsentiteit. Tönnies (1957 [1887]) maakt onderscheid tussen *Gemeinschaft* en *Gesellschaft*. Hoewel hij dit onderscheid ontwikkelde om de overgang van de traditionele naar de moderne samenleving te kunnen begrijpen, is het ook geschikt om er het eigene van relaties tussen familie- of gemeenschapsleden mee te expliciteren (zie o.a. Sennett, 2003). *Gesellschaft* duidt op de weloverwogen, gecalculeerde en doelrationele relaties tussen individuen, zoals die ideaaltypisch tussen vreemdelingen bestaan. *Gemeinschaft* staat voor de spontane en emotionele betrekkingen tussen mensen, zoals die in principe tussen bijvoorbeeld vrienden, buurtgenoten of gezinsleden gangbaar zijn. Of laatstgenoemde betrekkingen nu gestoeld zijn op onderlinge vriendschap, regio of etniciteit, binnen de grenzen van het desbetreffende groepskenmerk vinden ze telkens hun expressie in reciprociteit. In de ideaaltypische gemeenschap, aldus Streeck en Schmitter (1985), beschikken de participerende individuen over een gedeelde, onderscheidende collectieve identiteit. Nu eens is de onderlinge hulp die daaruit voortvloeit 'afgedwongen' of gebaseerd op normatieve verwachtingen, dan weer is deze het resultaat van zekere, intrinsieke gevoelens van saamhorigheid of betrokkenheid. Met name dit laatste type motivatie verschaft individuen 'the pleasure of communing together, that is, in short, of being able to lead their lives with the same moral aim' (Durkheim, 1992 [1957], p. 25).

Ook de logica van de familie is ingegeven door sociale druk en/of intrinsieke betrokkenheid, maar anders dan de logica van de gemeenschap is deze op verwantschap gebaseerd. Familieverbanden zijn, net zoals gemeenschapsrelaties, zowel insluitend als uitsluitend van aard (Knijn en Verhagen, 2003). De biologische verklaring voor het groepsparticularisme van families luidt dat het de overlevingskansen van de eigen soort vergroot (De Waal, 1996).

Omdat familieleden in meer of mindere mate hetzelfde genetische materiaal delen – vijftig procent met kinderen, broers en zussen; vijftieng procent met nichten en neven, enzovoort – zou de ruggensteun die de individuele leden elkaar geven een investering zijn om de ‘eigen’ of in elk geval gelijksoortige genen te verspreiden. ‘Thus the basis of the special relationship between kin, and the motivation for support given to kin over and above that which would be given to other people, is the survival of one’s own genes’ (Finch, 1989, p. 218). Eveneens rationele-keuzetheoretici als Hechter (1987) en Becker (1981) menen dat het eigenbelang van de afzonderlijke familieleden de voornaamste reden is dat zij zich ten opzichte van elkaar altruïstisch gedragen. Vanuit rationeel-economisch perspectief redeneren zij dat de aandacht, hulp of zorg die individuen aan hun familie schenken, zich direct of op een later tijdstip aan die individuen terugbetalen.

Antropologen als Malinowski (1915) en Amadiume (1987), daarentegen, wijzen erop dat de betekenis van genetische relaties varieert van cultuur tot cultuur. Mensen definiëren verwantschapsbanden verschillend in verschillende culturen, afhankelijk van de vraag of het gebruikelijk is dat verwanten samenwonen of apart gevestigd zijn, afstammen van dezelfde of een andere groep, et cetera (Kottak, 1994). Malinowski, geciteerd door Sahlins (1978 [1972]), beweert bijvoorbeeld over de Mailu-stam: ‘brothers living together, or a paternal uncle and his nephews living in the same house were, as far as my observation goes, on much closer terms with each other than relatives of similar degrees living apart. This was evident whenever there was a question of borrowing things, of getting help, of accepting an obligation, or of assuming responsibilities for each other’ (In: Komter, 1996, p. 33-34).

Psycho-analytici en sociologen benadrukken ten slotte de functie van emotionele en private drijfveren in de familiale sfeer in tegenstelling tot de rol van rationele en publieke beweegredenen in het publieke domein. Psycho-analytici beklemtonen dat mensen door meer worden gedreven dan strikt calculerend eigenbelang. De unieke band die kinderen vanaf de vroege kindjaren met hun ouders opbouwen, zouden de relatie tussen familieleden een meer emotionele en moreel verplichtende dynamiek geven dan met uitsluitend de rationele-keuzetheorie kan worden verklaard (zie Finch en Mason, 1999). Sociologen plaatsen familiale betrekkingen tegen de achtergrond van een maatschappij waar menselijk contact voornamelijk wordt beheerst door posities, formele contacten en institutionele regels. De functie van het familiale domein is volgens functionalistisch sociologen als Parsons (1964) gelegen in het gegeven dat mensen er hun behoefte aan persoonlijk contact en persoonlijke waardering kunnen bevredigen.

In al deze verklaringen, evenwel, manifesteren families en gemeenschappen zich op het niveau tussen staat en markt, op grond van drijfveren die aan de werkingskracht van de bureaucratische overheid voorafgaan, maar zelfzuchtig en individualistisch gedrag overstijgen (Couwenberg, 1994, p. 114-116). Omdat informele zorgverlening ontkiemt uit de specifieke, affectieve en normatieve band die gemeenschaps- of familieleden onderling delen, heeft deze noch het voorspelbare en gestandaardiseerde karakter van overheidszorg, noch het koele voor-wat-hoort-wat karakter van commerciële zorg. 'De leden van de groep wegen de kwantiteit van zorgverlening aan elkaar niet precies af' (Hattinga Verschure, 1977, p. 81). Ook al zijn familierelaties in de praktijk meer onvoorwaardelijk en duurzaam dan de betrekkingen tussen individuen in een gemeenschap, als er door verwanten, burens of vrienden onderlinge zorg wordt verleend, gebeurt dit uit persoonlijke betrokkenheid of normatieve verwachtingen, in plaats van uit winstbejag of op grond van wettelijke procedures.

INFORMELE VERZORGERS EN HUN NAASTEN/VERWANTEN

Vanuit het perspectief van de familiale zorglogica worden zorgverleners als informele verzorgers en zorgvragers als hun naasten of verwanten gedefinieerd (SCP, 1994). Informele *verleners* van zorg zijn personen die hun zorgbehoevende naaste of verwante van hulp voorzien. Zij doen dit in de privé-sfeer, onbetaald en nooit in het kader van een beroep of professie. Tegenover de methodische benadering van professionals staat de spontane en reciproque steun van gezinsleden, geloofsgenoten, collega's, partner, verenigingsleden, dorpsgenoten, et cetera, wat een biologische of sociale band met de zorgontvanger vooronderstelt. Informele *ontvangers* van zorg verkeren in een afhankelijke situatie omdat zij problemen met hun zelfredzaamheid ervaren. De informele zorg die zij ontvangen vloeit rechtstreeks voort uit de persoonlijke relatie die zij onderhouden met hun partner, dochter of andere informele verzorgers. 'Men kent elkaar en wordt door de anderen gekend', aldus Hattinga Verschure (1977, p. 84).

Typerend voor informele zorgrelaties is ten eerste dat de omvang en intensiteit van de hulp toeneemt, naarmate er meer nabijheid tussen verzorgde en verzorger bestaat (Finch, 1989; Sahlins, 1996 [1978]). In de praktijk nemen partners, dochters en schoondochters het grootste gedeelte van de informele zorg op zich (Van der Lyke, 2000). Kenmerkend is ten tweede dat informele zorg wordt verleend op basis van parochiale principes, ofwel op basis

van de waarden, ideeën en opvattingen, zoals die in de desbetreffende zorgnetwerken zijn gegroeid. In de praktijk heeft dat tot gevolg dat zorgen primair met vrouwelijkheid wordt geassocieerd (Davies, 1995; Sevenhuijsen, 1997). In twee op de drie gevallen zijn het de vrouwelijke familieleden die de informele zorg op zich nemen, volgens Ungerson (1983, p. 49) omdat er economische redenen en ideologische krachten zijn die ertoe leiden dat ze dat zullen doen.^{xiv} Van Houten (1999) wijst in dit verband op de relatie tussen genderverhoudingen enerzijds en de construerende werking van taal anderzijds. Zo komt in het debat over de verdeling van arbeid en zorg wel de uitdrukking ‘werkende moeder’, maar niet die van ‘werkende vader’ voor, wat ‘verraadt dat een werkende moeder en een zorgende vader nog steeds een afzonderlijke vermelding behoeven, omdat we impliciet van een andere arbeidsverdeling uitgaan en daarmee van andere standaardbeelden’ (Van Houten, 1999, p. 185).

Het verlenen of ontvangen van informele zorg kan zowel bevredigend als beknellend zijn (Knipscheer, 2004). Op grond van een vergelijking tussen de informele zorgactiviteiten van huisgenoten en niet-huisgenoten, constateert Kwekkeboom (1990) dat informele zorgverlening niet zelden een intensieve bezigheid is. Eenderde van de zorgvragers krijgt maar liefst meer dan 40 uur per week hulp van hun huisgenoten. De zorg die hulpbehoevenden van niet-huisgenoten ontvangen is minder intensief, maar bedraagt voor (eveneens) eenderde van de zorgvragers nog altijd 5 tot 10 uur per week. Hoewel veel zorgontvangers bang zijn dat de verstandhouding met hun naaste of verwante vanwege de scheve afhankelijkheidsverhouding onder druk zal komen te staan, waarden zij de inspanningen van hun informele verzorgers zeer. Als het contact echter al mankementen vertoonde voordat de zorgsituatie ontstond, ‘wordt de wederzijdse gebondenheid als bijna ondraaglijk ervaren’ (Kwekkeboom, 1990, p. 133).

Conclusie: conform de familiale zorglogica wordt zorg ideaaltypisch gedefinieerd als een morele plicht of verantwoordelijkheid die binnen concrete, sociale groepen tot stand komt. Informele zorg vloeit voort uit de aard van de desbetreffende, sociale relatie en de bereidheid tot wederkerigheid. Op basis van een intrinsieke, persoonlijke betrokkenheid en/of normatieve verwach-

xiv Hoe weinig impliciet deze krachten halverwege de vorige eeuw waren, blijkt treffend uit de volgende aanhef van een ledenwervingsfolder voor katholieke vrouwen van het Wit-Gele Kruis. ‘Van sommige dingen (...) heeft ‘n man echt geen verstand. En gelukkig maar, want als hij er wél verstand van had, waarvoor zouden wij, vrouwen, er dan eigenlijk zijn? Het gezin met alles wat dat *binnenshuis* met zich meebrengt, is het beste toevertrouwd aan de vrouw. De man is *buitenshuis* in zijn element’ (In: Wijnen-Sponselee, 1997, p. 154).

tingen, nemen informele verzorgers de temperatuur op van hun moeder, brengen ze hun broer met MS zijn medicijnen, verzorgen ze hun man in zijn laatste levensfase, verdiepen ze zich in de financiële administratie van de buurvrouw, et cetera. Mogelijkerwijs is deze zorg 'warmer' dan de professionele zorgverlening, meer op de specifieke persoon toegespitst dan overheidszorg en meer gericht op erkenning van afhankelijkheidsrelaties dan in de commerciële zorg het geval is. Informele zorg kan echter ook beknellend, partijdig of vooringenomen zijn, voortkomend uit een scheve afhankelijkheidsverhouding of moeizame, onderlinge verstandhouding. 'Als ge MS hebt, dan hebt ge MS met twee', vat een zorgontvanger het bondig samen (Boeije e.a., 1999, p. 135), maar of dat een positief of negatief oordeel is, valt op voorhand niet te zeggen.

Op ideologisch niveau gaat de familiale zorglogica gepaard met een familiale of communitaristische levensbeschouwing, wat zich weerspiegelt in informele solidariteit. Zoals commerciële zorg en overheidszorg zich ontwikkelen via respectievelijk het vrije prijsmechanisme en wetgeving, zit de interne dynamiek van informele zorgverlening in het karakter van de desbetreffende sociale relatie vervat. Op institutioneel niveau komt dit tot uitdrukking in de wederzijdse zorg die familie- of gemeenschapsleden elkaar 'spontaan', dat wil zeggen los van formele regels, aanbieden. Zowel families als gemeenschappen bestaan bij gratie van – een vorm van – onderlinge verbondenheid. Op het relationele niveau van de familiale zorglogica, ten slotte, worden zorgverleners gedefinieerd als informele verzorgers en zorgontvangers als hun naasten of verwanten. Hun relatie is persoonlijk en onbetaald van aard, of het nu de verhouding tussen partners, buurtgenoten, verenigingsleden of andere, afgebakende groepen betreft.

PROFESSIONELE ZORGLOGICA

Professionele zorg wordt verleend op basis van andere drijfveren dan zorg door de markt, overheid en familie/gemeenschap. Zo is voor professionals een zeker monopolie onontbeerlijk, terwijl dit voor de op competitie en winst gerichte markt een verstoring is van zijn orde. Tevens staat de discretionaire ruimte van professionals op gespannen voet met de op voorspelbaarheid en rechtsgelijkheid gerichte overheidslogica. De methodische werkwijze van deskundigen, ten slotte, staat in schril contrast met de zorgverlening van informele verzorgers, die dat immers doen op basis van intuïtieve kennis en persoonlijke betrokkenheid. 'However informal the atmosphere and

however caring the relationships, care within hospitals or within residential homes is not defined as informal care' (Graham, 1999, p. 285).

In deze sectie presenteer ik de professionele zorglogica aan de hand van haar drie elementen: de bevordering van discretionaire dienstbaarheid als ideologie, de professe als institutie en de relatie tussen deskundigen en patiënten/cliënten in het primaire proces. Opnieuw betreft het een beschrijving van elementen in hun zuivere, slechts als gedachteconstructie bestaande vorm. In de onzuivere, sociale werkelijkheid loopt het 'professionele project' op allerlei manieren door de economische, politieke en familiale zorgarrangementen heen: 'the "professional project" is an "ideal type" (...). So aberrations (...) do not invalidate the concept; they merely make it clear that a heuristic concept is doing its job and the model requires some elaboration to continue to function as a research tool' (Macdonald, 1995, p. 34).

DISCRETIONAIRE DIENSTBAARHEID ALS IDEOLOGIE

Discretionaire dienstbaarheid definieer ik ideaaltypisch als de ideologie op grond waarvan wordt geclaimd dat professionals zich op het welzijn van hun cliënten oriënteren. Het verschil met de 'gewone' dienstbaarheid van leken en niet-professionele beroepsgroepen is dat de discretionaire dienstbaarheid van professionals maatschappelijk wordt erkend en aanvaard. Hoe algemener de maatschappelijke acceptatie en goedkeuring is, hoe meer rigide professionals hun domein kunnen afbakenen en beheersen (Goode, 1966). '[A]n ideology of professionalism must be ecumenical (...), designed to persuade those in power that members of the occupation are the best arbiters of the work, that the work is in the public interest, and that the workers are dedicated to doing good work and using their privilege for the good of others rather than for their own interests alone. That ideology may be said to be an important component of the process by which occupations seek to gain and maintain their control' (Freidson, 1994, p. 124).

De overtuiging of opvatting dat professionals servicegericht zijn, kán, maar hoeft niet te corresponderen met hun feitelijke oriëntatie of drijfveren. Waar Tonkens (2003) beweert dat professionals in beginsel 'door en door dienstbaar' (p. 146) zijn en Goode (1972) van mening is dat professionals 'can, but typically do not exploit' (In: Van der Krogt, 1981, p. 48), hebben anderen zich erop toegelegd aan te tonen dat professionals hun autoriteit misbruiken. Aan de hand van exercities over medicalisering (De Swaan, 1983; Achterhuis, 1987), expertocratie (Van Doorn en Schuyt, 1978), professionele onbekwaam-

heid (Illich, 1977), normalisering en disciplineren (Foucault, 1978; 1989) stellen zij onder meer dat professionals hun financiële eigenbelang boven het publieke belang prefereren, een centrale rol spelen in het definiëren en (dus) creëren van problemen, moedwillig in onbegrijpelijk jargon spreken, cliënten afhankelijk maken en de zelfbeschikking en zelfkennis van patiënten negeren. Evident is dat de zorg van professionals voor hun cliënten niet *op voorhand* als nobel eenrichtingverkeer mag worden beschouwd (zie Van Lieshout, 1994; vgl. Jamous en Peloille, 1970; Freidson, 1970, p. 77-82).

Een eerste aspect van discretionaire dienstbaarheid is de beschikbaarheid over een eigen, afgebakende ruimte. Zoals de middeleeuwse, in gildenverband georganiseerde beroepsgroepen functioneerden op basis van monopolievorming en zelforganisatie, bezitten hedendaagse professionals een eigen domein. Krause (1996), die onderscheid maakt tussen het beheersen en controleren van de beroepsassociatie, de werkplek, de markt en de relatie met de staat, noemt het gildenmacht. Anderen spreken van een professioneel project (Larson, 1977; McDonald, 1995), professionele jurisdictie (Abbott, 1988), *social closure* (Witz, 1992; Weber, 1978) of het controleren van de eigen werkzaamheden (Freidson, 1970; 1994; 2001). Telkens vooronderstelt discretionaire dienstbaarheid echter de aanwezigheid van een eigenstandig beroepsdomein, waarbinnen beroepsbeoefenaren naar eigen oordeel en inzicht beslissingen nemen. 'Professionals justify their claims to autonomy and status in terms of their expert knowledge and skills, geared to effective performance of specialized tasks usually linked with individuals' problems' (Flynn, 1999, p. 25).

Een tweede element van professionele dienstbaarheid is de aanwezigheid van specialistische, vakinhoudelijke kennis en kunde, opgedaan tijdens (bij)scholing en/of ervaringen gedurende het arbeidsverleden. 'De professional is een expert op zijn terrein: zijn opleiding, kennis, ervaring en voortdurende verdieping daarvan maken dat zijn oordeel per definitie superieur is aan dat van de leek, bijvoorbeeld de cliënt' (Tonkens, 2003, p. 145). Het specialistische karakter van deze kennis en expertise verschaft deskundigen de bevoegdheid om eigenstandig te oordelen over de manier waarop bijvoorbeeld een operatie, consult of zorgtraject zou moeten verlopen. Dat specialisten, hoogleraren, ingenieurs en de andere, op abstracte, wetenschappelijke kennis gebaseerde beroepen, in de literatuur als de prototypische professies worden gekarakteriseerd, neemt niet weg dat ook lager geschoolde beroepsbeoefenaren als maatschappelijk werkers, verzorgenden of onderwijzers over een zekere mate van autonomie beschikken. Laatstgenoemden worden meestal als 'semi'-, 'quasi'-, 'pseudo'- of 'sub'-professionals aangeduid. 'Their training is shorter, their status is less legitimated, their right to privileged communication is

less established, there is less of a specialized body of knowledge, and they have less autonomy from supervision or societal control than “the” professions’ (Etzioni, 1969, p. v; zie ook Johnson, 1972; Macdonald, 1995).

Freidson (2001) benadrukt het verschil tussen mechanische en discretionaire specialisatie. Mechanische specialisatie – het opsplitsen van arbeidstaken in zo eenvoudig mogelijk uit te voeren subtaken – heeft als doel het productieproces te standaardiseren en efficiënter te maken. Discretionaire specialisatie heeft daarentegen betrekking op arbeidstaken die nooit routineus worden verleend. Hoe kort, ogenschijnlijk bekend of gedetailleerd ook, inhoud noch gevolgen van deze taken liggen op voorhand vast: al ontvangen maatschappelijk werkers hun honderdste cliënt, maken verzorgenden voor de zoveelste keer gebruik van de tillift of ontvouwen onderwijzers wederom de stelling van Pythagoras, telkens dienen ze erop voorbereid te zijn hun schijnbaar routineuze handelingen aan te passen aan de unieke, individuele situatie en mogelijkheden van hun cliënt of leerling. Waar mechanisch gespecialiseerde werkzaamheden standaardvaardigheden vereisen, zoals het gerationaliseerde lopende bandwerk, vergen discretionair gespecialiseerde taken vakken- en discretionaire afwegingen. ‘The ideological core of professionalism’, aldus Freidson, ‘is its claim to a discretionary specialization’ (Freidson, 2001, p. 109).

Een laatste facet van discretionaire dienstbaarheid betreft de transcendentale waarde van professionele arbeid (Macdonald, 1995). Waar de commerciële dienstverlening van ondernemers aan hun klanten financieel is gemotiveerd, reikt professionele dienstbaarheid verder dan economische prikkels alleen. Ideaaltypische professionals vervullen taken die essentieel zijn voor de samenleving en laten zich daarbij eerder leiden door de inhoud van het werk zelf dan door het economisch gewin dat daarmee te behalen valt. Ook is voor hen de kwaliteit van de arbeid belangrijker dan de economische doelmatigheid ervan (Freidson, 2001, p. 127; vgl. Parsons, 1964). In samenhang daarmee is de professionele ideologie gebaseerd op de vooronderstelling dat professionals dienstbaar zijn aan een hoger doel, zoals gezondheid, waarheid, ontplooiing, et cetera. Vanwege die doelstelling hebben zij het recht om beslissingen *voor* hun cliënten te nemen, indien noodzakelijk tegen hun wil (Tonkens, 2003). ‘The professional ideology of service goes beyond serving others’ choices. Rather, it claims devotion to a transcendent value which infuses its specialization with a larger and putatively higher goal which may reach beyond that of those they are supposed to serve’ (Freidson, 2001, p. 122).

PROFESSIE ALS INSTITUTIE

Een professie definieer ik als een beroepsgroep die in de positie is de inhoud van haar werkzaamheden te controleren en de daarvoor benodigde kwalificaties en opleidingseisen te beheersen. Hoewel er voor het verkrijgen van deze positie maatschappelijke erkenning en wettelijke bescherming is vereist, is het in beginsel de beroepsgroep zelf die de controle over zijn werkerterrein probeert te bemachtigen.^{xv} De mate waarin dat lukt, hangt af van de mate waarin de beroepsgroep erin slaagt zijn 'positie en status om te zetten in bescherming en erkenning van het beroep, en daarmee van de honorering van de capaciteiten en kwalificaties die voor het beroep nodig zijn' (Knijn, 1999, p. 105). Analytisch gezien kan daarbij onderscheid worden gemaakt tussen strategieën van in- en uitsluiting.

De professie realiseert 'insluiting' door alleen gecertificeerde beroepsbeoefenaren toegang tot het beroep te verlenen (Weber, 1978; Littek en Heisig, 2003). Aan de hand van opleidingseisen markeert zij de minimale kennis en vaardigheden, die voor de beroepsuitoefening vereist zijn. De diploma's, getuig-schriften of andere kwalificaties die hiermee gepaard gaan, waarborgen dat alle tot de beroepsgroep toegelaten professionals over de benodigde *body of knowledge* en beroepsvaardigheden beschikken. Zodoende creëert de professie een beroepsmonopolie, waarmee zij zich van leken, 'gewone' beroepen en concurrerende professies onderscheidt (Mieg, 2003). Hoewel niet geheel valt uit te sluiten dat professionals hun autoriteit zullen misbruiken, verschaffen hun gecertificeerde inzichten, competenties en methodische invalshoeken de samenleving het vertrouwen, dat zij geschikt zijn voor het desbetreffende vak en doeltreffend zullen optreden.

De beroepsgroep creëert 'uitsluiting' door al degenen die niet beschikken over de voor de beroepsuitoefening vereiste kwalificaties te weren (Witz, 1992). 'In the ideal-typical occupationally controlled labor market of professionalism, the obligation to employ only those qualified by the occupation is made mandatory by law, thereby preventing the employment of anyone without the qualifications determined by the occupational group' (Freidson, 2001, p. 73). Het wettelijk beschermen en bepalen van (landelijke) opleidingseisen is de meest geëigende methode om de samenleving tegen ondeskundige, ongekwalificeerde arbeidskrachten te beschermen, maar tot op zekere hoogte kan dat ook met andere instrumenten worden bereikt. Zo zijn in Nederland

xv 'This control by rule', aldus Durkheim, 'can be established neither by the scientist in his study nor by the statesman; it has to be the task of the groups concerned' (1992 [1957], p. 31).

thuisverzorgenden weliswaar niet wettelijk beschermd via de in hoofdstuk 4 behandelde wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), maar beschikken zij over onder meer een beroepscode, kwaliteitskeurmerk, *incompany*-certificaten en een niet-verplichte landelijke opleiding. Ook al onderscheidt het hen van leken, vergeleken met bijvoorbeeld verpleegkundigen ‘missen thuisverzorgenden de voordelen van een wettelijke omschrijving van hun deskundigheidsgebied, officiële registratie van beroepsbeoefenaren en titelbescherming’ (Vulto en Morée, 1996, p. 26).

Recapitulerend is de ideaaltypische professie een institutie, die beroepsbeoefenaren in staat stelt hun werkzaamheden te controleren en beheersen. Bij de gratie van opleidingseisen enerzijds en de bescherming van deze eisen via erkenningen, richtlijnen, certificaten anderzijds, worden de handelingen van beroepsbeoefenaren voorzien van connotaties van professionaliteit. Dat de professie, om wettelijke bescherming te kunnen krijgen, een speciale relatie dient te hebben met de staat, en dat deze relatie in de loop van de vorige eeuw over het algemeen sterker is geworden, impliceert geenszins dat er een ideaaltypische verwevenheid tussen de zorglogica van de professie en overheid bestaat. ‘Professional bodies are certainly more closely interlinked with the state than formerly, but this characteristic is shared by almost every institution from the family, through charitable bodies to economic enterprises. This shift has not altered the basic characteristic of professional bodies’ (Macdonald, 1995, p. 121). In beginsel genieten professies dan ook een afgebakend domein en een afgeschermd positie, die zij met behulp van toelatingsvoorwaarden en opleidingseisen zelf bekrachtigen en consolideren.

DESKUNDIGEN EN CLIËNTEN IN HET PRIMAIRE PROCES

Zorgverleners definieer ik vanuit het perspectief van de professionele zorglogica als deskundigen, professionals of experts, ofwel als beroepsbeoefenaren die vakinhoudelijke kennis en vaardigheden bezitten op een bepaald terrein. Dit in tegenstelling tot amateurs of leken, die daarover niet beschikken. Zorgontvangers omschrijf ik als cliënten of patiënten, of breder: als personen van wie de identiteit primair wordt bepaald door een zekere behoefte aan zorg op lichamelijk, mentaal of emotioneel vlak.

Deskundigen/professionals/experts richten zich zowel op de preventie, genezing of stabilisatie van het verval van de cliënt, als op de fase daarvóór: het nemen van de beslissing of de desbetreffende hulpvraag überhaupt moet worden gehonoreerd. Met behulp van indicatie- en diagnosetechnieken beho-

ren professionals om te kunnen gaan met de gerechtvaardigde én ongerechtvaardigde wensen, verlangens en zorgvragen van de cliënt. Dat wil zeggen dat zij de reële zorgbehoefte van de cliënt – of hij of zij nu aardig of onaardig, rijk of arm, verzekerd of onverzekerd, et cetera is – als uitgangspunt voor hun handelingen nemen (Lipsky, 1980).^{xvi} Daarnaast mag van professionals worden verwacht dat zij hun keuzes tegenover anderen kunnen verantwoorden, dat zij geen handelingen verrichten die buiten hun deskundigheidsgebied vallen en dat zij in staat zijn hun optreden kritisch te beoordelen (Vulto en Morée, 1996). Naarmate bovenstaande competenties en gedragingen van professionals meer door de cliënten, overheid en andere groeperingen in de professionele arena worden geaccepteerd, zullen professionals de grenzen van hun beroep beter kunnen demarqueren (Boeije, 1996).

Cliënten/patiënten mogen van hun behandelend arts, verpleger of verzorgende verwachten dat deze hen benaderen op basis van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, en zich gedragen conform de officiële indicaties en richtlijnen vanuit de instelling. Onderdeel hiervan is een werkwijze waarbij de professional betrokkenheid met afstand combineert, ook wel als intimiteit op afstand aangeduid (Wærness, 1987). Voor cliënten houdt dat in dat zij verzorgd of behandeld worden door een persoon die niet te dicht op hun huid zit en die niet gevangen zit in de machtsverhoudingen en relatiepatronen, zoals die zich in informele zorgrelaties voordoen (Vulto en Morée, 1996, p. 74). De keerzijde hiervan luidt dat cliënten de geleverde zorg wellicht als te onpersoonlijk ervaren, en dat zij niet over dezelfde zeggenschap beschikken als ze in het informele of commerciële circuit zouden hebben gedaan.

Uit het voorgaande blijkt dat de professionele zorglogica de enige logica is die functioneert op basis van discretionaire dienstbaarheid als ideologie, de professie als institutie en de verhouding tussen (des)kundigen en patiënten/cliënten op relationeel niveau. In zijn ideaaltypische betekenis verwijst het begrip 'professie' naar het onderscheid tussen professionals enerzijds en leken of amateurs anderzijds, maar in hoeverre er in de sociale werkelijkheid sprake is van de ene dan wel andere pool is afhankelijk van vele factoren. Tegenover de intimiteit op afstand van professionals staat de persoonlijke betrokkenheid van informele verzorgers, de 'de-klant-is-koningmentaliteit' van commerciële zorgverleners en de bureaucratische, op standaardisa-

xvi Vandaar dat onderwijzers, pastors of maatschappelijk werkers bereid zijn illegalen of uitgeprocedeerde asielzoekers van hulp te voorzien, ondanks dat deze daar geen juridische aanspraak op maken. Hetzelfde geldt voor artsen: op grond van de eed van Hippocrates behandelen zij onverzekerde patiënten.

tie en rechtsgelijkheid gerichte benadering van de overheid. ‘The ideal-typical ideology of professionalism’, aldus Freidson (2001) ‘is concerned with justifying (...) the authority and status of its members. To do so it must neutralize or at least effectively counter the opposing ideologies which provide the rationale for the control of work by the market on the one hand, and by bureaucracy on the other’ (p. 106).

Ten eerste: op het ideologische niveau van de professionele zorglogica heerst de opvatting en overtuiging dat professionals de samenleving dienstbaar zijn. Daarbij gaat het niet om ‘gewone’ dienstbaarheid, zoals die van familieleden aan elkaar of van commerciële ondernemers aan hun klanten, maar om discretionaire dienstbaarheid, verleend binnen de grenzen van een gedomarkeerd beroepsdomein. Discretionaire dienstbaarheid is dienstbaarheid die maatschappelijk wordt erkend en aanvaard, omdat deze wordt verleend op basis van kennis en expertise die de leden van de maatschappij zelf ontberen. Hoe meer specialistisch de kennis en expertise, hoe meer rigide professionals hun domein kunnen en zullen afbakenen. Ten tweede: op het institutionele niveau van de professionele zorglogica definieer ik de professie als een beroepsgroep die eigenstandig de inhoud van haar werkzaamheden controleert en de daarvoor benodigde kwalificaties en opleidingsfaciliteiten beheerst. Aan de ene kant probeert zij al degenen in het beroep te sluiten die over de vereiste kwalificaties en certificaten beschikken; aan de andere zijde zijn haar inspanningen erop gericht iedereen die daaraan niet voldoet (wettelijk) uit te sluiten. Ten slotte: het micro-niveau van de professionele zorglogica omschrijf ik als de relatie tussen deskundigen/professionals/experts en cliënten/patiënten ofwel als de verhouding tussen zorgverleners met een specifieke *body of knowledge* en vaardigheden enerzijds en zorgvragers met een gelegitimeerde zorgbehoefte anderzijds.

CONCLUSIE EN PERSPECTIEF

In dit hoofdstuk heb ik de vraag beantwoord op welke wijze de politieke, economische, familiale en professionele zorglogica zich ideaaltypisch van elkaar onderscheiden. Systematisch behandelde ik de ideologische, institutionele en relationele bouwstenen, waarop deze vier zorglogica’s zijn gefundeerd. Aangezien ik reeds aan het eind van elke paragraaf een samenvatting gaf, is het niet zinvol deze hier nog eens letterlijk te herhalen. Tabel 6.1 geeft de ideaaltypische elementen van de politieke, economische, familiale en professionele zorglogica kort en bondig weer. Wat ik echter nog niet heb uitgewerkt zijn de – bot-

sende dan wel complementaire – wijzen waarop de economische zorglogica zich in de sociale werkelijkheid tot de overige drie zorglogica's kan verhouden. In het onderstaande breng ik daarom de standpunten van een aantal theoretici te berde. Het doel daarvan is conceptueel zichtbaar te maken welke posities er ten aanzien van de invoering van marktprikkels in de thuiszorg kunnen worden ingenomen, en conceptueel duidelijk te krijgen welke – botsende en complementaire – mengvormen van de economische zorglogica met de overige drie zorglogica's daarbij vallen te onderscheiden. In hoofdstuk 7 schets ik dan hoe ik de aanwezigheid van deze mengvormen in documenten over wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago-problemen en kwaliteitsgebreken heb gecoörd, gemeten en geoperationaliseerd.

TABEL 6.1

IDEAALTYPISCHE ELEMENTEN VAN DE POLITIEKE, ECONOMISCHE, FAMILIALE EN PROFESSIONELE ZORGLOGICA

	Ideologie	Institutie	Instelling
Politieke zorglogica	Sociale rechtvaardigheid	Overheid	Overheid versus Burger/belastingbetaler
Economische zorglogica	Economisch liberalisme	Markt	Ondernemer versus Consument/klant
Familiale zorglogica	Informele solidariteit	Familie/gemeenschap	Informele verzorger versus Naaste/verwante
Professionele zorglogica	Discretionaire dienstbaarheid	Professie	Professional/expert/deskundige versus Patiënt/cliënt

Van Kesteren (1995) en Van der Voort (2000) betogen dat de economische zorglogica strijdig is met de politieke zorglogica. Zo zou marktwerking in de publieke zorgsector volgens hen niet kunnen werken *vanwege* de wet van vraag en aanbod, vrije mededinging en dwangloze ruilhandel. De benodigde voorwaarden noch de beoogde effecten van marktwerking zouden in de zorgsector kunnen worden gerealiseerd. Dat de thuiszorg bijvoorbeeld gefinancierd wordt uit een volksverzekering, die naar draagkracht wordt geheven en bestemd is voor eenieder die daar recht op heeft, zou prijsconcurrentie in de weg staan. Hetzelfde zou voortvloeien uit achtereenvolgens het gegeven dat de overheid zichzelf sinds 1983 grondwettelijk heeft verplicht de gezondheid van haar onderdanen te bevorderen; dat de thuiszorg geen transparante zorgmarkt is vanwege de machtsposities van zorgaanbieders; dat cliënten zich irrationeel gedragen vanwege hun informatie-achterstand

of onzekerheid over de eigen gezondheid in de toekomst, enzovoort (zie ook Boot en Knapen, 1996).

Ook Buchanan en Tullock (1962) beweren dat de economische en politieke zorglogica elkaar niet verdragen, maar leggen de 'schuld' daarvan bij laatstgenoemde. Het falen van de markt wordt in hun optiek veroorzaakt door de overheidsbemoeienis ermee. Juist *omdat* de thuiszorg in een keurslijf van wetten en regelingen zit geperst, zou er volgens de voorstanders van marktwerking helemaal geen concurrentie bestaan (vgl. Praag et al., 1986). 'Het Oostblok heeft de planeconomie losgelaten, nu de Nederlandse gezondheidszorg nog!', beweert bijvoorbeeld de werkgeversvereniging VNO-NCW (1999, p. 6). Dat ongereguleerde marktwerking tot sociaal onwenselijke uitkomsten kan leiden, neemt volgens economisch liberalen niet weg dat (thuis)zorg in beginsel een product is als elk ander (Friedman, 1962). Ook de private markt van broden, tandenborstels of auto's zou immers te kampen hebben met enig gebrek aan transparantie, informatie-achterstand en irrationaliteit van consumenten. Waar het economisch liberalen echter om gaat is dat de werking van de markt het *primaat* heeft boven het coördinatiemechanisme van de overheid. Hieraan mag pas worden getornd op het moment dat er sociaal onacceptabele effecten optreden. Tot die tijd zouden de voordelen van marktwerking – doelmatigheid en klantgerichtheid – opwegen tegen de nadelen van overheidsingrijpen. Zo voelen cliënten in aanbodgerichte zorgstelsels het niet direct in hun portemonnee wanneer ze een overmatig beroep op de zorgvoorzieningen doen, waardoor er het risico van overconsumptie zou bestaan (*moral hazard*), terwijl cliënten in vraaggerichte zorgstelsels te maken hebben met eigen risico's, eigen bijdragen en andere marktprikkels die tot zuinig gedrag stimuleren (Boot en Knapen, 1996, p. 269).

Vanuit een combinatie-perspectief, ten slotte, zoeken theoretici naar de randvoorwaarden waaronder de klantgerichtheid en doelmatigheid van de publieke sector middels marktprikkels kunnen worden bevorderd, zonder dat de negatieve neveneffecten van marktwerking daarbij overheersen. Osborne en Gaebler (1992), die over de realisering van dergelijke quasi-markten relatief zeer optimistisch zijn, menen dat de meeste mensen onterecht zijn opgegroeid met de opvatting dat de publieke en private sector gescheiden werelden zijn en met de idee dat 'government should not interfere with business, and that business should have no truck with government. (...) But the world', aldus Osborne en Gaebler, 'has changed too much to allow an outdated mindset to stifle us in this way' (p. 43). Volgens Le Grand en Bartlett (1993, p. 19-34) zouden quasi-markten competitief, transparant en naar cliënten toe behoefte- in plaats van koopkrachtgeoriënteerd moeten zijn. Voor de over-

heid liggen daarbij niet minder, maar andere taken in het verschieft dan in de periode van de klassieke verzorgingsstaat (vgl. Trommel et al., 2001; Heffen e.a., 2001; RVZ, 1998a).^{xvii} Meer in het algemeen ziet Schnabel (2004) het als de belangrijkste uitdaging voor de eenentwintigste eeuw om op het stevige fundament van de gelijkheid te zoeken 'naar mogelijkheden om de vrijheid van het individu meer kansen te geven' (p. 25). Daarbij zullen individuen naast de collectieve voorzieningen ook steeds meer gebruik gaan maken van de door henzelf gekozen en betaalde commerciële voorzieningen (vgl. Schnabel, 2002).

Wat voor bovengenoemde zorglogica's geldt, gaat eveneens op voor de wijze waarop de economische en professionele zorglogica zich tot elkaar verhouden: nu eens vullen ze elkaar aan, dan weer belemmeren ze elkaar, maar altijd zijn ze tot elkaar veroordeeld. Hayek (2000 [1959]), Friedman (1962) en Buchanan en Tullock (1962) benadrukken dat de autonomie van professionals, die vanuit de optiek van de professionele zorglogica onontbeerlijk is, ten koste gaat van de markt. Professionals zouden monopolies en kartels creëren die de ordening van de op competitie en winst gerichte markt verstoort. Zij zouden samenspannen om marktwerking te dwarsbomen. Neem de huisartsen. 'In theorie mag een huisarts zich na zijn afstuderen overal vrij vestigen. In de praktijk wordt van nieuwkomers geëist dat zij zich voegen naar de bepalingen van een door de Landelijke Huisartsenvereniging gedicteerde modelovereenkomst. Huisartsen met een al gevestigde praktijk kunnen een nieuwkomer die zich niet aan deze gedragscode houdt het leven zo zuur maken dat hij zich wel tweemaal zal bedenken om aan de slag te gaan. Daarmee is feitelijk geen sprake van een onbelemmerde toetreding tot de markt voor huisartszorg' (De Kam en Nypels, 2001, p. 20).

Knijf (2000), Tonkens (2003), Pollitt (1993), Los (1996; 1997) en Freidson (2001) postuleren daarentegen dat de economische zorglogica de professionele zorglogica perverteert. Zij menen dat liberalisering, marktwerking en managementisme, zoals oorspronkelijk in de publieke sector geïntroduceerd, teruggaan op het *scientific management* van Frederick Taylor.¹ Het Tayloristische, doelrationele streven naar efficiëntie, arbeidsdeling en standaardisering, met als sluitstuk de zogenoemde uurtjes- en later kwartiertjes-hulp, zouden het professionele aspect van de thuiszorg miskennen. 'Those using monopoly (...) as shibboleths with which to attack professions have not looked closely enough at professional institutions (...) to see that these

^{xvii} Gedacht kan worden aan het functioneren als marktmeester, het coördineren van informatievoorzieningen en het tegengaan van cliëntselectie (Trommel et al., 2001; vgl. Clarke en Newman, 1997).

practices are more than modes of exploitation or domination: they are also social devices for supporting the growth and refinement of disciplines and the quality of their practice' (Freidson, 2001, p. 203). Zo brak het thuiszorgmanagement met de idee van de breed opgeleide, allround verzorgende, in plaats waarvan tegenwoordig thuishulpen A, verzorgingshulpen B, verzorgenden C, verzorgenden D, gespecialiseerd verzorgenden E, wijkziekenverzorgenden, verpleegkundigen in de wijk en wijkverpleegkundigen worden onderscheiden (Los, 1996; 1997).^{xviii} 'De managers wilden alles kwantificeren, waardoor alleen de noodzakelijke deelproducten in beeld bleven en het belangrijke geheel, met al zijn psychosociale aspecten, tussen wal en schip viel', betoogt Los (1996, p. 23).

Ferlie et al. (1996), ten slotte, beweren dat de veranderende verhouding tussen managers en professionals niet altijd en niet per definitie tot conflicten leidt. Bovendien zou de constatering dat professionals ten opzichte van managers het onderspit delven te simplistisch zijn. In samenhang daarmee beschouwt Putters (1998) de opkomst van het maatschappelijk ondernemerschap als een veelbelovend concept, 'omdat het de mix van publiek, privaat en professioneel tot uitgangspunt neemt en handvatten biedt om de spanningen die daaruit voortkomen hanteerbaar te maken' (p. 10). Zowel critici als optimisten, niettemin, delen de assumptie dat het professionele domein als een 'eigen' logica moet worden beschouwd, waarvan de essentiële onderdelen significant verschillen met die van de markt en de staat. 'While some point out the conflicts and incompatibilities between the three ordering principles, others emphasize their mutual complementarities' (Streck en Schmitter, 1985, p. 2).

Tot slot kent ook de relatie tussen de economische en familie/gemeenschapslogica zowel gevaren als mogelijkheden. Zo zet Barber (2001) enerzijds uiteen hoe de expansiedrang van markten de waarden en grondbeginselen van gemeenschappen en particularistische groepen incorporeert, en geeft hij anderzijds aan hoe deze gemeenschappen en groepen zich tegen de gevaren van marktwerking verweren. Sociologen als De Tocqueville (1969 [1835/1840]) en Parsons (1964), daarentegen, benadrukken dat gemeen-

xviii Adam Smith toont in een bekend citaat over een speldenfabriek de economisch-productieve kracht van arbeidsdeling: 'a workman (...) could scarce, perhaps, with his utmost industry, make one pin in a day, and certainly could not make twenty. But in the way in which this business is now carried on, (...) it is divided into a number of branches (...). One man draws out the wire, another straightens it, a third cuts it, a fourth points it, a fifth grinds it at the top for receiving the head; to make the head requires two or three distinct operations; to put it on is a peculiar business, to whiten the pins is another; it is even a trade by itself to put them into the paper (...). Those ten persons (...) could make among them upwards of forty-eight thousand pins in a day. (...) But if they had all wrought separately and independently, (...) they certainly could not each of them have made twenty, perhaps not one pin in a day' (1970 [1776], p. 5).

schappen een collectieve taal spreken en tot wederzijds vertrouwen aanspo-
ren, wat stabiele marktrelaties mogelijk maakt; en dat handelsrelaties, op hun
beurt, sociale groepen het noodzakelijke inkomen verschaffen waarmee zij
hun collectieve identiteit kunnen uitdragen en financieren.

METHODE VAN DATAVERZAMELING EN -ANALYSE

Dit hoofdstuk gaat over de methode van dataverzameling en -analyse. Gekozen is voor een analyse van documenten over 1) wachtlijsten en -tijden, 2) arbeidsproblemen, in de vorm van personeelstekorten, werkdruk, ziekteverzuim en WAO-instroom, 3) gebrek aan kwaliteit van geleverde zorg en 4) het 'duffe' imago. Het betreft onder meer kamerstukken, handelingen, nota's, brieven, conferentieverlagen, ledenmagazines, persberichten en jaarverslagen. In deel I analyseer ik de thema's, oorzaken en oplossingen die de diverse partijen met deze knelpunten hebben verbonden. Tevens bestudeer ik de verschuivingen, fricties en momenten van eensgezindheid die zich in dat kader voordoen. In deel III onderzoek ik opnieuw de wrijving en harmonie met betrekking tot de problemen in de thuiszorg, maar dan met behulp van een zorglogica-analyse.

Een analyse van documenten ligt voor de hand, omdat het de geëigende methode is om openbare standpunten, strijd en visies te analyseren. Participerende observaties en interviews zijn meer geschikt om informele en niet-publieke kwesties te bestuderen. Ten tweede kunnen met documentenanalyses gegevens uit het verleden worden onderzocht, wat bij participerende observatie onmogelijk is. Ten derde stelt een documenten-analyse mij in staat om niet-vertekende gegevens te onderzoeken, wat bij retrospectieve interviews door herinneringsvertekeningen van de respondenten vaak niet mogelijk is. Tot slot zijn documentenanalyses uitermate geschikt om de inhoudelijke posities van partijen, de fricties die daarachter schuilgaan en de schijnbaar onschuldige woorden en zinswendingen waarmee zij hun standpunten formuleren, te analyseren. Vandaar dat ik de analyse eerder als een vertooganalyse heb aangeduid. Wél heb ik in de voorbereidende fase van het onderzoek, om vertrouwd te raken met het studie-onderwerp, ruim twee maanden veldwerk gedaan bij een thuiszorginstelling in Midden-Nederland.

Bovendien heb ik veertien interviews gehouden met sleutelfiguren in het veld, zoals bij een aantal wetenschappelijke bureaus van politieke partijen; bij verzekeraars; beroepsgroepen en cliëntenorganisaties. In het nu volgende geef ik aan welke documenten ik heb verzameld en expliciteer ik de manier waarop ik ze heb gecodeerd, geoperationaliseerd en geanalyseerd.

DATAVERZAMELING

Zoals reeds opgemerkt vormt het debat over *landelijke* problemen in de *Nederlandse* thuiszorg het onderwerp van onderzoek, voor zover dit tot uitdrukking komt in *openbare* documenten tussen 1987 en 2002. Het betreft dan het debat bij monde van onder meer de nationale politiek, koepels van werkgevers, zorgverzekeraars, patiëntenfederaties en beroepsorganisaties. Deze paragraaf bestaat uit drie subparagrafen. Ten eerste zet ik uiteen dat er vijf partijen zijn geselecteerd, onderverdeeld in zestien actoren. Zonder archaische bijbedoelingen etiketteer ik die als de dragers van het gezag, dat wil zeggen als de actoren die op het gebied van beleid en/of uitvoering van thuiszorg relatief de meeste invloed hebben op en de grootste verantwoordelijkheid dragen voor een kwalitatief goede en toegankelijke thuiszorg. Ten tweede doe ik uit de doeken welke documenten ik van deze zestien dragers van het gezag heb verzameld, hetgeen tot de conclusie leidt dat het alle relevante documenten betreft over de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblematiek. Om overzicht te bewaren, presenteer ik de verzamelde documenten van de nationale politiek en maatschappelijke actoren apart. Ten derde geef ik een korte samenvatting.

DRAGERS VAN HET GEZAG

Alvorens uiteen te zetten welke documenten zijn verzameld, is het noodzakelijk in te gaan op de kwestie bij wie deze documenten worden verzameld. Wie zijn de dragers van het gezag in de thuiszorg? Hoewel het onmogelijk is om op basis van een absolute maatstaf te bepalen waar de exacte grens ligt tussen actoren die (net) wel of (net) niet als 'drager van het gezag' aangemerkt zouden moeten worden, is het op grond van een tweetal criteria wel mogelijk een lijst op te stellen van meer en minder gezaghebbende actoren. Op basis van criteria van invloed (hoeveelheid beschikbare economische middelen; grootte en type achterban; deelname aan het maatschappelijke

debat; participatie in politieke lobby's) en criteria van verantwoordelijkheid (hoeveelheid en type formele taakstellingen; aantal en soorten ondertekende convenanten; type officiële missie; mate van publieke aansprakelijkheid), zijn op die manier vijf partijen geselecteerd, onderverdeeld in zestien actoren (zie voor een overzicht tabel 7.1).¹

Er is vanzelfsprekend ook een aantal actoren *niet* geselecteerd. Te denken valt aan onder andere het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) of vrouwenorganisaties als de Vrouwenalliantie of E-quality. Maar evenmin zijn de media of de relatief kleine vakbond De Unie Zorg en Welzijn in het onderzoek betrokken. Ondanks constructieve en waardevolle bijdragen van deze organisaties aan het oplossen of in kaart brengen van problemen in de thuiszorg, kunnen zij niet als dragers van het gezag worden geselecteerd: om wisselende redenen bewegen zij zich in de marge van de thuiszorgsector, dragen zij er geen of weinig verantwoordelijkheid en hebben zij nu eenmaal een geringe invloed op en lage aansprakelijkheid voor de loop der gebeurtenissen aldaar. Hun kerntaken verrichten zij elders.

TABEL 7.1

PARTIJEN EN ACTOREN IN DE THUISZORG

Partijen	Actoren
I Nationale politiek	1 Overheid
	2 Eerste en Tweede Kamer
II Werkgevers/Aanbieders	3 Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)
	4 Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
III Werknemers/Beroepsgroep	5 STING
	6 NU'91
	7 Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW)
	8 Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV)
	9 AbvaKabo FNV
	10 CFO-CNV
IV Verzekeraars	11 Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
V Cliënten	12 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
	13 Landelijk Overleg Cliëntenraden (LOC)
	14 Stichting Cliënt en Kwaliteit
	15 De Consumentenbond
	16 Landelijke Organisatie Thuisverzorgers (LOT)

¹ Aangezien 1987 het startjaar vormt van het onderzoek en veel organisaties in hun huidige vorm nog niet lang bestaan, zijn ook alle documenten van rechtsvoorgangers geselecteerd. Zo komt de NPCF voort uit de LP/CF, LODEP en Werkgroep 2000 en is de LOC ontsproten uit LOC-Ouderen, voorheen LOBB en NVB. De data uit al deze organisaties worden in het onderzoek betrokken. Zie voor een historisch overzicht van de zestien organisaties bijlage 1.

Dat de wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago problemen en kwaliteitsgebreken in de thuiszorg worden aangepakt door bovengenoemde vijf partijen en zestien actoren, betekent overigens niet automatisch dat elk van deze partijen en actoren zich ook expliciet mengt in elk van de vier problemen. Wél is het zo dat deze vier knelpunten in de praktijk meestal zo nauw vervlochten zijn, dat de expliciete inmenging van partij X in bijvoorbeeld probleem A vaak een impliciete visie veronderstelt op – zeg – probleem B of C. Zo leiden ‘te weinig handen aan bed’ tot een verhoging van de werkdruk; en vermindert een stijgende werkbelasting de aantrekkelijkheid van het beroep; maar omdat omgekeerd bijvoorbeeld geldt dat een onaantrekkelijk imago een dalende in- en stijgende uitstroom van het personeel in de hand werkt, en dus een verhoging van de werkdruk (en dat dit op haar beurt de kwaliteit van de zorgverlening en/of de grootte van wachtlijsten beïnvloedt), is het eenvoudig in te zien dat het werkdrukbeleid van bijvoorbeeld de werkgevers of de vakbonden, impliciet raakt aan de wijze waarop deze sociale partners de overige knelpunten benaderen.

Expliciet worden de vier problemen echter aangepakt en behandeld door twee, elkaar deels overlappende gelederen (zie tabel 7.2). De ene formatie, bestaande uit de nationale politiek, de koepels voor werkgevers, beroepsorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en een vijftal cliëntenorganisaties, houdt zich primair bezig met de wachtlijstproblematiek. De andere formatie (dezelfde als de vorige, maar dan exclusief ZN en de cliëntenorganisaties, en inclusief de vakbonden AbvaKabo FNV en CFO-CNV), richt zich op de arbeidsmarkt- en imago problemen in de sector. In deel I zagen we dat sommige actoren daarbij kiezen voor een beroepsinhoudelijke en andere actoren voor een arbeidsvoorwaardelijke benadering. De beroepsorganisaties richten zich met name op de onderwaardering van de professionaliteit van de werknemers, terwijl de vakbonden vooral focussen op zaken als salariering, her- en bijscholing of het regelen van kinderopvang en deeltijdarbeid. Voor zowel de formatie ‘wachtlijsten’ als de formatie ‘arbeids- en imago problemen’ geldt dat zij zich ook bezig houden met het bewaren of verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening.

TABEL 7.2

PARTIJEN EN ACTOREN IN DE THUISZORG, UITGESPLITST NAAR PROBLEEMGEBIED

Problemen	Partijen	Actoren	
A Wachlijsten	I Nationale politiek	1 Overheid	
		2 Eerste en Tweede Kamer	
	II Werkgevers/Aanbieders	3 LVT	
		4 BTN	
		5 STING	
	III Werknemers/Beroepsgroep	6 NU'91	
		7 LVW	
		8 AVVV	
		11 ZN	
		12 NPCF	
	IV Verzekeraars	13 LOC	
		14 Stichting Cliënt en Kwaliteit	
	V Cliënten	15 De Consumentenbond	
		16 LOT	
	B Arbeidsproblemen	I Nationale politiek	1 Overheid
			2 Eerste en Tweede Kamer
II Werkgevers/Aanbieders		3 LVT	
		4 BTN	
		5 STING	
III Werknemers/Beroepsgroep		6 NU'91	
		7 LVW	
		8 AVVV	
		9 AbvaKabo FNV	
		10 CFO-CNV	
C Kwaliteit	Zie A + B	Zie A + B ^{II}	
D Imago	Zie B	Zie B	

Nu bekend is dat er voor de dataverzameling 5 partijen en 16 actoren zijn geselecteerd, ligt het randvoorwaardelijke kader van de dataverzameling vast. Alle te verzamelen documenten hebben betrekking op:

- een of meer van de vier genoemde problemen in de
- thuiszorg in
- Nederland tussen
- 1987 en 2002 uit monde van
- de 16 genoemde actoren

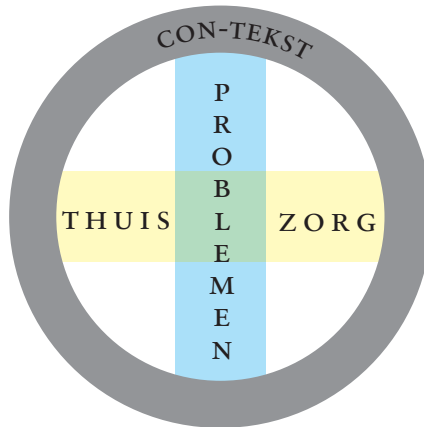
II Met uitzondering van CFO-CNV en AbvaKabo FNV.

WELKE DOCUMENTEN?

Documenten zijn onder te verdelen in wat ik noem primaire bronnen en Con-teksten (zie figuur 7.1). In eerste instantie worden de primaire bronnen verzameld, met het onderwerp van debat – *problemen* in de *thuiszorg* – als richtingen aanwijzer. Dat betekent dat enerzijds teksten over problemen in de gezondheidszorg in het algemeen zijn uitgekozen (blauw), omdat deze documenten inzicht kunnen geven in problemen in de *thuiszorg* of daar expliciet over gaan (groen). Anderzijds zijn teksten over de thuiszorg in het bijzonder geselecteerd (geel), aangezien deze een bijdrage kunnen leveren aan het begrijpen van *problemen* in de thuiszorgsector – of voor dat doel zijn geschreven (groen).

FIGUUR 7.1

PERSPECTIEVEN DATAVERZAMELING



In tweede instantie zijn zogenoemde Con-teksten (donkergrijs) verzameld. Dat zijn documenten die weliswaar niet geselecteerd zijn op basis van de twee zojuist besproken invalshoeken, maar waarnaar in de wél verzamelde documenten wordt verwezen. Een voorbeeld van zulk een Con-tekst is het *task-force*-rapport ‘Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens’. Con-teksten worden functioneel in het onderzoek betrokken, maar niet ‘primair’ geanalyseerd; ze worden benaderd vanuit de door de analyse van de primaire teksten aangereikte systematiek en treden in die zin op als achtergrond

bij, verduidelijking of verdieping van deze systematiek. Con-teksten hebben vaak de vorm van adviezen of onderzoeken.

In het volgende wordt bovengenoemde zoekstrategie geconcretiseerd. Uitgelegd zal worden dat een groot aantal primaire documenten is verzameld, namelijk 1.121 in totaal. Allereerst wordt ingegaan op de dataverzameling van nationaal politieke documenten. Vervolgens wordt uiteengezet welke teksten van de maatschappelijke actoren zijn uitgekozen.

Nationaal politieke documenten

In totaal zijn er 121 nationaal politieke documenten verzameld: 23 vanuit het zojuist genoemde probleem perspectief (zie bijlage II.1.a) en 98 vanuit het thuiszorgperspectief (zie bijlage II.2.a). Daarnaast heb ik Con-teksten geselecteerd (zie bijlage II.3.a).

Probleemperspectief

Om zicht te krijgen op aard en omvang van de documenten uit de eerste/blauwe invalshoek, het probleem perspectief, is de bibliotheek van het ministerie van vws en de elektronische zoekmachine van de Eerste en Tweede Kamer geraadpleegd. Deze machine biedt de mogelijkheid om alle parlementaire stukken, zoals kamerstukken, handelingen, moties en agenda's, die sinds 1 januari 1995ⁱⁱⁱ zijn verschenen, te downloaden en/of op trefwoord,^{iv} titel, datum en nummer te doorzoeken.

Wat tijdens het zoeken direct opvalt is het onwerkbaar grote aantal politieke bronnen over elk van de vier problemen. Passages over wachtlijsten, personeelsproblemen, gebrek aan kwaliteit en imago komen elk in meer dan duizend documenten voor (de lengte van één document varieert tussen de 1 en 300 pagina's). Het betreft dan de 4 problemen in de meest ruime zin van het

iii Het zal de kritische lezer opvallen dat op deze wijze geen parlementaire stukken van vóór 1995 kunnen worden geselecteerd. Ook biedt de bibliotheek van vws die mogelijkheid niet, althans niet vanuit het *probleemperspectief*. Haar hangmappensysteem is namelijk niet vanuit thematieken als wachtlijsten, arbeidsproblemen et cetera georganiseerd. Niettemin bestaat er goede grond om aan te nemen dat het verzamelen van documenten van vóór 1995, althans vanuit het probleem perspectief, nauwelijks of geen meerwaarde heeft: het politieke debat over de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblematiek vindt voor het overgrote deel plaats sinds 1996/1997. Dat blijkt niet alleen uit de interviews met politieke sleutelinformanten, maar kan – met enige terughoudendheid – ook worden afgeleid uit tabel 7.3 en figuur 7.2. Voor alle duidelijkheid: via het *thuiszorgperspectief*, dat ik in de volgende subparagraaf behandel, zijn wél documenten van vóór 1995 verzameld. Dit levert uiteenlopende documenten over de thuiszorg op, waaronder – conform het groene vlak in figuur 7.1 – een beperkt aantal documenten over wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblemen in (enkel) de thuiszorg. Ook zijn er Con-teksten van vóór 1995 verzameld.

iv Op woord- en zinsniveau kunnen de parlementaire stukken worden doorzocht op respectievelijk ieder willekeurig woord of zinsfragment, eventueel met behulp van zoekoperatoren als 'and', 'or' of 'not'.

woord, zoals bijvoorbeeld kamervragen over toezeggingen van staatssecretaris X over het wegwerken van bepaalde wachtlijsten in sector Y in relatie tot het voortijdige vertrek van deze staatssecretaris naar een burgemeesterspost in stad Z, of politieke dossierstukken over werkdruk en achterstand in afhandeling van civiele zaken in gerechtshof Q in verband met de wenselijkheid van schikkingen in deze zaken et cetera.

Om tot een meer overzichtelijke hoeveelheid gegevens te komen is de zoekmachine vervolgens de additionele eis gesteld dat de politieke teksten niet alleen fragmenten over een of meerdere van de vier problemen, maar ook passages over de thuiszorg moeten bevatten, in de wetenschap dat deze probleem- en thuiszorgpassages natuurlijk niet samen hoeven te vallen. Hoewel ook deze zoekactie een bijzonder grote hoeveelheid en inhoudelijk gezien te ruim aanbod aan materiaal oplevert, dient dit materiaal als een heldere en controleerbare basis voor de definitieve dataselectie. In totaal gaat het over 2.021 documenten, waarvan 630 treffers over wachtlijsten & thuiszorg, 437 documenten over arbeidsproblemen & thuiszorg en respectievelijk 829 en 125 zoekresultaten over kwaliteit en imago & thuiszorg. Overigens blijkt uit deze zoekactie dat elk van de vier problemen door de jaren heen in toenemende mate aan de politieke kaak is gesteld (zie tabel 7.3).^v Zo wordt er in het jaar 2000 vier maal (!) vaker over de personeelsproblematiek gesproken dan dat in 1995 het geval was, en geeft de wachtlijstproblematiek wat dat betreft zelfs een verviervoudiging te zien! Opvallend is dat het jaar 2001 ten opzichte van 2000 voor het eerst en bovendien voor elk van de vier problemen een daling in het aantal documenten laat zien (gemiddeld 12 procent). Hoewel een onwetende buitenstaander op grond hiervan kan concluderen dat er kennelijk een zekere acceptatie is gegroeid ten aanzien van het niet (volledig) kunnen wegwerken van de knelpunten of dat er sprake is van gebrek aan puf om de problemen nóg een keer aan de kaak te stellen ('probleemmoehheid'), blijkt deze daling te worden veroorzaakt door een feitelijke afname van de ernst van de problemen in 2001. Daaraan gaat een opmerkelijke, toenemende eensgezindheid over bepaalde uitgezette beleidstrajecten vooraf, die ik in deel I en III voor het voetlicht breng.

v In het geval van het probleem van gebrek aan kwaliteit van geleverde zorg ligt dit genuanceerder. Dit komt doordat niet alle van de 829 treffers over kwaliteit & thuiszorg gaan over problemen met betrekking tot deze kwaliteit.

TABEL 7.3

AANTAL NATIONAAL POLITIEKE DOCUMENTEN OVER THUISZORG MET DAARIN FRAGMENTEN OVER DE VIER PROBLEMEN, UITGESPLITST NAAR JAARTAL

	Totaal	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Wachlijsten	630	25	71	85	95	111	126	117
Arbeidsschaarste	437	23	35	46	58	95	99	81
Imago	125	6	8	15	23	26	29	18
Kwaliteit	829	70	111	125	112	123	150	138
Totaal	2.021	124	225	271	288	355	404	354

Hoe kies je uit 2.021 politieke documenten over problemen & thuiszorg de meest zinvolle?^{vi} Wetende dat de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblemen zich in de praktijk zelden los van elkaar openbaren, heb ik ervoor gekozen alle documenten te verzamelen waarin deze problemen zich in samenhang manifesteren.^{vii} Omdat ik de vier knelpunten elk afzonderlijk codeer, schept dat de mogelijkheid om ze zowel in relatie tot elkaar als gescheiden van elkaar te analyseren. Daarnaast is het naar mijn smaak zo dat in documenten waarin wachtlijst-, arbeids-, imago- en kwaliteitsproblemen gelijktijdig of vlak na elkaar aan de orde komen, het ‘probleem thuiszorg’ in zijn meest geconcentreerde en bondige vorm wordt bediscussieerd. Praktisch, ten slotte, blijkt het verzamelen van documenten waarin de vier problemen gezamenlijk worden behandeld een werkbare optie. Het gaat om 23 documenten, met een omvang van in totaal 1.042 pagina’s, die, zoals reeds opgemerkt, worden aangevuld met Con-teksten en met teksten uit de tweede/ gele invalshoek van dataverzameling: het perspectief van de thuiszorg.

Thuiszorgperspectief

Bij het perspectief van de thuiszorg is de dataverzameling aangepakt in twee stadia. Allereerst is secundaire literatuur gelezen waarin wordt verwezen naar primaire thuiszorgbronnen, op basis waarvan, ten tweede, de data daadwerkelijk zijn verzameld. Aan de hand van vier secundaire bronnen, waar-

vi Feitelijk gaat het overigens om minder dan 2.021 documenten, omdat er sprake is van dubbelstellingen. Zo kunnen documenten over imago & thuiszorg – om een voorbeeld te geven – eveneens tekstfragmenten bevatten over een of meer van de overige drie problemen, met als gevolg dat deze documenten twee, drie of vier keer worden geteld. Het optellen van cellen binnen kolommen is in het geval van tabel 7.3 dus weinigzeggend. De informatie in de verschillende cellen afzonderlijk en het resultaat van optellingen binnen rijen zijn dat daarentegen wel.

vii Te weinig handen aan bed betekent immers een verhoging van de werkdruk; een stijgende werkbelasting vermindert de aantrekkelijkheid van het beroep; wachtlijsten zorgen voor een slecht imago et cetera.

van het Handboek Thuiszorg (Adrichem et al., doorlopende uitgave) de meest complete is, heb ik inzicht gekregen in de belangrijkste politieke documenten over de thuiszorg, met name overheidsnota's.^{viii} Op basis daarvan heb ik de primaire dataverzameling vervolgd in het documentatiecentrum van het ministerie van VWS en op *www.parlement.nl*.

Ik heb 98 primaire, politieke bronnen geselecteerd, verdeeld over drie dossiers (729 pagina's). Het betreft alle Eerste en Tweede Kamerstukken over de thuiszorg, inclusief overheidsnota's, brieven van de minister, schriftelijke overleggen et cetera. Allereerst heb ik de notitie *Thuiszorg in de jaren negentig* (1991) in de dataverzameling opgenomen. Uit deze notitie vloeiden geen kamerdebatten, vragen aan de staatssecretaris of overige politieke reacties voort. Ten tweede heb ik het dossier *Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst* (1997) verzameld, waarvan de gelijknamige nota de kerntekst vormt. Zonder twijfel is de nota *Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst* het belangrijkste en meest omvattende document dat een minister ooit over de thuiszorg heeft uitgebracht, al is het maar omdat het thuiszorgbeleid volgens deze nota als voorbeeld dient voor het beleid in de rest van de zorgsector. Met behulp van internet is de volledige nationale politieke discussie over de nota 'Thuiszorg en zorg thuis' gedownload. Het betreft een viertal handelingen, inclusief twee stemmingen over moties en het parlementaire dossier met nummer 25351, volgnummer 1 tot en met 18. Dit dossier bevat naast de genoemde nota, 1 notitie, 4 brieven van minister of staatssecretaris, 11 moties en een verslag van een algemeen overleg. Ten derde heb ik het dossier *Thuiszorg* verzameld. Het spits van dit dossier wordt op 15 juni 1993 afgebeten door een verslag van een schriftelijk overleg – naar aanleiding van een NIVEL-onderzoek over wachtlijsten in de thuiszorg. Verder beslaat deze parlementaire map een scala aan onderwerpen. Het bevat tot 1 januari 2002 een zestal handelingen en draagt voor het overige nummer 23235, volgnummer 1 tot en met 69.

Con-teksten

Ook heb ik Con-teksten geselecteerd. Dat zijn alle teksten waarnaar in de bovengenoemde drie thuiszorgdossiers wordt verwezen. Het betreft steeds nota's, rapporten en andere politieke documenten die inzicht verschaffen in de thuiszorg, ook al richten ze zich op de zorgsector in het algemeen, zoals:

^{viii} Daarnaast werd gebruik gemaakt van Boot en Knapen (1996), Elsinga en Van Kemenade (1997) en Goudriaan (1988). Vanaf 1974 maakt de thuiszorg onderdeel uit van het nationale overheidsbeleid, ook al werd aanvankelijk de term 'eerstelijnsgezondheidszorg' gehanteerd. In 1983 wordt in de nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' voor het eerst het begrip 'thuiszorg' geïntroduceerd.

- Commissie-Dekker, *Bereidheid tot verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Den Haag, 1987: Con-tekst.^{IX}
- Rapport van de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie-Werner), *In hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*. Rijswijk, juni 1991: Con-tekst.
- Commissie Verzorging (Commissie-Ermen), *Zorg voor Zorg*. Utrecht, LCVV, 1995: Con-tekst.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *De arbeidsmarkt in de collectieve sector. Investeren in mensen en kwaliteit. Bijlagen*. Den Haag, BZK, 2001: Con-tekst.

Kortom, de dataverzameling van documenten uit de nationale politiek bestaat uit enerzijds primaire bronnen en anderzijds Con-teksten. De primaire bronnen zijn gevonden langs de invalshoek van a) problemen (23 documenten) en b) thuiszorg (98 treffers): 121 primaire teksten worden geanalyseerd met een lengte van opgeteld ruim 1.700 pagina's.

Documenten van de maatschappelijke actoren

In deze paragraaf volgt een beschrijving van de dataverzameling die heeft plaatsgevonden bij een veertiental instituten op meso-niveau. Dit niveau is zeer complex. Nieuwe organisaties komen, oude gaan; instellingen fuseren, doelstellingen en doelgroepen worden bijgesteld; archieven zijn op uiteenlopende manieren geordend. Ondanks deze complexiteit – zie bijlage I voor een historisch overzicht – is de belangrijkste boodschap in deze paragraaf eenvoudigweg dat alle voor het onderzoek relevante documenten zijn verzameld en dat de dataverzamelingssystematiek gelijk is aan die van de in de vorige paragraaf besproken nationaal politieke documenten. Dat wil zeggen dat er wederom een onderscheid is gemaakt tussen Con-teksten (zie bijlage II.3.b) en primaire bronnen; en dat wat betreft de selectie van de primaire bronnen opnieuw het probleem perspectief (zie bijlage II.1.b) en het thuiszorgperspectief (zie bijlage II.2.b) als uitgangspunten zijn genomen. Er zijn exact 1.000 primaire documenten verzameld.

IX Zoals ik in het inleidend hoofdstuk reeds opmerkte, vormt deze nota het startschot voor het debat over de introductie van marktwerking in de zorgsector. Tot op de dag van vandaag verwijzen bewindslieden en parlementariërs er met enige regelmaat naar.

Met de zinsnede 'alle relevante documenten verzameld' wordt bedoeld dat alle documenten zijn geselecteerd die tekstfragmenten bevatten over kwesties waarvoor de onderzoeksactoren (mede)verantwoordelijkheid dragen en/of waarmee deze actoren de overige veldpartijen beïnvloeden. Graadmeters van dit laatste zijn het aantal en type documenten rond sleutelteksten, zoals werkdocumenten vóór of uitgegane persberichten na deze sleutelteksten; en – belangrijk – het aantal en type reacties van de rest van de veldpartijen op deze sleutelteksten. In het kort definieer ik de verzamelde, relevante documenten als gezaghebbende documenten.

Probleemperspectief

De zoektocht naar documenten vanuit het probleemperspectief vond plaats in de archieven en (indien van toepassing) bibliotheken van de veertien onderzoeksactoren. Hier werd allereerst inzicht verkregen in het integrale aanbod aan teksten dat de veertien organisaties in de loop der jaren produceerden over wachtlijsten, arbeidsproblemen, kwaliteits- en imago-problemen. Indien mogelijk werd dit integrale aanbod in gekopieerde vorm verworven; en werden hieruit na bestudering de gezaghebbende documenten gedistilleerd. Indien het *niet* mogelijk was het integrale aanbod in bezit te krijgen,^x werd met behulp van (informanteninterviews met) welingelichte sleutelfiguren ter plekke bepaald welke documenten tot de gezaghebbende gerekend kunnen worden. In totaal zijn vanuit het probleemperspectief 1.000 gezaghebbende documenten verzameld (zie tabel 7.4).^{xi} Wat als eerste opvalt is dat de cliëntenorganisaties verantwoordelijk zijn voor een relatief klein gedeelte (10 procent)

x Dit was bij in totaal zes organisaties niet mogelijk. Ten eerste zijn er drie organisaties wier archief/bibliotheek hiervoor te omvangrijk is. Het betreft de organisaties Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT). In het geval van de AVVV is het zo dat een welingelichte sleutelfiguur de relevante documenten heeft toegezonden (41 documenten); en dat aard en volume van deze toezending achteraf in een interview met de onderzoeker is doorgesproken. Bij ZN ging het anders. Daar heb ik besloten me tot het screenen van drie typen documenten te beperken: alle jaarverslagen, persberichten en interne beleidsjournaals (207 documenten). De derde organisatie die een te omvangrijk archief heeft om alle documenten te verwerven is de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT). Bij deze organisatie zijn alle documenten doorzocht en ingekeken. Ter plekke zijn de gezaghebbende documenten eruit gelicht en gekopieerd (211 documenten). Dan is er nog een tweede verklaring voor het gegeven dat niet bij alle organisaties alle in de loop der jaren geproduceerde documenten konden worden verzameld: papiervermietiging. Het betreft drie instellingen die relatief vaak met korte termijn projecten bezig zijn: De Consumentenbond en de twee vakbonden CFO en AbvaKabo FNV. De archieven van deze organisaties gaan niet verder dan vijf tot tien jaar terug. Deels heeft dat te maken met opslagcapaciteit, deels met het gebrek aan praktisch nut van veel oude documenten. Vandaar dat na verloop van tijd het archief wordt vernieuwd en verouderde documenten door paperversnipperaars worden vernietigd. Desalniettemin kon in de historische prestaties (1987-1995) van deze drie organisaties inzicht worden verkregen via zoektochten in de archieven van partijen die wél over een langlopend archief beschikken (17 documenten). Elk van deze zeventien documenten is als gezaghebbend document geselecteerd.

xi Dit komt, rekening houdend met het gegeven dat sommige maatschappelijke actoren pas (ver) na 1987 zijn opgericht, neer op gemiddeld 1 gezaghebbend document per actor per 2 maanden ofwel op 1 gezaghebbend document per probleem per actor per 8 maanden.

van de publicaties over knelpunten in de thuiszorg.^{xii} Hoewel dat correspondeert met hun (betreunde) relatief geringe gezag in het veld, lijkt het vooral te maken te hebben met het feit dat zij hun energie niet in elk van de vier problemen steken, maar nagenoeg alleen in de wachtlijst- en kwaliteitsthematiek. Dat neemt niet weg dat door de bank genomen de kwaliteitsthematiek van de maatschappelijke actoren relatief de minste aandacht krijgt – waarschijnlijk omdat deze, zoals in deel 1 valt te lezen, wordt beschouwd als een afgeleide van de overige drie problemen en bovendien als het minst nijpende knelpunt wordt ervaren. Als we kijken naar de afzonderlijke cellen, valt op dat Zorgverzekeraars Nederland zich het duidelijkst op de wachtlijsten profileert, en de werknemers/beroepsbeoefenaren op de arbeids- en imago-problematiek. In beide gevallen komen de werkgevers/aanbieders naar voren als duidelijke tweede.^{xiii}

TABEL 7.4

AANTAL DOCUMENTEN OVER PROBLEMEN IN DE THUISZORG, UITGESPLITST PER PARTIJ

	Wachtlijsten	Arbeidsproblemen	Kwaliteit	Imago	Totaal
Werkgevers/Aanbieders	81	76	33	59	249
Werknemers/Beroepsgroep	28	169	51	192	440
Verzekeraars	138	32	30	7	207
Cliënten	44	5	55	-	104
Totaal	291	282	169	258	1.000

Ook tabel 7.5 geeft een overzicht van het aantal gepubliceerde documenten over problemen in de thuiszorg, maar nu uitgesplitst over drie perioden van vijf jaar. Het meest in het oog springend is dat deze problemen in de loop der jaren meer en meer aandacht hebben gekregen. Het blijkt dat het aantal gepubliceerde documenten in de periode 1992-1997 met een factor zes en in de periode 1997-2002 met een factor zeventien is gegroeid ten opzichte van de periode 1987-1992. Werden overigens in de periode 1992-1997 problemen met betrekking tot arbeid en imago als het meest urgent beschouwd of althans het vaakst benoemd, in de periode daarna (1997-2002) geldt dat voor de wachtlijsten.

xii Dat de werknemers/beroepsbeoefenaren in de kolom 'totaal' zo hoog scoren komt doordat deze partij uit relatief veel maatschappelijke actoren bestaat (N=6).

xiii Indien documenten gericht zijn op meer dan één van de vier problemen, bijvoorbeeld op de wachtlijst- én arbeidsmarktproblematiek, dan zijn deze dubbel geteld en dubbel gecodeerd en geanalyseerd.

TABEL 7.5

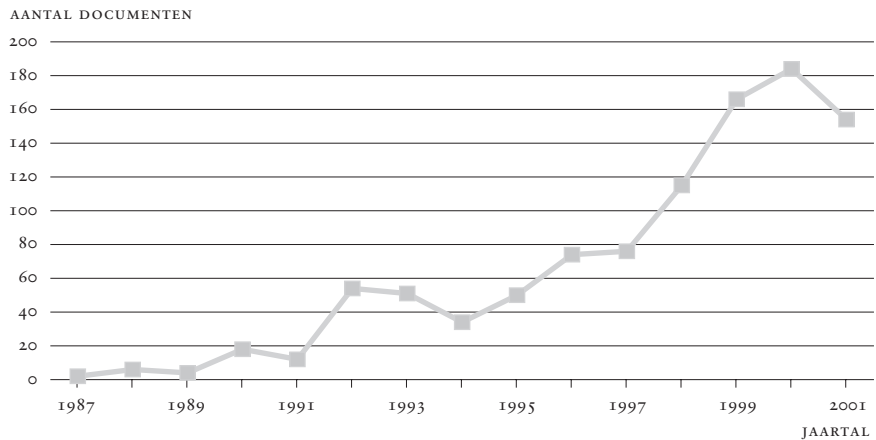
AANTAL DOCUMENTEN VAN VEERTIEN MAATSCHAPPELIJKE ACTOREN OVER PROBLEMEN IN DE THUISZORG, PER PERIODE

	Wachlijsten	Arbeidsproblemen	Kwaliteit	Imago	Totaal
1987-1992	7	16	9	10	42
1992-1997	56	78	50	79	263
1997-2002	228	188	110	169	695
Totaal	291	282	169	258	1.000

Als tot slot een uitsplitsing wordt gemaakt per jaartal in plaats van per periode van vijf jaar, dan valt op dat het jaar 2001 (N=154) ten opzichte van 2000 (N=184), na jaren van gestage groei, voor het eerst een daling (16 procent) in het aantal gepubliceerde documenten te zien geeft (zie figuur 7.2) – een trend die vergelijkbaar is met de op pagina 184 genoemde daling van nationaal politieke documenten in dat jaar.^{XIV}

FIGUUR 7.2

AANTAL DOCUMENTEN VAN VEERTIEN MAATSCHAPPELIJKE ACTOREN, UITGESPLITST PER JAAR (1987-2002)



XIV Zo werden in 1997 ten opzichte van het hoogtepunt in 2000, zoals uit de volgende getallenreeks blijkt, meer dan twee keer zo weinig documenten geproduceerd (1997: N=76; 1998: N=115; 1999: N=166; 2000: N=184; 2001: N=154). En werden in 1994 ten opzichte van 2000 zelfs minder dan een vijfde van het documentenaantal in 2000 gepubliceerd (1994: N=34; 1995: N=50; 1996: N=74).

Het soort gevonden documenten loopt overigens erg uiteen. Persberichten, brieven, rapporten, jaarverslagen, beleidsplannen en magazines behoren tot de meest voorkomende. Maar ook brochures, conferentieverlagen en lezingen vallen onder het repertoire.

Thuiszorgperspectief

In de verschillende archieven en bibliotheken werd ook vanuit het tweede perspectief, het thuiszorgperspectief, naar documenten gezocht. De gedachte achter deze tweede zoektocht is dat documenten over de thuiszorg in het algemeen inzicht kunnen verschaffen in – de visies van organisaties over – problemen in de thuiszorg in het bijzonder. In de praktijk blijkt echter dat een dergelijke zoektocht weinig tot niets toevoegt aan de reeds 1.000 via het probleemperspectief verzamelde documenten. Deze 1.000 documenten, in meerderheid vallend in het groene snijvlak van figuur 7.1, zijn immers al zó toegespitst op de thuiszorgsector dat een zoektocht vanuit een algemeen thuiszorgperspectief slechts marginale of reeds via het probleemperspectief verworven documenten opleverde.^{xv} Ook voor de vier organisaties van wie het werkterrein breder ligt dan het gebied van de (thuis)zorg geldt overigens dat via het thuiszorgperspectief geen relevante documenten werden verworven die al niet via het probleemperspectief bij deze instellingen boven tafel waren gekomen.^{xvi}

Con-teksten

Naast bovengenoemde primaire teksten van de maatschappelijke actoren zijn er zoals gezegd Con-teksten verzameld: teksten waarnaar in de primaire bronnen wordt verwezen. Het betreft statistieken, verkenningen, overzichtsstudies, strategische notities en overige stukken op uiteenlopende terreinen. In bijlage II.3.b staat hiervan een volledig overzicht. Voorbeelden zijn:

- PriceWaterhouseCoopers NV en Berenschot BV, *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage*. Utrecht, 1999: Con-tekst.
- ZN-publicatie, *Convergerende belangen. Belangenbehartiging van de zorgverzekeraars in historisch perspectief 1900-2001*, juli 2001: Con-tekst.

xv Dit wijst op een voor de hand liggend maar voor de dataverzameling essentieel verschil tussen de aard van documenten op enerzijds nationaal politiek niveau en anderzijds meso-niveau. De activiteiten van de meeste organisaties op meso-niveau (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland, STING, NU'91 et cetera) zijn primair of voor een belangrijk deel gericht op de (thuis)zorg – en het ligt dus voor de hand dat aldaar gevonden documenten over bijvoorbeeld wachtlijsten primair op deze sector betrekking hebben.

xvi Het betreft Zorgverzekeraars Nederland, AbvaKabo FNV, CFO-CNV en De Consumentenbond.

- Bennema-Broos, M., Sluijs, E. en Wagner, C., *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht, NIVEL, april 2000: Con-tekst.

Kortom, de dataverzameling van documenten van de maatschappelijke actoren bestaat net zoals die van de politieke actoren uit enerzijds primaire bronnen en anderzijds Con-teksten. In totaal gaat het om 1.000 primaire documenten, die in Nederland tussen 1987 en 2002 over de vier thuiszorgproblemen zijn geproduceerd.

CONCLUSIE DATAVERZAMELING

Op grond van het voorgaande concludeer ik dat er 1.121 primaire documenten zijn verzameld. Het betreft 121 teksten van de nationale politiek en 1.000 documenten van veertien maatschappelijke actoren. Daarnaast zijn er Con-teksten verzameld. In bijlage II wordt een totaaloverzicht gegeven. Of deze bronnen interessante, onverwachte, of nuttige inzichten ontsluiten, hangt nu af van de manier waarop deze worden geanalyseerd en hoe het zorglogica-concept in de analyse wordt geïntegreerd. Wat zien de nationale politieke actoren enerzijds en de maatschappelijke actoren anderzijds als oorzaken van de problemen en welke oplossingen dragen zij aan? Vinden politiek en veld dat de invoering van marktwerking op gespannen voet staat met de politieke, familiale en/of professionele zorglogica? Of vullen de verschillende zorglogica's elkaar volgens hen aan? Welke verschuivingen doen zich in het debat daarover voor?

ANALYSE

'Science cannot resolve moral conflicts, but it can help to more accurately frame the debates about those conflicts', luidt een befaamd citaat van Pagels (1988, p. 1). Omdat in *Zorglogica's uit balans* de omstredenheid van het functioneren en de organisatie van de thuiszorg centraal staat, heb ik in boekdeel I de fricties, wrijvingen en eensgezindheid in het wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsdebat geanalyseerd. Vooral een tekort aan geld en arbeidskrachten blijken de thuiszorgsector volgens politiek en veld parten te spelen. Een te krap budgettair kader, grotendeels vastgelegd in de verschillende regeerakkoorden, zou de oorzaak zijn van dat eerste. Maar de belangrijkste oor-

zaak van de thuiszorgproblematiek is volgens politiek en veld het personeelstekort. Als immers in de periode 1998-2002 blijkt dat het de thuiszorginstellingen, ondanks de aanwezigheid van voldoende geld, niet altijd lukt de knelpunten te reduceren, ontstaat het inzicht dat niet geld, maar arbeidsmarktproblemen – of in ieder geval een combinatie van die twee – als de voornaamste remmende factor moet worden beschouwd. Het blijkt zowel lastig potentiële arbeidskrachten te vinden als zittend personeel te binden.

Ook in deel III neem ik de in de thuiszorgsector heersende eendracht, tweespalt en dilemma's over de thuiszorgproblemen onder de loep, maar ditmaal aan de hand van een zorglogica-analyse. Tegen de achtergrond van de toetreding van private, al dan niet commerciële instellingen sinds 1994, ontleed ik de manieren waarop de economische zorglogica zich in de verzamelde documenten vermengt met de politieke, familiale en/of professionele zorglogica. Omdat ik vermoed dat deze toetreding van private aanbieders (lees: de introductie van de economische zorglogica) volgens sommige partijen de oplossing en volgens andere partijen de oorzaak is van de in deel I geconstateerde problematiek, analyseer ik hoe deze partijen vanuit de verschillende zorglogica's op deze toetreding hebben gereageerd. Typeren zij de toevoeging van de economische zorglogica aan de gevestigde zorglogica's als kansrijk of belemmerend, en welke verschuivingen doen er zich wat dat betreft tussen 1987 en 2002 voor?^{xvii}

CODERINGSWIJZE

Het gehanteerde codeboek beslaat een categorieënsysteem dat opgebouwd is uit twee hiërarchisch geordende hoofdcategorieën (zie tabel 7.6). De eerste hoofdcategorie is getiteld *problemen* en kent vier vertakkingen (wachlijsten, arbeidsproblemen, imago en kwaliteit), die elk zijn opgebouwd uit drie subcategorieën (oorzaken, oplossingen, overige).^{xviii} De tweede hoofdcategorie heet *zorglogica's*, waarvan er vier zijn (politieke, economische,

xvii Hoewel ik het *gehele* wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsdossier aan een zorglogica-analyse heb onderworpen, richt ik me met betrekking tot de *presentatie* van deze analyse eerst en vooral op de wachtlijst- en arbeidsmarktproblematiek. Dit omdat in deel I naar voren komt dat politiek en veld 1) de wachtlijst- en arbeidsmarktproblemen als de twee meest essentiële problemen opvatten en 2) de imago- en kwaliteitsknelpunten, voor zover aanwezig, voor een niet onbelangrijk deel als afgeleiden van de twee eerstgenoemde problemen beschouwen. Daar komt bij dat uit mijn operationaliserings- en tellingen zal blijken dat zorglogica's zich relatief het vaakst in het wachtlijst- en arbeidsdossier manifesteren (zie voetnoot xxiv verderop in dit hoofdstuk).

xviii De subcategorie 'overige' betreft alle thema's waarmee de vier problemen worden verbonden, anders dan de gepercipieerde oorzaken of oplossingen ervan. In een tweede fase heb ik deze onderverdeeld in deelthema's als 'geld' en 'informatie'.

familiale en professionele) met elk drie elementen (ideologie, institutie en instelling). Met 'instelling' bedoel ik de wijze waarop – meestal op het niveau van de instelling of het primaire proces – de relatie tussen aanbieders en ontvangers van thuiszorg wordt gedefinieerd: als overheid-burgers, ondernemers-consumenten, informele verzorgers-naasten/verwanten of professionals-patiënten/cliënten? (zie verder hoofdstuk 6).

Terwijl alle verzamelde documenten een eerste maal doorgenomen werden, heb ik deze op hoofdcategorie I gescreend; boekdeel I is hiervan het resultaat. Dat wil zeggen dat ik met kleurpotloden elk tekstfragment met een opmerking over een of meer van de vier problemen heb gemarkeerd (wachtlijst/rood; arbeidsproblemen/groen; et cetera). Vervolgens registreerde ik of er in het afgebakende fragment iets vermeld staat over de oplossing (paars) of oorzaak (oranje) van het desbetreffende probleem of over overige thema's met betrekking tot dit probleem (beige). Dat er uiteenlopende manieren zijn om de problemen te omschrijven, doet aan het voorgaande natuurlijk niets af. Zo spreekt men niet alleen over wachtlijsten, maar ook over bijvoorbeeld wachttijden, rantsoenering, verschraling, ontoegankelijkheid en schaarste (zie verder bijlage III, deel A). Daarnaast heb ik per gecodeerd tekstfragment het type document, de actor die aan het woord is en de publicatiedatum opgetekend.

Bovendien heb ik tijdens de bovenbeschreven lees- en markeersessie gebruik gemaakt van een kladblok, waarop ik alle de revue passerende 'zorglogica-begrippen' heb genoteerd. Voorbeelden daarvan zijn 'liberalisme', 'overheid',

TABEL 7.6

OPBOUW CODEBOEK

Hoofdcategorie I	Categorie	Subcategorie	Hoofdcategorie II	Categorie	Subcategorie	
Problemen	Wachtlijsten	Oplossing	Zorglogica's	Politieke	Ideologie	
		Oorzaak			Institutie	
		Overige			Instelling	
	Arbeidsproblemen	Oplossing			Economische	Ideologie
		Oorzaak				Institutie
		Overige				Instelling
	Imago	Oplossing			Familiale	Ideologie
		Oorzaak				Institutie
		Overige				Instelling
	Kwaliteit	Oplossing		Professionele	Ideologie	
		Oorzaak			Institutie	
		Overige			Instelling	

‘professionalisering’ en ‘mantelzorg’, maar ook minder in het oog springende termen als ‘bedrijf’, ‘voorzieningsgericht’, ‘maatschappelijke organisatie’ en ‘naaste’. Elk van deze begrippen heb ik als hoofdcategorie II geëtiketteerd. Om echter te voorkomen dat ik zorglogica-passages over het hoofd zou zien, heb ik een tweede screenoperatie uitgevoerd, onder andere met de zoekfunctie van Windows.^{xix} Alle geselecteerde documenten werden op die manier minuscule, dat wil zeggen op woordniveau, doorzocht op:

- alle termen van het zojuist genoemde kladblok, inclusief vervoegingen (zie bijlage III, deel B, niet-cursieve kolommen) – denk aan liberaal, liberale, libertair, liberalisme, liberalisering et cetera. In de meeste gevallen zijn vervoegingen van woorden met de zoekfunctie van Windows eenvoudig op te sporen; in het genoemde voorbeeld met behulp van de zoekopdracht ‘liber’.
- een vijftigtal betekenisvolle termen uit voor het zorglogica-concept relevante theoretische literatuur, zoals de begrippen rechtvaardigheid, professionele autonomie en efficiëntie, inclusief vervoegingen (zie bijlage III, deel B, cursieve kolommen).

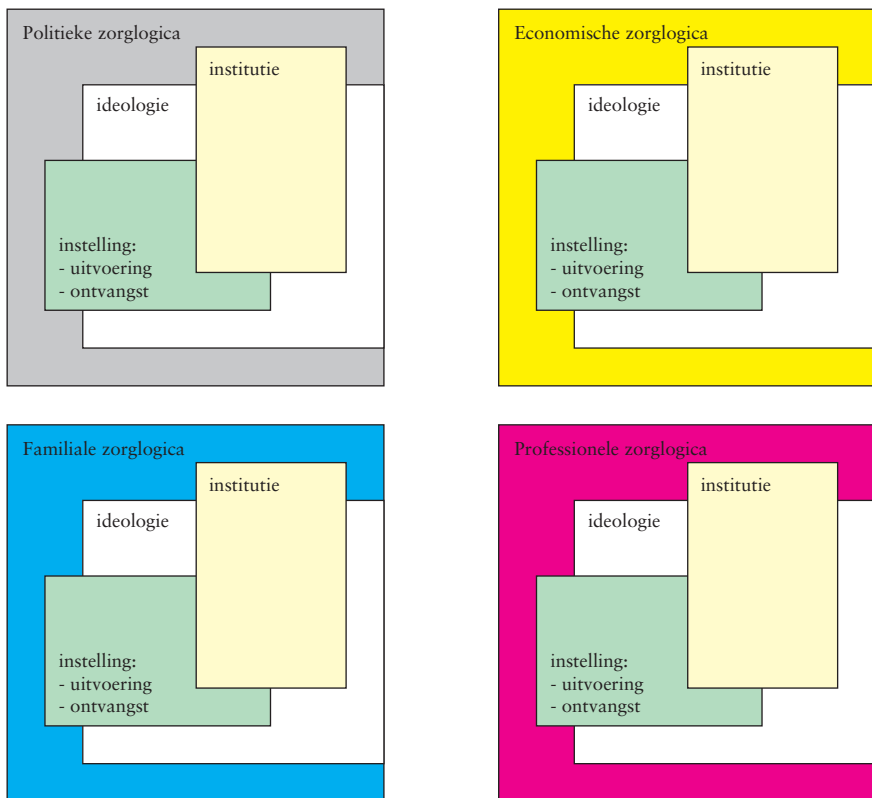
Conform de (sub)categorieën uit het codeboek operationaliseerde ik vervolgens uit de aldus ontstane, nog ongeordende lijst van begrippen de vier zorglogica’s. Bijlage III, deel B, is hiervan het resultaat, waarin valt te zien dat er per zorglogica gemiddeld ruim vijftig stamwoorden over de subcategorieën ‘ideologie’, ‘institutie’ en ‘instelling’ zijn gedistribueerd (het aantal vervoegingen hiervan is een veelvoud).

Hoewel het in de praktijk vaak onmogelijk is aan te geven of een stamwoord een puur ‘ideologische’, ‘institutionele’ of ‘instellings’-term betreft – heeft bijvoorbeeld het eerder genoemde begrip *voorzieningsgericht* een ideologische of institutionele lading? – is dat voor de analytische scheiding van deze woorden geen probleem: alle enigszins ambigue termen worden onder de breedste subcategorie geplaatst, te weten *ideologie*; de overige begrippen worden verdeeld over de subcategorieën waarbij ze onbetwist thuishoren, zoals markt = institutie, en ondernemer = instelling. Dit heeft meesttijds tot gevolg dat als ‘institutie’ of ‘instelling’ gecodeerde tekstfragmenten tegelijkertijd woorden bevatten met een ideologische connotatie. Er wordt simpelweg zelden geïsoleerd, casu quo ‘ideologieloos’ gesproken over bijvoorbeeld de markt of het ondernemerschap. Het omgekeerde is echter *niet* waar. De als ‘ideologie’ gecodeer-

xix Dit geldt alleen voor de digitaal beschikbare documenten: de nationaal politieke teksten (zie ook voetnoot xxii).

de tekstfragmenten bevatten nooit woorden met een institutionele connotatie (tekstfragmenten met ideologische én institutionele woorden zijn immers als 'institutie' gecodeerd). Evenmin bevatten ze woorden met een instellingsconnotatie. Zodoende ontvouwt er zich een coderingssystematiek waarbij de subcategorieën 'ideologie', 'institutie' en 'instelling', die in de praktijk onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden, analytisch los van elkaar worden gecodeerd (zie figuur 7.3).^{xx} Een bijkomend voordeel is dat schijnbaar onschuldige woorden als 'markt', 'ondernemer' of 'manager' in hun ideologische context kunnen worden geanalyseerd.

FIGUUR 7.3
CODERINGSSYSTEMATIEK ZORGLÓGICA'S



^{xx} Vanzelfsprekend wordt iedere subcategorie *altijd* gecodeerd onder de categorie/zorglogica waarop deze subcategorie betrekking heeft. Immers, alleen op die manier kunnen zorglogica's en hun subcategorieën zinvol met elkaar worden geconfronteerd en vergeleken (zie figuur 7.3). En voor de volledigheid: alle coderingen betreffen steeds één (sub)categorie, wat uiteraard *niet* betekent dat één tekstfragment niet meerdere (sub)categorieën kan bevatten – die dienen gevolge dubbel of overlappend worden gecodeerd.

Nadat alle 1.121 documenten volgens bovengenoemde werkwijze zijn gecodeerd, wordt aanvullend per gecodeerd tekstfragment een drietal achtergrondkenmerken geregistreerd:

- het type document (brief, nota, jaarplan, congresverslag, handeling et cetera)
- de actor die aan het woord is (de in tabel 7.1 gepresenteerde 16 actoren)^{XXI}
- datum en jaartal van uitgave

Objectief, volledig en precies kan nu worden achterhaald wanneer, hoe vaak en op welke wijze de verschillende (combinaties van) coderingen voorkomen, en in wat voor type document en bij monde van welke actor dat het geval is. Systematisch kunnen uiteenlopende analyses worden uitgevoerd.^{XXII}

- Waar wordt er in documenten van de nationale politiek (of van de overige partijen) iets over wachtlijsten gezegd?
- Waar over personeelsproblemen?
- Waar over wachtlijsten én personeelsproblemen?
- Wat over oplossingen van wachtlijsten?
- Wat over oplossingen van wachtlijsten én personeelsproblemen?
- Wat over de oorzaken van alle vier problemen opgeteld?
- In welke tekstfragmenten worden de vier problemen in de thuiszorg gekoppeld aan de economische zorglogica?
- In welke tekstfragmenten wordt het imago van de thuiszorg gekoppeld aan de professionele zorglogica?
- In welke tekstfragmenten wordt de oorzaak van het slechte imago van de thuiszorg gekoppeld aan de familiale zorglogica?
- In welke tekstfragmenten worden problemen in de thuiszorg op instellingsniveau gekoppeld aan de politieke zorglogica?
- In welke tekstfragmenten wordt het kwaliteitsprobleem van de zorgverlening gekoppeld aan ideologische elementen, los van de vraag welke zorglogica het betreft?

XXI Wat betreft de actor 'nationale politiek' wordt onderscheid gemaakt tussen 'overheid' (=kabinet, ministers en staatssecretarissen) en 'kamer', uitgesplitst naar de verschillende politieke partijen.

XXII In het geval van de 123 nationaal politieke documenten kan dat zelfs met 'één druk op de knop'. Elk van deze documenten is immers in het kwalitatieve analyseprogramma QSR NUD*IST vivo 1.2 geïmporteerd en gecodeerd. Hoewel de manier van analyseren van de politieke documenten niet principieel afwijkt van die van de documenten van de maatschappelijke actoren, wordt in vergelijking met de handmatige analyse veel tijd bespaard. Technisch bleek het helaas onmogelijk eveneens de documenten van de maatschappelijke actoren in QSR NUD*IST vivo 1.2 in te voeren. Ten eerste is dat scan-technisch onmogelijk, vanwege ontoereikende tekstkwaliteit of onherkenbare lettertypen van veel van de documenten van de maatschappelijke actoren. Ten tweede zou met toevoeging van de documenten van de veertien maatschappelijke actoren de grootte van het project uitstijgen boven de 50 Mb, terwijl QSR NUD*IST vivo 1.2 onvoldoende geavanceerd is om met een dergelijke hoeveelheid data te kunnen 'rekenen' (Richards, 1999).

- Welke *actor* legt een relatie tussen 'het probleem thuiszorg' en de politieke zorglogica?
- In *welk jaar* of gedurende welke tijdsperiode legt deze actor de desbetreffende relatie?
- Welke actor of actoren worden door de actor uit de vorige vraag in verband gebracht met de wachtlijstproblematiek, en doet deze actor dat in ideologische of institutionele termen?
- *Hoe vaak* in ideologische en hoe vaak in institutionele termen? En ga zo maar door...

ZORGLOGICA'S IN (DE) PRAKTIJK: OPERATIONALISERING VAN DE VRAAGSTELLING

Zorglogica's zijn theoretische gedachteconstructies, maar méér dan dat. Alhoewel ze in hun theoretisch zuivere vorm nooit in de praktijk terug te vinden zijn, komen ze er wel als mengvormen in voor. Dit geeft dan ook aanleiding tot allerlei vragen, die betrekking hebben op de wijze waarop de vier zorglogica's zich openbaren in publieke documenten over wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago Problemen en kwaliteitsgebreken. Vanwege het gegeven dat de invoering van marktprikkels in de thuiszorg de aanleiding tot het onderzoek vormt, beperk ik me tot een analyse van de manieren waarop politiek en veld de verhouding tussen de *economische* en overige drie zorglogica's hebben getypeerd. Beschouwen zij die verhouding als in evenwicht of als uit evenwicht of in andere woorden: vinden zij dat de economische zorglogica de mogelijkheden van de overige drie zorglogica's bevordert of belemmert? Welke verschuivingen hebben zich met betrekking tot deze kwestie tussen 1987 en 2002 voorgedaan, en welke verschillen en overeenkomsten vallen daarbij tussen de diverse partijen te ontwaren?

Welnu, na telling van alle tekstpassages uit het thuiszorgdossier volgt, dat tachtig procent van deze passages op enigerlei wijze woorden of woordcombinaties bevat die conform het codeboek als zorglogica-termen worden gedefinieerd.^{xxiii} Het is zelfs zo, dat 95 procent van alle passages over wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago- of kwaliteitsknelpunten dergelijke termen omvat. Hoewel de 'zorglogica-dichtheid' van zulke passages uiteenloopt, lijkt het dus

xxiii Een passage is een tekstfragment waarin één actor het woord voert. Zo bestaat een Tweede Kamerdebat uit een veelheid van passages, waarin de verschillende politieke partijen en de minister of staatssecretaris om de beurt het woord nemen. Een (dikke) overheidsnota is echter één passage.

TABEL 7.7

 BIVALENTE ZORGLOGICA-PASSAGES, TOEGEPAST OP FRAGMENTEN OVER KNELPUNTEN IN DE (THUIS)ZORG (PERCENTUEEL)

Economische zorglogica	+	Politieke zorglogica	=	42 %
Economische zorglogica	+	Professionele zorglogica	=	21 %
Politieke zorglogica	+	Professionele zorglogica	=	17 %
Politieke zorglogica	+	Familiale zorglogica	=	8 %
Economische zorglogica	+	Familiale zorglogica	=	7 %
Professionele zorglogica	+	Familiale zorglogica	=	5 %
				<hr/> 100 %

nauwelijks mogelijk documenten op te stellen, *zonder* te spreken in termen van bijvoorbeeld regelgeving of overheidsingrijpen, van deregulering of marktwerking; of – breder – in zinswendingen waarmee wordt aangegeven wie er in de zorg stuurt en regisseert, verantwoordelijkheid draagt en coördineert, gezag en invloed uitoefent, of dat in elk geval zou moeten doen.

Toch verliezen zorglogica's met deze constatering eerder aan richtinggevendheid dan dat ze er aan winnen. Alomtegenwoordigheid op zichzelf verklaart immers niet hoe de wachtlijstproblematiek moet worden aangepakt of waarom er bijvoorbeeld weinig of geen progressie zit in de werving van personeel. Er zal voor de analyse dus een schifting van tekstfragmenten met een 'duidende inhoud' moeten worden uitgevoerd. Oplossingsstrategieën hebben namelijk de neiging zich in de praktijk in allerlei tussenvormen te wringen: tussen 'alles bij de overheid' en 'alles bij de markt', tussen 'alles bij de professie' en 'alles bij de familie/gemeenschap'. Daarom zijn om te beginnen alle passages geselecteerd waarin zorglogica's door en langs elkaar heenlopen. Dat zijn de passages die als behorende tot méér dan één zorglogica zijn gecodeerd.

Van alle op de wachtlijst-, arbeids-, imago- en/of kwaliteitsproblematiek toegepitste passages blijkt 62 procent van de zorglogica-passages combinaties in te houden van twee, drie of vier zorglogica's.^{xxiv} Met name de economische en politieke zorglogica komen relatief vaak voor in combinatie met elkaar (zie tabel 7.7). Maar liefst 42 procent van alle bivalente zorglogica-passages is gecodeerd als 'politiek' én 'economisch', denk aan verhandelingen over gereguleerde competitie.

Wat tabel 7.7 zichtbaar maakt is dat politiek en veld met name, hoewel niet uitsluitend, de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica een bepalende rol in het debat over de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en

xxiv De meeste van deze tekstfragmenten gaan over wachtlijsten (38 procent), de minste over de kwaliteit van zorg (18 procent); het aandeel van arbeids- en imago-problemen is respectievelijk 23 en 21 procent.

kwaliteitsproblematiek toebedelen. Dit correspondeert met de constatering dat de verplaatsing van verantwoordelijkheden van de overheid naar de markt in de periode 1987-2002 centraal heeft gestaan, hoewel de manier waarop dat het geval is allerlei varianten kan aannemen. 'Marktwerking in de thuiszorg: nu niet en nooit niet',¹ is wat dat aangaand een duidelijk standpunt van de SP. Maar andere actoren beweren wellicht dat marktelementen onvoldoende of onjuist zijn aangewend, dat ze door concurrerende logica's zijn tegengewerkt of dat ze nóg erger hebben voorkomen. Verder valt op dat het debat over de thuiszorgknelpunten relatief vaak wordt verbonden met een (zekere) verhouding tussen de economische en professionele zorglogica (21 procent) en relatief weinig met de economische en familiale zorglogica (7 procent). Dat de relatie tussen de politieke en professionele zorglogica tamelijk vaak voorkomt (17 procent), kan op zichzelf additionele inzichten in het (gebrekig) functioneren van de thuiszorg verschaffen, maar staat los van de introductie van marktprikkels in de sector, en valt dus ook buiten de analyse. Waar de politieke en professionele zorglogica tezamen aan marktprikkels of andere aspecten van de economische zorglogica raken, is dat als een driedelige zorglogica-passage gecodeerd.^{xxv}

Om te kunnen achterhalen óf, hoe vaak en door welke partijen de economische zorglogica als een belemmering dan wel bevordering van de politieke, familiale en/of professionele zorglogica wordt getypeerd (en vice versa), vindt een laatste, cruciale schifting van de data plaats. Alle tekstfragmenten worden geselecteerd waaruit blijkt:

- a. dat de economische zorglogica de mogelijkheden van de politieke, familiale en/of professionele zorglogica *belemmert* of – hieraan tegengesteld –
- b. dat de politieke, familiale en/of professionele zorglogica de mogelijkheden van de economische zorglogica *belemmeren* of
- c. dat de economische zorglogica de mogelijkheden van de politieke, familiale en/of professionele zorglogica *bevordert* of – hieraan tegengesteld –
- d. dat de politieke, familiale en/of professionele zorglogica de mogelijkheden van de economische zorglogica *bevorderen*.

xxv Van de passages die als méér dan één zorglogica gecodeerd zijn, is er in 81 procent van de gevallen sprake van een (of andere) combinatie van twee logica's en in respectievelijk 18 en 1 procent van de gevallen van drie of vier logica's. In dit onderzoek richt ik me hoofdzakelijk op de analyse van bivalente passages.

TABEL 7.8

 DE 443 ECONOMISCHE ZORGLOGICA-PASSAGES IN VERHOUDING TOT DE OVERIGE ZORGLOGICA'S

Economische + Politieke zorglogica		= 53 % (N=236)
Economische + Professionele zorglogica		= 26 % (N=117)
Economische + Familiale zorglogica		= 2 % (N=10)
Economische + Politieke	+ Professionele zorglogica	= 12 % (N=53)
Economische + Politieke	+ Familiale zorglogica	= 1 % (N=3)
Economische + Professionele	+ Familiale zorglogica	= 2 % (N=8)
Economische + Politieke	+ Professionele + Familiale zorglogica	= 4 % (N=16)
		<hr/>
		100 % (N=443)

Op grond van de selectiecriteria a) tot en met d) zijn in totaal N=443 tekstfragmenten geselecteerd.^{xxvi} De percentuele opbouw daarvan, die ik in tabel 7.8 presenteer, komt op hoofdlijnen overeen met die in tabel 7.7. De meeste belangstelling gaat namelijk uit naar de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica. De aandacht voor de economische en familiale zorglogica valt daarbij volledig in het niet. De relatie tussen de economische en professionele zorglogica, ten slotte, neemt een middenpositie in. Hetzelfde geldt voor de relatie tussen de economische, politieke én professionele zorglogica.

In elk van deze 443 tekstfragmenten spreken de onderzoeksactoren zich expliciet of impliciet uit over het belemmeren of bevorderen, het botsen of aanvullen, het uit of in evenwicht zijn van de verhouding tussen de economische en overige zorglogica's, ware het niet dat zij de term 'zorglogica' daarbij nooit hanteren. Bijvoorbeeld (cursief, sv):

Expliciet:

UIT BALANS - 'Momenteel is de markt *niet in evenwicht*. Ze bevindt zich in een overgang van de oude verstarde situatie met monopolieposities van de thuiszorginstellingen naar een situatie met vrije toetreding van aanbieders' (Beleidsbrief minister en staatssecretaris, 15-04-1996, 23235, nr. 11, p. 3).

xxvi Naast deze 443 economische zorglogica-passages bestaan er 109 passages waarin expliciet of impliciet de (dis)balans tussen twee of drie zorglogica's voorkomt, zonder dat de economische zorglogica daarvan deel uitmaakt. Ik ga daar hier echter niet verder op in, omdat de economische zorglogica in dit onderzoek centraal staat.

- IN BALANS - 'Meer marktwerking hoeft niet ten koste te gaan van solidariteit. (...) Er zou zelfs een *nieuw evenwicht* kunnen worden bereikt met meer doelmatigheid en meer solidariteit' (Zorgverzekeraars Journaal, nr. 07, 19-02-1998, p. 6).

Impliciet:

- UIT BALANS - 'Marktwerking in thuiszorg *pakt geheel verkeerd uit*. Onwettige concurrentie wordt door overheid bevorderd' (Persbericht LVT, 21-02-1995).
- IN BALANS - 'Maatschappelijk ondernemerschap, *een brug tussen* publiek en privaat ondernemerschap' (Discussiestuk BTN, maart 2000, p. 1).

CONCLUSIE: BETROUWBAARHEID, GELDIGHEID EN REIKWIJDTE

In het voorgaande is betoogd dat alle ook maar enigszins relevante documenten over wachtlijsten, arbeidsschaarste, imago-problemen en kwaliteitsgebreken in de thuiszorg zijn verzameld. Het heeft betrekking op de periode 1987-2002 en betreft de documenten van vijf partijen: nationale politiek, werkgevers/aanbieders, werknemers/beroepsbeoefenaren, verzekeraars en patiënten/consumenten. Deze vijf partijen zijn onderverdeeld in zestien actoren: de overheid, (Eerste en Tweede) Kamer en veertien maatschappelijke actoren, zoals de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, AbvaKabo FNV en de Stichting Cliënt en Kwaliteit. Tevens is uiteengezet dat deze documenten middels een vertooganalyse worden geanalyseerd, en dat het zorglogica-concept het theoretisch hart van deze analyse vormt.

Of de dataverzameling en -analyse succesvol zijn, hangt onder meer af van de volgende twee vragen: functioneert de voorgestelde methode van dataverzameling en -analyse op zich goed en – indien dat het geval is – geeft deze een juiste weergave van wat er zich in het veld afspeelt? De eerste vraag betreft de kwestie van de betrouwbaarheid. Die is hoog omdat in het voorgaande ondubbelzinnig, systematisch en gedetailleerd is besproken welke data op welke manier worden geanalyseerd. Andere onderzoekers kunnen het overdoen. De tweede vraag betreft de geldigheid. Ook die is hoog. De analyse doet immers recht aan de teksten zoals deze *zijn* en aan de daarin voorkomende gezichtspunten van de partijen: deze worden niet beïnvloed of verstoord door de onderzoeker, wat een van de voordelen is van een analyse van documenten boven bijvoorbeeld participerende observatie.

Tot slot de reikwijdte van de studie. Om te beginnen is het evident dat het debat over marktwerking een bredere context dan de thuiszorg kent. De herziening van het pensioenstelsel, prestatiecontracten bij de politie, de verzelfstandiging van de woningbouwcorporaties, de privatiseringen van de energiesector, het spoor, de ziektewet en de post – de discussie over marktprikkels lijkt nauwelijks nog een onderdeel van de publieke sector te ontzien. Binnen de gezondheidszorg gaat het om de modernisering van het stelsel in het algemeen en de invoering van de economische zorglogica in de afzonderlijke sectoren in het bijzonder. Alleen al de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft de regering de afgelopen jaren geadviseerd over het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming (1996), de vernieuwing van de AWBZ (1997), verzekeraars op de zorgmarkt (1998b), prikkels tot doelmatigheid (1998c), de verhouding tussen markt en overheid (1998d), vraaggerichte zorg (1998e), het stelsel (2000), winst en gezondheidszorg (2002), de patiënt als klant (2003a), marktconcentraties in de ziekenhuiszorg (2003b) en marktwerking in de medisch specialistische zorg (2003c). Hoewel het onnozel zou zijn mijn thuiszorgresultaten blindelings naar bovenstaande sectoren te generaliseren, ligt het in de rede te veronderstellen dat sommige resultaten zullen aansluiten bij de situatie aldaar. Dit gaat met name op voor de *care*-sector, omdat deze qua institutionele structuur, financiering, soort cliënten en type zorgverleners relatief sterk overeenkomt met de thuiszorg.²

Ten tweede de periodisering. Hoewel de dataverzameling de periode tot 1 januari 2002 betreft, meen ik dat de reikwijdte ervan loopt tot ongeveer 2004. De belangrijkste reden hiervoor is dat er in de gezondheidszorg tussen 2002 en 2004 op hoofdlijnen politieke windstilte heeft geheerst. In afwachting van politieke dynamiek hield ook het veld zich stil. Ten eerste was het vanwege een tweetal demissionaire kabinetperiodes onmogelijk het zorgdebat politiek elan te geven. Ten tweede gaven de partijen er de voorkeur aan om de rust in de thuiszorgsector te bewaren: er heerste (expliciete) tevredenheid over de werking en effecten van het bestaande zorgbeleid, waardoor aanpassingen ervan nauwelijks werden bepleit. Op hoofdlijnen wordt de periode 2002-2004 dan ook gekenmerkt door de nadagen van het kabinet Kok II tot april 2002, een demissionaire regering tot juli 2002, een kort zittend kabinet Balkenende I tot oktober 2002^{xxvii} en een volgende, lang-

xxvii De toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zette in de korte periode dat hij regeerde het boter-bij-de-visprincipe door. Zonder dat principe als zodanig te betitelen, was hij van mening dat alle aantoonbaar geleverde, medisch noodzakelijke zorg dient te worden bekostigd – ook als hiermee de oorspronkelijke overheidsbegroting wordt overschreden (zie onder anderen Schut, 2003, p. 16).

durige demissionaire periode tot eind mei 2003. Daarna draait de wind echter. Ingegeven door de wil om de opgelopen kosten van de gezondheidszorg terug te dringen, kondigt de nieuwe minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vanaf september 2003 een aantal maatregelen aan. Ingrijpend zijn zijn voorstellen het ziekenfondspakket te verkleinen, eigen risico's in te voeren en de subsidies van ruim tweehonderd zorg- en welzijnsinstellingen te korten of schrappen. In de thuiszorg verhoogt de minister de eigen bijdragen en verscherpt hij de regels voor de toewijzing. Nog ingrijpender is het voornemen van de staatssecretaris de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in te voeren, die delen van de thuiszorg, Welzijnswet (WW) en Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) moet gaan vervangen (PON, 2004; Kwekkeboom, 2005). Via de WMO speelt de staatssecretaris in op ontwikkelingen als *community care* en de vermaatschappelijking van de zorg, hetgeen impliceert dat er op delen van de thuiszorg geen wettelijk recht meer zal bestaan. Al deze, veelal op kostenbeheersing gerichte maatregelen bepalen sinds 2004 in toenemende mate zowel de beleidspraktijk als het debat.

III PROBLEMEN TUSSEN
ZORGLOGICA'S

8.

MARKTBAARHEID

De vraag naar thuiszorg is groot en zal de komende decennia sterk groeien. Tussen 2005 en 2040 zal het aantal 65-plussers als percentage van het aantal twintig- tot 64-jarigen verdubbelen (zie figuur 2.1; CBS, 1996; vgl. Bettio en Prechal, 1998). Wachtlijsten zijn reeds nu ontstaan doordat de groei van het aanbod geen gelijke tred houdt met de vraag. Er wordt onvoldoende tegen de stroom in geroeid, waarschuwde staatssecretaris Simons al begin jaren negentig. ‘Steeds duidelijker wordt dat de groeiende vraag naar thuiszorg niet kan worden opgevangen door het bestaande regulier gefinancierde aanbod van de eerste lijn; er is behoefte aan aanvullende zorg in de thuissituatie’,ⁱ aldus de bewindsman, die daarom bovenop de geldende, reguliere kaders toetredingsmogelijkheden voor particuliere, commerciële aanbieders had gecreëerd.ⁱ In de daarop volgende jaren zetten de paarse bewindslieden Borst-Eilers en Terpstra een stap verder door in de reguliere Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zelf marktwerking te introduceren.

Dit hoofdstuk gaat over de introductie van de marktlogica in wat een columnist noemt ‘het droevigste compartiment van de gezondheidszorg, de AWBZ’.ⁱⁱ Ik presenteer het integrale debat dat overheid en veldpartijen met elkaar zijn aangegaan over de toetreding van nieuwe, particuliere aanbieders tot de markt van thuiszorg. De AWBZ, aldus de columnist, zou als een soort sovjet-republiek functioneren, omdat de staat er in verregaande mate over de productie beslist. De consument zou daarin plaatsnemen ‘in een wachtrij, om eenmaal aan de beurt, een paar te kleine schoenen te mogen kopen’.ⁱⁱⁱ Aangezien de genoemde, particuliere toetreding een specifieke visie op het

ⁱ Simons voerde de landelijke subsidieregeling voor aanvullende, intensieve thuiszorg in. Dat is thuiszorg die buiten de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) om wordt gefinancierd, uitgevoerd door reguliere of – voor het eerst – particuliere, commerciële aanbieders (uit ziekenfondsgelden). Ook de uitbreiding van commerciële organisaties op de private markt (uit private gelden) zou volgens de staatssecretaris bijdragen aan het verkleinen van de zorgkloof.

ⁱⁱ *de Volkskrant*, 18-11-2000.

ⁱⁱⁱ *de Volkskrant*, 18-11-2000.

realiseren van goede en toegankelijke zorg vooronderstelt én aangezien deze toetreding er tot en met 2001 slechts in beperkte mate is gekomen (Breedveld, 2003), heb ik bestudeerd hoe politiek en veld vanuit het perspectief van de economische en politieke zorglogica op deze toetreding hebben gereageerd. Ik zal aantonen dat zij deze twee logica's tot mei 1997 als contrair, en in de periode daarna als complementair hebben getypeerd, hetgeen zichtbaar maakt hoezeer de (wankele) evenwichtsbalk van de thuiszorg sociaal wordt geconstrueerd. Bovendien geef ik aan wat deze verschuiving betekent voor de aanpak van de thuiszorgproblemen.

VOORGESCHIEDENIS

Sinds halverwege de jaren negentig maken reguliere en particuliere thuiszorginstellingen onderdeel uit van een zorgstelsel dat bestaat uit drie grotendeels historisch gegroeide compartimenten.² Het eerste compartiment valt samen met de door zorgkantoren uitgevoerde, collectief gefinancierde AWBZ, waarvoor de hele bevolking verplicht is verzekerd.^{iv} Dit omvat de langdurende, (dus) onverzekerbare risico's – de drie g's van geriatrisch, gek en gehandicapt – en betreft in grote lijnen de 'care'. In dit compartiment voeren reguliere thuiszorgorganisaties hun taken uit. Het tweede compartiment, dat min of meer samenvalt met de 'cure', wordt gedekt door risicodragende ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen. Hoewel het hier in hoofdzaak gaat om vormen van (acute) medische zorg, zoals ziekenhuiszorg, zijn er van 1990 tot en met 1998 ook bepaalde ziekenhuisgerelateerde vormen van thuiszorg gefinancierd. Het betreft de door zowel reguliere als particuliere organisaties uitgevoerde aanvullende, intensieve thuiszorg^v – vanaf 1997 tijdelijk 'overgegaan' in de zogeheten knip in de thuiszorg^{vi} – die, zoals ik dadelijk zal aantonen, (onbedoeld) als breekijzer voor de invoering van gereguleerde marktwerking in het eerste compartiment heeft gefungeerd. Het derde, particuliere compartiment, ten slotte, omvat evenals het tweede, kosten die niet door de AWBZ worden vergoed. Het verschil met het tweede compartiment is echter dat het gaat om aanvullende vormen van ziekenfonds- of particuliere zorg, waarmee bijvoorbeeld tafeltje-dekje-arrangementen of andere luxe vormen van thuiszorg worden gefinancierd. Het betreft onder meer hulp 'die nooit onder de AWBZ voor vergoeding in aanmerking zou komen, zoals huishoudelijke hulp voor mensen die "gewoon" een werkster zoeken'.³ Burgers kunnen in dit compartiment de zorg inkopen die zij begeren, als onderscheid of als aanvulling, maar begrensd door de dikte van hun portemonnee (Swagerman, 1997, p. 97).

De door de sociaal-democratische staatssecretaris Simons vanaf 1990 mogelijk gemaakte toetreding van particuliere thuiszorgorganisaties in het tweede

- iv Zorgkantoren zijn door de overheid aangewezen zorgverzekeraars, meestal de grootste in hun regio, die de AWBZ uitvoeren en de AWBZ-middelen over de thuiszorginstellingen in deze regio verdelen. In totaal zijn er 31 zorgkantoren.
- v Het doel van de subsidieregeling voor aanvullende, intensieve thuiszorg is intramurale opname van onder andere terminale patiënten te verkorten of voorkomen.
- vi Met de invoering van de knip werd een (klein) deel van het AWBZ-budget in handen gegeven van de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Het betreft het budget voor ziekenhuisgerelateerde thuiszorg. Juridisch gezien betekent dat, dat op 1 januari 1997 in de Ziekenfondsverzekering en in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) de verstrekking 'kortdurende thuiszorg' wordt opgenomen. Om praktische redenen is de knip in 1998 echter afgeschaft. Sindsdien wordt de regeling voor aanvullende, intensieve thuiszorg weer gehanteerd, ditmaal als AWBZ-subsidieregeling in het eerste compartiment.

compartiment, op het vlak van de aanvullende, intensieve thuiszorg, is om een aantal redenen interessant. Om te beginnen illustreert het fraai de vigerende perceptie dat de organisatie van de publieke zorg inefficiënt en duur zou zijn. Het CDA en de VVD waren al langer die mening toegedaan, maar werden daarin nu gesteund door (een deel van) de PvdA. Aangezien in het eerste compartiment vanuit het oogpunt van kostenbeheersing maximaal 2,5 uur per dag thuiszorg mocht worden verleend, maar er desalniettemin een reële, aanvullende en intensieve zorgbehoefte van cliënten bestaat, nam Simons in 1990 de genoemde maatregelen in het tweede compartiment.^{vii} Extra investeringen in de AWBZ, een andere optie om aan deze zorgbehoefte te voldoen, werden niet gedaan. Daarnaast is Simons' politieke keuze boeiend omdat zijn maatregel de eerste is waarmee (enige) marktwerking in de thuiszorg door de overheid wordt geïnstitutionaliseerd. Dat is sowieso een bijzonder gegeven, omdat in de meeste overige zorgsectoren de particuliere instellingen – voor zover aanwezig – op historische basis, van 'onderop' zijn ontstaan.⁴ Dat geldt voor onder meer privé-klinieken, de particuliere bejaardenzorg, de kraamzorg en de ambulancediensten. Van deze laatste zorgvorm, bijvoorbeeld, is maar liefst zestig procent privaat, omdat dat nu eenmaal nooit anders is geweest.

Tot slot is de genoemde maatregel relevant, omdat deze indirect de toetreding van particuliere aanbieders mogelijk heeft gemaakt in het eerste en grootste compartiment: de AWBZ. Als gevolg van een maas in de wetgeving zijn het in 1993 althans de creatieve ondernemers van de Stichting Thuiszorg Nederland (STN), een particulier samenwerkingsverband op het vlak van de intensieve thuiszorg, die een AWBZ-erkenning in de wacht weten te slepen.^{viii} Ofschoon de erkenning van STN niet tot stand was gekomen als gevolg van doelbewust overheidsbeleid, hebben minister Borst-Eilers en staatssecretaris Terpstra zich er niet tegen verzet. Integendeel. In 1994 gingen zij (veel) verder op de ingeslagen weg. Om de markt van AWBZ-thuiszorg te bevorderen en de monopoliepositie van de gevestigde thuiszorg in te dammen, introduceerden zij van overheidswege marktwerking in een gedeelte van de AWBZ. Met name werd een positieve uitwerking op de doelmatigheid verwacht, die vervolgens de toegankelijkheid en kwaliteit van de thuiszorg ten goede zou komen. Van het gegarandeerde budget van de gevestigde, reguliere instellingen pakten zij, om te beginnen, vijf procent af en verstrekten dit aan de nieu-

vii Daaraan voorafgaand waren sinds 1987 drie regionale experimenten uitgevoerd (Kamerstuk TK 1991-1992, 22300 XVI, nr. 44, p. 6).

viii De wettelijke regeling dat er per zorgregio maximaal één aanbieder AWBZ-zorg mag leveren, had het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) al dan niet bewust nagelaten te continueren.

we, particuliere instellingen, of preciezer, aan de zorgkantoren, die verplicht werden deze nieuwe toetreders te contracteren. In 1996 waren er achttien particuliere toetreders tot de AWBZ. In 1997 liep dat aantal op tot vijftientig. De bedoeling was dat de zorgkantoren in een later stadium – naar eigen goeddunken – goede of goedkope thuiszorg zouden gaan contracteren, al dan niet particulier. Oud-reguliere instellingen zouden het bij hen weggehaalde geld weer terug proberen te halen door nieuwe productieafspraken met de zorgkantoren te maken. Daarmee zou de onderlinge rivaliteit tussen aanbieders, wier monopolieposities dan zouden zijn verzwakt, toenemen. Inmiddels is bekend dat in de door mij onderzochte periode aan belangrijke voorwaarden voor het slagen van de marktwerking niet is voldaan. Zo was en is er nauwelijks concurrentie tussen aanbieders. Eerder is er sprake van toenemende fusies en samenwerking met elkaar en met verzekeraars, om nieuwe toetreders uit te schakelen. Tekenend is bijvoorbeeld de innige verwevenheid die tussen reguliere en particuliere thuiszorginstellingen is ontstaan. Veel reguliere thuiszorgorganisaties hebben een directe of indirecte band met particuliere instellingen opgebouwd of zelf een particuliere poot opgericht, om hun monopoliepositie te handhaven.⁵ Via onderaanneemconstructies proberen ze de (eventueel) weggehaalde, reguliere gelden terug te verdienen, die vervolgens conform particuliere regels en principes worden besteed. Evenmin valt een kordate, terugtrekkende beweging van de overheid te constateren. Forse deregulering werd aangekondigd. ‘Maar eigenlijk is er alleen maar regelgeving bijgekomen’,⁶ klinkt het cynisch in Den Haag, met CDA en VVD voorop. ‘De regionale indicatieorganen zijn nodig voor de langdurige zorg, maar voor de kortdurende hulp is dit een volstrekt overbodige nieuwe bureaucratie. Het persoonsgebonden budget krijgt steeds meer regels opgelegd en verworven vrijheden voor de mensen verdwijnen. De werkers in de thuiszorg moeten voort met de “stopwatchzorg” en de dagelijkse registratie per vijf minuten per cliënt, per producttype. (...) Het blijft aanboderegulering, tot in detail⁷ – aldus een verontruste Christen-Democraat. Het oorspronkelijke plan was om in tien jaar tijd de budgetgarantie van oud-reguliere instellingen af te bouwen van honderd naar nul procent, opdat het vrije prijsmechanisme^{IX} uiteindelijk het totale budget zou coördineren,

IX Interessant is in dit verband het rapport van de commissie-De Beer uit 1992, waaruit blijkt dat wat betreft marktstructuren in de gezondheidszorgsector – in eerste instantie – de thuiszorg geschikt zou zijn om vrije prijsvorming in te voeren (Commissie Prijsvorming in de zorgsector (commissie-De Beer), *Op zoek naar een passende prijs*. Den Haag, 1992: Con-tekst). Dat de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg reeds op deze mogelijkheid had geanticipeerd door productdefinities, objectieve indicatiemethodes en kwaliteitsnormen te ontwikkelen ondersteunde deze conclusie (Breedveld, 2003, p. 175). Hoewel ‘echt’ vrije prijzen tot op heden niet zijn ingevoerd, wordt er in het niet gegarandeerde deel van het AWBZ-budget sinds april 1996 toegewerkt naar de implementatie van wettelijke maximumprijzen.

concurrentie om de gunst van de klant zou ontstaan en de doelmatigheid en productiviteit van de instellingen zouden toenemen. Na rijp beraad met onder andere de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) werden deze plannen echter bijgesteld. Besloten werd tot een afbouw van de budgetgarantie van 35 procent in vijf jaar tijd.⁸ Maar ook dit percentage hield geen stand. Zou het komen doordat (sommige) veldpartijen veelal op de dreiging van de marktlogica hebben gereageerd dat dit percentage uiteindelijk in de praktijk op slechts vijf procent is blijven steken?⁹ En indien dat het geval is, met welke argumenten hebben zij dat dan gedaan en wat stelden zij voor de marktwerking in de plaats?

ECONOMISCHE EN POLITIEKE ZORGLOGICA UIT EVENWICHT TOT MEI 1997

‘Reality is and should be a variable mix of all (...) logics, the policy issue being the precise composition of that mix’ (Freidson, 2001, p. 181). Wat de uitgevoerde zorglogica-analyses ten eerste zichtbaar maken, is dat politiek en veld zich in de 443 geanalyseerde tekstfragmenten in relatief de meeste gevallen (53 procent) uitlaten over de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica. Vervolgens – zie volgend hoofdstuk – spreken zij zich percentueel het vaakst uit over de relatie tussen de economische en professionele zorglogica (26 procent) en tussen de economische, politieke én professionele zorglogica (12 procent).^x Wat de zorglogica-analyses ten tweede aan het licht brengen, is dat politiek en veld de verhouding tussen de zorglogica’s vaker als uit balans dan als in balans typeren. Wat betreft de ‘economie/politiek-fragmenten’ is dat sinds de toetreding van particuliere aanbieders in 1994 bijvoorbeeld bijna anderhalf keer zo vaak het geval, en wat betreft de economie/professie-fragmenten gebeurt dat zelfs bijna zesmaal vaker. Hoewel typeringen in termen van disbalans tot op zekere hoogte ‘passen’ bij de aard van de betrokken partijen – politiek en veld laten immers vooral van zich horen als er zich (dreigende) knelpunten voordoen –, laten de zorglogica-analyses ten derde zien dat er dienaangaande opmerkelijke verschillen over de jaren heen bestaan.

Frappant is bijvoorbeeld dat er met betrekking tot de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica sprake is van eenzelfde periodisering als ik in hoofdstuk 1 constateerde. Daar concludeerde ik dat het wachtlijstdossier in de thuiszorg grofweg kan worden onderscheiden aan de hand van twee, elkaar opeenvolgende perioden, te weten die van het oriënteren (juni 1993-mei 1997) en investeren (mei 1997-2002). Welnu, met betrekking tot de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica bestaat er eenzelfde opeenvolging van perioden.^{xi} In de periode vanaf mei 1997 verschuift deze verhouding richting ‘meer’ balans, opmerkelijk genoeg vanaf het moment dat de overheid besluit de toetreding van particuliere aanbieders tot het jaar 2001 niet verder uit te breiden. Gecontroleerd voor het aantal documenten dat in deze twee periodes is verzameld, komen ‘balans-fragmenten’ sinds mei

x Zie het methodenhoofdstuk voor de overige percentages.

xi De periode tussen mei 1997 en augustus 1998 blijkt een overbruggingsperiode te zijn, corresponderend met de in hoofdstuk 1 behandelde overgangsfase in het wachtlijstdossier.

1997 maar liefst 7,5 maal vaker voor dan in de periode daarvóór.^{xii} In lijn daarmee is in deze periode de verhouding tussen balans- en disbalans-fragmenten 5,9 keer gunstiger.^{xiii} Tot mei 1997 verschuift de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica daarentegen richting 'minder' balans. In deze periode is er dan ook sprake van 'institutionele wrijving' en komt de thuiszorg er in het publieke debat relatief zeer slecht van af.

INSTITUTIONELE WRIJVING

Wie vanuit institutionele uitgangspunten het thuiszorgdebat tot mei 1997 bestudeert,^{xiv} zal constateren dat de toetreding van particuliere aanbieders een aantal consequenties heeft gehad, die noopten tot een pas op de plaats. Nadat de eerste particuliere toetreders in 1994 het veld van de thuiszorg relatief geruisloos hadden betreden, en een aantal negatieve effecten daarvan tot en met 1995 wellicht nog als startprobleem had kunnen worden geïnterpreteerd, informeren minister Borst-Eilers en staatssecretaris Terpstra de Kamer in april 1996 dat 'de markt voor thuiszorg uit evenwicht'¹⁰ is. Met name het gegeven dat de commerciële bureaus een beroep doen op de collectieve middelen zonder daarbij aan de voor reguliere organisaties geldende regelgeving te hoeven voldoen, kan niet langer worden genegeerd. Zo bieden (sommige van) de nieuw-toegelaten instellingen slechts dat deel van het thuiszorgpakket aan dat lonend is, terwijl de reguliere organisaties wettelijk gebonden zijn aan levering van het integrale pakket;¹¹ heeft slechts de helft van de particuliere organisaties 'een kwaliteitsplan en nog minder dan de helft heeft een kwaliteitsbeleid';¹² houdt 'minder dan de helft'¹³ van de particuliere bureaus zich aan een CAO; en verleent een substantieel deel van de particuliere bureaus de thuiszorg aan de rendabele en lucratieve

- xii Van 1994 tot mei 1997 zijn er 4 tekstfragmenten gevonden waarin de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica als in balans wordt gepresenteerd (op in totaal 275 documenten). In de periode daarna betreft het 69 fragmenten (op in totaal 632 documenten), hetgeen neerkomt op de genoemde stijging van het aantal balans-fragmenten met een factor 7,5 (gecontroleerd voor het aantal documenten dat in deze twee periodes is verzameld). Overigens is eveneens het aantal disbalans-fragmenten gestegen, namelijk van 27 fragmenten in de periode 1994-mei 1997 naar 79 fragmenten in de periode daarna. Gecontroleerd voor het aantal documenten dat in deze twee periodes is verzameld (respectievelijk 275 en 632 documenten), betreft dat echter slechts een stijging met een factor 1,3.
- xiii Zo is van 1994 tot mei 1997 de verhouding tussen balans- versus disbalans-fragmenten $4/27=0,15$, terwijl deze in de periode daarna 5,9 keer lager ligt, namelijk op $69/79=0,87$.
- xiv Het debat over de toetreding van particuliere aanbieders wordt grotendeels op institutioneel niveau gevoerd. Tweederde van de tekstfragmenten hierover is als 'institutioneel' gecodeerd. De overige eenderde speelt zich af op ideologisch niveau of instellingsniveau. Het geluid op deze niveaus loopt echter dusdanig parallel aan dat op het institutionele vlak, dat ik er geen afzonderlijke aandacht aan besteed. Wel komt het instellingsniveau aan de orde in het volgende hoofdstuk, waarin ik inga op de effecten van de marktwerking op de concrete, alledaagse ondersteuning van verzorgenden en verpleegkundigen aan hun cliënten.

cliënten. ‘Ruim de helft van de bureaus [verlangt] van de cliënt om een bepaald minimum aan zorg af te nemen. (...) Een kwart [stelt] eisen aan de bereikbaarheid van het adres waar zorg verleend moet worden’¹⁴ – aldus een in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uitgevoerd onderzoek. Tot slot blijkt dat er via ‘niet altijd even doorzichtige constructies’¹⁵ met thuiszorgaanvragen en -leveringen wordt ‘geschoven’ tussen reguliere en particuliere onderdelen. In een aantal aanwijsbare gevallen geldt zelfs dat private en publieke gelden worden vermengd.

Om de concurrentieverhouding tussen de nieuwe en gevestigde orde eerlijker te laten verlopen leggen de bewindsvrouwen het veld in april 1996 een aantal dwingende maatregelen op. De vijftientig nieuw-toegetreden instellingen moeten het geïntegreerde pakket thuiszorg leveren en de Kwaliteitswet toepassen. Daarnaast verklaren de minister en staatssecretaris de CAO algemeen bindend en veroordelen zij elke vorm van misbruik van collectief geld voor commerciële doeleinden, zonder dat zij overigens voor het toezicht daarop strikte regelgeving ontwikkelen. Alleen instellingen die aan de genoemde eisen voldoen, worden vanaf januari 1997 tot de AWBZ toegelaten. Tegelijkertijd wordt ter bevordering van de concurrentie het bestaande systeem van door de overheid opgelegde prijzen, vervangen door een systeem van maximumprijzen. Dat geeft de zorgkantoren – toen nog verbindingskantoren geheten – de mogelijkheid om aanbieders onder de maximumprijs te contracteren. ‘Indien verbindingskantoren erin slagen onder de maximumprijs te contracteren met inachtneming van bovengenoemde uitgangspositie ten aanzien van evenwichtige concurrentie, ontstaat er ruimte om het zorgvolume te vergroten’¹⁶ – aldus de minister en staatssecretaris van VWS.

Hoewel alle partijen positief oordelen over het gegeven dat de bewindslieden de markt weer in evenwicht proberen te brengen, tonen de reacties op bovengenoemde herstelmaatregelen eerder onrust dan tevredenheid. Tot op zekere hoogte bestaat er daarbij een sfeer van ‘erop’ of ‘eronder’, zowel gevoed door tegenstrijdige belangen van de verschillende partijen, als door een gebrek aan objectieve gegevens over het product (kwaliteit, prijs) en over de klant (tevredenheid, wensen, behoeften). Conform hun eigenbelang laten de beroepsbeoefenaren en sociale partners, waaraan ik het gehele volgende hoofdstuk wijd, zich vooral leiden door professionele en/of inkomenspolitieke overwegingen; kiezen de zorgaanbieders voor die mengvorm tussen marktwerking en overheidssturing, die hún de grootste garantie biedt te overleven; laten de zorgkantoren hun opvatting afhangen van de mate waarin zij afhankelijk zijn van de overheidsfinanciën; en circuleert er in de politiek eenzelfde verscheidenheid aan opvattingen, ‘veelal parallel aan de opvat-

tingen van de maatschappelijke organisaties waar men zich het meest mee verbonden voelt'.¹⁷

De betrokken partijen verschillen dus met elkaar van mening over de vraag welke rol de marktwerking al dan niet in de sociale zorg kan spelen en zij voeren het debat daarover, althans tot mei 1997, op selectieve wijze. Aan de ene kant worden vanuit de politieke zorglogica bepaalde nadelen van de economische zorglogica en voordelen van sturing door de overheid beklemtoond – de partijen die dat doen beweren dat marktwerking zich ten principale niet of slecht tot het verlenen van thuiszorg verhoudt. Aan de andere kant wordt er vanuit de economische zorglogica het tegenovergestelde gedaan: de marktwerking zou effectief zijn geweest, maar door de overheid ontoereikend aangestuurd en geconditioneerd. Niettemin staat, vanuit beide perspectieven, de wrijving in plaats van de harmonie tussen beide zorglogica's centraal, om precies te zijn in 87 procent van het aantal tekstfragmenten.

Vanuit het perspectief van de economische zorglogica beweren de VVD, CDA en de commerciële werkgeverskoepel Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), vanaf heden lichtelijk gechargeerd als de voorstanders van (meer) marktwerking aangeduid, dat de overheid de marktwerking onvoldoende zou hebben aangestuurd en geconditioneerd. Dáárdoor zou de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica uit balans zijn. Niet de marktwerking, maar wanbeleid ten aanzien van die marktwerking zou de negatieve bijeffecten in gang hebben gezet. De beoogde effecten, daarentegen, zouden wel degelijk door de marktwerking zijn veroorzaakt.

Om te beginnen argumenteren de marktprotagonisten dat de marktwerking de *klantvriendelijkheid* van de thuiszorg heeft vergroot. Sinds het speelveld van thuiszorginstellingen is uitgebreid en de zorgkantoren met de verschillende instellingen in de regio onderhandelen over prijs en kwaliteit, zouden de reguliere zorgaanbieders – meer dan voorheen – de drang voelen om klanten aan zich te binden of naar zich toe te lokken. Dit met als positief gevolg dat zij zich meer inleven in het klantenperspectief, wat de kwaliteit van de geleverde thuiszorg ten goede zou komen. Ook al strijden de thuiszorgorganisaties dit gevecht om de klant vooralsnog primair op de corporatistische markt, de voorstanders van de marktwerking beweren dat de instellingen zich in toenemende mate laten leiden door de wensen van de zorgconsumenten, in plaats van door hun eigen belangen of de standaarden van de overheid.

- 'Een aantal jaren geleden droeg de monopoliepositie van de reguliere thuiszorg er duidelijk toe bij dat er niet altijd klantvriendelijke zorg werd verleend.

De zorg werd sterk vanuit de instelling verleend en niet zozeer vanuit de behoeften van de cliënt. Dat is behoorlijk bijgedraaid in de afgelopen jaren. Er wordt veel beter gekeken naar de wensen van de cliënt, en ik vind dat een buitengewoon positieve ontwikkeling die mede aan de marktwerking te danken is' (VVD: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 8).

De overheid zou de thuiszorg benaderen als een bed van Procrustes, de met geweld naar eenvormigheid strevende rover uit Attica – die passerende reizigers op een bed legt en hun lengte daaraan aanpast door hun benen uit te rekken of er een stuk vanaf te hakken. De overheidstoekenning van budgetten aan thuiszorgorganisaties mag dan gebaseerd zijn op het principe van verdelende rechtvaardigheid, maar houdt tot verdriet van de marktaanhangers geen rekening met de specifieke wensen en zorgbehoeften van de individuele consument. In een pluriforme samenleving zou de thuiszorg op een meer pluriforme wijze gestalte moeten krijgen. Klanten zouden moeten kunnen kiezen of ze door organisatie A, B of C verzorgd willen worden, op grond van pakket en prijsstelling X, Y of Z. Niet van het politieke verdelingsprincipe van gelijke monniken, gelijke kappen, maar van het economische beginsel van keuzevrijheid hebben thuiszorgcliënten volgens de VVD, CDA en BTN voordeel.

Tegen de achtergrond van de visie dat de markt – op het vlak van kwaliteit, prijs en keuze – beter dan de overheid geëquipeerd is met datgene wat de consument wil, vinden de marktadepten het noodzakelijk dat de politiek de overheidsbudgettering uiteindelijk met meer dan vijf procent door die van de zorgkantoren vervangt. Pas als de overheid bereid is haar handen metterdaad van de sector af te trekken, kunnen vraag en aanbod van thuiszorg immers op een natuurlijke manier op elkaar worden afgestemd – met alle positieve gevolgen van dien. Tussen burgers zou een tien-, honderd- of duizenddeling ontstaan, in plaats van de vanuit de politieke zorglogica gevreesde tweedeling, en de geïnstitutionaliseerde solidariteit tussen arm en rijk zou worden verhoogd in plaats van verlaagd. Koopkrachtige burgers zijn in een volwaardig en pluriform zorgbestel immers minder geneigd hun eigen thuiszorg privaat te arrangeren en betalen, aldus de marktaanhangers.

Thans leven de marktvoorstanders echter in de wetenschap dat er op het vlak van een meer gedifferentieerd en solidair zorgaanbod, tegen lagere prijzen, nog veel veld te winnen valt. Instellingen hebben er bijvoorbeeld nog te veel belang bij de realisering van een daadwerkelijk concurrerend speelveld te frustreren. Zij richten particuliere poten op of andere samenwerkingsverbanden om hun monopoliepositie te kunnen behouden. De overheid had volgens de bevorderaars van marktwerking de markt van thuiszorg veel beter

moeten conditioneren. Tegen die achtergrond is het hun dan ook een doorn in het oog dat de overheid de marktwerking in 1996 aan banden legt in plaats van dat ze deze op een acceptabele manier uitbreidt, opdat zorginstellingen daadwerkelijk de kans krijgen zich als ondernemers te gedragen:

- 'Een ontwikkeling in de richting van gepaste marktwerking in de thuiszorg vond [de CDA-fractie] op zichzelf niet ongewenst, maar het was haar niet goed duidelijk of de voorgestelde invulling van de marktwerking, in het bijzonder door aan alle aanbieders gelijke voorwaarden te stellen, niet toch in feite neerkomt op dezelfde zorg als de gebruikelijke reguliere thuiszorg. (...) Monopolieposities [leiden] vaak tot bureaucratie' (Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 6).
- 'Eén ding is namelijk niet de wens van de VVD-fractie en dat is de weg terug naar de monopoliepositie van de reguliere thuiszorginstellingen. Wat ons betreft is die tijd geweest en bovendien is er toch een aantal positieve prikkels uitgegaan van de marktwerking in de afgelopen periode' (VVD: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 8).

Naast de bevorderde klantgerichtheid heeft de marktwerking volgens de marktsupporters een positief effect op de *doelmatigheid* gehad. De toegenomen concurrentieprikkels tussen zorgaanbieders en -verzekeraars, en de daarmee verbonden keuzevrijheid van consumenten, zouden de traditionele, versterkte financieringsstructuur van de thuiszorg hebben doorbroken. Omdat thuiszorgorganisaties in de praktijk rantsoeneringsorganisaties zijn, moeten de benodigde extra middelen volgens de voorstanders van marktwerking dan ook met behulp van marktgeoriënteerde instrumenten worden gerealiseerd. Sinds de jaren zeventig is de thuiszorg immers steeds centralistischer en gedetailleerder aangestuurd, wat zich in schaarste zou hebben vertaald. Vooral de gezinsverzorging, die het grootste beslag legt op de thuiszorgbegroting, verkeerde continu in een financieel moeilijke positie. Een bezuiniging van 63 miljoen gulden in 1981, een salariskorting in 1984, een bezuiniging van 49 miljoen gulden in 1988 en de (te) beperkte groei van de thuiszorg met 1,3 procent in de twee kabinetsperioden daarna,¹⁸ tonen volgens de beschermers van de markt aan dat de overheid – klaarblijklijk – een te beperkte financiële ruimte heeft om een ruim voorzieningenaanbod te creëren. Dit onder meer omdat zij meer dan enkel de belangen van de thuiszorg te behartigen heeft. Kortom, de thuiszorg kan volgens de VVD, CDA en BTN het beste op een meer marktgerichte, want doelmatige, leest worden geschoeid:

- 'Hoewel bij de ontwikkeling van particuliere bureaus een aantal kanttekeningen te plaatsen zijn (...) heeft dit geleid tot een doorbraak op een aantal punten binnen de reguliere organisaties, met als gevolg meer doelmatigheid' (CDA: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 7).
- 'Om de doelmatigheid te vergroten, zal de marktwerking in de thuiszorg doorgezet moeten worden, maar de ruimte daarvoor zal op een meer evenwichtige wijze moeten ontstaan' (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 11, p. 3).

Samengevat: de voorstanders van de marktwerking huldigen de opvatting dat 'de marktwerking de schuld dreigt te krijgen van alle problemen',¹⁹ terwijl die 'op zichzelf niet slecht heeft gewerkt'.²⁰ Menende dat de marktwerking het nodige in beweging heeft gebracht, zijn zij bang dat met de genoemde overheidsmaatregelen de monopolieposities van reguliere instellingen opnieuw worden versterkt en de markt weer in hoge mate wordt dichtgetimmerd. Paradoxaal genoeg oordelen zij dat de geschetste, grote problemen nooit aan de introductie van marktwerking gelegen kunnen hebben, omdat deze slechts zulk een klein deel van het totale budget van de thuiszorg omvatte, terwijl zij de voordelen wél aan diezelfde marktwerking toeschrijven.

- 'Waar gaat het over? 1 procent van 3 mld. is ingezet voor nieuwe instellingen. Dit is met alle denkbare regels omkleed. Eigenlijk was er geen sprake van concurrentie en vrije markt. Dat toch die ene procent zoveel teweeg heeft gebracht, moet tot nadenken stemmen. De effecten waren in ieder geval dat er bij de bestaande reguliere instellingen een beweging is ontstaan in de richting van doelmatiger en klantgerichter werken. Als deze ontwikkeling door de bewindslieden wat strakker was aangestuurd was de kans van slagen groter geweest, al was het alleen maar om de verwevenheid tussen oude instellingen, dochterondernemingen, BV's, verzekeraars en verbindingkantoren beter te bewaken. Dan zou het afschermen van de markt een kans gekregen hebben' (VVD: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6573).

Vanuit het perspectief van de politieke zorglogica, daarentegen, beweren onder meer de PvdA, SP, GroenLinks en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) dat de thuiszorg vanwege een aantal met de aard van de marktwerking verbonden drijfveren is doorgeslagen. Aan de ene kant betogen zij dat de marktwerking de negatieve effecten heeft die de pleitbezorgers van marktwerking juist overheidsregulering verwijten. Marktwerking zou tot kostenstijgingen in plaats van -dalingen leiden en gericht zijn op het instel-

lingsbelang in plaats van op dat van de klant. Aan de andere kant stellen zij dat de marktwerking bepaalde met de politieke zorglogica verbonden verworvenheden, garanties en voordelen belemmert: principes van gelijkheid, sociale rechtvaardigheid en democratische toetsing zouden onder de marktwerking hebben geleden.

Om te beginnen vinden de voorstanders van (meer) overheidsregulering, zoals ik bovengenoemde partijen vanaf nu enigszins overdreven aanduid, dat de marktwerking de *klantvriendelijkheid* en *doelmatigheid* van de thuiszorg heeft verlaagd in plaats van verhoogd. Het zou volgens hen onjuist zijn te veronderstellen dat deze tot een meer flexibele en productieve thuiszorg heeft geleid. Juist gedurende de jaren die aan de particuliere toetreding vooraf gingen zou er een enorme stijging van de productiviteit zijn geweest: 'met minder mensen is meer zorg geleverd en het gemiddeld aantal uren zorg per cliënt is gedaald'²¹ – aldus de PvdA. De sociaal-democraten zien het 'als een mythe dat de toenemende zorgvraag door middel van marktwerking en produktiviteitsverhoging binnen de sector opgevangen zou kunnen worden'.²² Daarnaast zou de thuiszorg minder star en ingeslagen zijn dan de voorstanders van marktwerking het doen vóórkomen, hoewel het natuurlijk nooit kwaad kan een systeem te bedenken 'waarin wij de collectieve thuiszorginstellingen, die inderdaad soms een beetje ingedommeld waren, goed kietelen'.²³ Maar daarvoor hebben wij 'absoluut geen enkele vorm van marktwerking nodig',²⁴ aldus de Socialistische Partij. Zo zou de met deze marktwerking verbonden idee dat de klant koning is, tot op zekere hoogte nastrevenswaardig zijn, maar vanuit beheersmatig oogpunt tegelijkertijd haar grenzen kennen:

- 'Er leeft ook een mythe over de inflexibiliteit van de sector. (...) Er wordt steeds getracht om de wensen van de cliënt te honoreren, maar dat is niet altijd mogelijk, want niet alles kan tegelijkertijd. Iedereen vindt het normaal dat in een ziekenhuis diensten worden gedraaid en dat de cliënt 's morgens met iemand anders te maken heeft dan 's avonds, maar thuis is de "klant koning" en worden hogere eisen aan dat soort zaken gesteld' (PvdA: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 2).

De LVT vindt dat 'de marktwerking geen goed instrument is voor het bereiken van doelmatigheid en klantgerichtheid in de thuiszorg',²⁵ omdat deze zich niet tot de 'ware' aard van de zorg verhoudt. Hoewel de LVT aanvankelijk in een Scenario-nota tot de slotsom was gekomen dat concurrentie onvermijdelijk is en dat instellingen zullen moeten opereren in een voluit concu-

rerende omgeving,²⁶ stelt zij deze strategie vanaf 1996 bij. Vanuit bestuurlijk oogpunt meent de LVT dat de overheid de toevloeiing van gemeenschaps-geld naar (particuliere) zorgaanbieders, die zich vervolgens aan wettelijke verantwoordelijkheden onttrekken, beter had moeten reguleren.²⁷ Maar ook fundamenteel kiest de LVT voor een benadering waarin het marktdenken ‘minder’ en het regulatieve denken ‘meer’ domineert. In wezen sluit zij zich aan bij de opvatting van een substantieel deel van de thuiszorginstellingen uit haar eigen achterban, dat in reactie op de genoemde Scenario-nota een manifest had doen uitkomen. Daarin beargumenteren de reguliere instellingen waarom ‘vrije concurrentie niet het juiste instrument is om de schaarse goederen in de gezondheidszorg rechtvaardig te verdelen’:²⁸

- ‘In een vrije concurrentie zullen elementen van rendement en winst hun rol gaan spelen en zijn de bijwerkingen van de marktwerking als verdelingsinstrument schadelijker dan de kwaal’ (Manifest Maatschappelijke Thuiszorg, 07-04-1995, p. 8).
- ‘Het paradigma van de markt is (...) geen oplossing van de fundamentele problemen van de gezondheidszorg. Dat fundamentele probleem wordt veel meer gevormd door het onbegrensde verlangen van mensen om pijn en leed te vermijden en de dood uit te stellen, de wens van de gezondheidszorg om aan dat verlangen te voldoen. Zorgvragers en zorgaanbieders zijn daarin elkaars bondgenoten. (...) Marktwerking versterkt (...) de illusie dat uiteindelijk gezondheid te koop is’ (Manifest Maatschappelijke Thuiszorg, 07-04-1995, p. 8).

Vanuit het perspectief van kostenbeheersing beargumenteert de LVT dat de ‘introductie van marktwerking instellingen een prikkel geeft om, bedrijfsmatig omschreven, de omzet te verhogen. Een dergelijke verhoging staat haaks op de doelstelling de uitgaven te beheersen’.²⁹ Ook D66 en de PvdA benadrukken dat waar de marktkrachten aan de winnende hand zijn, de samenleving bereid moeten zijn afscheid van de Zalmnorm te nemen (vgl. De Kam en Nypels, 2001). In een gesloten vat geldt zou het onzinnig zijn concurrentie toe te staan. Kernpunt voor de sociaal-liberalen luidt dat marktconforme prikkels op zichzelf de bestaande structuren in de thuiszorg open kunnen breken, maar alleen wanneer gelijktijdig het volume van het AWBZ-vat wordt verruimd. Met name het gegeven dat het voor de financiering van de nieuwe toetreders benodigde geld bij de gevestigde instellingen is weggehaald, lijkt volgens D66 ‘veel op de Russische planeconomie van voor het vallen van de Muur. Dat lukt dus niet’.³⁰ Overeenkomstig bijvoorbeeld het standpunt van de VVD luidt het hoofdpunt voor de LVT, D66 en de sociaal-

democraten dat thuiszorginstellingen de afgelopen decennia te veel als rantsoeneringsorganisaties hebben gefunctioneerd. Juist *daarom* zouden er niet in de eerste plaats marktprikkels, maar overheidsinvesteringen moeten komen:

- 'Er zijn al vele studies gedaan over de demografische ontwikkelingen, de zorgvraag en de mogelijkheden van substitutie en de conclusie uit al die studies moet zijn dat een groei van 2,3 procent voor de totale ouderenzorg, d.w.z. 130 mln. op jaarbasis, minimaal noodzakelijk is' (PvdA: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 2).
- 'De LVT [heeft] zich (...) met name geconcentreerd op en sterk gemaakt voor (...) de averechtse gevolgen van de marktwerking binnen de thuiszorg en voldoende financiële middelen teneinde de stijgende zorgvraag het hoofd te bieden' (LVT, Jaarverslag 1996, p. 7).
- 'De budgettaire steunkousen gaan zodanig klemmen dat de bloedvoorziening naar de zorg voor de ouderen dreigt te stagneren. Vandaar dat D66 (...) van mening is dat er meer geld voor de ouderenzorg moet komen en in het bijzonder voor de thuiszorginstellingen, die het water aan de lippen staat' (Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 10).

Vanuit het met de politieke zorglogica verbonden perspectief van sociale rechtvaardigheid wijzen de bejveraars van 'meer' overheidsregulering er op dat indien thuiszorginstellingen als ondernemingen functioneren, niet alle patiënten beter af zijn. Marktwerking in combinatie met te lage budgetten leidt tot tweedeling, met alle gevolgen voor de solidariteit tussen arme en rijke, zieke en gezonde, jonge en oude burgers van dien. Hoe meer de publieke zorg liberaliseert, hoe groter het risico dat minder kapitaalkrachtige cliënten worden uitgesloten, dat onrendabele, afgelegen locaties worden afgestoten, dat winsten in de portemonnee van aandeelhouders in plaats van de directe zorgverlening verdwijnen of dat – in het uiterste geval althans – de onverzekerbare, meest zorgbehoevende cliënten überhaupt van zorg blijven verstoken.

- 'Het leveren van thuiszorg met het expliciete doel daarmee winst te maken die niet ten goede komt aan de zorgverlening, maar toevloeit naar bijvoorbeeld aandeelhouders/eigenaren, is strijdig met de maatschappelijke functie en doelstelling van de thuiszorg. Dat geldt des te meer voor reguliere thuiszorg-activiteiten, bekostigd uit premiemiddelen' (Brief LVT aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 23-04-1996, p. 3).
- 'Waar marktwerking en concurrentie samengaan met schaarste (en dat is bij de thuiszorg het geval) dreigt een tweedeling, waarmee een tijdbom komt te

liggen onder het unieke systeem van de Nederlandse thuiszorg' (SP: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 23).

Vanuit het politiek-zorglogisch perspectief van gelijkheid, tot slot, beklemtonen de LVT en haar sympathisanten dat thuiszorg een basisbehoefte is die er in principe in gelijke mate voor alle burgers moet zijn. 'Ware' klantgerichtheid, aldus de LVT, bestaat eruit dat de thuiszorg 'een generalistische basisvoorziening is voor mensen in alle stadia van hun leven. Daarbij is marktwerking uit den boze en daarbij passen ook geen eigen bijdragen'.³¹ Zeker niet wanneer die 'ongewenste gevolgen [hebben] voor met name de meest kwetsbaren'.³² De SP (en in mindere mate GroenLinks), wijst het invoeren van markprikkelers in de zorg het meest stellig van de hand. Concurrentie acht zij, tot op de dag van vandaag, per definitie strijdig met de benodigde samenwerking. Waar de politiek marktwerking en concurrentie samen laat gaan met schaarste poogt zij volgens de SP het 'onverenigbare toch te verenigen':³³

- 'Ik ben voorstander van een systeem van collectieve thuiszorg, gefinancierd uit de AWBZ-middelen, dus de algemene middelen, naar draagkracht geïnd, voor iedereen toegankelijk, voor iedereen beschikbaar. Wij hebben in Nederland absoluut geen enkele vorm van marktwerking nodig om een goede thuiszorg te realiseren. Integendeel, gebleken is dat marktwerking zelfs tot negatieve effecten leidt' (SP: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6600).

Kortom, de voorstanders van overheidsregulering wijten een groot gedeelte van de problemen aan de invoering van marktwerking. In plaats van een oplossing te bieden zou de marktwerking vooral onzekerheid, oneerlijkheid en onduidelijkheid hebben gebracht. De voorstanders van overheidsregulering zijn dan ook blij met de genoemde overheidsmaatregelen. De sociale rechtvaardigheid in de thuiszorg zou er weer door worden versterkt. Tevens zijn zij ingenomen met het verbod op het inzetten van publieke gelden voor commerciële doeleinden en hechten zij waarde aan het vergroten van de publieke controle en beheersbaarheid. Paradoxaal genoeg oordelen de voorvechters van overheidsregulering dus dat de geschetste, grote problemen aan de – minimale – introductie van marktwerking hebben gelegen, terwijl de voorzeden daarmee níet verbonden zijn.

Aangezien noch van private noch van publieke thuiszorginstellingen op voorhand mag worden aangenomen dat bij hen het publieke belang is gegarandeerd (RVZ, 1998a; WRR, 2000; RMO, 2002), valt tot mei 1997 op dat de voor- en tegenstanders van de economische zorglogica haaks op elkaar staan-

de argumenten hebben aangevoerd. Zodoende worden er onverenigbare stellingen betrokken en verdedigd. Naar aanleiding van de besproken negatieve effecten van de marktwerking, klinkt aan de ene kant het vigerende oordeel dat de introductie van de marktlogica zich niet met de aard van thuiszorg verhoudt; de thuiszorg zou geen gewone markt zijn, 'zoals wij die in andere sectoren kennen'.³⁴ Dit geluid wordt sterker, naarmate de (negatieve) effecten van de marktwerking meer zichtbaar worden. Aan de andere zijde luidt de status quo dat niet de marktwerking zelf, maar de wijze waarop deze de zorg is binnengebracht ondoordacht, onjuist of ineffectief is geweest; de marktwerking – doelmatigheidsvergroting en oog voor de klant – zou wel degelijk behouden moeten blijven. De hoofdconclusie luidt dus dat de LVT en partijen ter linkerzijde van het politieke spectrum stellig de gevaren, nadelen of beperkingen van *private* uitvoering van publieke belangen accentueren, terwijl BTN en de partijen aan de rechterkant van het politieke midden de *publieke* borging van publieke belangen kritiseren. Beide zijden, niettemin, presenteren de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica vooral als 'uit balans' of 'contrair' – in plaats van als 'aanvullend' of 'complementair'.

ECONOMISCHE EN POLITIEKE ZORGLOGICA IN EVENWICHT SINDS MEI 1997

Aan het begin van de vorige paragraaf concludeerde ik dat de partijen in het veld sinds mei 1997 de kansen in plaats van de belemmeringen van de economische en politieke zorglogica accentueren. Tussen mei 1997 en de aanvang van het tweede paarse kabinet in augustus 1998 wordt hier een bescheiden begin mee gemaakt. Gedurende het tweede paarse kabinet wordt deze weergave geïntensiveerd. Evenals in Groot-Brittannië, waar de "pragmatic" politics of the Third Way (...) were based on an explicit rejection of both predominantly hierarchical [=bureaucratic, sv] and predominantly market-based modes of coordination' (Newman, 2001, p. 161), gaat dit gepaard met de maatschappelijke en politieke idee dat samenwerking tussen de private en publieke sector zekere voordelen afwerpt. Niet: markt óf staat. Maar: markt én staat – luidt vanaf mei 1997 in toenemende mate het devies.

Hoewel deze gedachte zich tot en met 2001 op zowel macro- als meso-niveau steeds scherper aftekent, wil ik benadrukken dat het hier geen zwart-witverschuiving betreft. 'Oude' denkbeelden zijn niet geheel over boord gegooid. Integendeel, na mei 1997 zijn die nog aanwezig, hoewel minder vaak en op minder stellige wijze. Het omgekeerde geldt wel: tegen het besef dat zowel

marktwerking als overheidsingrijpen voordelen hebben bestond vóór mei 1997 veel weerstand. Als partijen in die periode al met begrippen als gereguleerde competitie of maatschappelijk ondernemerschap een brug probeerden te slaan tussen ‘markt’ en ‘staat’, dan werden de bedoelingen daarvan door rivaliserende partijen betwist.^{xv} ‘Mei 1997’, de datum begint vanwege het alsmaar herhalen ervan inmiddels mythische proporties aan te nemen, markeert dus geen eenmalige aardverschuiving, maar het begin van een gestage ontwikkeling, die, zoals in de volgende bladzijden duidelijk zal worden, in het jaar 2000 culmineert. Het betreft een ontwikkeling waarin pragmatische argumenten steeds meer de boventoon voeren boven ideologische motieven. Dit overigens los van de kwestie of de partijen hun ideologische veren daadwerkelijk of slechts (tijdelijk) om strategische redenen hebben afgeschud. De periode tussen mei 1997 en augustus 1998 vormt een overbruggingsfase in het thuiszorgdossier, die zich onderscheidt van de periode daarvóór, omdat de overheid onder druk van het politieke en maatschappelijke veld een meer helder en daadkrachtig beleid voert. Zo hadden de politieke partijen tijdens een Algemeen Overleg in 1996 gewaarschuwd dat de thuiszorg in gevaarlijk vaarwater komt indien de bewindspersonen geen haast maken met de beleidsnota over de toekomst van de thuiszorg die zij de Tweede Kamer eerder hadden toegezegd. ‘Deze zou na het zomerreces verschijnen, maar werd vervolgens vier keer uitgesteld. In maart vond de Kamer het welletjes en er ligt (...) nog steeds geen beleidsnota’³⁵ – aldus één van de geïrriteerde fracties. Evenmin blijken de uitvoerders van het overheidsbeleid van een dergelijk slappe politieke koers gecharmeerd. ‘Tot 1994 was de thuiszorg een duidelijke, gestructureerde sector’,³⁶ kritiseert bijvoorbeeld het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) het halfslachtige particuliere toetredingsbeleid. Het COTG verlangt dat er aan deze halfslachtigheid zo snel mogelijk een einde komt en dat er een duidelijke koers gevaren wordt. ‘Daarbij maakt het minder uit of deze linksom dan wel rechtsom is. Het onbevredigende voortdobberen dient via duidelijke politieke sturing te worden beëindigd’³⁷ – aldus het tarieforgaan. Overige reacties luiden:

- ‘Zolang de visie van bewindslieden van vws op de toekomst van de thuiszorg nog niet duidelijk is blijft er veel onzekerheid over alle verwickelingen in deze

xv Het begrip maatschappelijk ondernemerschap is voor mei 1997 nauwelijks of niet in het debat aanwezig. Desalniettemin bezigt de D66-minister de term voor het eerst in 1996. De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg heeft het zelfs sedert 1995 als lidmaatschapsseis opgenomen. Pas in 1999 werkt de branche-organisatie dit begrip echter verder uit en voorziet het het van toetsselementen.

sector. (...) Jammer genoeg worden problemen almaar doorgeschoven' (Zorgverzekeraars Journaal, nr. 12, 27-03-1997, p. 2).

- '[O]nduidelijkheid – meer dan ooit – over de toekomstige positie van de thuiszorg binnen het zorgbestel. Dat is een flinke tegenvaller, juist nu heldere beleidskeuzen van de overheid bitterhard nodig zijn ter beheersing van de turbulente ontwikkelingen die zich spontaan binnen de thuiszorg afspelen op het breukvlak van het oude en nieuwe denken binnen de gezondheidszorg' (Persbericht LVT, 21-03-1995).

Welnu, beloofd bij het aantreden van het eerste paarse kabinet, uitgesteld in het najaar van 1995, opgeschort en opnieuw toegezegd in mei 1996 en verzekerd tijdens een plenair spoeddebat in maart 1997, presenteren de bewindslieden van vws op 20 mei 1997 de langverwachte beleidsnota. 'Thuiszorg en zorg thuis', zoals deze heet, verschaft politiek en veld na jaren van politieke windstille een ijkpunt dat zij tot mei 1997 node misten. Ten eerste investeren de bewindsvrouwen – voor het eerst sinds jaren – structureel in de thuiszorg. Was het de sector tot nu toe slechts geoorloofd met maximaal 1,3 procent per jaar te groeien, vanaf mei 1997 staat het kabinet een jaarlijkse stijging van 3 procent toe: 2,2 procent om de gevolgen van de vergrijzing en substitutie op te vangen en 0,8 procent om de wachtlijsten weg te werken. Ten tweede besluiten de bewindsvrouwen aan verdere nieuwe toetreding paal en perk te stellen, in ieder geval tot het jaar 2001. Om een zekere rust in de sector terug te brengen, wat inderdaad het effect is, mogen de vijftwintig bestaande particuliere thuiszorgbureaus wel actief blijven, maar nieuwe concurrenten worden tot 2001 niet meer toegelaten.

- 'Tussen 1994 en 1996 zijn 25 nieuwe instellingen thuiszorg toegetreden, al dan niet gelieerd aan reeds bestaande thuiszorginstellingen. Vorig jaar al werd geconstateerd dat naast het beoogde effect van meer dynamiek en meer klantgericht werken, er ook niet-beoogde effecten optraden die noopten tot een pas op de plaats in 1997, in afwachting van een fundamentele discussie over de vraag hoe verder met de marktwerking in de AWBZ. (...) Het kabinet heeft tegen die achtergrond besloten in principe geen nieuwe thuiszorginstellingen toe te laten totdat de bovengenoemde besluitvorming heeft plaatsgevonden. Dat geeft ook op korte termijn een zekere rust in deze sector' (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 2, p. 20-21).

De reactie van de verschillende partijen op het bevriezen van de marktwerking is eerder praktisch dan principieel. De coalitiepartijen VVD, PvdA en D66

gaan respectievelijk met de bevrozing ‘akkoord’³⁸, noemen het ‘verstandig’³⁹ of ‘complimenteren’⁴⁰ de bewindslieden ermee. De oppositie onthoudt zich veelal van negatief commentaar, brengt voor de beslissing ‘begrip’⁴¹ op of is er zelfs ‘blij mee’⁴². Dat bijvoorbeeld de VVD haar akkoord ‘met tegenzin’⁴³ verstrekt, geeft aan dat een pragmatische houding plaatsmaakt voor principiële argumenten. Door de LVT wordt de voorliggende nota ‘nadrukkelijk gezien als een nieuwe start en een eerste stap in de goede richting’.⁴⁴ En Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die ‘zakelijkheid boven ideologie’⁴⁵ stelt, stemt in met de maatregel om ‘naast de al nieuw toegelaten instellingen, geen nieuwe aanbieders meer toe te laten’.⁴⁶ Het is volgens de brancheorganisatie niet nodig om de budgetgarantie van thuiszorginstellingen van honderd tot nul procent af te bouwen, zoals oorspronkelijk door het ministerie van VWS voorgesteld. ‘Naar de mening van ZN heeft vooral de (zeer beperkte) marktwerking de afgelopen jaren bijgedragen aan een grotere productiviteit in de thuiszorg’.⁴⁷

Tekenend is dat zowel de LVT als ZN kiezen voor een beleidskoers waarin zij streven naar doelmatigheidsvergroting en verbetering van de klantgerichtheid, zonder dat de in het verleden waargenomen negatieve neveneffecten van de marktwerking die doelstelling overheersen. Op zichzelf keurt de LVT marktwerking af, maar dat betekent geenszins dat ‘ook de oogmerken die het kabinet had bij de invoering van marktwerking (versterken doelmatigheid en klantgerichtheid) door de LVT worden afgewezen’.⁴⁸ De koepel verkiest echter een alternatief instrumentarium om de genoemde oogmerken te bereiken, ‘te weten een niet vrijblijvende toetsing van thuiszorginstellingen aan objectieve doelmatigheidsindicatoren en het betrekken van klanten bij thuiszorginstellingen via kwaliteitsbeleid en cliëntenraden. Hiermee kunnen de eerdergenoemde doelstellingen van de marktwerking ten volle bereikt worden en worden discontinuïteiten in de zorg voor de klant en andere ontregelende effecten van marktwerking vermeden’.⁴⁹

Hoewel ZN het oneens is met de opvatting van de LVT dat het voorgestelde instrumentarium een alternatief voor de marktwerking zou zijn, is zij ‘graag bereid’⁵⁰ aan de klantgerichtheids- en doelmatigheidsoperatie mee te werken. De verzekeraarskoepel meent dat de voorgestelde operatie niet in de plaats komt van de marktwerking, omdat afgesproken is dat deze op enig moment haar vertaling krijgt in een systeem van outputfinanciering, op grond waarvan (te vormen) zorgkantoren thuiszorgorganisaties op hun *aantoonbare* prestaties afrekenen. Een thuiszorginstelling die niet klantvriendelijk of doelmatig werkt zal van het zorgkantoor geen of een laag budget krijgen en de organisaties die dat wel doen ontvangen een hoog budget. De klantgericht-

heids- en doelmatigheidsmeter is volgens ZN dan ook 'veeleer een transparant instrument om de marktwerking in de thuiszorg te reguleren en bovenal te objectiveren'.⁵¹ Van groter belang is echter dat zowel ZN als de IVT een transparant, toets- en meetbaar instrumentarium voorstaan, met als doel de cliëntgerichtheid en productiviteit te verbeteren. Dat is een complementaire en gezamenlijke benadering, die eerder ondenkbaar was geweest. In 1997 neemt Zorgverzekeraars Nederland het initiatief om het sinds 1968 bestaande systeem van verbindingskantoren te moderniseren; voorgesteld wordt om per regio één zorgkantoor aan te wijzen voor de uitvoering van de AWBZ, met als missie:

- 'Het zorgkantoor staat voor een klantgerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ. (...) Het zorgkantoor kent de zorg, kent de wensen van de patiënten/ cliënten en voert op basis van die kennis transparant en toetsbaar zijn taken uit. Die uitvoering is vrij van concurrentie tussen zorgverzekeraars' (ZN-publicatie (2001), *Convergerende belangen. Belangenbehartiging van de zorgverzekeraars in historisch perspectief 1900-2001*, juli 2001, p. 330: Con-tekst).

Kortom, in meer of mindere mate en in afwisselende bewoordingen lopen nagenoeg alle actoren likkebaardend om de twee hoofddoelstellingen van de beperkt ingevoerde marktwerking heen, terwijl zij gelijktijdig de noodzaak van gepaste regelgeving, overheidssturing en democratische toetsing onderstrepen. Zo meent het CDA aan de ene kant dat de marktwerking tot 'meer doelmatigheid en een meer cliëntvriendelijke benadering'⁵² heeft geleid, maar hecht zij aan de andere kant 'veel waarde aan gelijke voorwaarden voor alle aanbieders'.⁵³ Zelfs de meest fervente voorstander van marktprikkels in de AWBZ, de VVD, huldigt de opvatting dat van 'echte' marktwerking, zoals in het bedrijfsleven, geen sprake kan zijn. Alleen 'een bepaalde vorm van zeer gereguleerde, zeer bewaakte marktwerking kan tot de mogelijkheden behoren'⁵⁴ – aldus de rechts-liberale partij. Op haar beurt ziet een marktschuwe fractie als GroenLinks in dat er met de introductie van nieuwe toetreders 'ook enkele positieve gevolgen [zijn] geweest'.⁵⁵ Voor de PvdA zijn de hoofdpunten van de bewindslieden – 'geen marktwerking, het kiezen voor meer maatschappelijk ondernemerschap – belangrijke uitgangspunten waar wij van harte achter staan'.⁵⁶ Eveneens naar de mening van de bewindslieden zelf 'ligt de waarheid in het midden: de zorgsector is gebaat bij een mix van overheidssturing en marktelementen'.⁵⁷

Achteraf gezien hebben de aanvankelijk tumultueuze toetreding van particuliere aanbieders, de reële druk van een gemeenschappelijk ervaren probleem

(groeïende wachtlijsten, slinkend imago), het verschijnen van de langverwachte mei-nota en de relatief constructieve reacties daarop door het veld het breekijzer gevormd voor een nieuw vertoog. Marktucht én regelzucht, loslaten én sturen, concurreren én samenwerken – luidt het nieuwe jargon. Gezamenlijk beweren de partijen dat de economische en politieke zorglogica elkaars mogelijkheden aanvullen of bevorderen, of dat althans zouden moeten doen, en beseffen zij dat eenieder van hen bereid (moet) zijn een gedeelte van zijn eigenbelang op te geven. Onder het mom van herregulering en maatschappelijk ondernemerschap slijpen zij de scherpe kanten van het schaarstedeбат af, hetgeen gedurende het tweede parse kabinet versterkt wordt doorgezet.

INSTITUTIONELE COMPLEMENTARITEIT

De periode van Paars II kenmerkt zich door een institutionele inrichting van de zorg, waarbij de overheid in toenemende mate de (rand)voorwaarden schept op grond waarvan de veldpartijen maatschappelijk ondernemend kunnen handelen. De overheid, die daartoe de financiële middelen, wetgeving en uitvoeringsbesluiten verschaft, ‘concentreert zich meer en meer op de borging van publieke belangen en het toezicht op het functioneren van het stelsel in overeenstemming met die publieke belangen’.⁵⁸ De zorgaanbieders en zorgkantoren spelen als respectievelijk zorgverleners en uitvoerders van de AWBZ de rol van maatschappelijk ondernemer, wat in de 443 geanalyseerde tekstfragmenten tot uitdrukking komt in de wil en mogelijkheid van de verschillende partijen publiekelijk rekenschap te geven over controleerbare prestaties. ‘Je inspanning als maatschappelijk ondernemer zit ‘m niet in het binnenhaken van geld’, zoals een thuiszorgdirecteur beweert, ‘maar in het zorgen dat het op een intelligente, ragfijne manier bij de klant komt. Je zult openheid van zaken moeten geven over hoe je dat doet’.⁵⁹

Met name sinds het actieplan Zorg Verzekerd in november 2000, verlangt het kabinet duidelijkheid over de relatie tussen haar financiële investeringen enerzijds en de prestaties van de veldpartijen met betrekking tot deze investeringen anderzijds. Bezien vanuit het perspectief van de politieke zorglogica impliceert dit een proces van herregulering en vanuit de economische zorglogica van re-liberalisering. Maar beide processen bewegen zich richting één en dezelfde toestand van gereguleerde competitie, maatschappelijk ondernemerschap of *marktbaarheid*, met ‘transparantie’ als meest karakteristieke eigenschap. Tot 1998 was deze transparantie er in onvoldoende mate, aldus

de partijen, wat mede verklaart waarom zij het debat over de thuiszorg tot die tijd zo vurig voerden.

- 'Hoofddlijn van het beleid is dat het de taak is van de overheid om zo helder mogelijke kaders te bieden waarbinnen de thuiszorginstellingen hun verantwoordelijkheid nemen voor het leveren van verantwoorde zorg die verzekerd is op grond van de AWBZ. (...) Mede als gevolg van het ontbreken van een duidelijk normatief kader, hebben thuiszorginstellingen de afgelopen jaren in een onduidelijke context moeten functioneren. Het is daarom van belang dat de consistente lijn die in de tweede helft van de vorige kabinetsperiode is ingezet, thans wordt doorgetrokken en versterkt' (Staatssecretaris: kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nr. 64, p. 3).
- 'Wanneer zaken van bovenaf te regelen zijn is dit niet verkeerd, maar het is bijvoorbeeld niet centraal te plannen hoeveel en welke zorg een cliënt aan de basis nodig heeft. (...) Door thuiszorgorganisaties veel meer de rol van maatschappelijk ondernemer te geven ontstaan hier ook mogelijkheden toe. Transparantie binnen de sector van de thuiszorg is daarbij van levensbelang' (BTN-notitie 'Transparantie in de thuiszorg', 1998, p. 4).

Om een meer transparante afbakening van (deel)verantwoordelijkheden te realiseren, kiest de minister van VWS in 1998 voor een nieuwe bestuurlijke aanpak, gegoten in de vorm van meerjarenafspraken. Meerjarenafspraken zijn gebaseerd op een gedeelde verantwoordelijkheid en overleg tussen overheid, aanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten, met relatief veel beleidsvrijheid voor de betrokken partijen om problemen aan te pakken. 'Centraal staat de bereidheid van alle betrokkenen om breder te denken dan alleen het eigen terrein. Het doel van de te maken afspraken is dat partijen, binnen vooraf overeengekomen en meerjarige financiële kaders, gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor het realiseren van inhoudelijke doelstellingen'.⁶⁰

Deze inhoudelijke kaders behelzen een gezamenlijke aanpak van de wachtlijsten, arbeidsschaarste, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Zo zijn de meerjarenafspraken 1998 in juli 1999 uitgewerkt in een *Plan van aanpak wachttijden*. Opgesteld door onder andere het ministerie van VWS, LVT, BTN, NPCF en ZN^{XVI} luidt een van de hoofdsporen het verbeteren van de informatie over wachtlijsten. Hoewel het enige jaren duurt voordat dit wordt gere-

XVI Deze afkortingen staan voor Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

aliseerd, komen er in 2001 voor het eerst betrouwbare wachtlijststatistieken beschikbaar, gebaseerd op heldere en landelijk uniforme definities. Met een recordaantal van ruim 54.000 wachtenden (peildatum: 15 mei 2000) zijn dat weliswaar confronterende gegevens, maar als nulmeting geven ze de beleidsmakers grip om hun lopend en toekomstig beleid te verantwoorden en sturen. ‘Een (...) goede registratie geeft de beschikking over betrouwbare én bruikbare informatie. Dat doorbreekt de verlamming’,⁶¹ meent bijvoorbeeld de coördinator wachttijden bij het bureau van ZN. ‘Als je niet weet wat je probleem is, kun je het ook niet oplossen’,⁶² weet ook de staatssecretaris.

Eveneens intensiveren de LVT, BTN, vakbonden en overheid het arbeidsmarktbeleid. ‘Het Nederlandse overlegmodel met zijn nadruk op het zoeken naar een evenwichtige balans tussen wetgeving, zelfregulering door de sociale partners en (fiscale) stimulering door de overheid’⁶³ biedt hiervoor volgens het kabinet een goed kader. Zo komen zij in 1998 gezamenlijk het Meerjarig Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector overeen, op grond waarvan zij het Convenant Arbeidsmarkt Zorg (CAZ) ondertekenen. Een geïntegreerd pakket aan maatregelen moet tussen 2000 en 2004 leiden tot voldoende gekwalificeerd personeel. Met de *f* 8 miljoen ofwel € 3,6 miljoen die de overheid voor de bestrijding van ziekteverzuim en WAO-instroom aan de thuiszorg beschikbaar stelt worden tientallen CAZ-projecten opgestart. ‘In het Meerjarig Beleidskader staat dat de convenantpartijen voor de periode 2000-2004 streven naar een halvering van het verschil tussen het ziekteverzuim in de zorgsector en het gemiddelde niveau daarvan in het bedrijfsleven’.⁶⁴ Bovendien sluiten de ministeries van Volksgezondheid en van Sociale Zaken samen met sociale partners arbo-convenanten af. Noemenswaardig is tot slot het in maart 1999 afgesloten Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT), op basis waarvan beleid gericht op de aanschaf van tilhulpmiddelen, de start van het project ‘Stilstaan bij bewegen’, een medewerkersraadpleging ter vermindering van de werkdruk en tal van andere activiteiten in uitvoering zijn genomen.

Naast het realiseren van een meer daadkrachtige aanpak van de wachtlijsten en arbeidsschaarste, is het zogeheten benchmarkproject zeer van belang. Dit project, dat volgde op de bevrozing van de marktwerking, beoogt de doelmatigheid en kwaliteit van thuiszorginstellingen objectief te maken en te versterken, inclusief een driejarig ontwikkelingstraject richting het genoemde systeem van outputfinanciering per januari 2001. Naast de LVT en VWS participeren ZN en het ministerie van Financiën in het project. Belangrijkste opbrengst van dit volgens de LVT ‘adequate alternatief voor de onbeheersbaar gebleken marktwerking binnen de thuiszorg’,⁶⁵ is dat thuiszorginstellingen, niet vrijblijvend, hun kaarten op tafel leggen: alle instellingen wor-

den getoetst op de vraag hoe het staat met hun doelmatigheid en kwaliteit, of er verbeteringen nodig zijn en voor welke aspecten van de bedrijfsvoering dit dan geldt.⁶⁶

- 'De wederzijdse wens om de doelmatigheid in de thuiszorg verder te verbeteren, is aanleiding geweest voor de staatsecretaris van VWS en de LVT om een gezamenlijke operatie in te zetten. De LVT wil daarmee ook tot uitdrukking brengen, dat de thuiszorg ten volle bereid is om (...) een extra bijdrage te leveren aan een zo doelmatig mogelijke besteding van de schaarse publieke middelen' (Brief LVT aan de VVD-fractie, 09-10-1997, p. 2).
- 'Er is een definitief einde gekomen aan de vrije toetreding van aanbieders op deze markt (...). Door vergelijking en benchmarking worden prikkels ingevoerd, zodat de relatie tussen het zorgkantoor en de instelling beter functioneert. (...) Dat is ook een instrument van het zorgkantoor om tot een uitvoering van de AWBZ te komen waarbij kwaliteit en doelmatigheid samengaan' (Staatssecretaris: kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nr. 66, p. 14).

In tegenstelling tot de heersende beeldvorming dat de productiviteit en kwaliteit van thuiszorginstellingen sterk zou kunnen worden verbeterd, wijst het benchmarktraject anders uit. Al in 1997, wanneer Bakkenist Management Consultants op grond van een vergelijking tussen negen thuiszorgorganisaties vóóronderzoek doet, blijkt 'dat de sector thuiszorg in doelmatigheidspositie niet ongunstig aftekent tegen andere sectoren in de gezondheidszorg of openbaar bestuur'.⁶⁷ Waar bijvoorbeeld de VVD van een ondoelmatigheidspercentage van 40 procent melding had gemaakt, spreekt Bakkenist over een gemiddelde overhead van slechts 7 procent. Eveneens in 1999, wanneer het integrale benchmarkonderzoek onder 122 thuiszorgbureaus wordt gepresenteerd, blijken de instellingen ruim voldoende te presteren. Wat betreft de kwaliteit van de thuiszorg geven cliënten de instellingen gemiddeld een 8,1. En met een gemiddelde doelmatigheid van 82,6 procent ten opzichte van de toonaangevende, *best-practice*-instellingen vertonen de thuiszorginstellingen bepaald geen overtollig vet. Meest relevant is echter dat de partijen in overleg en gezamenlijkheid een transparant ijkpunt hebben ontwikkeld, op grond waarvan zij publieke verantwoording (kunnen) afleggen en op basis waarvan zij elkaar prikkelen 'de lat net ietsje hoger te leggen':⁶⁸

- '[Het benchmarkonderzoek heeft] eraan bijgedragen, dat de sector thuiszorg haar koploperspositie binnen de Nederlandse gezondheidszorg heeft versterkt, als het gaat om de transparantie van de sector, respectievelijk de maat-

schappelijke verantwoording van de besteding van de collectieve middelen’ (LVT Jaarverslag 1999, p. 3).

- ‘De in 1999 afgesloten Benchmark Thuiszorg ziet de LVT als een eerste stap in een continu proces gericht op optimalisering en transparantie van de bedrijfsvoering van de thuiszorg’ (LVT Jaarverslag 2000, p. 6).

Ook het geruchtmakende proefproces, waarin vier bejaarde vrouwen bij de rechter thuiszorg afdwongen, heeft bijgedragen aan een meer duidelijke, pragmatische en gezamenlijke koers. De uitspraak van de rechter in oktober 1999, dat wachtlijsten binnen de thuiszorg onrechtmatig zijn vanaf het moment dat een aanvaardbare wachttijd is verstreken, impliceert immers dat niet het beschikbare geld van de overheid, maar de feitelijke behoefte aan thuiszorg maatgevend is. En dat zet de thuiszorgpartijen op scherp. Zorgverzekeraars Nederland, de LVT en BTN slaan vlak na de gerechtelijke uitspraken althans de handen ineen door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) om toestemming te vragen ‘de wachtlijsten voor thuiszorg versneld te mogen wegwerken’.⁶⁹ Omdat zij verwachten dat de beschikbare middelen voor het jaar 2000 ontoereikend zijn om de tienduizenden wachtlijstcliënten van zorg te kunnen voorzien, vragen ze het CTG ‘om meer geld te mogen besteden’⁷⁰ – die daarmee in april 2000 instemt. Thuiszorginstellingen en zorgkantoren mogen van het tarieforgaan extra productie-afspraken maken op het moment dat ‘een instelling zich maximaal heeft ingespannen om met het bestaande budget al zoveel mogelijk zorg te leveren’,⁷¹ wat een geclausuleerde open-einde-financiering impliceert. In beginsel is het einde van het financieringssysteem gericht op vaste macro-kaders ingeluid.

- ‘De urgentie van de modernisering is de afgelopen maanden onderstreept door uitspraken van de rechter. Daarin is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraar/zorgkantoor heel scherp neergezet. (...) Wij zullen dus met alle betrokken partijen voluit aan de slag moeten om ervoor te zorgen dat de AWBZ weer de kerndoelstelling kan waarmaken: het verzekeren van langdurige zorg’ (Minister: handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 852).
- ‘De discussie over de aanpak van de wachtlijsten heeft natuurlijk ook nieuwe dynamiek gekregen door de gerechtelijke uitspraken (...). Naar aanleiding daarvan zijn wij in gesprek geraakt met de zorgverzekeraars (...). In de brief aan de Kamer heb ik aangegeven wat de kern is van de afspraken met de zorgverzekeraars en uiteindelijk met alle partijen die betrokken zijn bij de meerjarenafspraken’ (Staatssecretaris: handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4484).

'A DUTCH MIRACLE'

Als sluitstuk van de hierboven beschreven paradigmawisseling naar een krachtige markt én een krachtige overheid, in de hoedanigheid van meerjarenafspraken, benchmarking, convenanten en juridisch gelegitimeerde vraagsturing, presenteren de bewindslieden van vws in november 2000 het actieplan Zorg Verzekerd. Dit actieplan, dat het veld als een 'fundamentele doorbraak'⁷² typeert, beoogt de wachtlijstproblematiek terug te brengen door het individuele recht van cliënten op thuiszorg te herstellen, en een verdere ombouw van aanbod- naar vraagsturing te stimuleren. In de praktijk was daarmee vanwege de verleende goedkeuring door het CTG reeds sinds een half jaar met succes ervaring opgedaan. Maar het actieplan Zorg Verzekerd scherpt deze beleidspraktijk in ontwikkeling nu officieel en sectorbreed aan. De extra middelen die het kabinet daartoe beschikbaar stelt, komen als volgt tot besteding. De zorgkantoren beginnen met het nauwkeurig inventariseren van de hoeveelheid (extra) zorg die nodig is, aan de hand van onderhandelingen en afspraken met de zorgaanbieders. Onder de voorwaarde dat de geraadpleegde zorgaanbieders ook daadwerkelijk de overeengekomen thuiszorg leveren, verstrekt het kabinet de zorgkantoren de benodigde financiën. Tweemaal per jaar zal het kabinet daartoe bezien in hoeverre extra middelen boven op de reeds in de jaarbegroting toegezegde gelden beschikbaar worden gesteld. Thuiszorginstellingen die de benodigde extra zorg niet kunnen leveren worden op hun budget gekort, terwijl de organisaties die daar wel in slagen een aanvulling op hun oorspronkelijke budget ontvangen. Wel eist het kabinet voldoende garanties dat de besteding ook efficiënt verloopt, waarvoor de volgende voorwaarden gelden:

1. 'er moet sprake zijn van een adequate beoordeling aan de poort welke zorg echt nodig is;
2. er moet een efficiënt en transparant wachtlijstbeheer plaatsvinden;
3. betaling vindt alleen plaats voor zover daadwerkelijk (extra) zorg wordt geleverd (...);
4. verzekeraars moeten "scherp" contracteren'.⁷³

Terwijl tijdens Lubbers II en Paars I steeds achteraf bleek hoe geïnvesteerde extra middelen waren besteed, wordt met bovengenoemde prestatieafspraken dus van te voren 'vastgelegd aan welk doel hoeveel middelen besteed (...) worden',⁷⁴ wat een concretisering en controleerbare toetsing van de intenties van de meerjarenafspraken inhoudt. Met hulpmiddelen als bench-

marking van zorgaanbieders en visitatie van zorgkantoren is daarmee een versoepeling van de traditionele overheidsregels tot stand gekomen en een verantwoordingssysteem ‘waarin reëel inhoud gegeven wordt aan het adagium: boter bij de vis’:⁷⁵

- ‘Er wordt dus niet met geld gestrooid. Neen, er moet boter bij de vis. Als men kan aantonen dat men extra geld nodig heeft en dat dit extra geld ook leidt tot extra zorg, dan krijgt men dat geld. Dat is de kern van de afspraken’ (Staatssecretaris: handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4484).
- ‘Prestaties, geld en verantwoordingen worden zo nadrukkelijker dan ooit tevoren aan elkaar gekoppeld’ (Minister en staatssecretaris: kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 4).

Het actieplan maakt er melding van dat er binnen de zorgsector als geheel ‘liefst 3.500 initiatieven door de zorgkantoren (...) zijn gemeld voor het versneld wegwerken van de wachtlijsten’.⁷⁶ Kennelijk zijn de zorgkantoren naarstig begonnen met het contracteren van extra zorg:

- ‘Jaren achter elkaar kon er niets, gebeurde er niets. De AWBZ kende gedurende zestien jaar een gesloten budget en daardoor werden terechte zorgvragen niet gehonoreerd, hoe erg de nood ook was. Je zag een raar soort fatalisme. Iedereen zag de nood maar ging gewoon door, tot en met de politici. En nu ineens kan er van alles. Er is de afgelopen maanden verbijsterend veel gebeurd. Ik sta er nog steeds van te kijken, ongelooflijk. En nu zullen wij als zorgkantoor het echt gaan waar maken, wij moeten er samen met andere partijen voor gaan zorgen dat die wachtlijsten daadwerkelijk worden aangepakt’ (ZetN, juni 2000, p. 16-17).

Tegen de achtergrond van bovenstaande dynamiek pleit staatssecretaris Vliegthart van de PvdA, als kamerlid nog een van de meest vinnige tegenstanders van de marktwerking in de thuiszorg, voor ontdooiing van deze marktwerking per januari 2001. Onder de voorwaarden dat de toe te laten instellingen geen winstoogmerk hebben, eventuele commerciële activiteiten helder van hun publieke activiteiten scheiden en het gehele thuiszorgpakket leveren, al dan niet in de vorm van een samenwerkingsovereenkomst met collega-instellingen, pleit zij voor een ruimhartiger toetredingsbeleid. Hoewel het politiek-maatschappelijke debat hierover soms tot controverses leidt, maakt het de (pragmatische) tongen vergeleken met de discussie van halverwege de jaren negentig nauwelijks los. Vrijwel kamerbreed vindt men het

'logisch'⁷⁷ om particuliere bureaus weer toe te laten, gelet op de mogelijkheden die deze bureaus kunnen bieden om 'de nood te lenigen'.⁷⁸ Alleen de SP vindt dat 'met de PvdA in de regering de publieke zorg teloor is gegaan en dat nu hulptroepen moeten worden ingeroepen om de problemen die men zelf veroorzaakt heeft, weer op te lossen'.⁷⁹

Zo maken BTN en de VVD bepaald geen breekpunt van hun stille wens (enig) winststreven in de thuiszorgsector te introduceren, maar zien zij in plaats daarvan de aanstaande toetreding van particuliere aanbieders respectievelijk 'blij'⁸⁰ en 'met vreugde'⁸¹ tegemoet. Meer in het algemeen beklemtonen zij dat de bewindsvrouw, die in de voorgaande Kamerperiode 'een kruistocht tegen de particuliere thuiszorg'⁸² zou hebben ontktend 'de grootheid [heeft] gehad, over oude politieke bezwaren heen te stappen om deze nieuwe route op te gaan'.⁸³ Branchebelang Thuiszorg Nederland pleit voor maatschappelijk ondernemerschap, in de zin van 'verantwoord, zorgvuldig en transparant ondernemen',⁸⁴ en zal ten aanzien van haar (private) lidinstellingen mikken 'op een gerichte controle op hoe leden zich verder ontwikkelen als toegelaten organisatie. Dit omdat de markt geen belang heeft bij het feit, dat er een zodanige chaotische toestand ontstaat zoals een drietal jaren terug'.⁸⁵ Aan de andere zijde benadrukken de LVT en D66, die evenals de staatssecretaris in het verleden zo hun bedenkingen bij (de gevolgen van) de marktwerking hadden, de praktische voordelen van het toetredingsplan. 'Als een club als BTN bijna 42.000 uren beschikbaar heeft voor de thuiszorg, moet je die gewoon snel inzetten; gelet op de lange wachttijden zou het eeuwig zonde zijn als dat niet gebeurt',⁸⁶ aldus D66. De LVT ondersteunt het plan omdat de gestelde randvoorwaarden overeenkomen met de voorwaarden die zij enkele maanden eerder zelf in een kernnota had geformuleerd, en waarin zij – conform de tijdgeest – de zonnige in plaats van de duistere zijden van respectievelijk de economische en politieke zorglogica had geaccentueerd. Een vrijer toetredingsbeleid verschaft cliënten volgens deze nota 'keuzevrijheid in combinatie met zekerheid'.⁸⁷ Dit laatste op het vlak van overheidstoezicht op een correcte naleving van wettelijke verplichtingen, inclusief die voor de kwaliteit van de zorgverlening. Bovendien zou de voorgestelde toetreding nauw aansluiten op het publieke karakter van de thuiszorg, optimale voorwaarden voor transparantie bieden, de rechtszekerheid en gelijkberechtiging van burgers beschermen en aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid van thuiszorgaanbieders appellieren.

Pragmatisch is eveneens de opstelling van de PvdA-fractie, die enerzijds aangeeft 'absoluut niet'⁸⁸ voor marktwerking te zijn – waarmee zij ongereguleerde, commerciële marktwerking bedoelt – en anderzijds nieuwe aanbie-

ders die aan de eisen voldoen ‘wel’⁸⁹ vrij spel wil geven. Het gaat de PvdA erom ‘dat wij op dit moment een probleem hebben in de thuiszorg en de zorg voor ouderen en dan is het goed om na te gaan wat wij op dit moment beschikbaar hebben om dat probleem aan te pakken’.⁹⁰ Het waren nota bene de sociaal-democraten die met hun plan ‘Stoppen met wachten’ de aanzet tot de hernieuwde private koers hadden gegeven. Naast onorthodoxe maatregelen zoals het inrichten van speciale uitzendbureaus voor herintreders, stelt het plan namelijk een operatie van openbare aanbesteding en onderaanneming voor, als opstap naar een volledig concurrentiebeleid. Dat betekent, op de korte termijn, dat de zorgkantoren niet-erkende thuiszorginstellingen die gekwalificeerd personeel beschikbaar hebben via tussenkomst van erkende instellingen mogen contracteren, wat een prestatieprikkeling aan zowel erkende als niet-erkende instellingen geeft. In de tussentijd moeten de private instellingen proberen een erkenning voor langere tijd te krijgen, waarop onder anderen de staatssecretaris, Zorgverzekeraars Nederland en in het verlengde de zorgkantoren ‘positief’⁹¹ reageren. In april 2001 heeft al een vijftigtal private initiatieven zich aangemeld.⁹² Branchebelang Thuiszorg Nederland is ‘er stellig van overtuigd dat ± 60 procent van de wachtlijstproblematiek door private initiatieven is en zal worden opgelost’.⁹³

Het meest opvallend in deze periode is toch wel de grote mate van contentheid onder en vertrouwen tussen de participerende partijen. In het verleden vormde de neo-corporatistische beleidsstructuur een krachtig antidotum tegen structurele ingrepen en bepaalde deze ‘tot op grote hoogte de evolutionaire ontwikkeling van de gezondheidszorg’ (Van der Grinten, in: Mooij, 2002a, p. 238; vgl. Esping-Andersen, 1990; Pierson, 1994). De ondertekening van convenanten en meerjarenakkoorden tijdens Paars II vormt echter de weerslag van het besef van alle betrokken partijen, dat de problemen in de zorgsector een constructieve aanpak vereisen. Tevens tonen de partijen zich sindsdien bereid om bepaalde deelbelangen ten gunste van overkoepelende belangen terzijde te schuiven. Het lijkt al met al geen toeval dat de marktlogica en overheidslogica elkaar in het jaar 2000 vaker complementeren dan contrasteren. Het jaar 2000 is het eerste en enige jaar waarin het aantal balansfragmenten (N=32) het aantal disbalans-fragmenten (N=30) overtreft, hetgeen te meer tot de verbeelding spreekt omdat belangenorganisaties over het algemeen pas van zich laten horen op het moment dat zij onraad bespeuren. Ter vergelijking: het jaar 1996 kent één balans-fragment tegenover vijftien disbalans-fragmenten. Van paria’s tot partners – is hoe de verhouding tussen marktwerking en overheidssturing in het thuiszorgdebat vereenvoudigd kan worden gekarakteriseerd.

Een toenemend en gezamenlijk ervaren onbehagen dat het in de thuiszorg bij gelijkblijvend beleid de spuigaten uitloopt, lijkt een belangrijke oorzaak van deze omslag naar een meer pragmatische strategie. De aanzwellende berichten dat thuiszorgverleners nog maar moeilijk te motiveren zouden zijn of dat wachtlijstcliënten reeds zouden zijn overleden voordat de thuiszorg ze ook nog maar zou hebben bereikt, wakkerde mijns inziens de gezamenlijke bereidheid tot handelen aan. 'Ik vrees soms dat wij de wachtlijsten niet verder zullen zien toenemen, omdat de mensen al overleden zijn voordat zij een plek krijgen',⁹⁴ gruwelde een Eerste Kamerlid in 1998. 'Wachten tot de dood erop volgt', kopte *Vrij Nederland* op 15 januari 2000. Zoals er in de sociaal-economische sector begin jaren tachtig '15.000 werklozen per week "nodig" waren, voordat er echte bereidheid was om tot beleidswijzigingen over te gaan' (Westerlaken, 2000, p. 94),^{xvii} wakkerden de groeiende wachtlijsten in de thuiszorg, de openlijker wordende onrust en het beschadigde imago het zelfkritische vermogen van de thuiszorgpartijen aan, evenals hun bereidheid om over de grenzen van het eigenbelang heen te kijken. 'In 1999 wist niemand hoe lang de wachtlijsten waren en waarop werd gewacht', beweert de voorzitter van de wachtlijstbrigade op 21 maart 2002 in *de Volkskrant*. 'Er is een *sense of urgency* gegroeid. Ik moet er niet aan denken hoe het was gegaan zonder extra maatregelen'.

Parallel aan deze gezamenlijke problematisering van de thuiszorg ontstaat het inzicht dat een gemeenschappelijk knelpunt een gemeenschappelijke aanpak behoeft. Ook al gebeurt dat niet op stel en sprong,^{xviii} wat sommige fracties nog wel eens tot wanhoop drijft, het verschil met de regeringsperiode daarvoor is essentieel: waar de minister in antwoord op de vraag naar een visie op de langere termijn in 1996 nog constateerde dat er 'geen duidelijk politiek draagvlak [is] voor één bepaalde visie',⁹⁵ steken de actoren in de periode daarna, ondanks belangenverschillen, gezamenlijk de handen uit de mouw. Zoals de partijen in de jaren 1999 en 2000 de meerjarenafspraken in de thuiszorg effectueren,⁹⁶ deden sociale partners dat in de jaren zeventig op sociaal-economisch terrein. De verdeeldheid tussen werkgevers- en werknemersorga-

xvii Hetzelfde gaat op voor de situatie rond arbeidsongeschiktheid. Pas toen het aantal wao-ers de 1 miljoen dreigde te bereiken, lukte het daadkrachtig in te grijpen (Westerlaken, 2000, p. 94).

xviii Het besturen van de zorgsector wordt wel vergeleken met het besturen van een mammoettanker, waarbij het enige tijd duurt voordat deze op koers ligt. Zo worden de meerjarenafspraken voor het eerst aangekondigd in het regeerakkoord van 1998. In het najaar van dat jaar komen de bewindspersonen van vws met meer uitgewerkte ideeën, die na een aantal maanden van intensief overleg met het veld worden vastgelegd in het zogeheten Najaarsakkoord van november 1998. De werkzaamheden die hieruit voortvloeien monden in 1999 uit in een Voorjaarsakkoord. Als gevolg van de rechterlijke uitspraken in oktober 1999 wordt de uitwerking van dit akkoord echter versneld. In 1999 en 2000 zijn dan uiteindelijk alle belangrijke meerjarenafspraken geëffectueerd (LVT-jaarverslagen 1998; 1999; 2000; 2001).

nisaties – die tot een inconsistente en verlammeende politiek had geleid – mondde destijds uit in het akkoord van Wassenaar. Het risico van het oorspronkelijke ‘gebrek aan samenwerking bracht werkgevers en werknemers tot de conclusie dat ze het onderling eens moeten worden om enige sturing te kunnen leveren. (...) De echte kracht van het akkoord van Wassenaar is ook geweest dat werkgevers en werknemers het risico namen elkaar te vertrouwen. (...) Dit resulteerde in inhoudelijke gesprekken en de bereidheid om de langeretermijndoelstellingen met elkaar te formuleren’ (Westerlaken, 2000, p. 96) – met alle positieve gevolgen van dien. Het akkoord van Wassenaar heeft niet alleen tot dynamiek, vertrouwen en duidelijkheid geleid, maar vormde ook de bakermat voor een uitzonderlijke economische opleving en toegenomen arbeidsparticipatie (Visser en Hemerijck, 1997).

Op soortgelijke wijze lijken de meerjarenafspraken de positie van de thuiszorg te hebben verbeterd. Deze afspraken die hun krachtigste uitdrukking vinden in het boter-bij-de-visprincipe, resulteerde onder meer in opgeschoonde en op onafhankelijke indicatiestelling gebaseerde gegevens over de wachtlijsten in de AWBZ. De (enige) meting vóórdat het boter-bij-de-visprincipe in werking is getreden, met als peildatum mei 2000, leverde nog een recordaantal van 54.000 wachtenden op. Maar met die van daarna, in maart 2001, wordt er met ruim 35.000 wachtenden voor het eerst sinds het ontstaan van de wachtlijstproblematiek een betekenisvolle daling geconstateerd. Exact kan uit de cijfers worden opgemaakt dat de wachtlijsten voor zorg thuis tussen mei 2000 en maart 2001 met 35 procent zijn afgenomen, terwijl de vraag naar zorg met acht procent is toegenomen. Ondanks een hernieuwde opwaartse beweging van de wachtlijstcijfers later dat jaar, mede als gevolg van een buitengewone stijging van de zorgvraag, zet de boter-bij-de-vistrendbreuk zich voort. In november 2002 is het aantal wachtlijstcliënten tot minder dan 32.000 gedaald en een jaar later tot minder dan 20.000. Eveneens op het vlak van de arbeidsschaarste vindt er in 2000 en 2001 een zonneklare kentering plaats, hoewel minder eenduidig en minder stevig dan dat dat op het wachtlijstfront gebeurt. In lijn met bovenstaande veronderstellingen moet worden aangetekend dat een vergelijkbare ommekeer zich op het vlak van het ziekteverzuimverloop reeds één keer eerder had voorgedaan. Vanaf de implementatie van het meerjarige, veldbrede en financieel door de overheid ondersteunde BAZ-programma in 1990 (zie hoofdstuk 2), trad een jarenlange daling in het verzuim op.

Visser en Hemerijck (1997) hebben de gevolgen van Wassenaar wel als *a Dutch miracle* getypeerd. Met nog altijd 32.000 mensen die wachten op thuiszorg in 2002 is een dergelijk etiket voor de thuiszorg natuurlijk niet gepast.

Desalniettemin constateer ik dat er met de meerjarenafspraken en inpassen-de transparantie-instrumenten, en meer inhoudelijk met de ontloken synergie tussen de economische en politieke zorglogica, een heuse trendbreuk is ingezet – die eveneens door de onderzochte actoren als zodanig wordt ervaren. De columnist, waar ik dit hoofdstuk mee begon, heeft het over een ‘revolutie’.^{xix} De minister onderstreept dat de afspraken als bestuurlijk instrument ‘grote waarde’⁹⁷ hebben. De SP meent dat de thuiszorg op een ‘keerpunt’⁹⁸ staat. De PvdA beschouwt de afspraken als een ‘doorbraak’.⁹⁹ D66 spreekt van een ‘sterke aanval’.¹⁰⁰ Het CDA noemt de ‘successen’¹⁰¹ die zijn bereikt. De VVD-vertegenwoordiger deelt mee dat zij zich ‘veel kan voorstellen’¹⁰² bij de oplossingsrichtingen in het actieplan. De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) meent dat het allemaal ‘tot goede resultaten heeft geleid’.¹⁰³ Zorgverzekeraars Nederland benadrukt met betrekking tot de rechterlijke uitspraken dat ‘de mist langzaam [optrekt]’.¹⁰⁴ Branchebelang Thuiszorg Nederland ziet in benchmarking ‘voordelen’.¹⁰⁵ En ook de LVT, tot slot, is helder in haar taal:

- ‘De terugblik op het laatste jaar van de 20ste eeuw wordt voor een belangrijk deel bepaald, door de constatering, dat na jaren van ongewis overheidsbeleid – met alle ontregelingen van dien – het tweede paarse kabinet op de drempel van de 21ste eeuw een start heeft gemaakt met een nieuwe en meer consistente beleidskoers op het terrein van de thuiszorg. Deze koers wekt vertrouwen (...). Dit nieuwe overheidsbeleid is gegoten in de vorm van Meerjarenafspraken met alle betrokken landelijke partijen, waaronder de LVT’ (LVT Jaarverslag 1999, p. 3).
- ‘Het zichtbaar (kunnen) maken van de relatie tussen extra geld voor de zorg, de daarmee verbandhoudende uitbreiding van de zorgcapaciteit en het uiteindelijk effect daarvan op de wachtlijsten is van groot belang gebleken voor de sector en heeft bijgedragen aan een verbetering van het imago van de thuiszorg zowel in de maatschappij als in politieke geledingen’ (LVT Jaarverslag 2001, p. 8).
- ‘Opvallend is de enorm positieve dynamiek, die is ontstaan tijdens de intensieve samenwerking tussen alle betrokkenen bij dit onderzoek. Iedereen heeft zich tot het uiterste ingespannen’ (LVT Jaarverslag 2001, p. 9).

xix *de Volkskrant*, 18-11-2000.

CONCLUSIE

Uit het voorgaande blijkt hoezeer de relatie tussen de economische en politieke zorglogica sociaal is gestructureerd: ‘that is, problems and solutions are formed within the framework of particular narratives, ideologies and assumptions. Successful narratives are those that come to be taken for granted or viewed as “common sense”. “Common sense” does not arise naturally but is forged out of struggles to establish certain ideas as dominant’ (Newman, 2001, p. 7). Tot mei 1997 stellen alle actoren de relatie tussen de economische en politieke zorglogica voor als ‘uit balans’ of ‘contrair’. Aan de ene kant worden vanuit het perspectief van de politieke zorglogica bepaalde nadelen van de economische zorglogica en voordelen van sturing door de overheid beklemtoond – de partijen die dat doen beweren dat marktwerking zich ten principale niet of slecht tot het verlenen van thuiszorg verhoudt. Aan de andere kant wordt er vanuit het perspectief van de economische zorglogica het tegenovergestelde gedaan: de marktwerking zou effectief zijn geweest, maar door de overheid ontoereikend worden aangestuurd en geconditioneerd. Niettemin staat, vanuit beide perspectieven, de wrijving in plaats van de harmonie tussen beide zorglogica’s centraal.

Vanaf mei 1997, daarentegen, accentueren de actoren de kansen in plaats van de belemmeringen van de economische en politieke zorglogica, waardoor deze als ‘in balans’ of ‘complementair’ worden getypeerd. Ging het politiek en veld begin jaren negentig nog om de keuze voor overheid óf markt, sinds de genoemde datum gaan ze op zoek naar condities van ‘marktbaarheid’. Dat zijn voorwaarden waaronder de mogelijkheden van marktwerking (doelmatigheidsbevordering, kwaliteitsverbetering) kunnen worden aangegrepen, zonder dat de verantwoordelijkheden van de overheid (democratische toetsing, sociale rechtvaardigheid, borging van het publieke belang) worden belemmerd of uitgeschakeld. Deze zoektocht heeft geleid tot een nieuw pragmatisme, analoog aan de ‘what works’ benadering van het Britse New Labour (zie Newman, 2001). Kenmerkend voor deze benadering is de keuze voor overheid én markt enerzijds en de ontwikkeling van nieuwe beleidsinstrumenten anderzijds. Zo liet de tweede paarse regering nieuwe particuliere toetreders toe tot de thuiszorg én nam zij maatregelen om het daarvan vergezeld gaande marktfalen te beheersen. Nieuwe beleidsinstrumenten daarbij zijn benchmarking, prestatieconvenanten en de meerjarenafspraken. In samenhang daarmee besefte de overheid dat het toestaan van een meer krachtige markt een bijdrage zou kunnen leveren aan het oplossen van de thuiszorgproblemen, maar dat er óók extra collectieve middelen nodig waren. De

nieuwe beleidslijn daarbij is het boter-bij-de-visbeleid, dat in een structurele daling van de wachtlijsten resulteerde. Klaarblijkelijk bleven de thuiszorgproblemen voortbestaan zolang de actoren de principiële scheidslijnen tussen de economische en politieke zorglogica voorop stelden. Oplossingen lagen pas in het verschiet vanaf het moment dat zij het beste van deze twee werelden aaneenregen.

KEERZIJD E VAN MARKTB AARHEID

‘Iedereen heeft een huis en daarmee ook een huishouden. En dus kan iedereen huishoudelijk werk doen’,ⁱ verkondigde minister van Financiën en VVD-leider Zalm tijdens een ledenvergadering van zijn partij in 2004. Hij stelt voor bijstandsgerechtigden in te zetten als hulp in de huishouding bij mensen die daarop aanspraak maken. ‘Onzin’, meent de AbvaKabo. Huishoudelijke zorgverlening bij ouderen zou onvergelijkbaar zijn met een standaard schoonmaakklus. Volgens de AbvaKabo degradeert minister Zalm de huishoudelijke zorg tot stofzuigen en ramen lappen. ‘Huishoudelijk verzorgenden zijn een groot gedeelte van hun tijd bezig met het onderhouden van sociaal contact en het letten op de gezondheid van hun cliënten. Dat kan niet iedereen, daar is een degelijke opleiding voor nodig’.ⁱⁱ In dit hoofdstuk behandel ik opnieuw het debat over de invoering van marktwerking in de collectief gefinancierde thuiszorg. Ditmaal analyseer ik hoe politiek en veld vanuit het perspectief van de professionele zorglogica op de marktwerking hebben gereageerd en toon ik aan welke relatie er bestaat met de wachtlijst-, arbeidsschaarste-, imago- en kwaliteitsproblematiek. In de slotparagraaf komt de familiale zorglogica aan de orde.

ⁱ *De Telegraaf*, 15-05-2004.

ⁱⁱ Persbericht AbvaKabo, 16-05-2004.

VOORGESCHIEDENIS

Kenmerkend voor de thuiszorg is haar professionele grondslag. Naast en in dienst van de overheid, informele zorgverleners en – sinds kort – private marktpartijen dragen professionele beroepsbeoefenaren verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg. Zij trachten mensen met fysieke en/of geestelijke beperkingen zo deskundig, onafhankelijk en doeltreffend mogelijk te helpen (Putters, 2002). Sinds de oprichting van de eerste thuiszorgorganisaties, toen nog kruiswerk en gezinszorg geheten, streven deze beroepsbeoefenaren naar maatschappelijke erkenning en acceptatie van het taakveld dat zij tot het hunne rekenen (Jamin, 1999; Wijnen-Sponselee, 1997). Reeds in 1878 bestond er een eenjarige, theoretische en praktijkgerichte opleiding voor verpleegsters, inclusief een afsluitend examen; in 1894 zagen de eerste verenigingen voor wijkverpleging het licht. Hetzelfde geldt voor het domein van de gezinsverzorging: in 1899 verzorgde het Witte Kruis als eerste een moeder- en bakercursus; vier jaar later startte in Amsterdam de eerste opleiding voor gediplomeerde bakkers.

Hoewel verpleegkundigen en verzorgenden hun taken destijds onder supervisie van de plaatselijke arts uitvoerden, deels vanuit religieuze liefdadigheid handeldenⁱⁱⁱ en vanwege hun relatief beperkte body of knowledge het beste als semi-professionals kunnen worden aangeduid (vgl. Etzioni, 1969), is de thuiszorg van oorsprong dus een domein waar de professionele logica in zekere mate leidend is. In de praktijk geldt dat óók voor de overige drie zorglogica's, maar de professionele zorglogica is de enige logica die functioneert op basis van de relatie tussen (des)kundigen en cliënten. De doelstelling van de thuisverzorging is volgens deze logica het – op basis van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden – stimuleren, handhaven of vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten, inclusief hun gezin en de mantelzorg. Thuisverzorgers bieden compensatie en ondersteuning aan mensen, die 'niet in staat zijn om (volledig) voor zichzelf of hun huishouden te zorgen als gevolg van ouderdom, ziekte, invaliditeit, psychosociale problemen of het overlijden van een partner' (Vulto en Morée, 1996, p. 32).

In theorie kunnen – vormen van – marktwerking en concurrentie zowel een

iii Dat kennis van geloofszaken door sommigen hoog werd gewaardeerd, blijkt in 1909 uit een passage in het *Katholiek Sociaal Weekblad*: 'Al is haar hoofddoel de ziekenverpleging, m.a.w. de verzorging van het menselijk lichaam, toch mag de verzorging van de ziel door haar niet uit het oog verloren worden. Hoofdvereischte is daarom, dat slechts *brave, zedelijk-godsdienstig* opgevoede vrouwen tot dit beroep worden toegelaten' (In Wijnen-Sponselee, 1997, p. 82-83). Vanaf de Tweede Wereldoorlog waren er echter nauwelijks nog ongediplomeerde religieuzen actief, een trend die zich sinds de jaren zeventig heeft doorgezet (Jamin, 1999).

positieve als negatieve invloed hebben op de randvoorwaarden waarbinnen professionals opereren. Positieve marktwerking definieer ik als het type marktwerking dat de waarden en praktijken die verbonden zijn met de professionele zorgverlening versterkt of stimuleert. Dit type marktwerking leidt bijvoorbeeld tot variëteit en differentiatie binnen en tussen publieke instituties, hetgeen professionals stimuleert eigen keuzes te maken, eigen verantwoordelijkheden te nemen en een eigen gezicht te ontwikkelen (RMO, 2002). Tevens kan positieve marktwerking leiden tot competitie op de werkvloer ofwel publieke rivaliteit. ‘Publieke rivaliteit wakkert aan dat mensen het beste uit zichzelf halen, dat ze willen streven naar excellentie. Publieke rivaliteit lokt uitvinder- en uitblinkergedrag uit’ (RMO, 2002, p. 47). Van negatieve marktwerking, daarentegen, is sprake op het moment dat professionals de greep verliezen op het terrein dat desalniettemin als het hunne moet worden beschouwd. Dit is onder andere het geval wanneer marktwerking leidt tot een eenzijdige oriëntatie op het realiseren van efficiency of hoge productiecijfers. Het is meestal niet moeilijk om een afgesproken aantal verbalen, recepten, intakes of doorverwijzingen af te handelen, als professionele overwegingen daarbij worden genegeerd. Maar dit ‘zegt nog niet veel over de professionaliteit en/of kwaliteit van de prestatie; het streven naar realisatie van productiecijfers kan professionaliteit en kwaliteit zelfs schaden’ (De Bruijn, 2001, p. 12).

Ook de overheidsbureaucratie kan een aanvullende én belemmerende invloed uitoefenen op de professionaliteit en kwaliteit van het primaire proces. Tussen 1960 en 1974, waarin de rijkssubsidies voor het kruiswerk en de gezinsverzorging met een factor zeventig groeiden, van 7 tot 500 miljoen gulden per jaar, was op hoofdlijnen het eerste het geval (Breedveld, 2003, p. 25). Deze subsidies leverden de professionals de middelen op die hen – meer dan ooit tevoren – ondersteunden in het realiseren van hun activiteiten.^{IV} Bovendien regelde de overheid in 1963 de opleiding voor ziekenverzorgenden (Wijnen-Sponselee, 1997). Naast wijkverpleegkundige taken, die al langer wettelijke erkenning genoten, werd zodoende het verrichten van wasbeurten, het verlenen van eenvoudige verpleging, het geven van injecties, het assisteren van

IV Natuurlijk bestaat er met iedere gulden overheidssteun tegelijkertijd het gevaar dat de sector een stukje zelfstandigheid verliest. Het Provinciaal Bestuur van de Noord-Brabantse kruisverenigingen formuleerde dat in 1940 als volgt: ‘Het kruiswerk is het volk zelf en kwam eruit voort. (...) De zuiverheid van zijn karakter zou er bij inboeten, het adelsmerk van zijn aard en oorsprong zou het verliezen en zelfs de doeleinden grotendeels missen, wanneer de Overheid daarin de leiding en hegemonie zou uitoefenen. Overheidssubsidies mogen weliswaar onmisbaar zijn, zij mogen het grondbeginsel niet aantasten en het kruiswerk denatureren’ (In: Wijnen-Sponselee, 1997, p. 64). Toch bemoeide de overheid zich in de periode 1960-1974 relatief weinig met de professioneel-inhoudelijke kanten van de zorgverlening.

wijkverpleegkundigen en het uitvoeren van overige, semi-professionele taken wettelijk beschermd.

Vanaf 1976 besloot de overheid de gezinszorg echter te budgetteren (Breedveld, 2003, p. 28). In 1977 volgden er bezuinigingen. Eveneens in 1980, 1983 en in de jaren na 1985 legde de overheid de gezinszorg kortingen op. Het kruiswerk kreeg met een jaarlijkse groeiruimte van vier procent aanvankelijk meer ruimte, maar in 1987 werd ook deze voorziening gebudgetteerd (Breedveld, 2003). Bovendien dwong de overheid de thuiszorginstellingen te gaan werken met ongeschoolde krachten (Los, 1997). In 1977 introduceerde zij de alfa-hulpen, omdat deze goedkoper zijn dan de traditionele, reguliere hulpverleners (Vulto en Morée, 1996). Alfahulpen zijn niet in dienst van de thuiszorginstelling, maar van de cliënt. Daardoor bezitten zij noch een volwaardige werknemerspositie, noch een professionele status. Alfahulpen zijn niet verzekerd krachtens de Ziekenfondswet; maken geen aanspraak op de WAO, WW en Ziektewet; beschikken niet over ontslagbescherming; hebben geen recht op pensioenopbouw; ontvangen geen scholing en begeleiding; evenmin doen ze aan intercollegiale toetsing en inhoudelijke verdieping binnen de kring van vakgenoten. Aldus is er in de thuiszorg vanaf halverwege de jaren zeventig een proces van deprofessionalisering aan de gang, hetgeen van belang is voor iedereen die de gevolgen van de invoering van marktwerking in de periode daarna probeert te begrijpen (Maessen, 1989; Knijn, 1999).

ECONOMISCHE EN PROFESSIONELE ZORGLOGICA UIT EVENWICHT

Om de doelmatigheid van de thuiszorg verder te vergroten, bestaan er sinds 1987 plannen voor de introductie van marktwerking. De meeste van deze plannen zijn tot op heden niet of niet geheel uitgevoerd of op andere wijze dan oorspronkelijk beoogd, hetgeen betekent dat er in de praktijk (nog) slechts in beperkte mate sprake is van werkelijke concurrentie (Mooij, 2002b). Tegelijkertijd wijzen alle signalen erop dat de marktgerichtheid van de thuiszorg wel degelijk is toegenomen, hoe weinig ook, en dat dit in de toekomst zal voortduren (Elsinga en Van Kemenade, 1997). Ter bevordering van de bedrijfsmatigheid, bijvoorbeeld, dwong staatssecretaris Simons de traditionele organisaties voor gezinszorg en kruiswerk te fuseren: binnen zes jaar tijd daalde het aantal thuiszorgorganisaties van 300 instellingen in 1990 tot 127 instellingen in 1996 (Rogier en Huijsman, 1996). Bovendien werd ter bevordering van de keuzevrijheid van cliënten het Persoonsgebonden Budget (PGB) geïntroduceerd: het aantal budgethouders nam toe van 5.400 in 1996 tot bijna 37.000 in 2001 (zie Knijn, 2004). Om de rivaliteit tussen thuiszorgaanbieders te bevorderen, ten slotte, lieten minister Borst-Eilers en staatssecretaris Terpstra in 1994 vijftientig particuliere thuiszorgbureaus toe tot de collectief gefinancierde AWBZ – met het (toenmalige) voornemen om op termijn honderd procent van het thuiszorgbudget aan de werking van de vrije markt over te laten.^v Zodoende is er op corporatistisch niveau een quasi-markt van vijf procent ontstaan waarin zorgkantoren met de thuiszorgaanbieders onderhandelen over de hoogte van de prijzen (Breedveld, 2003).^{vi}

Hoewel de concurrentie tussen thuiszorgaanbieders, voor zover ingevoerd, een radicale breuk vormt met de centralistische wijze waarop de thuiszorg in de periode daarvóór werd geregisseerd, is de doelstelling ervan exact dezelfde: het realiseren van besparingen op de als te duur geachte thuiszorg. De achterliggende gedachte luidt daarbij dat extra investeringen in het reguliere circuit onhaalbaar en/of onnodig zijn ofwel dat de werknemers in de thuiszorg, om de bestaande problemen afdoende aan te pakken, méér moeten en kunnen presteren met dezelfde middelen. De toetreding van vijftientig, particuliere toetreders ging dan ook niet gepaard met een verhoging van het nationa-

v Sinds januari 2001 is dit aantal toegenomen.

vi Dat betekent geenszins dat daarmee ook op consumentenniveau een markt is ontstaan. Zorgconsumenten zijn in de huidige situatie immers niet op de hoogte van de op corporatistisch niveau afgesproken productprijzen. Anders dan in 'zuivere' markten, betalen burgers de reguliere 'thuiszorgproducten' immers middels verplichte premies, op voorhand en collectief. Door de afgesproken productprijzen kunnen en zullen zij zich dus niet laten leiden (vgl. Jeurissen, 2002).

le thuiszorgbudget. Integendeel: het bedrag dat de bewindslieden ervoor vrijmaakten, brachten zij recht evenredig in mindering op het gevestigde, reguliere budget. Dit zou, zo luidde de idee, de oud-reguliere instellingen prikkelen het bij hen weggehaalde geld terug te verdienen door scherpe productieafspraken te maken met de zorgkantoren. Hiermee zou de doelmatigheids-slag worden gerealiseerd, die de aanpak van de wachtlijst- arbeidsschaarste-, imago- en kwaliteitsproblemen ten goede zou kunnen komen.

VOORUITGANG DOELMATIGHEID OP INSTITUTIONEEL NIVEAU

Inderdaad is sinds de toetreding van particuliere aanbieders de doelmatigheid van de thuiszorgsector gestegen (vgl. Swagerman, 1997). De overheveling van een gedeelte van het budget naar de zorgkantoren leidde er toe dat de reguliere thuiszorg werd opengebrouwen. Kenden de instellingen in de periode van de gegarandeerde overheidsbudgetten geen financiële prikkels om het verkregen geld efficiënt te besteden, voor het eerst voelden zij zich aangespoord de bestaande contracten te behouden en eventuele, verdwenen contracten terug te winnen. Veel van de organisaties zetten het mes in de overhead. Thuiszorg Rotterdam, bijvoorbeeld, een van de grootste reguliere instellingen, halveerde het aantal directeuren van zes tot drie en verminderde het aantal ondersteunende stafleden van 40 naar 19. Op die manier hielpen zij meer cliënten met hetzelfde budget – zonder dat dit (nog) ten koste ging van de kwaliteit van de zorgverlening of van de arbeidsomstandigheden waaronder deze zorgverlening plaatsvindt. Tussen 1994 en 1998 groeide het aantal geholpen cliënten met maar liefst 22 procent, tegenover een stijging van 2 procent in de periode tussen 1990 en 1994. Dat is meer dan welke andere zorgsector dan ook (SCP, 2002, p. 280), die geen van alle met het marktexperiment waren geconfronteerd.

Wie het debat over de toetreding van particuliere aanbieders bestudeert, zal echter constateren dat deze toetreding tot een aantal negatieve neveneffecten heeft geleid. Zoals we ook zagen vanuit het perspectief van de politieke zorglogica, geven politiek en veld hierop vanuit het perspectief van de professionele zorglogica commentaar. Om precies te zijn doen zij dat in 26 procent van de geanalyseerde tekstfragmenten. De vakbeweging en, met name, de beroepsorganisaties hebben hierin ontegenzeggelijk het grootste aandeel. Zij zijn goed voor een groter gedeelte van het totaal aan economie/professie-

fragmenten dan alle overige partijen tezamen.^{vii} Hoewel dat op zichzelf niet mag verbazen – de versterking van de verzorgende en/of verpleegkundige beroepsgroep staat veelal expliciet in hun *mission statement* vermeld – is het verschil met het in het vorige hoofdstuk behandelde debat groot: daarin namen de bonden en beroepsorganisaties nog verreweg het kleinste gedeelte voor hun rekening.^{viii} Hoewel alle partijen tot op zekere hoogte vanuit het perspectief van de professionele zorglogica redeneren, zijn het dus de beroepsgroepen voor de verpleging en verzorging die dat het vaakst en het meest stellig doen:

- ‘Wijkverpleegkundigen zijn professionals (...): a) de uitoefening van het beroep vereist een bepaalde deskundigheid die in dit geval door een HBO-opleiding wordt verkregen; b) bij de uitoefening van het beroep behoort een grote mate van autonomie en c) het beroep kent specifieke normen, waarden, gedrags- en ethische regels, die als referentiekader dienen’ (Gezamenlijk beleidsplan LVW, LCVV en AVVV, mei 2000).
- ‘STING is van mening dat het werk van de gezinsverzorging/thuiszorg professioneel werk is. Het vereist scholing, die leidt tot een op de functie afgestemde vakbekwaamheid en een beroepshouding’ (Verslag STING van overleg met de minister en staatssecretaris, 30-01-1995, p. 3-4).

Om dit perspectief goed te kunnen begrijpen is het noodzakelijk te weten dat er, reeds voordat de particuliere aanbieders hun intrede in de thuiszorg deden, signalen bestonden dat op *uitvoerend* niveau de grenzen van de doelmatigheid waren bereikt (Jamin, 1999). Niet alleen was als gevolg van het substitutiebeleid de gemiddelde zorgzwaarte van de cliënten in de thuiszorg gestegen, zonder dat de deskundigheidsgraad van de medewerkers daaraan was aangepast, maar ook was het aantal cliënten gegroeid, die in steeds minder uren moesten worden geholpen dan voorheen. Tevens vond er functiedifferentiatie op de werkvloer plaats, hetgeen een breuk betekende met de idee van de *allround* verzorger. Met deze opdeling in functieniveaus is de kern van de gezinszorg, in de betekenis van integraal zorgdragen voor een heel huishouden, verdwenen. ‘Zowel wijkverpleegkundigen als gezinsverzorgenden worden meer en meer beheerst door de concrete taken en producten die ze leveren, waardoor hun werkwijzen meer overeenkomst vertonen met

vii Het percentuele aandeel van de vakbonden en beroepsorganisaties is 62 procent. De nationale politiek, werkgeverskoepels, cliëntenorganisaties en verzekeraars zijn goed voor respectievelijk 18, 15, 4 en 1 procent.

viii Namelijk 6 procent. De werkgeverskoepels, nationale politiek, cliëntenorganisaties en verzekeraars scoren respectievelijk 33, 28, 18 en 15 procent.

Tayloristische systemen' (Boeije e.a., 1997, p. 210). Ook dit heeft bijgedragen aan een meer efficiënte inzet van het thuiszorgpersoneel.

De situatie op de werkvloer was begin jaren negentig dusdanig dat ter verbetering ervan belangenorganisaties voor de verpleging en verzorging werden opgericht. Zoals gezegd in hoofdstuk 2, leidde een kleine oproep van een verpleegkundige in *de Volkskrant* niet alleen tot de meest massaal bezochte CAO-demonstratie die ooit gehouden is, maar ook tot de oprichting van de actiegroep Verpleegkundigen In Opstand. In 1991 ging deze op in de beroepsvereniging voor de verpleging NU'91. Ter verbetering van de werkomstandigheden van de verzorgenden werd de beroepsvereniging STING opgericht. 'Kostenbeheersing, kostenbeheersing, kostenbeheersing. Jullie moeten het goedkoper doen, goedkoper, nog goedkoper! (...) Overheid, werkgevers en financiers behandelen jullie, werkneemsters in de thuiszorg, nog steeds niet als volwaardige beroepskrachten', luidde een van de strijdkreten bij haar oprichting.¹ Al in haar eerste nieuwsbrief pleitte zij voor onderzoek naar de oorzaken van werkdruk;² al tijdens haar eerste Algemene Ledenvergadering koos zij voor verlaging van de werkdruk als eerste prioriteit³ en op de Dag van de Thuiszorg in 1993 verspreidde zij 10.000 briefkaarten waarop de beroepsbeoefenaren aan het management konden aangeven 'dat de werkdruk te hoog is'.⁴

Hoewel professionals er een zeker belang bij (kunnen) hebben de situatie op de werkvloer te dramatiseren – professionals zijn méér dan enkel deskundigen; ze vormen ook belangenpartijen, die behoefte hebben aan status, aan zekerheid, aan inkomen en aan macht (Van der Krogt, 1981) – bevestigt sociaal-wetenschappelijk onderzoek dat de professionele autonomie van de thuisverzorgers gedurende de jaren tachtig is afgenomen (zie o.a. Los, 1997; Elferink, 1999).^{ix} De professionele zorglogica verloor duidelijk terrein aan de overheidslogica, een trend die zich overigens in de gehele publieke sector voordeed (vgl. Duyvendak, 1999). Of dit terreinverlies aanvaardbaar is, valt lastig in algemene termen te beantwoorden, maar het is een feit dat veel beroepsbeoefenaren sindsdien het gevoel hebben onvoldoende tegemoet te kunnen komen aan de eisen die het vak aan hen stelt (Tonkens, 2003). Niet alle thuiszorgverleners voelen zich nog voldoende aangesproken op wat zij zouden kunnen en willen doen, hetgeen heeft bijgedragen aan de vermindering van de aantrekkelijkheid van het vak (Los, 1997, p. 723). Dat dat een zware tol eist, kan met enige terughoudendheid worden opgemaakt uit het

ix Zo richtten de meeste protestmanifestaties zich tijdens de afgelopen twee decennia op een verhoging van het loon. In tegenstelling tot de in *common sense* verankerde opvatting, blijkt echter dat de salarisontwikkeling in de (thuis)zorgsector de afgelopen vijftien jaar niet is achtergebleven bij die in de rest van Nederland (Van der Windt e.a., 2002).

gegeven dat tussen 1979 en 1989 het percentage ziekteverzuim bij het uitvoerend personeel nooit lager lag dan 10 procent (Veerman, 1989).^x ‘Vrouwen die werken in de gezinsverzorging’, aldus STING een jaar vóór de toetreding van particuliere organisaties, ‘raken te zwaar belast door de bezuinigingsdruk die de laatste jaren op de thuiszorg wordt uitgeoefend. (...) Zij [kunnen] niet meer voor de kwaliteit van de zorg instaan als hiervoor niet snel meer geld wordt vrijgemaakt’:⁵

- ‘Het aantal cliënten is de laatste tien jaar met de helft gestegen (eerst waren het er 200.000 nu al ruim 300.000). En door de overheveling van tweede lijnszorg naar de thuiszorg, worden de hulpvragen ook snel zwaarder. (...) De grens in de werkdruk is bereikt’ (Oprichtingssymposium STING, 12-03-1992, p. 2).
- ‘De beroepsvereniging dringt erop aan dat er voldoende financiële en andere middelen beschikbaar komen om het werk tot een volwaardig beroep en tot volwaardige arbeid te kunnen ontwikkelen’ (Oprichtingssymposium STING, 12-03-1992, p. 4).

De introductie van particuliere bureaus doet er echter een schepje op. Particuliere bureaus zijn in de praktijk kleine instellingen, die veelal werken met verpleegkundigen en verzorgenden op oproepbasis. In tegenstelling tot de reguliere thuiszorgorganisaties hebben ze weinig overheadkosten, hetgeen betekent dat zij relatief goedkoop kunnen opereren. Door op flexibele wijze oproepkrachten, Melkertbanen en alfahulpen in te zetten, werken ze vraaggericht en bedrijfsmatig, maar in de dagelijkse praktijk houdt dat in dat de beroepsbeoefenaren nu eens twintig of dertig arbeidsuren per week werken, dan weer acht uren of helemaal niet worden ingehuurd. ‘Dat dit voor de bureaus zelf financieel gunstig is, spreekt voor zich. Dat dit voor de beroepsbeoefenaren in de thuiszorg veel onrust met zich meebrengt, laat zich raden’, aldus de beroepsorganisatie voor de verpleging NU’91.⁶ Belangrijker is echter, dat ook de *reguliere* instellingen zich op hun marktpositie zijn gaan beraden. Vanwege de concurrentie van de particuliere bureaus zagen zij hun monopoliepositie bedreigd. Dit werd versterkt door het voorkomen van de overheid de marktlogica op de middellange termijn voor honderd procent in te voeren.

In 1995 verdedigt de reguliere branche-organisatie LVT een vrijwel volledig marktgerichte koers.⁷ In haar zogeheten Scenario-nota, bijvoorbeeld, bepleit

x Mede als gevolg van extra overheidsinvesteringen in de werkomstandigheden van de beroepsgroep, daalde dit percentage in de vier jaren daarna tot 7,6 procent in 1994 (zie verder hoofdstuk 2).

zij (tevergeefs) een CAO, waarin enkel nog de primaire arbeidsvoorwaarden worden vastgelegd. De onderhandelingen over secundaire arbeidsvoorwaarden als scholingsmogelijkheden, kinderopvangregelingen en reiskostenvergoedingen zouden aan de lokale ondernemingsraden en instellingsdirecties, dat wil zeggen aan de vrije (arbeids)markt, moeten worden overgelaten. In samenhang daarmee richten reguliere thuiszorginstellingen particuliere poten op om de concurrentie het hoofd te bieden (Putters, 2002). Van de 37,5 miljoen gulden die voor de toelating van nieuwe organisaties bestemd waren, snoepen de reguliere instellingen zodoende 15 miljoen gulden af. Een van de meest controversiële initiatieven is de oprichting van de ZorgManagementGroep (ZMG), een thuiszorgbedrijf dat zich ten doel stelde in het gehele land zorg te bieden. De voorzitter van de LVT is een van de initiatiefnemers (Swagerman, 1997, p. 86).

Wat bovenstaande marktontwikkelingen gemeen hebben, is hun uitwerking op het uitvoerende domein.^{x1} De reguliere thuiszorgorganisaties voelen zich genoodzaakt te snoeien in de voor hen grootste kostenpost, de personele kosten. Maar liefst 84 procent van de totale 'productie' in de thuiszorg staat als personeelskosten geboekt. Bij de stichting Kruiswerk Peelland ruimen 52 verpleegkundigen het veld.⁸ Een instelling in Gelderland heeft 660 werknemers op de nominatie staan om naar de (goedkope) alfhulpverlening te worden overgezet.⁹ Thuiszorg Haarlem brengt de huishoudelijke zorgverlening onder in een zogeheten huishoudservice-divisie, met uitsluitend alfhulpen.¹⁰ Uit het ontbreken van een *level playing field* vloeit bovendien voort dat meer dan de helft van de particuliere bureaus zich onttrekt aan de Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO).^{xii} In tegenstelling tot de reguliere bureaus houden de particuliere bureaus zich niet aan de algemeen geldende salariering, regels voor pensioenopbouw en secundaire arbeidsvoorwaarden; slechts de helft van de particuliere organisaties werkt met een kwaliteitsplan; minder dan de helft heeft überhaupt een kwaliteitsbeleid ontwikkeld; tijd en geld voor bijscholing, werkoverleg en het opstellen van zorgplannen zijn verdwenen of staan onder druk.¹¹

Verdringing van professionele arbeid is het gevolg. Verpleegkundige taken worden overgeheveld naar gezinsverzorgenden en gezinsverzorgende taken naar ongediplomeerde alfhulpen.¹² Het afgelopen decennium is het aantal

x1 De 10.000 handtekeningen van de beroepsvereniging voor de verzorging STING, naar aanleiding van de Scenario-nota van de LVT, zijn in dat verband tekenend.

xii Aan de andere kant zijn de gevestigde organisaties sinds jaar en dag ingebed in de bestaande zorginfrastructuur. Dit verschaft hun financiële en materiële voordelen, waarover de nieuwe toetreders (nog) niet beschikken. Ook dit leidt tot oneerlijke concurrentie tussen particuliere en reguliere thuiszorgorganisaties (Putters, 2002).

alfahulpen met gemiddeld 1,3 procent per jaar gestegen, maar tijdens de periode van particuliere toetreding, in 1995, 1996 en 1997, lag deze groei op respectievelijk 6,5, 10,4 en 5,8 procent (CBS/LVT, 2004). Volgens een inventarisatie van de LVT, die haar marktgerichte koers onder druk van haar leden had bijgesteld, geeft bijna zestig procent van de thuiszorginstellingen aan dat zij – bij doorzetten van de marktwerking – een verdere verslechtering van de werkgelegenheid en afkalving van de professionele status van de uitvoerende krachten verwachten.¹³ Het zou landelijk gaan om 13.539 concrete, parttime banen ofwel om 5.503 fulltime functies. Naar verwachting van de werkgeverskoepel zal op enige termijn eenderde deel hiervan elders in het land bij reguliere of particuliere instellingen terugkeren, maar tweederde verdwijnt ‘in het geheel of keert terug op kwalitatief slechtere arbeidsvoorwaarden buiten de CAO-thuiszorg om’.¹⁴

Ontegengelijk ervaren de beroepsgroepen voor de verzorging en verpleging de overheidsplannen tot liberalisering als een bedreiging van hun autonomie. Deze wordt in afnemende mate aangesproken. Waren zij bij het overheidsbeleid überhaupt al nooit officieel betrokken, op managementniveau is in veel zorginstellingen de verpleegkundig directeur, de verpleegkundige dienst en het verpleegkundig stafbureau inmiddels verdwenen. ‘Ook de verpleegkundig hoofden van tegenwoordig sturen dikwijls meer vanuit een beheersmatige optiek dan vanuit een zorginhoudelijk perspectief’.¹⁵

Bedreiging autonomie

- ‘Het gebrek aan autonomie van verpleegkundigen en verzorgenden kan niet los worden gezien van de wijze waarop binnen zorgorganisaties het zorgproces is gestructureerd. Niet de motivatie en de taakopvatting van verpleegkundigen en verzorgenden vormen het uitgangspunt voor de inrichting van het zorgproces, maar bedrijfskundige normen die zich baseren op productiviteit en efficiency. Aan dit gemechaniseerde proces is de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden ondergeschikt, hetgeen leidt tot een verlies aan betrokkenheid en motivatie onder verpleegkundigen en verzorgenden’ (Standpuntbepaling AVVV, september 2000, p. 2).
- ‘NU’91 pleit voor aanvullende maatregelen die moeten leiden tot versterking van de professionele autonomie van de verpleegkundige beroepsgroep (...) en versterking van de positie van verpleegkundigen in het management van instellingen’ (Ledenblad NU’91, september 1998, p. 7).

Volgens de voorstanders van de professionele zorglogica ervaren de beroepsbeoefenaren het overheids- en managementbeleid als 'vervreemdend en buiten hen om gaand'.¹⁶ De herkenbaarheid van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep zou hierdoor zijn afgenomen, 'waardoor de identificatie van verpleegkundigen en verzorgenden met hun beroepsidentiteit verdwijnt'.¹⁷ Alleen al daarom zouden de verplegenden en verzorgenden, volgens bijvoorbeeld de AVVV, sterker vertegenwoordigd moeten zijn in de beleidsontwikkeling en het management. Daarnaast dient er weer meer erkenning te komen van het belang van hun deskundigheden. Om dezelfde reden pleit de beroepskoepel voor de verzorging STING al sinds haar oprichting voor opname van niveau 1 in het landelijke opleidingsstelsel. Van de laagste, verzorgende functies heeft namelijk 77 procent van de werknemers geen beroepskwalificatie (zie ook Vulto en Morée, 1996). In de CAO-thuiszorg zijn voor de functies A tot en met E geen scholingseisen geformuleerd, 'alsof het niet-noemenswaardig huishoudelijk werk is bij bejaarden en hulpbehoevende mensen, waarvoor geen enkele deskundigheid of ervaring is vereist'.¹⁸

Onvrede over scholing

- 'Ongeschoolde beroepsbeoefenaren moeten door middel van bij- en nascholing een landelijk erkend certificaat kunnen behalen' (Standpuntbepaling CFO, 19-05-1995).
- 'NU'91 benadrukt (...) graag dat scholing in de sector noodzaak is. Elke patiënt verdient een deskundige beroepsbeoefenaar' (Ledenblad, september 1998).

Ondanks dat de doelmatigheid van de thuiszorgsector sinds de toetreding van particuliere aanbieders is gestegen, heeft dit niet geleid tot een vermindering van de problemen. Zoals beoogd vond er aanvankelijk weliswaar een (lichte) daling van de wachtlijsten plaats, maar deze ging, zoals ik in de nu volgende subparagraaf zal duiden, gepaard met een toenemende werkdruk, stijgende personeelstekorten en een groei van het aantal ziekmeldingen van de uitvoerende thuiszorgkrachten. Mede daarom was het 'succes' van de wachtlijstendalingen van korte duur: in 1998 stonden er 23.000 mensen op de lijst, hetgeen meer dan het dubbele was van het aantal wachtenden in 1996; in 2000 was dit aantal opnieuw ruim verdubbeld, nu tot het recordaantal van 54.258 mensen.

ACHTERUITGANG DOELTREFFENDHEID OP DE WERKVLOER

Het meest heftige tegengeluid tegen de introductie van marktpartijen in de thuiszorg, betreft de effecten ervan op de concrete, alledaagse ondersteuning van verzorgenden en verpleegkundigen aan hun cliënten en meer in het algemeen, op de erkenning die de thuiszorgprofessionals ontvangen.^{xiii} Met name roeren de voorstanders van de professionele invalshoek de trommel over de relatie tussen het gebrek aan ruimte voor interactie tussen zorgverleners en cliënten enerzijds en het kwaliteits- en arbeidsmarktvraagstuk anderzijds. Impliciet verwijzen zij telkens naar het gegeven dat doelmatigheidsdoelstellingen, of deze nu via de markt of overheid worden bereikt, gestoeld zijn op een visie op de thuiszorg als een kostenpost. Het ‘probleem thuiszorg’ wordt zodoende benaderd als een capaciteitskwestie, die eerst en vooral financiële oplossingen kent – beheerst en begrenst door de economische en/of politieke logica (vgl. Clarke en Newman, 1997). De voorstanders van de professionele invalshoek redeneren echter in termen van de professionele logica, op grond waarvan de thuiszorg als een behoeftevraagstuk wordt beschouwd. Thuisverzorgers en thuisverpleegkundigen zouden zich niet primair dienen te voegen naar de ruimte op de begroting, afspraken over de collectieve lastendruk of regels met betrekking tot de staatsschuld, maar naar de gelegitimeerde zorgvraag van mensen met een fysiek ongemak en/of een geestelijke beperking. De zorg volgt volgens deze logica niet het geld, maar het geld de zorg, hetgeen een investering in de ‘goede’ samenleving en solidariteit met zorgafhankelijke mensen vergt.

Ik schetste reeds hoe de marktwerking tornt aan de werkomstandigheden waaronder de beroepsbeoefenaren opereren. De verdringing van arbeid, waarbij op grote schaal functies worden vervangen door ongeschoolde beroepskrachten, leidt tot functies met een onbeduidend carrièreperspectief. ‘Zij worden nu geconfronteerd met het toekomstperspectief van een tweederangsbaan, zonder scholing en werkbegeleiding en verlies van de mogelijkheid tot economische zelfstandigheid’.¹⁹ Thuishulpen die – bij wijze van tegemoetkoming – hetzelfde werk mogen doen als voorheen, maar dan als alfa-hulp of uitzendkracht, hebben te maken met afbrokkelende primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden. Een dergelijke positieverslechtering leidt

xiii Klomk in het vorige hoofdstuk het geluid van de politieke zorglogica hoofdzakelijk op het institutionele niveau – om precies te zijn in 67 procent van het aantal politieke zorglogica-fragmenten; daarnaast heeft 31 procent betrekking op ideologisch niveau en 2 procent op werkvloerniveau –, het commentaar vanuit de professionele zorglogica heeft vooral betrekking op de ontwikkelingen in het primaire proces: namelijk in 50 procent van het aantal professionele zorglogica-fragmenten; daarnaast vindt 28 procent plaats op ideologisch en 22 procent op institutioneel niveau.

volgens de pleitbezorgers van de professionele zorglogica tot tegenovergestelde effecten voor de beroepsgroep.

- 'Het lijkt erop alsof er in [het beleid van de minister, sv] geen plaats meer is voor de inhoud van de zorg. (...) Een groep medewerkers, behorende tot de laagst betaalde categorie, wordt hiervan de dupe. Vindt u werkelijk dat zij voor die economische principes moeten worden opgeofferd?' (Brief lidinstelling LVT aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 20-02-1996, p. 1-2).
- 'Het mag u [=de minister, sv] duidelijk zijn dat we met name bezorgd zijn voor de medewerkers in de huishoudelijke dienstverlening. (...) Wij verzoeken u om u tot het uiterste in te spannen deze medewerkers te erkennen in hun beroep, ons te erkennen in ons werkgeverschap en u niet te beperken tot een blinde erkenning van het marktmechanisme. Hiermee dient u het belang van onze huidige en toekomstige cliënten' (Brief lidinstelling LVT aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 20-02-1996, p. 5-6).

Als een direct gevolg van de gestegen productiviteitsnormen, om de capaciteitsproblemen het hoofd te bieden, zien de pleitbezorgers van het professionele standpunt de kwaliteit van de thuiszorgverlening dalen. Met lede ogen constateren zij dat de introductie van de nieuwe zakelijkheid in de praktijk beperkt blijft tot het vergroten van de *doelmatigheid*. 'Niet de kwaliteit en inhoud van de zorgverlening staat voorop, maar de productie',²⁰ aldus de Nieuwe Unie '91. 'NU'91 protesteert tegen de verschuiving van taken, waardoor de kwaliteit van zorg in het geding is'.²¹ Ook de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) meent dat uit de ervaringen met marktwerking in de thuiszorg is gebleken, dat er primair naar prijs en volume wordt gekeken. 'Introductie van concurrentie leidt ertoe dat veelal niet de beste, maar de goedkoopste thuiszorg geboden wordt. Dit gaat ten koste van preventieve activiteiten, handhaving van specifieke expertise, ondersteuning van de mantelzorg en ten koste van de kwaliteit in algemene zin'²² – aldus de werkgeverkoepel. 'De druk tot verlaging van de kostprijs van zorg maakt dat de grens voor wat kwalitatief goede zorgverlening is, steeds meer naar onderen verschuift',²³ confirmeert STING.

Hoewel bovengenoemde partijen het belang van een doelmatige zorgverlening inzien, benadrukken zij dat de zorgverleners 'al meer dan het maximale [hebben] bereikt als het gaat om efficiënt werken'.²⁴ De Nieuwe Unie '91 spreekt van een 'trieste zaak voor onder andere de verpleegkundige beroepsgroep, die nog volop bezig is zich te professionaliseren'.²⁵ Een lidinstelling van de LVT heeft 'sterk de indruk dat het voorzieningenniveau van de thuis-

zorg, zoals dat in jaren en jaren zorgvuldig is opgebouwd, door het beleid in sneltreinvaart wordt afgebouwd',²⁶ al sluit zij niet uit dat enkele marginaal werkende nieuwe aanbieders enige dynamiek en flexibiliteit in het thuiszorgaanbod teweeg zouden kunnen brengen.

- 'STING steunt uiteraard het streven naar een zo groot mogelijke effectiviteit en doelmatigheid in de zorg. Echter: met nog meer korten op de voorwaarden voor de zorgverleensters zal juist het tegenovergestelde bereikt worden. Voor effectieve en doelmatige zorg zijn hun motivatie, deskundigheid en inzet doorslaggevend' (Brief STING aan de LVT, 10-05-1995, p. 1).
- 'Toegegeven, enkele marginaal werkende nieuwe aanbieders kunnen als horzels (...) meer dynamiek teweegbrengen. Gaat het echter om veel horzels van meer dan marginale omvang, dan leidt dit enerzijds tot versnippering en ontvlechting van de zorg en anderzijds tot een verschuiving van energie en aandacht van inhoudelijke zorgvernieuwing en -verbetering naar marktpositie en concurrentiebewegingen' (Brief lidinstelling LVT aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 20-02-1996, p. 3).

Waar de marktprotagonisten vanuit het perspectief van de economische zorglogica beweren dat de reguliere thuiszorgaanbieders sinds de marktwerking – meer dan voorheen – aan klantenbinding doen, zich inleven in het cliëntenperspectief en zich laten leiden door de specifieke wensen van de individuele zorgconsument, benadrukken de professie-georiënteerden het omgekeerde. De marktwerking heeft volgens hen de poten onder de vraaggerichtheid van de thuiszorg weggezaagd: ouderen, psychiatrische patiënten, mensen met suikerziekte et cetera krijgen minder of minder goede zorg dan waarop zij volgens de richtlijnen recht hebben, terwijl een intensivering van de zorgverlening vanwege de toegenomen zorgzwaarte van deze cliënten logischer was geweest. De ligduur in ziekenhuizen is in de afgelopen vijftientig jaar gehalveerd van 14,1 dagen in 1978 tot 7,5 dagen in 2003, met een forse groei van het aantal complexe thuiszorgaanvragen tot gevolg (Vissers en Gevers, 2004; Campen en Helsing-Wagner, 2003). Vanwege de dubbele vergrijzing zal de zorgzwaarte van mensen met geestelijke beperkingen of fysieke ongemakken de komende decennia verder toenemen (SCP, 1999; STG, 1985). Voor 'het creëren van kwalitatief betere, humanere en vraaggerichte zorg, is het daarom van belang de zorgverlenenden in de thuiszorg beter toe te rusten en hen meer in handen te geven om de kwaliteit van de zorg zelf positief te beïnvloeden', aldus bijvoorbeeld STING.²⁷ Uit een gezamenlijk onderzoek van het NIVEL en het NZI blijkt eveneens dat de 'toename van de efficiëntie (...) ten koste gaat van de kwaliteit'.²⁸

Kwaliteitsgebreken

- 'Een van de grootste problemen van de zorgsector is dat de kwaliteit van zorg dramatisch achteruit gaat door gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel. NU'91 stelt daarom de volgende twee prioriteiten: verbetering van de loonpositie (status) van het beroep van verpleegkundige en verzorgende en verbetering van de professionele autonomie van de verpleegkundige en verzorgende' (Nota, januari 2001, p. 2).
- 'STING streeft naar erkenning van de huishoudelijke zorg als een essentieel onderdeel van de professionele thuiszorg. STING bepleit professionele voorwaarden voor ook dit deel van het werk, in verband met de noodzakelijke kwaliteit van zorg' (STING, werkplan 1996).
- 'De kwaliteit van de gezondheidszorg wordt bepaald door de kwaliteit van de professionals. Wanneer de professionals niet goed onderhouden worden, dan loopt op den duur de gezondheidszorg vast' (Ledenmagazine NU'91, augustus 2000).

Saillant – en voor de voorstanders van de professionele zorglogica cruciaal – is dat de marktwerking, vanwege de productie-georiënteerde wijze waarop die werd ingevoerd, schade toebrengt aan de kurk waarop de gezondheidszorg drijft: gemotiveerde, professionele zorgverleners. Preciezer geformuleerd: de dominantie van efficiency, financiële taakstellingen, kostenbeheersing en 'productie draaien' – zoals de overheid die via de introductie van marktprikkels creëerde –, doet afbreuk aan de motivatie en het werkplezier van de uitvoerders van de zorg. Op institutioneel niveau mogen de prestaties per productie-eenheid dan zijn gestegen, maar op de werkvloer werkt dit vervreemding en dissatisfactie in de hand. Er is relatief meer bereikt met de beschikbare middelen en de efficiency is vergroot, maar de inhoud van de zorgverlening staat volgens de uitvoerende krachten niet langer voorop en 'zij kunnen hun cliënten niet meer die zorg en aandacht geven die nodig is'.²⁹ De marktwerking tornt daardoor aan wat volgens hen de kern van de thuiszorgverlening had moeten zijn: 'de concrete ondersteuning van mensen in hun dagelijks leven, afgestemd op hun specifieke behoeften en ruimte voor interactie tussen zorgverlener en cliënt. Dé motivatie om in de zorg te werken'.³⁰

- 'Als verpleegkundige heb ik van dichtbij de opmars mogen aanschouwen van topmanagers in de thuiszorg die zelf ooit nog geitenwollen sokken droegen en vervuld van idealisme riepen dat ouderen, zieken en kwetsbaren zonder meer kunnen rekenen op goede zorg, tijd en aandacht. Zij die destijds riepen dat de zorgsector zich niet laat vergelijken met het bedrijfsleven waar prestaties wor-

den afgemeten aan de omvang van productie, laten zich anno 1998 gelden als rekenmeesters voor wie zorgverlening zich in minuten laten vangen' (In: ledenmagazine NU'91, februari 1998, p. 5).

Hoofdpunt voor de pleitbezorgers van het professionele standpunt is dat de overheid onvoldoende erkent dat geïndiceerde zorg, dus ook geïndiceerde huishoudelijke zorg, een vak is, voor de uitoefening waarvan meer dan enkel technische vaardigheden zijn vereist. Hoewel gezonde mensen, zoals minister Zalm in het openingscitaat van dit hoofdstuk aangeeft, inderdaad in principe een huishouden kunnen voeren, verlenen thuiszorgkrachten integrale basiszorg, binnen de persoonlijke levenssfeer van cliënten met uiteenlopende ziektebeelden en culturele achtergronden. Thuisverzorgers weten, indien zij daartoe althans voldoende toegerust worden, om te gaan met lastige cliënten, emoties, veranderende zorgbehoeftes, institutionele kwesties et cetera. Daartoe beschikken zij over allerhande sociale, communicatieve, organisatorische en niet in de laatste plaats zorginhoudelijke vaardigheden. Zelfs '[h]uishoudelijke zorg', aldus STING, 'is een onlosmakelijk en essentieel onderdeel van de professionele thuiszorg, moet dat ook uitdrukkelijk blijven en moet uitgevoerd worden door geschoolde mensen, die in staat zijn zorgvuldig met vele uiteenlopende cliënten om te gaan'.³¹ De plannen van de overheid staan hier haaks op en ondermijnen het jarenlange streven om het volledige werk van de (huishoudelijke) gezinsverzorging als beroep te profileren en erkend te krijgen – met de genoemde arbeidsontevredenheid en demotivatie van de medewerkers tot gevolg.

- 'Ik word ingeschaald als thuishulp A. Ik werk echter bij een dementerende cliënt. Je kunt niet zeggen dat ik enkel huishoudelijk werk doe. Ik stimuleer de cliënt bij het eten, let op of de medicijnen niet vergeten worden en of ze zich wel wast. Regelmatig overleg ik met de familie, zij moeten ook hun verhaal kwijt' (In: brief STING aan de overlegcommissie van het OAT, 18-03-1994).

Welnu, uit de arbeidsmarktliteratuur, *industrial sociology*, Human Resource- en overige managementstudies blijkt dat de arbeidsschaarste, over het hardnekkig voortbestaan waarvan ik me in hoofdstuk 2 verbaasde, vooral uit bovenstaande ontwikkelingen begrepen dient te worden. De beroepsinhoud en arbeidsomstandigheden beïnvloeden namelijk de fysieke en mentale gesteldheid van werknemers, hetgeen zijn weerslag vindt in bijvoorbeeld het percentage ziekteverzuim (STG, 1991; vgl. WRR, 1981). Reeds op grond van de befaamde *Hawthorne-studies* wijzen Mayo (1946), Homans (1951) en andere bedrijfs-

sociologische onderzoekers op het belang van aandacht voor en erkenning van de uitvoerende krachten. Deze factoren beïnvloeden het arbeidsmoreel en, langs die weg, de productie. In samenhang daarmee constateert Fox (1974) dat radicaal doorgevoerde arbeidsdelingen en standaardisering de inhoud van de arbeid 'ontzielen', hetgeen negatief uitwerkt op de arbeids-satisfactie, werkbereidheid en productiviteit van de werknemers (zie ook Pollitt, 1993). In het uiterste geval leidt dit tot schending van het gevoel van eigenwaarde van de werknemers, vervreemding, machteloosheid en geïnstitutionaliseerd wantrouwen, met als nasleep uitval van arbeidskrachten. 'Allerlei aanbevelingen rond ziekteverzuim', zo postuleerde een arbeidssocioloog op een werkconferentie van de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging in 1989, 'hebben direct of indirect te maken met professionalisering. Het kan dan gaan om zaken als deskundigheidsbevordering, goede begeleiding in de beginperiode, invoering van een basisdiploma, maar ook om stimulering van intercollegiaal contact, het nastreven van een minimale contractomvang, het invoeren van herkenbare beroepssymbolen'.³²

Sinds de toetreding van particuliere aanbieders in 1994 raakte niet alleen de eigenheid van veel professioneel werk zoek, maar groeide ook het aantal ziekmeldingen. Het percentage ziekteverzuim steeg van 7,6 procent in 1994 tot 10,4 procent in 1999, hetgeen de ongekend forse personeelstekorten van eind jaren negentig waarschijnlijk mede bepaalde. De beroepskoepel STING constateert dat de opsplitsing van thuiszorgtaken, controle op de productiviteit en gestandaardiseerde kwartiertjeshulp, die sinds de marktwerking een hoge vlucht namen, een kloof tussen de uitvoerende krachten en het management hebben teweeggebracht: 'in functieomschrijvingen en functiewaardering wordt het werk vaak gereduceerd tot "technische diensten". De zorgverleeners ervaren dat *alsof "de ziel" uit de zorg wordt gehaald* [cursief, sv].³³ Exemplarisch is de STING-enquête onder 405 beroepsbeoefenaren, waaruit duidelijk wordt dat taakgerichtheid allengs het mensgerichte werken heeft overvleugeld. De helft van de zorgkrachten is daardoor van mening dat zij niet de zorg kan geven, die zij nodig acht.³⁴ 'Motivatieverlies en burn-out dienen vooral van daaruit begrepen te worden',³⁵ aldus STING. Ook de beroepsorganisatie AVVV meent dat 'de productiviteit van medewerkers toeneemt naarmate zij meer autonomie bezitten, omdat de arbeidsmotivatie stijgt, terwijl het ziekteverzuim en het burnout-gevoel afnemen'.³⁶

Arbeidsschaarste: werkdruk, ziekteverzuim, personeelstekorten

- 'De laatste tien jaar is er volstrekt onvoldoende geïnvesteerd in opleiding en in het creëren van volwaardige banen met verantwoordelijkheid en zeggenschap.

Dit heeft geleid tot een hoog ziekteverzuim, demotivatie en een hoog verloop. Het hapsnap inzetten van mensen in de zorg – zoals mantelzorgers – zonder toekomstgericht beleid, is water naar de zee dragen' (Persbericht STING, 11-11-1999).

- 'De autonomie van de uitvoerende verpleegkundige en verzorgende dient verbeterd te worden. Gebrek aan zelfregulering (gevoel van onmacht) is een van de grootste veroorzakers van werkdruk. Een manier om de autonomie te bevorderen, is het instellen van een objectief en controleerbaar systeem van kwaliteitsbeheersing, werklastbeheersing en zelfregulering in de instelling. (...) De uitvoerende beroepsbeoefenaren stellen de normen op voor de kwaliteit van zorg' (Nota NU'91, januari 2001, p. 3).
- 'Zonder adequate opleiding is het werk niet aantrekkelijk genoeg, goed opleiden is een van de eerste middelen voor bestrijding van onevenredig hoog ziekteverzuim en voor imago-verbetering' (Brief STING aan de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 14-05-1999, p. 3).

Of de economische productiviteit van de thuiszorgkrachten groeit, naarmate de ruimte voor zelfregulering van deze krachten toeneemt, valt echter te betwijfelen. De pleitbezorgers van het professionele perspectief mogen de marktadepaten dan verwijten *penny-wise and pound-foolish* te zijn, maar deskundigheidsbevordering, autonomievergroting, intercollegiale toetsing, het verzorgen van (bij)scholing et cetera zijn niet voor niets te koop. Zo meent de AVVV dat de overheid veel meer geld moet investeren in loopbaantrajecten en deskundigheidsbevordering.³⁷ Ook volgens NU'91 zijn aanvullende financiële middelen 'noodzakelijk'.³⁸ Vruchtbaarder lijkt het dan ook te erkennen dat het snijden in de budgetten door de overheid en – meer nog – het bereiken van budgetbesparingen via marktwerking, *economisch gezien* de meest succesvolle methoden zijn.

Het met de marktbaarheid gepaard gaande productiesysteem blijkt echter een ware slijtageslag voor de beroepsgroep en daarmee voor de doeltreffendheid van de zorgverlening in het primaire proces (vgl. Los 1996; 1997; Knijn, 1999). *Professioneel gezien* zijn thuiszorgverleners dan ook unaniem van oordeel dat de relatie en het contact met de cliënten, sinds de toetreding van particuliere aanbieders, te veel tot hun 'technische' aspecten zijn gereduceerd en dat de kwaliteit van de zorgarbeid is afgenomen.³⁹ De mens, zowel de medewerker als de cliënt, zou in de loop der tijd te veel op de achtergrond zijn geraakt. Omdat er sprake is van negatieve in plaats van positieve marktwerking, zoals ik dat eerder aanduidde, zou de economische zorglogica zich in haar eigen staart bijten. De eenzijdige oriëntatie op het realiseren van effi-

ciency en productiecijfers, zaagt de poten weg onder de essentie van de thuiszorgprofessie: het op basis van kennis en kunde bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten, inclusief alle daarbijbehorende menselijke en relationele aspecten. Samengevat stellen de voorstanders van de professionele zorglogica dat de marktwerking weliswaar heeft geleid tot efficiëntie, maar niet tot effectiviteit. De marktwerking zou de arbeidsschaarste en kwaliteitsgebreken en – indirect – de wachtlijsten en imagoproblemen niet of slechts gedeeltelijk ten goede zijn gekomen.

DE FAMILIALE ZORGLOGICA SCHITTERT DOOR AFWEZIGHEID

Kenmerkend voor de Nederlandse thuiszorg is haar – gedeeltelijk – familiale grondslag. Conform het vigerende subsidiariteitsbeginsel treedt de overheid slechts aanvullend en subsidiair op. Staatssolidariteit en professionele solidariteit komen pas aan de orde als de wederzijdse steun binnen families en gemeenschappen ontoereikend is of achterwege blijft. Volgens de brede definitie van informele zorg of mantelzorg – het ondersteunen van familieleden of bekenden met gezondheidsproblemen –, kent Nederland in totaal 3,7 miljoen informele verzorgers (SCP, 2003). Ruim een miljoen van hen biedt lang en/of intensief hulp aan bijvoorbeeld chronisch zieken, tijdelijk zieken of stervenden (vgl. SCP, 1994; Kwekkeboom, 1990). Betrouwbare cijfers over het percentuele aandeel van de informele zorgverlening zijn niet voorhanden, maar volgens schattingen leveren informele verzorgers ongeveer tweederde van de langdurige zorg. De publieke en commerciële sector zouden het overige deel voor hun rekening nemen (Österle, 2001).

In *Tricks of the Trade – How to Think about Your Research While You're Doing It* houdt Becker (1998) een meeslepend pleidooi voor het gebruik van de zogeheten 'logical method'. Kort gezegd komt het erop neer dat hij voorstelt nieuwe interpretaties te vinden van reeds geanalyseerde data, met behulp van analytische inductie. Dat begint, gebaseerd op deze data, met het opstellen van een zogenaemde waarheidstabel. Deze tabel krijgt – en dat is waar het mij hier om gaat – twee of eventueel meer dimensies, wier combinaties vier of eventueel meer logica's opleveren.

Laten we bij wijze van gedachte-experiment aannemen dat Becker de economische, politieke en professionele zorglogica, die hij in het publieke thuiszorgdebat empirisch had kunnen aantreffen, zou hebben opgesplitst in een publieke versus private dimensie enerzijds en in een systeemgerichte versus

mensgerichte dimensie anderzijds. Dan zou hij een analytische vierdeling hebben gecreëerd. Uiteraard zouden daarin de drie zorglogica's passen, op grond waarvan hij de opsplitsing baseerde: de politieke zorglogica (publiek/capaciteitsgericht), economische zorglogica (privaat/capaciteitsgericht) en de professionele zorglogica (publiek/mensgericht). Daarnaast zou er zich echter een vierde logica ontsluiten, die hij nog niet kende, opgedeeld in een private en mensgerichte component. Deze 'hypothetische' logica zou hij, zo nemen we aan, als familiale zorglogica hebben aangeduid (zie tabel 9.1).

TABEL 9.1
DE VIER ZORGLÓGICA'S ONDERSCHIEDEN NAAR TWEE DIMENSIES

	Privaat	Publiek
Systeemgericht	Economische zorglogica	Politieke zorglogica
Mensgericht	Familiale zorglogica	Professionele zorglogica

In deze studie vormt de familiale zorglogica, zoals bekend, juist een van de vier theoretische vertrekpunten van de analyse. Conform 'Beckers' constatering blijkt deze logica echter *empirisch* goeddeels afwezig te zijn in het publieke debat over de thuiszorg. Uit mijn tellingen is namelijk gebleken dat de familiale zorglogica zich ongeveer drie keer minder vaak in het publieke debat manifesteert dan dat de professionele zorglogica dat doet. Het verschil met de economische zorglogica is zelfs een factor vier. En met het oog op de derde vraagstelling belangrijker: slechts in een onbeduidende 2 procent van het totaal aan geanalyseerde tekstfragmenten laten politiek en veld zich uit over de verhouding tussen de economische en familiale zorglogica. Ter herinnering: met betrekking tot de professionele en economische zorglogica is dat in 26 procent van de tekstfragmenten het geval. De (on)uitgebalanceerde verhouding tussen de politieke en economische zorglogica komt zelfs in 53 procent van de tekstfragmenten voor. *Het korte en krachtige antwoord op de derde vraagstelling*, of de politieke en maatschappelijke actoren vinden dat de introductie van de economische zorglogica in de thuiszorg de familiale zorglogica aanvult of ondermijnt, *luidt dan ook dat deze actoren zich daar amper over uitlaten*.

Dat de familiale zorglogica in de onderzochte thuiszorgdocumenten nagenoeg afwezig is, vloeit volgens mij deels voort uit de marginale positie van cliënten- en mantelzorgorganisaties in het thuiszorgdebat. Dat deze organisaties

in slechts tien procent van het totale aantal publicaties over de knelpunten in de thuiszorg meepraten, zoals ik in het methodehoofdstuk voorrekende, correspondeert met hun geringe gezag in het veld en met de moeite die het ze kennelijk kost – de heersende knelpunten op – het familiale domein op meer evenredige wijze in het debat te betrekken. Een andere verklaring voor de afwezigheid van de familiale zorglogica in het voorliggende onderzoek luidt, dat deze logica zich waarschijnlijk eerder in mantelzorgdocumenten dan in thuiszorgdocumenten manifesteert (zie bv. Van der Lyke, 2000). Mantelzorgdocumenten heb ik gezien de onderzoeksvragen echter niet geanalyseerd. Toch had de familiale zorglogica in mijn bronnen aanwezig kunnen zijn. Sterker: gezien het subsidiaire karakter van de thuiszorg had ik verwacht daarop nadrukkelijk te stuiten. Dat roept daarom de vraag op hoe deze empirische afwezigheid van de familiale zorglogica kan worden getypeerd. Wat zouden we aangetroffen hebben als de familiale zorglogica wél in het debat over de thuiszorgproblemen tegenwoordig was geweest? ‘By bringing the left-out something back into our analysis’, stel ik met Becker, ‘we can add new dimensions to our thinking and understanding’ (1998, p. 150). Op basis van de mensgerichte en private dimensie uit Beckers waarheidstabel, presenteer ik in het onderstaande het begin van een typering van de geconstateerde leemte.

De empirische absentie van de familiale zorglogica in het publieke thuiszorgdebat impliceert ten eerste dat er aan de *mensgerichte* dimensie van de thuiszorg, inclusief de vraagstukken die daarmee verbonden zijn, weinig expliciete woorden worden vuilgemaakt.^{xiv} Dat is merkwaardig. Alleen al het gegeven dat het leeuwendeel van de thuiszorg wordt verleend door informele verzorgers, die dat conform het subsidiariteitsbeginsel ook geacht worden te doen, roept de vraag op waarom de daarmee verbonden emotionele, subjectieve en persoonlijke componenten in het debat zo weinig aandacht krijgen. Maar ook vanwege het gegeven dat gemeenschaps-, markt- en overheidszorg elkaar in de praktijk over en weer aanvullen en beïnvloeden, is het vreemd dat het overheidsbeleid gericht op marktwerking en doelmatigheid zo in de schijnwerpers staat, terwijl er voor de impact daarvan op de informele hulp nauwelijks belangstelling bestaat (vgl. Van der Lyke, 2000).⁴⁰ Nemen we de wachtlijsten. In het vorige hoofdstuk analyseerde ik de meng-

xiv Vanuit het perspectief van de *professionele* zorglogica gebeurt dat overigens wel. De ‘menselijke’ of ‘relationele’ dimensie van de professionele zorglogica functioneert ideaaltypisch echter op volstrekt andere drijfveren dan die van de familiale zorglogica. Professionele zorg is gestoeld op diagnostiek, kennis en kunde, ofwel op expertise in plaats van verwantschap. De relatie met de zieke is daardoor in beginsel niet sociaal-emotioneel, zoals in het geval van de familiale zorglogica, maar methodisch-rationeel.

vormen waarin de logica van de markt zich met die van de overheid manifesteerde. Indien ik de conclusie daarvan in één zin recapituleer, luidt die dat de marktwerking in de thuiszorg, volgens politiek en veld, aanvankelijk meer schade dan vooruitgang bracht, maar dat de daaropvolgende invoering van het ‘marktbaarheidsconcept’ in controleerbaar dalende wachtlijsten resulteerde. Wat daarbij echter opvalt – men propageerde onder andere benchmarking, outputfinanciering, een vrij prijsmechanisme en vraagsturing –, is dat de wachtlijstproblematiek in beide periodes eerst en vooral in capaciteits- of systeemtermen wordt benaderd.

Vanuit het perspectief van de familiale logica betreft ‘wachten op zorg’ echter geen ‘budgettaire tekort’, ‘systeemfout’, ‘zorgkloof’ of ‘frictie tussen vraag en aanbod’, maar *mensen*, met menselijk leed, fysieke ongemakken, geestelijke beperkingen en de bijbehorende uitwerkingen op hun sociale functioneren en op hun sociale relaties. Het afhankelijk zijn van zorg in het algemeen en van een wachtlijst in het bijzonder kan de verhouding tussen de patiënt en diens partner, vrienden, burens of familieleden onder druk zetten (Duijnste, 1994). Zo hebben sommige informele verzorgers het gevoel dat de tijd en energie die zij in de ondersteuning steken onvoldoende worden gewaardeerd, en hebben andere met loyaliteitsconflicten te maken. Degenen die als dochter of zoon voor hun ouders zorgen, bijvoorbeeld, kunnen zich geconfronteerd zien met problemen aan het eigen thuisfront, onder andere wanneer partner of kinderen zich tekort gedaan voelen. Ook kunnen ze te maken krijgen met broers of zussen, die zich al dan niet constructief met de zorgverlening bemoeien. Uiteraard is er niet altijd sprake van ellende. Informele zorgverlening kan de band met de zieke versterken, gevoelens van saamhorigheid creëren en betekenis geven aan het eigen leven (Duijnste, 1992). Maar juist als de informele zorgverlening noodgedwongen plaatsvindt, omdat er sprake is van wachtlijsten, ligt het risico van verstoorde verhoudingen op de loer (zie bv. Bakker, 2001). Als immers ‘eigenlijk’ professionele zorg vereist is, maar (nog) niet voorhanden is, dreigt het gevaar dat uitingen van onmacht, onkunde of frustratie de overhand nemen. Maar hoe het ook zij, ‘wachten op zorg’ gaat altijd over de vraag hoe burgers hun onderlinge betrekkingen, in de persoonlijke betekenis van het woord, onderhouden – of dat nalaten te doen. De erkenning en implicaties van dat gegeven komen in het onderzochte thuiszorgdebat echter relatief weinig naar voren (vgl. Van Houten, 1999).

De empirische absentie van de familiale zorglogica in het publieke thuiszorgdebat impliceert ten tweede dat er aan de *private* dimensie van de thuiszorgverlening, inclusief de kansen en belemmeringen die daarmee gepaard gaan,

geen noemenswaardige aandacht wordt besteed.^{xv} Ook dat is opvallend. Reeds sinds Achterhuis (1979) en Adriaansens en Zijderveld (1981) speelt immers de discussie over de hoge kosten en het bevoogdende karakter van het bureauprofessionele verzorgingsstaatapparaat. Deze zou mensen te weinig stimuleren eigen verantwoordelijkheden te nemen. Burgers zouden elkaar onvoldoende ondersteunen en in te geringe mate oplossingen zoeken in de private of particuliere sfeer. Minister Brinkman van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, van het CDA, zei er destijds daarom naar te streven dat burgers en hun maatschappelijke organisaties, die gewend zouden zijn geraakt aan de voorzieningen die de overheid heeft gecreëerd, 'en die daarmee een deel van hun creativiteit en verantwoordelijkheidsbesef uit handen hebben gegeven, weer zelf te laten zorgen voor de vormgeving van de samenleving' (In: Duyvendak, 2002, p. 181).

Roepen we het debat over de arbeidsschaarste in herinnering. Doorgaans staat daarin de publieke dimensie centraal: het functioneren van het opleidingsstelsel, het aanspreken van de stille arbeidsreserve, het verbeteren van de werkomstandigheden van de uitvoerende professionals, het omlaag brengen van hun fysieke belasting et cetera. Vanuit het perspectief van de familiale zorglogica betreft deze arbeidsschaarste echter niet primair een publiek probleem of collectieve zaak, maar een private kwestie die in de eerste plaats achter de eigen voorkeur om een oplossing vraagt. Zo leidt de afwezigheid van voldoende publieke zorg er in de praktijk meestal toe dat het informele netwerk van de cliënt, al dan niet improviserend, toch aan de vereiste hulp tegemoet zal proberen te komen.

Sommigen zien deze toewijding in de privé-sfeer, die uit liefde en genegenheid zou worden gegeven, als waarde(n)voller dan de reguliere zorgverlening (Hattinga-Verschure, 1977; vgl. Knipscheer, 1996). Informele zorg zou warm zijn – als een mantel – en daardoor in beginsel te prefereren boven de in hun ogen 'kille' formele zorg. Anderen benadrukken echter het conflictueuze karakter van sommige informele zorgrelaties (Bakker, 2001); het selectieve, normatieve en verplichte karakter van veel informele solidariteit (Finch, 1989; Knijn, 1999; Kremer, 2000); of bepaalde daarmee gepaard gaande opvattingen over de maatschappelijke verdeling van arbeid en zorg tussen de seksen (Gerhard et al., 2002; Wærness, 1984). Bovendien articuleren zij

xv Vanuit het perspectief van de *economische* zorglogica gebeurt dat overigens wel. De 'private' dimensie van deze logica staat ideaaltypisch echter haaks op die van de familiale zorglogica. Waar de economische zorglogica is gestoeld op de private ruilrelatie tussen autonome en onafhankelijke individuen, vloeit de familiale zorglogica voort uit de erkenning en aanwezigheid van afhankelijkheidsrelaties tussen gezins-, familie- of gemeenschapsleden.

dat de informele zorg, te meer als deze vanwege de genoemde arbeidsschaarste niet op vrijwillige basis tot stand is gekomen, met fysieke en mentale overbelasting gepaard kan gaan. Hoewel tachtig procent van de Nederlanders het zelf verzorgen van hun naaste of verwante als vanzelfsprekend beschouwt, voelen circa 175.000 informele verzorgers zich overbelast (SCP, 2003; zie ook Boeije e.a., 1999; Witteveen e.a., 1996). Daarnaast komt zeven procent van de informele verzorgers in financiële problemen en heeft een kwart van hen behoefte aan een vergoedings- en betere verlofregeling. Maar hoe het ook zij, in het onderzochte debat blijven dergelijke kwesties als een *black box* onaangeroerd. Dat geldt voor zowel de positieve als negatieve kanten ervan en staat in schril contrast met de overvloedige aandacht voor de publieke dimensie van de thuiszorgverlening.

EPILOOG

In deze studie onderzocht ik ruim duizend publieke documenten over de meest toonaangevende problemen in de (thuis)zorg. Het betreft documenten van de nationale politiek, werkgeverskoepels, beroepsorganisaties, vakbonden, zorgverzekeraars en patiëntenfederaties, die op woordniveau werden doorzocht op twee typen kwesties. Ten eerste analyseerde ik de instrumentele oplossingen, oorzaken en overige thema's die de partijen in de loop der tijd met de thuiszorgproblemen hebben verbonden, inclusief de bijbehorende wrijvingen, meningsverschillen en eventuele momenten van overeenstemming. Onder meer kwamen aan de orde het ter beschikking stellen van extra middelen (om de wachtlijsten te lijf te gaan), het werven van herintredende vrouwen, Melketiers of allochtonen (om de personeelstekorten te verminderen), het implementeren van aantrekkelijke beeldvormingscampagnes (voor een dito imago) en het opstellen van controleerbare kwaliteitscriteria (ter bestrijding van benedenmaatse zorg). Zie boekdeel I voor een volledige beschouwing. Ten tweede operationaliseerde ik de fundamentele oplossingen en momenten van verdeeldheid of eensgezindheid, waarmee bovenstaande partijen het thuiszorgdebat hebben gevoed. Ik deed dat aan de hand van ruim 200 stamwoorden en hun vervoegingen. Elk stamwoord bracht ik ideaaltypisch onder bij één van de vier zorglogica's die Knijn sinds 1999 onderscheidt: de zorg als commercieel product (economische zorglogica), als wettelijk recht (politieke zorglogica), als professionele dienst (professionele zorglogica) en als morele plicht (familiale zorglogica) (zie Knijn, 1999; 2000; 2004). Vervolgens codeerde ik de *mengvormen* waarin deze vier ideaaltypen als vertogen in de documenten tegenwoordig zijn. Dit vooronderstelt, zo betoogde ik, een wetenschappelijke omgang met ideaaltypen die voor zover mij bekend nooit eerder is gehanteerd. Boekdeel II gaat hier dieper op in. In deze epiloog ga ik in op de methodisch-inhoudelijke meerwaarde van de zorglogica-benadering. Tevens kijk ik terug op de inhoudelijke resultaten van de in deel III uitgevoerde analyses. Ter herinnering: in dat deel schetste ik,

conform de derde probleemstelling, in welke mengvormen de vier zorglogica's zich hebben gemanifesteerd in de documenten over de thuiszorgproblemen. Ik toonde aan dat deze mengvormen nu eens knellend, dan weer bevrijdend zijn, maar dat ze hoe dan ook onderdeel uitmaken van het niet weg te nemen spanningsveld van de economische, politieke, familiale en professionele zorglogica. De toetreding van particuliere/commerciële thuiszorgaanbieders tot het gevestigde, reguliere thuiszorgveld nam ik als ankerpunt van de analyse. Deze zou naar het oordeel van een aantal achtereenvolgende kabinetten immers tot marktwerking en concurrentie leiden, hetgeen de doelmatigheid van de thuiszorg ten goede zou komen. De besparingen die hiermee worden gerealiseerd, zouden de toegankelijkheid en kwaliteit van de sector verbeteren, waardoor wachtlijsten en de andere vormen van schaarste weer tot het verleden zouden kunnen gaan behoren.

DE ZORGLOGICA-BENADERING ALS AANVULLING OP DE BESTAANDE VERZORGINGSSTAATLITERATUUR

Powell en Hewitt (2002) onderscheiden met betrekking tot de bestaande verzorgingsstaatliteratuur *what*-, *when*- en *why*-studies. *What*-studies gaan over de aard van de geconstateerde veranderingen in de verzorgingsstaat; bijvoorbeeld over de 'hervorming' (Johnson, 1990; Wicks, 1987), 'stagnatie' (Van Doorn en Schuyt, 1978), 'crisis' (Mishra, 1984), 'besnoeiing' (Pierson, 1994) of 'nadagen' (Idenburg, 1983) ervan. *When*-studies, vervolgens, behandelen de datering van het einde van de klassieke verzorgingsstaat. Zowel 1973, 1975, 1979, 1988 en 1989 zijn wat dat betreft als mijlpalen aangewezen (zie o.a. Lowe, 1999b). In *why*-studies, ten slotte, worden economische (Mishra, 1999), morele (Adriaansens en Zijderveld, 1981), politieke (Pierson, 2001; Esping-Andersen, 1990) en organisatorische (Clarke en Newman, 1997; De Bruijn et al., 1998; Bovens, 2000) verklaringen voor de transformatie van de verzorgingsstaat in verschillende combinaties aangevoerd.

Doorgaans gaan deze studies over de herstructurering van de verzorgingsstaat sec of over de strijd om de posities, macht en middelen die met deze herstructurering gepaard gaat. Of de bestaande literatuur nu ingaat op de klassen- en stratificatiestructuur van de samenleving (Ginsburg, 1992); op de invloed van belangengroeperingen (Pierson, 1994), maatschappelijke corporaties (Scharpf, 1988), sociale bewegingen of politieke partijen (Esping-Andersen, 1990); of op de mate waarin verschillende verzorgingsstaten zich onderscheiden naar inkomensverdeling, sociaal-economische ongelijkheid, sociale welvaart en omvang

van de armoede (bv. SCP, 2004) – meestal beschouwen sociologen, bestuurskundigen en politicologen de herstructurering van de verzorgingsstaat als een institutioneel proces, dat wil zeggen als het resultaat van conflicten tussen de verschillende instituties en tussen de uiteenlopende partijen die deze instituties vertegenwoordigen (vgl. Dahrendorf, 1959; vgl. De Swaan, 1989).

Ook de uitgevoerde zorglogica-analyses gaan uit van een strijdmodel. Deze analyses vertrekken echter vanuit de aanwezigheid van spanningen tussen de economische zorglogica enerzijds en de politieke, familiale en professionele zorglogica anderzijds. Zorglogica-analyses maken de *omstredenheid* zichtbaar van de inrichting en van de aard van de zorg, alsmede van de verschillende – om een oplossing vragende – dilemma's daaromtrent (vgl. Clarke en Newman, 1997). Dat structurele veranderingen in de Nederlandse zorgsector vaak niet of pas na lange tijd zijn gerealiseerd, komt mijns inziens deels doordat de daarvoor verantwoordelijke partijen botsende, institutionele posities hebben ingenomen en conflicterende verantwoordelijkheden hebben bekleed (vgl. Puffers, 2001; Van der Grinten, 1990; 1997). De stelselherzieningsvoorstellen van Van Rhijn in 1945, Veldkamp in 1966, Hendriks in 1974, Dekker in 1987 en Simons in 1990 zijn alle in een vroegtijdig stadium blijven steken, gedeeltelijk omdat de partijen die moedwillig hebben geobstrueerd (Schut, 1995; 2000). Daarnaast vloeit dit moeizame verloop van de herzieningen volgens mij echter voort uit bepaalde, onopgeloste spanningen tussen zorglogica's, die weliswaar samen kunnen hangen met de aanwezigheid van hindermacht, maar daarmee niet onlosmakelijk verbonden zijn.

Deze eigenstandige dynamiek van spanningen tussen zorglogica's is er ten eerste vanwege het gegeven dat zorglogica's een rol vervullen die het actor-niveau overstijgt. Hoewel de partijen zich uiteraard tot de vier zorglogica's verhouden, hetgeen ook in alle analyses tot uitdrukking komt, vallen ze er niet mee samen. Om te beginnen manifesteren de partijen zich altijd gelijktijdig binnen meerdere zorglogica's. Zo begeeft de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), die het praktiseren van maatschappelijk ondernemerschap bepleit, zich op het snijvlak van drie zorglogica's: haar lidinstellingen zouden moeten opereren als organisaties die publieke taken (politieke logica) met die van het private ondernemerschap (economische logica) combineren, met behoud van een adequaat deskundigheidsniveau van hun medewerkers (professionele logica). Bovendien – en dat is een meer fundamentele opmerking – kunnen spanningen tussen partijen in beginsel volledig worden opgelost, terwijl die tussen de zorglogica's nooit geheel kunnen worden weggenomen. De opkomst van de economische zorglogica, bijvoorbeeld, kan vergezeld gaan van conflicten tussen partijen, die al dan niet worden

bijgelegd, maar zal *altijd* gepaard gaan met een zekere transformatie van de overige drie zorglogica's. Deels vooronderstelt dat, zoals gezegd, een eigen dynamiek, 'existing not only in the coercive power of particular groups, but also underpinning the ways in which decisions are framed through the *logics* [cursief, sv] and legitimating frameworks of different forms of knowledge' (Clarke en Newman, 1997, p. XIII).

De eigenstandige werkingssfeer van de zorglogica's heeft ten tweede te maken met het feit dat deze zorglogica's zich relatief onafhankelijk kunnen openbaren van de institutionele 'wetten' van de markt, staat, familie en professie. Zorglogica's definieerde ik in hoofdstuk 5 immers als Weberiaanse ideaaltypen wier mengvormen als Foucaultiaanse vertogen functioneren. Met het onderscheiden van vertogen raken de 'wetten' van de markt, staat, familie en professie als het ware van hun territorium los. 'Het zijn niet langer regels die louter gelden op het eigen grondgebied, maar stijlen, wijzen van redeneren, manieren om het goede na te streven en handelingen te rechtvaardigen, die in een en dezelfde situatie om beurten kunnen worden aangeroepen. Het rechtvaardigen van een situatie in de ene taal sluit het even later gebruiken van een andere niet uit. Terwijl er tussen regio's hoogstens wat grensvervaaging mogelijk is, kunnen vocabulaires naar hartelust met elkaar worden vermengd' (Mol, 1997, p. 141). Het cruciale van het onderscheid langs de lijnen van zorglogica's, meent ook Knijn (2004), is dat deze een zelfstandig cluster van sociaal-culturele opvattingen vormen, 'die buiten hun institutie kunnen treden en zich aan andere instituties kunnen hechten' (p. 19).

Een belangrijk voordeel van bovenstaande kenmerken van zorglogica's is, zoals gezegd, dat deze het mogelijk maken de omstredenheid van de inrichting en aard van de zorg te analyseren. Zo ging de Landelijke Organisatie Thuisverzorgers (LOT), die de positie van mantelzorgers poogt te verbeteren, in de onderzochte periode allerlei institutionele bondgenootschappen aan. De LOT werkte samen met onder meer: de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), de lokale thuiszorginstellingen, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RP/CP's). Bovendien lobbyde zij in Den Haag met succes voor meer financiële middelen en voor een meer solide positie in het beleidsvormingsproces. Een belangrijke doelstelling daarvan was het creëren van erkenning voor de, zoals de LOT het verwoordt, 'grote economische waarde van mantelzorg'.¹ Zij probeerde dat onder meer door de productomschrijving 'mantelzorgondersteuning' in het productenboek van de LVT op te laten nemen. Of door, bijvoorbeeld tijdens actiedagen, te attenderen op de financiële besparingen die mantelzorgers de gezondheidszorg opleveren (vgl. Van

den Berg, 2005). De uitgevoerde zorglogica-analyses tonen echter aan dat tekstpassages over de economische waarde van mantelzorg (nog) nauwelijks tot het inhoudelijke beleidsdiscours zijn doorgedrongen. Sowieso schittert, zoals ik in hoofdstuk 9 al typeerde, de relatie tussen de familiale en economische zorglogica door afwezigheid. Wat hieruit blijkt is dat inhoudelijke vertogen, zoals die van de LOT voor erkenning van de economische waarde van de familiale zorg, moeten worden gezien als pogingen effect te sorteren op het thuiszorgdebat. Bovendien wordt duidelijk dat deze pogingen niet op voorhand samenvallen met de bestaande, institutionele verhoudingen in de thuiszorg. Nu eens gaan ze eraan vooraf, dan weer vloeien ze eruit voort, soms lopen ze parallel en af en toe bestaat er waarschijnlijk helemaal geen verband.

Hoe het ook zij, in dit boek heb ik ervoor gekozen de inhoudelijke spanningen tussen logica's in de Nederlandse thuiszorg te analyseren. Met de inbedding van marktprincipes in deze sector, die van oudsher wordt gekenmerkt door de gelijktijdige aanwezigheid van familiale, professionele en statelijke sturingsmechanismen, treden namelijk drie nieuwe dilemma's op. Het eerste dilemma gaat over de vraag in hoeverre economische marktkrachten in de sociale zorg geïntroduceerd kunnen worden, zonder schade toe te brengen aan de collectieve belangen die aan de politieke zorglogica toebehoren. Het tweede dilemma gaat over de kwestie in hoeverre economische marktkrachten gestimuleerd kunnen worden, zonder de monopolioïde, vakinhoudelijke aspecten van de professionele zorglogica te miskennen. Het derde dilemma richt zich op de vraag in hoeverre economische marktprikkels mogelijk zijn, zonder te tornen aan de bereidheid tot wederkerigheid die de familiale zorglogica karakteriseert. In de volgende paragraaf expliciteer ik in welke mate en op welke wijze deze drie dilemma's zich in het debat over de thuiszorgproblemen hebben gemanifesteerd.

INHOUDELIJKE INZICHTEN

Wat de uitgevoerde zorglogica-analyses eerst en vooral zichtbaar maken, is dat bovenstaande drie dilemma's een nogal *ongelijke* stem in het kapittel hebben gehad. Beschouwingen over de implicaties van marktwerking voor de professionele zorglogica of de familiale zorglogica komen beduidend minder vaak aan de orde dan die voor de politieke zorglogica. Tellingen van de in totaal 443 tekstpassages wijzen uit dat slechts 26 procent als 'economie' én 'professie' is gecodeerd. In zelfs niet meer dan een luttele 2 procent van

de tekstpassages komt de verhouding tussen de economische en familiale zorglogica aan bod. Ter vergelijking: maar liefst 53 procent is als 'economie' én 'politiek' gecodeerd. Bovendien blijken de drie dilemma's een *ongelijksoortige* rol in het thuiszorgdebat te hebben vervuld. De verhouding tussen de economische en professionele zorglogica, bijvoorbeeld, is relatief statisch en onevenwichtig. Het commentaar erover blijft over de jaren heen min of meer gelijk: de kwaliteit en de inhoud van de primaire zorgverlening zouden (te) ondergeschikt zijn geraakt aan de randvoorwaardelijke eisen van de marktwerking. De verhouding tussen de economische en familiale zorglogica, vervolgens, moet vooral als een klinkende stilte worden beschouwd. De relatie tussen de economische en politieke zorglogica, ten slotte, bezet de meest in het oog springende plek in het debat, zowel qua omvang als qua wijze van manifestatie. Aanvankelijk typeerden politiek en veld de economische en politieke logica's als wederzijds belemmerend, hoewel de manier waarop zij dat deden wisselde per partij, later als over en weer verrijkend.

ECONOMISCHE EN POLITIEKE ZORGLOGICA: DOMINANT EN VARIABEL

Tot mei 1997 – ik kom nog op deze datum terug – stelden de actoren de verhouding tussen de economische en politieke zorglogica in maar liefst 87 procent van het aantal tekstfragmenten voor als 'uit balans' of 'contrair'. Vanuit het perspectief van de politieke zorglogica beweerden onder meer de PvdA, GroenLinks, SP en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) dat de thuiszorg vanwege een aantal met de aard van de marktwerking verbonden drijfveren is doorgeslagen. De toetreding van particuliere aanbieders zou niet alleen onzekerheid en onduidelijkheid, maar ook onrechtvaardigheid, oneerlijkheid en ongelijkheid hebben gebracht. De nieuw-toegelaten instellingen zouden een beroep doen op de collectieve middelen zonder daarbij aan de voor reguliere organisaties geldende regelgeving te hoeven voldoen; ze zouden slechts dat deel van het thuiszorgpakket aanbieden dat lonend is; zonder kwaliteitsplan werken; de CAO ontduiken; bovendien zouden ze zich primair richten op de rendabele en koopkrachtige cliënt, onder meer door eisen te stellen aan de bereikbaarheid van het adres waar zorg verleend moet worden. De *klantvriendelijkheid* en *doelmatigheid* van de thuiszorg zouden daardoor worden verlaagd in plaats van verhoogd. 'Ware' klantgerichtheid zou eruit bestaan dat de thuiszorg een basisvoorziening blijft, die voor alle burgers in gelijke mate toegankelijk is. 'Ware' doelmatigheid zou niet samen-

gaan met marktwerking, omdat deze de instellingen een prikkel geeft om, bedrijfsmatig omschreven, de omzet te verhogen.

Vanuit het perspectief van de economische zorglogica beweren de VVD, het CDA, de commerciële werkgeverskoepel Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en andere organisaties het omgekeerde. Niet de marktwerking, maar wanbeleid ten aanzien van die marktwerking zouden het – inderdaad soms – moeizaam functioneren van de marktwerking hebben bewerkstelligd. De particuliere toetreding zelf zou effectief zijn geweest, maar door de overheid ontoereikend aangestuurd en geconditioneerd. De beoogde effecten zouden dus wel degelijk door deze toetreding bereikt worden. Om te beginnen argumenteren de marktprotagonisten dat de marktwerking de *klantvriendelijkheid* van de thuiszorg heeft vergroot. Sinds het speelveld van thuiszorginstellingen is uitgebreid en de zorgkantoren met de verschillende instellingen in de regio onderhandelen over prijs en kwaliteit, zouden de reguliere zorgaanbieders – meer dan voorheen – de drang voelen zich in te leven in het klantenperspectief. Daarnaast heeft de marktwerking volgens de marktsupporters een positief effect op de *doelmatigheid* gehad: de toegenomen concurrentieprikkels tussen zorgaanbieders en -verzekeraars, en de daarmee verbonden keuzevrijheid van consumenten, zouden de traditionele, verstarde financieringsstructuur van de thuiszorg hebben doorbroken.

Nu zou het verdeeld zijn van de meningen over de marktwerking op zichzelf niet zo bijzonder zijn geweest, als de verschillende partijen zich niet als de gevangenen van hun ideologische opvattingen zouden hebben opgesteld. Sommige benadrukten eenzijdig de gevaren, nadelen of beperkingen van *particuliere* uitvoering van publieke belangen; andere kritiseerden eenzijdig de *reguliere* borging van publieke belangen. Tot mei 1997 liep het conflict over de particuliere toetreding dan ook hoog op. Men zette het debat op scherp, voerde verhitte discussies en benadrukte op opportunistische wijze de feiten die ten goede komen aan het eigen perspectief. Paradoxaal genoeg oordeelden de voorstanders van de marktwerking namelijk dat de thuiszorgproblemen nooit aan de introductie van marktwerking konden hebben gelegen, omdat deze slechts zulk een klein deel van het totale budget van de thuiszorg omvatte, terwijl zij de voordelen wél aan diezelfde marktwerking toeschreven; de tegenstanders van marktwerking beweerden precies het tegenovergestelde (zie verder hoofdstuk 8).

Sinds mei 1997 ontstaat er echter een veldbrede omslag, zowel in het denken als in de onderlinge verhoudingen.¹ Dat is de datum waarop de bewindslieden

¹ Voor alle duidelijkheid: de datum 'mei 1997', die vanwege het alsmaar herhalen ervan buitenproportionele aandacht krijgt, markeert geen eenmalige aardverschuiving, maar het begin van een gestage ontwikkeling, die in het jaar 2000 culmineert.

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hun middellange termijnnota 'Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst' presenteerden. Enerzijds nemen zij daarin gas terug met betrekking tot de marktwerking: voorlopig worden er geen nieuwe particuliere aanbieders meer tot de reguliere thuiszorg toegelaten; bovendien wordt de omvang van het thuiszorgbudget structureel verhoogd. Anderzijds kiezen de bewindslieden expliciet voor 'de waarheid in het midden':² de zorgsector zou gebaat zijn bij een mix van overheidssturing en marktelementen. In samenhang daarmee keerde ten eerste de rust terug in het thuiszorgdebat, al was het maar omdat de toekomstnota vanwege alle commotie en onzekerheid in de sector twee jaar op zich had laten wachten. Ten tweede gingen pragmatische argumenten – in lijn met deze nota en aangevuurd door de urgentie van de problemen (alsmaar groeiende wachtlijsten, slinkend imago) – steeds meer de boventoon voeren boven ideologische motieven. Uit de zorglogica-analyses in hoofdstuk 8 blijkt in ieder geval dat zowel de voorstanders van (meer) marktwerking als van (meer) overheidsingrijpen vanaf mei 1997 op zoek gingen naar manieren om de kansen in plaats van de belemmeringen van de relatie tussen de economische en politieke zorglogica te articuleren. Tekstfragmenten waarin de partijen de relatie tussen de economische en politieke zorglogica als 'in balans' of 'complementair' typeren, komen sindsdien maar liefst 7,5 maal vaker voor dan in de periode daarvóór,ⁱⁱ gecontroleerd voor het aantal documenten dat in deze twee periodes is verzameld.

Duidelijk won de opvatting dus terrein, dat de economische en politieke zorglogica elkanders mogelijkheden inhoudelijk (kunnen) aanvullen of bevorderen, of dat zouden moeten doen. Politiek en veld gingen op zoek naar de vormgeving van een *ander type* overheid, alsmede van een *ander type* markt (vgl. ministerie van Financiën, 1999; ministerie van Binnenlandse Zaken, 2003). Begin jaren negentig ging het hen nog om de keuze voor méér óf minder overheid. Doorgaans articuleerden ze eenzijdig de belemmeringen óf de kansen van marktprikkels in de publieke zorg. Winst van de markt zou verlies voor de overheid betekenen, alsof het met betrekking tot deze twee instituties per definitie om een *zero sum game* zou gaan (vgl. Mishan, 1971; Wolfe, 1988; Buchanan en Tullock, 1962; Hayek, 2000 [1959]). Vanaf nu zocht men echter naar de mogelijkheden om de kansen van de marktwerking te stimuleren, zoals het verbeteren van de doelmatigheid en klantgerichtheid, zonder daarbij de in het verleden waargenomen negatieve neveneffecten van die marktwerking vrij spel te geven.

ii Dit betekent uiteraard nog niet dat het aantal balans-fragmenten in deze periode het aantal disbalans-fragmenten overtreft. Zoals ik verderop zal uitwerken was dat enkel in het jaar 2000 het geval.

Een krachtige markt, zo luidde in toenemende mate de idee, kan met een krachtige staat samengaan – mits daartoe de juiste condities aanwezig zijn. Met betrekking tot de particuliere toetredingskwestie gaat het dan om het werken zonder winstoogmerk; om het helder scheiden van commerciële en publieke activiteiten; om het aanbieden van het gehele thuiszorgpakket aan alle burgers met een gelegitimeerde zorgvraag (acceptatieplicht), et cetera. Voor de overheid liggen daarbij niet minder, maar andere taken in het verschiet dan die van klassieke, publieke dienstverlener; voor de zorgaanbieders geldt enerzijds dat zij zich meer dan voorheen als ondernemers mogen gedragen, anderzijds dat zij daarbij via bijvoorbeeld benchmarking of prestatieafspraken verantwoording afleggen over hun doen en laten (De Bruijn et al., 1998; Van Mierlo, 2000; Schnabel, 2004). Marktucht én regelzucht, loslaten én sturen, concurreren én samenwerken – luidde het nieuwe jargon.

Parallel aan deze inhoudelijke ontwikkeling verschoven tevens de onderlinge verhoudingen. Tot mei 1997 beschouwden de partijen het debat over de inrichting van de thuiszorg als een zaak van ‘erop’ of ‘eronder’, en benadrukten ze primair de absolute superioriteit van hun eigen visies en belangen (vgl. Mastenbroek, 1990). Het gevolg was dat de zorgsector in een patstelling terecht raakte, hetgeen door Hemerijck (1995) als ‘immobiel corporatisme’ wordt aangeduid (vgl. Scharpf, 1988). De typisch Nederlandse verstrengeling van overheid en middenveld, die tot gespreide verantwoordelijkheden, gedeelde machtsstructuren, samenwerking en draagvlak had kunnen leiden, werkte nu verlamdend uit. In afwachting van meer duidelijkheid, gezamenlijkheid en eensgezindheid over de vraag hoe verder te gaan met de marktwerking in de AWBZ, stelden de minister en staatssecretaris, zoals reeds opgemerkt, aan verdere toetreding van particuliere aanbieders paal en perk. Om soortgelijke redenen hadden zij reeds in een eerder stadium de liberalisering van het stelsel op een laag pitje gezet. Zo wijst de commissie-Willems, die deze vertraging van de stelselherziening aan een parlementair onderzoek onderwierp, op de verlamdende uitwerking van de Nederlandse poldercultuur. De vooropstelling van de eigen strategieën, belangen, posities en agenda’s zou tot een cultuur van tegenstand en tot afbrokkeling van het benodigde draagvlak hebben geleid (zie ook Tabak, 1994; Boot en Knapen, 1996).³

Vanaf mei 1997 werkten politiek en veld echter toe naar een situatie waarin het gebrek aan draagvlak en vertrouwen voor beleidsbeslissingen wordt doorbroken, en waarin de totstandkoming van nieuwe beleidslijnen weer beter mogelijk wordt (vgl. Hemerijck en Visser, 1999; Leijnse, 1994). Via een 1) meerjarige en 2) veldbrede aanpak, 3) in combinatie met de bereidheid en mogelijkheid van de overheid extra middelen in de sector te investeren, spanden

de partijen zich daarvoor in. *Meerjarigheid* vond onder meer zijn weerslag in middellange termijnafspraken tussen overheid en de partijen in het veld. Aan de ene kant kregen de betrokken veldpartijen van de overheid relatief veel beleidsvrijheid om problemen aan te pakken. Aan de andere kant stelde de overheid de kaders vast waarbinnen deze vrijheid gestalte krijgt, en verschaftte zij alleen extra gelden als de afgesproken resultaten werden gehaald. *Veldbreedheid* kwam tot uitdrukking in de actieve deelname van meerdere veldpartijen, ook als hun belangen uiteenlopen, in bijvoorbeeld plannen van aanpak, convenanten, benchmarktrajecten en prestatieafspraken. Zo is het zogeheten 'Plan van aanpak wachtlijsten' opgesteld door het ministerie van VWS, LVT, BTN, NPCF en ZN.ⁱⁱⁱ De *bereidheid van de overheid financiële offers te brengen*, ten slotte, bleek uit het gegeven dat de regering voor het eerst in jaren structureel de budgetten verruimde. Het sluitstuk van deze ontwikkeling lag echter in november 2000, toen zij het actieplan Zorg Verzekerd presenteerde. Dit plan, dat het veld als een fundamentele doorbraak typeerde, gaf zowel reguliere als – voor het eerst sinds de 'bevriezing' van nieuwe toetreders – particuliere instellingen het recht op *alle* benodigde extra overheidsmiddelen, althans: als deze instellingen die middelen aantoonbaar aan het oplossen van de wachtlijsten besteden.^{iv} Over de vraag of de verbeterde verhoudingen ertoe hebben geleid dat politiek en veld inhoudelijke bruggen zijn gaan slaan tussen de economische en politieke zorglogica, óf dat het juist deze bruggen waren die de verstoorde verhoudingen hebben hersteld, kan ik uiteraard geen causale uitspraken doen. Ik volsta met de constatering dat beide processen elkaar wederzijds hebben versterkt.

ECONOMISCHE EN PROFESSIONELE ZORGLOGICA: RELATIEF AFWEZIG EN STATISCH

Vergeleken met de relatie tussen de economische en politieke zorglogica is de verhouding tussen de economische en professionele zorglogica veel minder pregnant in het thuiszorgdebat aanwezig. Bovendien doen er zich hieromtrent relatief weinig ontwikkelingen voor. Over de gehele periode 1987-2002 typeren politiek en veld, maar toch vooral de verschillende beroeps-

iii Deze afkortingen staan voor ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

iv Voorheen was er 'slechts' sprake van een begrensd jaarbudget dat, indien opgesoupeerd, in wachtlijsten uitmondde.

groepen, de verhouding tussen de economische en professionele zorglogica als belemmerend, perverterend of 'uit balans'. Zelfs in het meest 'gunstige' jaar is dat in 71 procent van de passages het geval. De gedachtegang dat de economische zorglogica een nuttige rol in de zorgsector kan spelen, door de professionele zorglogica te versterken in plaats van te belemmeren, maakt kennelijk nauwelijks deel uit van het discours van de verschillende partijen. Kijken we naar het verleden, dan blijkt dat de overheid al sinds de stelselherzieningplannen van 1974 stringente pogingen heeft ondernomen om de uitvoerende taken van de thuiszorgprofessionals ondergeschikt te maken aan kostenbeheersingdoelstellingen en budgettaire claims (vgl. WRR, 2004, p. 108-115). Het substitutiebeleid, waardoor de gemiddelde zorgzwaarte van de cliënten in de thuiszorg steeg, zonder dat de deskundigheidsgraad van de medewerkers daaraan werd aangepast, is daarvan één voorbeeld. De gestage stijging van het aantal cliënten in de loop van de jaren tachtig, bij een afnemend aantal uren hulp, vormt een tweede illustratie. Hoewel er voldoende signalen bestonden dat met deze ontwikkelingen de (werkdruk)grenzen op het *uitvoerende* niveau reeds in de jaren tachtig waren bereikt (zie o.a. Los, 1996; 1997; Jamin, 1999), zette de overheid haar doelmatigheidsoperatie ook in het daaropvolgende decennium voort, nu via de introductie van particuliere aanbieders in het bijzonder en van de economische zorglogica in het algemeen.

De introductie van particuliere aanbieders tot het gevestigde thuiszorgveld leidde ertoe dat reguliere thuiszorginstellingen zich op hun marktpositie gingen beramen. De concurrentieslag die hiervan met name in 1995, 1996 en 1997 vergezeld ging, mondde uit in een explosieve toename van het aantal geholpen cliënten, terwijl de middelen die de overheid daarvoor beschikbaar stelde nagenoeg gelijk bleven (zie verder hoofdstuk 9). De cliënten moesten daardoor in een afnemend aantal uren worden geholpen, met tot gevolg dat de professionals niet altijd meer het gevoel hadden de zorg te kunnen verlenen die vanuit een vakinhoudelijke optiek noodzakelijk is. Bovendien leidde de concurrentieslag tot verdringing van – dure naar goedkope – arbeid. Omdat de personele kosten het overgrote deel uitmaken van de totale zorgkosten, werden verpleegkundige taken overgeheveld naar gezinsverzorgenden, en gezinsverzorgende taken naar ongediplomeerde alfahulpen, met als consequentie een toenemend verlies van professionele autonomie en professionele expertise van de uitvoerders van de thuiszorg.

De synergie die eind jaren negentig tussen de economische en politieke zorglogica ontstond, bracht daarin geen substantiële verandering. Waar de partijen – aan het einde van de jaren negentig – de *sense of urgency* voelden de

verlammende spanningen en fricties tussen de economische en politieke zorglogica productief te maken, ontstond er nauwelijks of geen vergelijkbaar draagvlak om die productieve instelling met betrekking tot de relatie tussen de economische en professionele zorglogica in te zetten. Juist *omdat* de nadruk op de economische en politieke logica's lag, is dat waarschijnlijk het geval. Beide zijn immers gestoeld op wat Grit (2000) als 'vormdenken' aanduidt. Wezenskenmerk van dat denken is dat de waardering groter is voor het productieproces dan voor de kwaliteit of professionele inhoud daarvan. Binnen het 'marktbaarheidsverbond' vindt dit zijn weerslag in de sterke nadruk op het managen van prestaties; op het transparant maken van resultaat; op het controleren en protocolleren van kwaliteit; op het benchmarken van organisatieprocessen aan de hand van gestandaardiseerde indicatoren; en op allerlei overige activiteiten, die niet op de inhoud van de zorgverlening, maar op de beheersing, verantwoording, controle, meting en/of doelmatigheid ervan zijn gericht.

Vanuit het perspectief van de professionele zorglogica wezen met name de beroepsgroepen keer op keer op de schaduwzijde van de beheersingsoriëntatie. De dominantie op financiële taakstellingen, doelmatigheid, 'tijd schrijven', 'productie draaien' et cetera, doet volgens hen afbreuk aan het kwaliteitsniveau van de concrete ondersteuning aan mensen met fysieke ongemakken en/of geestelijke beperkingen. Ook zou deze dominantie tornen aan de kurk waarop de gezondheidszorg drijft: gemotiveerde, professionele zorgverleners. Thuisverzorgers en thuisverpleegkundigen dienen volgens de professionele zorglogica uit te gaan van de reële zorgvraag van zorgafhankelijke cliënten en van de vakinhoudelijke oplossingen die daaromtrent kunnen worden aange dragen. Sinds de toetreding van particuliere aanbieders en de overheidsbezuinigingen die daaraan vooraf gingen, hebben echter zaken als de ruimte op de begroting, concurrentiepositie en afspraken over de collectieve lastendruk het primaat gekregen. Vanuit het perspectief van de professionele zorglogica betekent dat niet alleen dat de 'ziel' uit de zorg dreigt te worden gehaald, maar ook dat de drijfveren van de beroepsbeoefenaren op de achtergrond zijn geraakt (vgl. Vulto en Morée, 1996; Knijn, 2000; Tonkens, 2003).

ECONOMISCHE EN FAMILIALE ZORGLOGICA: KLINKENDE STILTE

Waar er tussen de economische en politieke zorglogica synergie is ontstaan en waar deze synergie zich met betrekking tot de economische en professionele zorglogica nog moet vormen, schittert de relatie tussen de economische en fami-

liale zorglogica op haar beurt door afwezigheid. Uit mijn tellingen blijkt dat politiek en veld zich slechts in een onbeduidende 2 procent van het totaal aan geanalyseerde tekstfragmenten hebben uitgelaten over de verhouding tussen de economische en familiale zorglogica. Het antwoord op de vraag of de betrokken actoren van mening zijn dat de invoering van marktwerking in de sociale zorg de familiale zorglogica ondermijnt of aanvult, luidt dan ook dat deze actoren zich daar nauwelijks over hebben uitgelaten.

Toch had de familiale zorglogica theoretisch in de onderzochte documenten aanwezig kunnen zijn. Sterker: gezien de familiale grondslag van de thuiszorg en het hedendaagse, subsidiaire karakter ervan had ik verwacht die meer nadrukkelijk aan te treffen. In hoofdstuk 9 werkte ik dan ook uit hoe de empirische afwezigheid van de familiale zorglogica moet worden getypeerd. Ten eerste, zo stelde ik, betekent die afwezigheid dat er weinig woorden zijn vuilgemaakt aan de *mensgerichte* dimensie van de thuiszorg. Waar bijvoorbeeld de wachtlijsten, vanuit het perspectief van de familiale zorglogica, eerst en vooral van invloed zijn op het sociale functioneren van mensen en op hun familiale relaties en persoonlijke betrekkingen, blijkt het wachtlijstdebat in de praktijk primair in capaciteits- en systeemtermen te worden gevoerd. Ten tweede, zo lichtte ik toe, impliceert de empirische afwezigheid van de familiale zorglogica, dat er geen noemenswaardige aandacht is besteed aan de *private* dimensie van de thuiszorgverlening. Zo staat in het debat over de personeelstekorten veelal de publieke dimensie centraal, zoals blijkt uit discussies over het functioneren van het opleidingsstelsel, het verbeteren van de werkomstandigheden van de uitvoerende professionals, het omlaag brengen van hun fysieke belasting, et cetera. Dat de personeelstekorten er in de praktijk meestal toe leiden dat het informele netwerk van de cliënt toch aan de vereiste hulp tegemoet zal proberen te komen, heeft echter nauwelijks in de schijnwerpers gestaan. Hetzelfde geldt voor de uiteenlopende positieve én negatieve consequenties die daarmee onherroepelijk zijn verbonden.

ZORGLOGICA'S EN DE AANPAK VAN DE THUISZORGPROBLEMEN

Een laatste inhoudelijk inzicht, waartoe de zorglogica-analyses hebben geleid is het volgende. De zorglogica-analyses geven grond aan de gedachte dat (de oplossing van) het hardnekkige voortbestaan van de thuiszorgproblemen in sterke mate kan worden teruggevoerd op (de oplossing van) de spanningen tussen zorglogica's en tussen de partijen die zich van deze logica's bedienen. Zo maken de zorglogica-analyses met betrekking tot de economische en

politieke zorglogica zichtbaar dat het jaar 2000 het eerste en enige jaar is waarin het aantal balans-fragmenten het aantal disbalans-fragmenten overtreft. Dat betekent dat de partijen in dat jaar vaker de complementariteit dan de onderlinge belemmering van de economische en politieke zorglogica benadrukken. De beleidsontwikkelingen gedurende de jaren daarvoor vormen de voedingsbodem, die deze kentering mogelijk maakte. Zo werden de zojuist behandelde *meerjarenafspraken*, die onderdeel van deze voedingsbodem uitmaken, voor het eerst aangekondigd in het regeerakkoord van 1998. In het najaar van dat jaar kwamen de bewindspersonen van VWS met meer uitgewerkte ideeën, die na een aantal maanden van intensief overleg met het veld werden vastgelegd in het zogeheten Najaarsakkoord van november 1998. De werkzaamheden die hieruit voortvloeiden, mondden in 1999 uit in een Voorjaarsakkoord. In 2000, het 'jaar van de omslag', zijn dan uiteindelijk alle belangrijke meerjarenafspraken geëffectueerd.

Opzienbarend is het parallelle verloop van de omvang van de thuiszorgproblemen: sinds het najaar van 2000 kenteren de wachtlijst- en arbeidsschaarstestatistieken. Hadden de wachtlijsten en arbeidsmarktproblemen, met in hun kielzog de kwaliteit en het imago, zich gedurende de jaren negentig in steeds vollere omvang gemanifesteerd, exact kan uit de cijfers worden opgemaakt dat de wachtlijsten voor zorg thuis eind 2000 met 35 procent afnamen, terwijl de vraag naar zorg met acht procent toenam. In de jaren daarna zette deze trendbreuk zich sterk voort: stonden er in mei 2000 nog 54.258 mensen op een wachtlijst, in november 2002 is dat aantal gedaald tot 31.835 en in oktober 2003 tot 19.458. Bovendien daalde het percentage ziekteverzuim van 10,4 procent in 1999 tot 7,6 procent in 2003.

Tegen de achtergrond van dit parallelle ontwikkelingsverloop doet de eerder genoemde driesporenaanpak zijn werking. De 1) meerjarige en 2) veldbrede aanpak, 3) in combinatie met de bereidheid en mogelijkheid van de overheid extra middelen in de sector te investeren, vindt zijn weerslag in onder meer het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector. Dit convenant betreft een door de overheid en sociale partners aangejaagde, middellange termijnimpuls. De overheid verschaft daartoe ook de benodigde, extra middelen. Zowel in de thuiszorg als in de totale zorgsector stijgen het verzuim, de werkdruk en het aantal schoolverlaters met een zorgdiploma vóór het CAZ-akkoord en dalen die daarna.^v

v Een vergelijkbare ommekeer heeft zich éénmaal eerder voorgedaan. Vanaf de implementatie van het 1) meerjarige, 2) veldbrede en 3) financieel door de overheid ondersteunde BAZ-programma in 1990, trad een jarenlange daling in het verzuim op: bleven er in 1989 in de thuiszorg van elke honderd uitvoerenden ruim tien ziek thuis, in 1994 is dat aantal met een kwart gedaald tot zeven á acht afwezigen (zie pagina 77 tot en met 79 voor de rol van macro-economische ontwikkelingen in deze).

Ook aan het wachtlijstfront werpt de driesporenaanpak vrucht af. Het wachtlijstbeleid stond gedurende deze periode onder andere in het teken van het tot ontwikkeling brengen en implementeren van de meerjarenafspraken, die uiteindelijk in het najaar van 2000 volledig werden geëffectueerd. Het betreft afspraken tussen de overheid en de – uiteenlopende – partijen in het veld, zoals de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Opnieuw ging dit vergezeld van een overheid, die in beginsel bereid is alle noodzakelijke, extra middelen in de sector te investeren (boter-bij-de-visprincipe). De hieropvolgende daling van de wachtlijstcijfers was onderwerp van analyse in hoofdstuk 1.

Hoewel de Nederlandse thuiszorgverhoudingen, met hun verstatelijkte derde sector, tot traagheid, stroperigheid en hindermacht kunnen leiden, is dit dus niet noodzakelijkerwijs het geval. Het Nederlandse onderhandelingsmodel mag geen panacee voor succes zijn, automatisch echec lijdt zij evenmin. Juist het Nederlandse overlegmodel heeft gediend als platform waar maatschappelijke problemen met succes werden aangepakt. In 1982 werd door de samenwerking en het onderlinge overleg tussen overheid en sociale partners enerzijds en een meerjarige aanpak anderzijds de kwakkelende economie weer op poten gezet. In het akkoord van Wassenaar besloten de betrokken partijen daartoe hun deelbelangen ten gunste van overkoepelende belangen opzij te schuiven (Westerlaken, 2000). In de jaren negentig zorgde een vergelijkbare opzet voor een beduidend hogere welvaartsgroei dan in de rest van Europa. Onder anderen de Amerikaanse president Clinton en voorzitter van de Europese Commissie Jacques Delors spraken lovende woorden over de harmonieuze sociale verhoudingen van het Nederlandse poldermodel (Visser en Hemerijck, 1997). Zelfs het succes van de Gouden Eeuw wordt (mede) toegeschreven aan deze bestuurlijke dualiteit, voortvloeiend uit de middeleeuwse, corporatieve structuren (Prak, 2002; De Rooy, 2002).

De introductie van marktwerking in de thuiszorg heeft deels eenzelfde ontwikkelingsgang doorgemaakt. Aanvankelijk stonden de stellingnames, strategieën en agenda's met betrekking tot dit onderwerp een effectieve aanpak van de thuiszorgproblemen in de weg. Daarna maakten de partijen gezamenlijk de beleidslijnen mogelijk, op grond waarvan de mogelijkheden van marktwerking werden aangegrepen, zonder de verantwoordelijkheden van de overheid (democratische toetsing, sociale rechtvaardigheid et cetera) te belemmeren of uit te schakelen (vgl. Schut, 2003). Zoals er in de sociaal-economische sector begin jaren tachtig een zeer hoge werkloosheid 'nodig' was voordat men tot beleidswijzigingen overging (Westerlaken, 2000,

p. 94), spoorden de almaar langer wordende wachtlijsten de thuiszorgpartijen aan om creatieve uitwegen te vinden uit het gevestigde beleidsdenken over publiek-private confrontaties. Concreet betekent dat onder meer de totstandkoming van 'nieuwe' *instrumenten* (bijvoorbeeld benchmarking, outputfinanciering, prestatieafspraken), 'nieuwe' *allianties* (bovenregionale samenwerking, zorgketens van thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiscare) en 'nieuwe' *actoren* (zoals de overheid als marktmeester en de instellingen als maatschappelijke ondernemingen).

Ziehier het cruciale verschil met de wijze waarop de partijen de relatie tussen de economische en professionele zorglogica hebben benaderd. Waar het de partijen wél lukte de spanningen tussen de economische en politieke zorglogica weg te nemen, werden er nauwelijks bruggen geslagen tussen de economische en professionele zorglogica. De zorgen hierover bleven überhaupt grotendeels beperkt tot de vakbonden en beroepsverenigingen, zoals ik eerder aangaf. Dat de thuiszorg in het jaar 2000 als gevolg van het 'marktbaarheidsverbond' te maken kreeg met belangwekkende financiële investeringen, nam niet weg dat de overheid, politieke partijen, verzekeraars en brancheorganisaties het arrangement 'thuiszorg' primair als een capaciteitskwestie bleven benaderen (vgl. Clarke en Newman, 1997). De stijgende financiële mogelijkheden, gingen gepaard met een sterke nadruk op financiële controle, op prestatie management, op *accountability* en op het afleggen van verantwoording door de professionals – allemaal capaciteitsgestuurde kwesties die, zo beweerden de beroepsgroepen en vakbonden, onvoldoende recht doen aan de typische, behoeftegestuurde professionaliteit in de thuiszorg (vgl. Tonkens, 2003).

Als algemene regel geldt dat naarmate de economische zorglogica meer doordringt in het primaire proces, het gevaar groeit dat de thuiszorgprofessionals van mening zijn dat de zorg niet meer aan de zorginhoudelijke vereisten voldoet. Toch is het in de praktijk onvermijdelijk dat zij opereren binnen de kaders van de beschikbare middelen, die de overheid en – sinds kort – de markt hen opleggen (vgl. Hutschemaekers, 2001). Volgens de professionele zorglogica mag dan de zorginhoud voorop staan, altijd zullen financiële afwegingen een rol spelen in de zorgverlening. Tegen deze achtergrond is de opkomst van de 'marktbaarheid', casu quo 'maatschappelijk ondernemerschap' volgens een verkenningsnota van de RVZ een veelbelovende ontwikkeling, omdat deze 'de mix van publiek, privaat en professioneel tot uitgangspunt neemt en handvatten biedt om de spanningen die daaruit voortkomen hanteerbaar te maken' (Putters, 1998, 10). Ook de WRR acht het zowel mogelijk als dringend nodig de instrumenten en arrangementen te zoeken die een

kruisbestuiving tussen de economische en professionele zorglogica mogelijk maakt (2004, p. 115). Dit zou in eerste instantie dienen te gebeuren door een ‘weg van overleg’ te scheppen waarbinnen de professionals, overheid, brancheorganisaties et cetera toenadering zoeken en bereid zijn concessies te doen.

De 1) meerjarige en 2) veldbrede aanpak, 3) in combinatie met extra overheidsmiddelen is zulk een weg van overleg. Opmerkelijk genoeg moet echter worden geconstateerd dat de professionele beroepsgroep daarbij nauwelijks of niet betrokken is geweest. Aan de – op het vlak van de beheersing van de thuiszorg – zo succesvolle *meerjarenafspraken* nam de beroepsgroep, ondanks herhaaldelijke pogingen daartoe, geen deel. Bij de definiëring van het products- en kwaliteitsbegrip in de ‘gezamenlijke’ *benchmarkonderzoeken* werden zij niet betrokken. De *convenanten* over de verantwoordelijkheidsverdeling aangaande de terugdringing van de werkdruk, hebben zij niet ondertekend. In de verschillende *prestatieafspraken* over ziekteverzuimdalingen en afname van de personeelstekorten zijn zij niet gekend. Ook van de *extra, financiële overheidsinvesteringen* profiteerden zij in betrekkelijk geringe mate. De zorgnota 2001 stond weliswaar bol van het extra geld, maar daarvan is niets geoormerkt voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen, laat staan voor de verbetering van de professionele beroepsuitoefening van deze groepen.

Evenmin lijkt er in het thuiszorgdebat naar een meer vruchtbare, inhoudelijke verhouding tussen de economische en professionele zorglogica te zijn gezocht. Zo is de gedachtegang dat de marktwerking ook een nuttige rol in de zorgsector zou kunnen spelen, nauwelijks of niet tot het jargon van de verschillende partijen doorgedrongen. Dat marktwerking, bijvoorbeeld, tot variëteit en differentiatie binnen en tussen publieke instituties zou kunnen leiden of tot de uitlokking van uitvinder-, excellentie- en uitblinkergedrag bij professionals (vgl. RMO, 2002), mits daartoe de juiste randvoorwaarden worden geformuleerd, speelt in de desbetreffende tekstpassages in het geheel geen rol. Integendeel: het overheersende commentaar luidt dat de thuiszorgprofessionals door de markt-, casu quo particuliere toetredingsoperatie, en door de jaren van overheidsingrijpen die daaraan vooraf gingen, de greep hebben verloren op het terrein dat desalniettemin als het hunne moet worden beschouwd.

In boekdeel I constateerde ik dat politiek en veld er – eind jaren negentig – achter kwamen dat het vinden van potentiële arbeidskrachten en het binden van zittend personeel de voornaamste instrumentele verklaringen vormen voor het in gebreke blijven van de thuiszorg. Toen het de overheid in de periode

1998-2002, via de suppletoire verbintenis tussen de economische en politieke zorglogica, lukte de noodzakelijke financiële middelen vrij te maken, ontdekte de zorgsector dat patiënten en cliënten vanwege onvoldoende (gemotiveerde) zorgverleners nog steeds niet de thuiszorg kregen die zij nodig hebben. Met lede ogen constateerde de sector dat het 'rennen en hollen', 'economische presteren' en 'leveren van prestaties per productie-eenheid', vervreemding en dissatisfactie op de werkvloer in de hand werkt en de kwaliteit van de thuiszorgverlening ondermijnt. Motivatieverlies, burn-out en personeelstekorten zouden vooral van daaruit begrepen dienen te worden. Over de vraag of dit klopt, dient toekomstig onderzoek causale uitspraken te doen. Duidelijk is echter dat waar zorglogica's onvoldoende in balans zijn, het onbehagen in de thuiszorg zal voortbestaan.

EINDNOTEN

Eindnoten bij ‘Het onbehagen in de thuiszorg’ (p. 13-22)

- 1 GroenLinks: handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4683. Ook de SP, het CDA, het AOV en de (regeringspartij) PvdA nemen in dit debat letterlijk het woord ‘chaos’ in de mond.
- 2 PvdA: Kamerstuk TK 1999-2000, 26800 XVI, nr. 7, p. 3.
- 3 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 43.
- 4 BTN, Notitie aan de kabinetsformatoren van het tweede paarse kabinet, geen datum.
- 5 PvdA: handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 110.
- 6 GroenLinks: handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 122.
- 7 De geschiedenis van de thuiszorg kan grofweg worden ingedeeld in een periode van verzuiling tussen 1875 en 1965 en van ontzuiling en toenemend overheidsingrijpen in de periode daarna, tot ongeveer 1987. In de periode vanaf 1987 treedt de overheid terug, of in ieder geval zijn er in toenemende mate geluiden te horen dat zij dat zou behoren te doen. In de praktijk is er echter sprake van leemlagen, waarbij de thuiszorg geïntegreerd is in zowel de verzuilde christen-democratische als de verstatelijkte sociaal-democratische infrastructuur, met het zwaartepunt in de loop van de zeventiger en tachtiger jaren op het laatste. Tegenwoordig is aan dat complexe geheel de leemlaag ‘marktwerking’ toegevoegd (zie verder Querido, 1973; Goudriaan, 1988; Jamin, 1999; Breedveld, 2003; Adrichem et al., doorlopende uitgave).
- 8 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 3.

Eindnoten bij de inleiding van boekdeel I, ‘Problemen’ (p. 24)

- 1 Handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 828.
- 2 Handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2330.
- 3 Handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2345.
- 4 Handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1044.
- 5 Handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4672; Ferdinand Clevers was destijds de directeur van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Jan Knipscheer was de directeur van Thuiszorg Rotterdam en Henk Tjassing was de voorzitter van de LVT.

Eindnoten bij hoofdstuk I, ‘Wachtlijsten’ (p. 25-48)

- 1 Groenewegen, P., Kerkstra, A. en Jansen, G., *Wachtlijsten in de thuiszorg*. Utrecht, NIVEL, 1993: Con-tekst.
- 2 Kamerstuk TK 1992-1993, 23235, nr. 1, p. 3.
- 3 Groenewegen, P., Kerkstra, A. en Jansen, G., *Wachtlijsten in de thuiszorg*. Utrecht, NIVEL, 1993, p. 47: Con-tekst.

- 4 Memorandum algemene ledenvergadering, 29-09-1992, p. 3.
- 5 Brief LVT aan de minister en staatssecretaris, 30-09-1992.
- 6 Blijkens bijvoorbeeld kamervragen van de vaste commissie voor de Volksgezondheid: kamerstuk TK 1992-1993, 23235, nr. 1, p. 3.
- 7 Brief LVT aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 21-04-1993, p. 1.
- 8 Brief LVT aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 21-04-1993, p. 2.
- 9 Brief LVT aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 21-04-1993, p. 2.
- 10 Kamerstuk TK 1993-1994, 23235, nr. 4, p. 13.
- 11 Kamerstuk TK 1992-1993, 23235, nr. 1, p. 1.
- 12 Kamerstuk TK 1992-1993, 23235, nr. 1, p. 1.
- 13 Kamerstuk TK 1993-1994, 23235, nr. 4, p. 8.
- 14 Reeds in december 1990 kaart de LVT dit bij het ministerie aan. Zie brief LVT aan haar leden, 20-02-1991.
- 15 Brief LVT aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 12-02-1993, p. 2.
- 16 Persbericht LVT, 28-09-1992.
- 17 Memorandum algemene ledenvergadering, 29-09-1992, p. 3.
- 18 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 23.
- 19 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 23.
- 20 Zie handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1087.
- 21 Jaarverslag 1995 LVT, p. 10; op 01-01-2000 is het NZI gefuseerd met StG Zorginformatie. De naam van de nieuwe instelling is Prismant.
- 22 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 24.
- 23 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 29.
- 24 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 23.
- 25 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24, p. 24.
- 26 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24. Overigens staat ook het thema 'voorrangzorg voor werknemers' met enige regelmaat op de publieke agenda. Immers, als gevolg van een aantal wijzigingen in de sociale zekerheid sinds 1993, met name de definitieve privatisering van de Ziektewet in 1996, zien werkgevers zich in toenemende mate met de kosten van verzuim van hun werknemers geconfronteerd, inclusief die in verband met de periode dat hun werknemers op een wachtlijst doorbrengen. Daarom zijn zij samen met verzekeraars op zoek gegaan naar mogelijkheden om deze wachtlijsten te omzeilen. Er heeft zich meer in het algemeen de vraag ontsponnen onder welke voorwaarden zulk een zoektocht rechtvaardig is. Echter, aangezien wachtlijstomzeiling voor 'wachtende werknemers' in de praktijk niet zozeer betrekking heeft op de thuiszorg, maar vooral op fysiotherapie, bedrijvenpoliklinieken en andere initiatieven binnen het medische circuit, versla ik het debat hierover niet. Ook het pertinente tegengeluid van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF), namelijk dat bevoordelingsconstructies voor kapitaalcrachtige werkgevers 'de werkelijke knelpunten in de zorg [verdoezelen]' (persbericht, 29-03-1996) en uitdrukkingsvormen zouden zijn van 'pure discriminatie' (persbericht, 23-01-1998) – licht ik hier niet verder toe.
- 27 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 3, p. 16.
- 28 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 3, p. 17.
- 29 Persbericht LVT, 01-11-1997.
- 30 Uitwerking enquête LVT door bureau Terp Advies, oktober 1997.
- 31 Persbericht LVT, 1-11-1997.
- 32 Persbericht LVT, 1-11-1997.
- 33 Consumentengids, augustus 1992.
- 34 CDA: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6577.

- 35 Kamerstuk TK 1997-1998, 23235, nr. 59, p. 4.
- 36 Kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nr. 64, p. 1.
- 37 Jaarverslag LVT 1998, p. 4.
- 38 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Plan van aanpak. Wachtlijsten in de verpleging & verzorging*. Den Haag, vws, 1999: Con-tekst.
- 39 Berekend op basis van brief LVT aan haar lidinstellingen, 08-07-1999.
- 40 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Plan van aanpak. Wachtlijsten in de verpleging & verzorging*. Den Haag, vws, 1999, p. 11: Con-tekst.
- 41 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Plan van aanpak. Wachtlijsten in de verpleging & verzorging*. Den Haag, vws, 1999, p. 11: Con-tekst.
- 42 Brief LVT aan haar lidinstellingen, 23-12-1999.
- 43 Stichting van de Arbeid, in ZN Journaal 2000, nr. 08.
- 44 Gezamenlijke brief Consumentenbond en NP/CF aan het Treekdirecteurenoverleg, 08-12-2000.
- 45 Brief Consumentenbond aan de minister, 26-07-2001.
- 46 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 38.
- 47 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Plan van aanpak. Wachtlijsten in de verpleging & verzorging*. Den Haag, vws, 1999, p. 8: Con-tekst.
- 48 Kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 4.
- 49 Kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 6.
- 50 Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens. Verpleging en verzorging. Taskforce aanpak wachtlijsten, 2001 (Peildatum: 15 mei 2000), tabel IV, bijlage 1, p. 4: Con-tekst.
- 51 Kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 19. Ondanks deze stijging van het aantal indicatieaanvragen zijn tussen mei 2000 en maart 2001 ook de wachtlijsten bij de RIO's gedaald, namelijk met 89 procent van 7.519 naar 820.
- 52 Reacties op de rapportages van maart 2002 (peildatum 1 oktober 2001), januari 2003 (peildatum 1 november 2002) en januari 2004 (peildatum 1 oktober 2003) vallen buiten het bestek van dit onderzoek, dat immers loopt tot en met 31 december 2001. Echter, aangezien de bij deze data behorende wachtlijstaantallen mede het gevolg zijn van het beleid dat tot en met 2001 is gevoerd, heb ik het van belang gevonden deze te vermelden. Hetzelfde gaat op voor de presentatie van sommige cijfers in de volgende hoofdstukken. Omwille van een zo informatief mogelijk, statistisch overzicht van de wachtlijst-, arbeidsmarkt-, imago- en kwaliteitsproblematiek presenteer ik telkens de best beschikbare, volledige cijferreeksen, ook als in de primaire bronnen naar slechts een deel hiervan wordt verwezen.
- 53 ZN Journaal 2001, nr. 33, p. 5.
- 54 Kamerstuk TK 1992-1993, 23235, nr. 1, p. 9.
- 55 Oprichtingssymposium STING, 12-03-1992.
- 56 Persbericht LVT, 17-10-1992.
- 57 Tot ergernis van STING; zie brief STING aan LVT, 23-02-1993; zie ook STING Nieuwsbrief, 2/93, p. 3.
- 58 Persbericht STING, 21-02-1993.
- 59 Brief STING aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 13-10-1993.
- 60 Persbericht AVVV, 19-09-2000.
- 61 Reactie AVVV op Zorgnota 2001, p. 3.
- 62 Persbericht AVVV, 10-12-2001.
- 63 Brief AVVV (LCVV) aan de deelnemers van een meerjarenoverleg, 10-12-2001.
- 64 Persbericht AVVV, 10-12-2001.
- 65 Notitie LOT, april 2000.
- 66 Notitie LOT, april 2000.

- 67 Reactie LOT op vws-nota 'Zorg Nabij', september 2001, p. 3; zie ook Pleitnota LOT, april 2000, p. 6.
- 68 Kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 53.
- 69 PriceWaterhouseCoopers NV en Berenschot BV, *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Appendix. Definitieve rapportage*. Utrecht, 1999, p. 10: Con-tekst.
- 70 PriceWaterhouseCoopers NV en Berenschot BV, *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage*. Utrecht, 1999, p. 15: Con-tekst.
- 71 Zorgverzekeraars Journaal, 31-03-1999.

Eindnoten bij hoofdstuk 2, 'Arbeidsschaarste' (p. 49-80)

- 1 Kamerstuk TK 1991-1992, 22300 xvi, nr. 44, p. 28.
- 2 Kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 89.
- 3 LVT Jaarverslag 1995, p. 36. Zie ook het tijdschrift voor gezinsverzorging, juli/augustus 1990, waarin STING schrijft dat in 1990 2/3 van de instellingen in de gezinsverzorging niet aan voldoende personeel kan komen.
- 4 LVT Jaarverslag 1995, p. 36 en LVT jaarverslag 1996, p. 32.
- 5 Evers, P. en Windt, W. van der, *Naar een veilige haven? RegioMarge verpleging en verzorging anno 1999, een arbeidsmarktverkenning*. Utrecht, AWO, AWOB en AWOZ, 1999: Con-tekst. Al in 1997 constateerde RegioMarge dat er 'snel knelpunten zouden kunnen gaan ontstaan voor de (thuis)zorgsector' (zie LVT Jaarverslag 1997, p. 27). De prognoses van RegioMarge gaan uit van ongewijzigd beleid.
- 6 Zie kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 3, p. B47: Con-tekst.
- 7 Afgeleid uit OSA (2002b, p. 40; 2003, p. 59) en kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 3, p. B47: Con-tekst.
- 8 Zie ook het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *De arbeidsmarkt in de collectieve sector. Investeren in mensen en kwaliteit. Bijlagen*. Den Haag, BZK, 2001, p. 21: Con-tekst.
- 9 Rapport van de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie-Werner), *In hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*. Rijswijk, juni 1991, p. 15: Con-tekst.
- 10 Rapport van de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie-Werner), *In hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*. Rijswijk, juni 1991, p. 26: Con-tekst.
- 11 STING, Algemene Ledenvergadering, 22-04-1993.
- 12 STING, jaarverslag 1993, p. 18.
- 13 Brief MEDE, het bureau voor organisatieontwikkeling dat het werkdruginstrument ontwikkelde, aan het Overleg Arbeidsvoorwaarden Thuiszorg (=LVT, AbvaKabo, CFO, NU'91 en de LAD ofwel Landelijke Vereniging Artsen in Dienstverband), 01-03-1996.
- 14 Brief MEDE, 01-03-1996, zie ook eindnoot 13.
- 15 Zie bijvoorbeeld projectvoorstel NU'91 'aanpak werkdruk in de thuiszorg' (NIA TNO werkdrukmethode), oktober 1998. NB: het kenniscentrum LCVV, dat met ingang van 01-01-2003 heeft plaatsgemaakt voor het Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV), richt zich op de ontwikkeling van de beroepen en de versterking van de invloed en positie van verpleegkundigen en verzorgenden. Vanwege deze missie én omdat de beroepsorganisatie AVVV de LCVV als haar voorloper beschouwt, behandel ik de LCVV in deze studie als ware het een beroepsorganisatie (zie ook bijlage I).
- 16 Nieuwsbrief NU'91, 07-10-1999.
- 17 Ledenmagazine NU'91, november 1999, p. 14.
- 18 Windt, W. van der, Calsbeek, H. en Hingstman, L., *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997: Con-tekst.

- 19 Windt, W. van der, Calsbeek, H. en Hingstman, L., *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997: Con-tekst.
- 20 De tijd die aan cliënten wordt besteed neemt dan ook af; krijgen zij in 1999 gemiddeld 3,3 uur zorg per week verleend, wat voor full-timers neerkomt op gemiddeld 12 cliënten per week, in 1989 was dat gemiddeld 5,1 uur per week, hetgeen neerkomt op ongeveer 8 cliënten per full-timer per week (Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 4, p. 109; zie ook Nieuwskrant AbvaKabo, oktober 1993).
- 21 LVT Jaarboek Thuiszorg, met betrekking tot de periode 1993-1998, p. 66; berekend op basis van tabel 4.3.1.
- 22 OSA, *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: Overzicht van de resultaten*. Den Haag, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 2001, p. 39: Con-tekst. Uit een peiling in 2001 van Van der Windt e.a. (2002, p. 81-82) blijkt dat 56 procent van de verzorgenden in de thuiszorg hun werk als te druk ervaart. Veertig procent beweert (zeer) vaak over te werken wegens drukte.
- 23 STING Nieuwsbrief, nr. 1, 1990.
- 24 STING Nieuwsbrief, nr. 2, 1993.
- 25 Brief STING aan LVT, 23-09-1993.
- 26 Brief STING aan directies en management van lidinstellingen van de LVT, 23-06-1993.
- 27 LVT Informatief, juni 1993, p. 11.
- 28 LVT Informatief, december 1992, p. 5.
- 29 STING Werkplan 1997, p. 5.
- 30 LVT Persbericht, 20-03-1995.
- 31 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 2, p. 14.
- 32 In de periode 1987-1991 waren thuiszorginstellingen nog niet geïntegreerd. Deze cijfers van de Bedrijfsvereniging Voor de Gezondheidszorg betreffen dan ook de gezinszorg, waarbij overigens het percentage uit 1990 is geëxtrapolleerd als gemiddelde van 1989 en 1991. Vanaf 1992 is ook het kruiswerk in figuur 2.2 opgenomen: de geïntegreerde verzuimgegevens van gezinszorg en kruiswerk worden vanaf dat jaar als één thuiszorgpercentage gepresenteerd.
- 33 Overleg Arbeidsvoorwaarden Thuiszorg, 16-09-1999.
- 34 LVT, jaarverslag 1995, jaarverslag 1996 en Jaarboek Thuiszorg 1998.
- 35 Grofweg betreft de categorie 'Totale Zorgsector' de geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, thuis-, verpleeg- en verzorgingshuiszorg. Echter, enigszins afhankelijk van de organisatie die de statistieken berekent, ordent en presenteert, worden additionele zorgvormen zoals bijvoorbeeld fysiotherapie, soms wel en soms niet tot deze categorie gerekend.
- 36 Overleg Arbeidsvoorwaarden Thuiszorg, 16-09-1999.
- 37 Sectorraad Zorg en Welzijn, *Brancherapport Thuiszorg. Concept eindrapport*, mei 2001, p. b.3: Con-tekst.
- 38 Brief LVT aan haar lidinstellingen, 06-10-2000; zie ook Kamerstuk TK 2002-2003, 28602, nrs. 1-2, p. 34-36: Con-tekst.
- 39 Centrale Raad voor Gezinsverzorging (CRG), inleidingen werkconferenties ziekteverzuim gezinsverzorging, november 1989.
- 40 OSA, *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: overzicht van de resultaten*. Den Haag, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 2001, p. 34: Con-tekst.
- 41 OSA, *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: overzicht van de resultaten*. Den Haag, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 2001, p. 36: Con-tekst.

- 42 Zie OSA, *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: overzicht van de resultaten*. Den Haag, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 2001, p. 38: Con-tekst.
- 43 Overleg Arbeidsvoorwaarden Thuiszorg, 16-09-1999.
- 44 Discussienota 'Werkbeleving in de wijkverpleging' CFO, 1988.
- 45 Infokrant AbvaKabo, november 1989.
- 46 Brief AbvaKabo aan haar leden Gezinszorg en Maatschappelijk Werk, 29-01-1992.
- 47 Infokrant AbvaKabo, november 1989.
- 48 Infokrant AbvaKabo, november 1989.
- 49 Infokrant AbvaKabo, november 1989.
- 50 NU'91, *De Nieuwe Unie na '91. Verleden, heden en toekomst; a neverending story*. Utrecht, september 1996, p. 11: Con-tekst.
- 51 Kamerstuk TK 1991-1992, 22300 XVI, nr. 44, p. 28; $f 7,5 = \text{€ } 3,4$, $f 10 = \text{€ } 4,5$, $f 4 = \text{€ } 1,8$, $f 12 = \text{€ } 5,5$, $f 18 = \text{€ } 8,2$ en $f 50 = \text{€ } 22,7$.
- 52 AbvaKabo Nieuwsbrief, 21-09-1992, $f 107 = \text{€ } 48,6$ en $f 407 = \text{€ } 185$.
- 53 Kamerstuk TK 1994-1995, 24171, nrs. 1-2, p. 42: Con-tekst.
- 54 Kamerstuk TK 1991-1992, 22300 XVI, nr. 113, p. 35: Con-tekst, alsmede Kamerstuk TK 1994-1995, 24171, nrs. 1-2, p. 30: Con-tekst; het betreft hier percentages met betrekking tot de gepremieerde en gesubsidieerde sector (G+G-sector). Volgens de Wet Arbeidsvoorwaardenontwikkeling Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector (WAGGS) werden de lonen tot 1 januari 1995 immers vastgesteld op basis van loonontwikkelingen in de *gezondheidszorg*. Op 1 januari 1995 is deze wet opgeheven: de loonberekeningen vinden nu plaats op basis van loonontwikkelingen in de *markt* (post-WAGGS).
- 55 Handelingen TK 1991-1992, nr. 42, p. 28: Con-tekst.
- 56 LVT Jaarboek Thuiszorg 1995, p. 17 en Jaarboek Thuiszorg 1998, p. 25.
- 57 Handelingen TK 1991-1992, nr. 42, p. 29: Con-tekst.
- 58 STING Jaarverslag 1992, p. 11.
- 59 Persbericht CFO, 21-09-1993.
- 60 AbvaKabo, Nieuwskrant Zorg- en Welzijnssector, oktober 1993.
- 61 Persbericht LVT, 21-09-1993.
- 62 Van der Windt e.a. (2002, p. 44) constateren – schijnbaar afwijkend van de gegevens van de LVT – dat het aantal werkzame verpleegkundigen/verzorgenden/helpenden van 1995 tot en met 2000 jaarlijks gemiddeld met 0,5 procent is gestegen. Het aantal alfa-hulpverleners nam volgens hen in deze periode jaarlijks met gemiddeld 3,8 procent toe. Als deze bevindingen worden gecombineerd met de constatering van de LVT dat het aantal (fulltime) bezette arbeidsplaatsen met 2,5 procent is gedaald, leidt dat tot de conclusie dat er 1) relatief weinig reguliere krachten zijn bijgekomen, die gemiddeld (veel) minder uren ofwel meer in deeltijd zijn gaan werken en dat er 2) relatief veel alfa-hulpverleners zijn bijgekomen, die gemiddeld (veel) meer uren zorg zijn gaan verlenen. De LVT-gegevens komen uit het LVT Jaarboek Thuiszorg 1998, berekend op basis van de tabellen 3.3.5, 4.3.1 en 4.3.3.
- 63 Persbericht LVT, 21-02-1996.
- 64 Kamerstuk TK 1996-1997, 23235, nr. 29, p. 2.
- 65 NU'91, Ledenblad nufo, 14-03-1996.
- 66 Persbericht LVT, 21-02-1996; zie ook LVT Bliksem-enquête inzake werkgelegenheid, 22-01-1996. In het kruiswerk vindt met name overheveling plaats van het eerste naar het tweede deskundigheidsniveau, wat erop neer komt dat taken die voorheen door werknemers in de functie 'wijkverpleegkundige' werden uitgevoerd meer en meer onder de ver-

- antwoordelijkheid van 'wijkziekenverzorgenden' vallen. NB: 4.000 personen komt in de thuiszorg overeen met 1.900 full-time arbeidsplaatsen.
- 67 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 1, p. 3.
- 68 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 1, p. 2.
- 69 In 2001 is er voor de thuiszorg ruim *f* 10 miljoen = € 4,5 miljoen beschikbaar. Dit komt neer op circa *f* 100 ofwel € 45 per medewerker (BTN, Brief aan haar leden, 16-07-2001); *f* 73 = € 33, *f* 8.000 = € 3.636, *f* 8 miljoen = € 3,6 miljoen.
- 70 Kamerstuk TK 1999-2000, 27127, nr. 40, p. 33.
- 71 Doorgaans is ongeveer 2/3 van het personeel in de zorgsector afkomstig uit opleidingen (osa, 2002a, p. 78). In de thuiszorg ligt dat percentage lager, hoewel betrouwbare, historische cijfers daarover niet beschikbaar zijn: in 1994 beschikte maar liefst driekwart van de gezinsverzorgers niet over een zorgopleiding (Commissie-Ermen, *Zorg voor Zorg*. Utrecht, LCVV, 1995, p. 30: Con-tekst).
- 72 Kamerstuk TK 1997-1998, 23235, nr. 57, p. 7; zie ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Zorgarbeid in de toekomst. Advies over de gevolgen van demografische ontwikkeling van vraag en aanbod zorg(arbeid)*. Den Haag/Zoetermeer, RVZ, april 1999, p. 42: Con-tekst.
- 73 Windt, W. van der, Calsbeek, H. en Hingstman, L., *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997: Con-tekst.
- 74 Brief LCVV aan minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 19-03-1998, p. 3; zie ook persbericht LCVV, 19-03-1998.
- 75 Ledenblad NU'91, november 1997, p. 7.
- 76 Ledenblad NU'91, november 1997, p. 7.
- 77 Handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1042.
- 78 Jaarverslag LVT 1998, p. 21.
- 79 LVT Jaarverslag 1996, p. 34.
- 80 LVT, Informatiefolder voor intermediairen. Een wegwijzer voor het werken in de thuiszorg, 1997, p. 7.
- 81 Jaarplan LVT, 01-11-2000, p. 15.
- 82 Informatiebrief STING, 30-01-1995.
- 83 Brief STING aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16-11-1998.
- 84 Brief STING aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 14-05-1999, p. 3.
- 85 Zie NU'91 'Contouren beroepsvoorwaardenbeleid 2002', 13-09-2001, p. 13. Het betreft met 'Hard Nodig' overigens een wervingscampagne voor de zorgsector in het algemeen.
- 86 Overleg Arbeidsvoorwaarden Thuiszorg, 16-09-1999, p. 11.
- 87 Overleg Arbeidsvoorwaarden Thuiszorg, 16-09-1999, p. 11.
- 88 Nota LVT 'Zorg Thuis', 09-06-2000, p. 37.
- 89 Deze redenering gaat volgens de LVT zeker ook op voor de aanwending van Melkert-banen in de zorg. Zie onder andere de LVT-brochure 'Het 40.000-banenplan', 1997, p. 4; zie verder de LVT-nota 'Zorg Thuis', 09-06-2000, p. 37 en het LVT-persbericht van 09-06-2000. De osa (2002a, p. 23) rapporteert dat in 2001 ongeveer 40 procent van alle In- en Doorstroombanen (I/D-banen) wordt gerealiseerd in de sector zorg en welzijn. Jaarlijks loopt het aantal I/D-banen in deze sector op, van 3.266 in 1995 tot maar liefst 18.715 in 2001.
- 90 Brief AVVV aan het Meerjarenoverleg Verpleging en Verzorging, 15-09-2000.
- 91 Notitie LCVV, 06-02-2001.
- 92 Bijlage bij persbericht LCVV, 18-12-2000.
- 93 Brief AVVV aan het Meerjarenoverleg Verpleging en Verzorging, 15-09-2000; zie ook bijvoorbeeld de AVVV-persberichten van 19-03-1998, 20-09-1999 en 12-05-2000.

- 94 Ledenblad NU'91, 2de jaargang, nr. 9, september 1992, p. 6.
- 95 Ledenblad NU'91, 2de jaargang, nr. 9, september 1992, p. 6.
- 96 Brief LVT aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 05-06-1997, p. 7.
- 97 Brief BTN aan haar lidinstellingen, 15-02-2001, p. 2.
- 98 Jaarplan 2001 LVT, 01-11-2000, p. 13.
- 99 Persbericht NU'91, 18-09-2000.
- 100 Persbericht AVVV, 18-09-2001; zie ook de uitgebreide reactie 'Prof's met 'n hart' van de AVVV op de Zorgnota 2002, oktober 2001; f 10 miljoen = € 4,5 miljoen.
- 101 Persbericht AVVV, 18-09-2001; zie ook de uitgebreide reactie 'Prof's met 'n hart' van de AVVV op de Zorgnota 2002, oktober 2001.
- 102 Persbericht STING, 19-09-2000.
- 103 Persbericht NU'91, 18-09-2001.
- 104 Brief STING aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16-11-1998, p. 2.
- 105 Persbericht NU'91, 18-09-2001.
- 106 Nieuwsbrief NU'91, 07-10-1999.
- 107 Persbericht AVVV, 10-12-2001.
- 108 Brief STING aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16-11-1998, p. 2.
- 109 LVT Jaarboek Thuiszorg 1998, p. 33.
- 110 Vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport: kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 89.
- 111 Zie bijvoorbeeld OSA, *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: overzicht van de resultaten*. Den Haag, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 2001, p. 39 en p. 45: Con-tekst. Voor alle duidelijkheid: van 1990 tot en met 1993 – de periode van de BAZ-impuls – lag de contractloonstijging wél boven inflatieniveau.
- 112 f 103 miljoen = € 46,8 miljoen.
- 113 Handelingen TK 1999-2000, nr. 14, p. 917.
- 114 Kamerstuk TK 1999-2000, 23235, nr. 67; f 34,2 miljoen = € 15,5 miljoen; f 46,3 miljoen = € 21,0 miljoen.

Eindnoten bij hoofdstuk 3, 'Imago' (p. 81-101)

- 1 Verslag STING, brieven beroepsbeoefenaren aan politici, 1996, p. 5; f 16,25 = € 7,39.
- 2 Verslag STING, brieven beroepsbeoefenaren aan politici, 1996, p. 3.
- 3 Verslag STING, brieven beroepsbeoefenaren aan politici, 1996, p. 3-4.
- 4 Verslag STING, brieven beroepsbeoefenaren aan politici, 1996, p. 24.
- 5 Verslag STING, brieven beroepsbeoefenaren aan politici, 1996, p. 24.
- 6 Zie ook kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 1.
- 7 Interview STING, 03-03-1994, p. 7.
- 8 Brochure STING, Betrokken bij Beleid, 1995, p. 11.
- 9 Interview STING, 03-03-1994, p. 7.
- 10 STING, verslag openbaar debat, 11-06-1993, p. 22.
- 11 Zie onder andere de brief van STING aan de staatssecretaris van vws, 15-12-1998 en de notitie Beeldvorming Verpleging en Verzorging van de LCVV, februari 1999.
- 12 STOOM, Thuiszorg in aanzien: het in- en externe imago van de thuiszorg onderzocht, oktober 2000.
- 13 Persbericht LVT, 17-11-2000.

- 14 STOOM, Thuiszorg in aanzien: het in- en externe imago van de thuiszorg onderzocht, oktober 2000, p. v.
- 15 LCVV, inleiding bij de studie 'Beeldvorming Verpleging en Verzorging', maart 1999.
- 16 Brochure STING, Het beeld van verzorging binnenstebuiten, september 1999, p. 7.
- 17 Brochure STING, Het beeld van verzorging binnenstebuiten, september 1999, p. 7.
- 18 In: brochure STING, Het beeld van verzorging binnenstebuiten, september 1999, p. 7; zie ook Vulto en Morée (1996, p. 20-24). NB: het woordje 'zij' functioneert in deze zin niet als persoonlijk voornaamwoord, maar als (ouderwetse) persoonsvorm van het werkwoord 'zijn'.
- 19 Persbericht STING, 13-11-1998.
- 20 Brief STING aan de staatssecretaris van vws, 15-12-1998, p. 2.
- 21 Brief STING aan de staatssecretaris van vws, 15-12-1998, p. 2.
- 22 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 34.
- 23 Handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 845.
- 24 Persbericht ZN, 17-02-2000; 25.000 gulden komt overeen met 11.364 euro.
- 25 Minister: kamerstuk TK 1999-2000, 27127, nr. 40, p. 34.
- 26 Kamerstuk TK 1999-2000, 27127, nr. 40, p. 6.
- 27 Nieuwsbrief NU'91, 25-02-1999, p. 1.
- 28 Nieuwsbrief NU'91, 02-12-1999, p. 1.
- 29 Interview NU'91 in Tijdschrift Voor Verpleegkundigen, nr. 9, 2001, p. 267 (archief NU'91).
- 30 Kamerstuk TK 2000-2001, 27400 xvi, nr. 88, p. 6.
- 31 Kamerstuk TK 2000-2001, 27400 xvi, nr. 88, p. 6.
- 32 Handelingen TK 1999-2000, nr. 15, p. 1063.
- 33 Handelingen TK 1999-2000, nr. 15, p. 1063.
- 34 Kamerstuk TK 2000-2001, 27400 xvi, nr. 88, p. 6, p. 14.
- 35 Brief aan de LVT, 18-12-1992, p. 1.
- 36 Rapport van de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie-Werner), *In hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*. Rijswijk, juni 1991: Con-tekst.
- 37 Kamerstuk TK 1991-1992, 22300 xvi, nr. 113, p. 5: Con-tekst.
- 38 Ledenblad NU'91, april 1992, p. 2.
- 39 Persbericht STING, 10-04-1992, p. 1.
- 40 Persbericht AVVV, 11-05-2000, p. 2.
- 41 Persbericht AVVV, 11-05-2000, p. 2.
- 42 Persbericht STING, 10-04-1992.
- 43 Ledenblad NU'91, april 1992, p. 2.
- 44 Ledenblad NU'91, april 1992, p. 2.
- 45 Persbericht AVVV, 11-05-2000, p. 2.
- 46 Commissie Verzorging (Commissie-Ermen), *Zorg voor Zorg*. Utrecht, LCVV, 1995: Con-tekst.
- 47 Brief STING aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, 02-05-1996, p. 2.
- 48 Brief STING aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, 02-05-1996, p. 2.
- 49 Informatieblad NU'91, 27-06-1995.
- 50 Kamerstuk TK 2000-2001, 27400 xvi, nr. 88, p. 2.
- 51 Zie persberichten LVT, 31-05-1991, 01-07-1992, 02-12-1994 en jaarverslagen LVT 1995 tot en met 2002.
- 52 Nieuwsbrief STING, 1990, jrg. 1, nr. 1, p. 2; $f\ 500 = \text{€ } 227$; het exacte bedrag van $f\ 500$ is gebaseerd op het onderzoek uit 1990.

- 53 Infokrant AbvaKabo, februari 1992, p. 3. Deze percentages zijn gebaseerd op het onderzoek in 1990. In 1985 kwamen de functiewaarderingsonderzoekers tot een vergelijkbare slotsom.
- 54 Brief LVT aan haar leden, 20-02-1991; *f* 250 = € 114.
- 55 Infokrant AbvaKabo, februari 1992, p. 2. Deze 50 miljoen gulden (= 22,7 miljoen euro) wordt verspreid over 1991, 1992, 1993 en 1994.
- 56 Nieuwsbrief AbvaKabo, 28-06-1996. Dit betekent dat de functies A, C, D en E er twee periodieken bij krijgen en de functie B drie. Dit op het moment dat werknemers op hun maximum zitten. Overigens was in het kader van de CAO-thuiszorg 1994-1995 reeds eerder een verhoging van de B-schaal geregeld. Dit los van de afgesproken 'algemene' nullijn in 1994 en 1995 (Brief AbvaKabo aan haar leden, 26-10-1994). NB: anno 2000 ligt het aanvangssalaris van verzorgenden B-D op 1.268 euro ofwel *f* 2.789. Het aanvangssalaris van respectievelijk politieagenten, onderwijzers, artsen en apothekers is € 1.420, € 1.827, € 2.459 en € 2.696 ofwel *f* 3.124, *f* 4.020, *f* 5.410 en *f* 5.932 (AVVV, Vergelijkend salarisonderzoek collectieve sector 2000, geen datum, p. 1).
- 57 STING in Maandblad voor Gezinsverzorging, juli/augustus 1991, p. 19.
- 58 Ledenblad NU'91, april 1992, p. 2.
- 59 Ledenblad NU'91, juni 1999, p. 13. Overigens zijn bij het afsluiten van de CAO-thuiszorg 2001-2002 afspraken gemaakt over ingebruikname van een aangepaste functiewaarderingssystematiek in 2003 (FWG 3.0 in jargon). Waar dit in de praktijk precies toe leidt, moet toekomstig onderzoek nader uitwijzen. Als eerste stap is in 2001 alvast een extra loonsverhoging van 1,5 procent ingevoerd (Nieuwsbrief AbvaKabo, 21-05-2001, p. 1).
- 60 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 12.
- 61 Kamerstuk TK 1996-1997, 23235, nr. 28, p. 7.
- 62 Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *De arbeidsmarkt in de collectieve sector. Investeren in mensen en kwaliteit: bijlagen*. Den Haag, BZK, 2001: Con-tekst.

Eindnoten bij hoofdstuk 4, 'Kwaliteit' (p. 103-122)

- 1 KIEN, Handboek kwaliteitsbeoordeling in de thuiszorg, mei 2000, p. 41.
- 2 Nieuwsbrief programmacommissie 'Kwaliteitsontwikkeling Beroepsgroepen v&cv', oktober 2001, jrg. 1, nr. 1.
- 3 KIEN, Handboek kwaliteitsbeoordeling in de thuiszorg, mei 2000, p. 41.
- 4 Jaarverslag LVT 1997, p. 18.
- 5 ZN Journaal, 2001, nr. 10, p. 4.
- 6 Pers-interview STING, 02-03-1993.
- 7 Kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nr. 64, p. 2.
- 8 In: ZN Journaal, 2001, nr. 41, p. 5.
- 9 Kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nr. 64, p. 9. Zo wordt de binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschikbare menskracht voor de thuiszorg uitgebreid.
- 10 In: ZN Journaal, 2001, nr. 41, p. 5.
- 11 Studiedagverslag 'Met het oog op kwaliteit' NP/CF, 20-04-1993, p. 13.
- 12 Studiedagverslag 'Met het oog op kwaliteit' NP/CF, 20-04-1993, p. 13.
- 13 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Kwaliteitsbeleid zorgsector. Evaluatie 1990-1995 en Leidschendamafspraken 1995-2000*. Zoetermeer, NRV, 1995, p. 19: Con-tekst. Een vooruitgang ten opzichte van 1993 is dat inmiddels bij ruim 10 procent van 1.134 onderzochte zorginstellingen kwaliteitszorg een vast onderdeel van de bedrijfsvoering vormt. Daarnaast is intussen een ruime meerderheid bezig met de invoering van kwaliteitsbewaking via experimenten of projecten.

- 14 Bennema-Broos, M., Sluijs, E. en Wagner, C., *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht, NIVEL, april 2000, p. 9: Con-tekst.
- 15 Wagner, C., Stoop, A., Temmink, D. en Bakker, D. de, *Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997, p. 159: Con-tekst.
- 16 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorg van betekenis. Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst*. Den Haag, vws, mei 2000, p. 4: Con-tekst.
- 17 Bennema-Broos, M., Sluijs, E. en Wagner, C., *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht, NIVEL, april 2000, p. 9: Con-tekst.
- 18 Wagner, C., Stoop, A., Temmink, D. en Bakker, D. de, *Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997, p. 159: Con-tekst.
- 19 Wagner, C., Stoop, A., Temmink, D. en Bakker, D. de, *Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997, p. 159: Con-tekst.
- 20 Wagner, C., Stoop, A., Temmink, D. en Bakker, D. de, *Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997, p. 159: Con-tekst.
- 21 Reactie LCVV op onder andere het RVZ-rapport 'Professionals in de gezondheidszorg', juni 2000, p. 2.
- 22 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorg van betekenis. Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst*. Den Haag, vws, mei 2000: Con-tekst.
- 23 Harteloh, P., *Kwaliteit van zorg. Concepten en methoden. Een literatuuronderzoek in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur: Project "Methoden van kwaliteitsmeting in de gezondheidszorg" nr. QA 8916/CRO 29251*, 1990, p. 16: Con-tekst.
- 24 Programma en leidraad vervolgconferentie 'kwaliteit van zorg', Leidschendam, 14-06-1990, bijlage II.
- 25 Werkdocumenten conferentie 'kwaliteit van zorg', Leidschendam, 06-04-1989, p. 6.
- 26 Kamerstuk TK 1990-1991, 22113, nr. 2: Con-tekst.
- 27 Gezamenlijke brief Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LP/CP) en Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LODEP) aan de leden van de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, 26-11-1991, p. 1.
- 28 Gezamenlijke brief Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LP/CP) en Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LODEP) aan de leden van de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, 26-11-1991, bijlage, p. 1.
- 29 Gezamenlijke brief Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LP/CP) en Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LODEP) aan de leden van de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, 26-11-1991, p. 1.
- 30 Gezamenlijke brief Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LP/CP) en Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LODEP) aan de leden van de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, 26-11-1991, p. 1.
- 31 Gezamenlijke brief Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LP/CP) en Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LODEP) aan de leden van de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, 26-11-1991, p. 1.
- 32 Gezamenlijke brief Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LP/CP) en Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LODEP) aan de leden van de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, 26-11-1991, p. 1.
- 33 Gezamenlijke brief Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LP/CP) en Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms (LODEP) aan de leden van de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, 26-11-1991, bijlage, p. 5.

- 34 Beleidsnotitie NP/CF 1996-2000, Met het oog op een samenhangend kwaliteitsbeleid, 1996, p. 17.
- 35 Beleidsnotitie NP/CF 1996-2000, Met het oog op een samenhangend kwaliteitsbeleid, 1996, p. 17.
- 36 Werkdocumenten conferentie 'kwaliteit van zorg', Leidschendam, 06-04-1989, p. 4.
- 37 Nationale Kruisvereniging, Kwaliteitsbewaking in de wijkverpleging, april 1989.
- 38 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorg van betekenis. Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst*. Den Haag, vws, mei 2000, p. 14: Con-tekst.
- 39 Kwaliteitseisen LVT, juli 2001, p. 5.
- 40 LVT Kwaliteitseisen 2000, juli 2001, p. 5.
- 41 Jaarverslag LVT 1996, p. 11-12.
- 42 Het betreft een groot aantal thema's, die hier vanwege de overzichtelijkheid niet verder worden gepresenteerd.
- 43 LVT Kwaliteitseisen 2000, juli 2001, p. 4.
- 44 BTN, Samenvatting inductiecertificering, 13-09-2001, p. 1.
- 45 Bennema-Broos, M., Sluijs, E. en Wagner, C., *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht, NIVEL, april 2000, p. 10: Con-tekst.
- 46 Persbericht AVVV, 17-05-2000.
- 47 Persbericht AVVV, 17-05-2000.
- 48 Commissie Kwaliteit VVVM, Kwaliteitskader, 20-05-1997, p. 9. Gedeeltelijk geldt volgens de VVVM overigens hetzelfde voor de toetsingscriteria van de LVT.
- 49 STING/NIZW, Basisdocument. Een dringend beroep. Vereisten voor een goede beroepsuitoefening in de thuisverzorging, oktober 1996. Ook een aantal STING-brochures dat buiten mijn dataverzameling valt, verschaft een uitgebreid overzicht van de visie van helpenden en verzorgenden op kwaliteit, zoals 'Werken aan kwaliteit' (februari 2002) en 'Kijk op kwaliteit' (maart 2002).
- 50 STING/NIZW, Basisdocument. Een dringend beroep. Vereisten voor een goede beroepsuitoefening in de thuisverzorging, oktober 1996.
- 51 STING/NIZW, Basisdocument. Een dringend beroep. Vereisten voor een goede beroepsuitoefening in de thuisverzorging, oktober 1996, p. 44.
- 52 Beleidsnotitie NP/CF 1996-2000, Met het oog op een samenhangend kwaliteitsbeleid, 1996, p. 3.
- 53 Studiedagverslag 'Met het oog op kwaliteit' NP/CF, 20-04-1993, p. 7; Boeijs e.a. (1997, p. 58); Visser (1996).
- 54 In opdracht van de Stichting Cliënt en Kwaliteit: NIVEL, Secundaire analyse 'cliëntenraadpleging thuiszorginstellingen'; kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief, februari 2000, p. 3.
- 55 Beleidsnotitie NP/CF 1996-2000, Met het oog op een samenhangend kwaliteitsbeleid, 1996, p. 4.
- 56 NP/CF, De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Overzicht en analyse van criteria, juni 1995, p. 1.
- 57 NP/CF, Algemene kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief, mei 1996, p. 5.
- 58 NP/CF, Algemene kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief, mei 1996, p. 5.
- 59 Algemene kwaliteitscriteria NP/CF, mei 1996.
- 60 PriceWaterhouseCoopers NV en NIVEL, *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport*. Almere/Utrecht, 2002: Con-tekst. Zie ook KIEN, Handboek kwaliteitsbeoordeling in de thuiszorg, mei 2000.
- 61 In opdracht van de Stichting Cliënt en Kwaliteit: NIVEL, Secundaire analyse 'cliëntenraadpleging thuiszorginstellingen'; kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief, februari 2000, p. 4: Con-tekst.
- 62 PriceWaterhouseCoopers NV en Berenschot BV, *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage*. Utrecht, 1999, p. 76-86: Con-tekst. Zie ook PriceWaterhouseCoopers NV en NIVEL, *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport*. Almere/Utrecht, 2002, p. 60: Con-tekst. In totaal zijn er 48.558

- enquêtes verzonden in 1998 en 56.094 in 2001; de bruikbare respons komt neer op 35,7 procent in 1998 en 46,5 procent in 2001.
- 63 Beleidsnotitie NP/CF 1996-2000, Met het oog op een samenhangend kwaliteitsbeleid, 1996, p. 9.
- 64 PriceWaterhouseCoopers NV en NIVEL, *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport*. Almere/Utrecht, 2002, p. 65: Con-tekst.
- 65 PriceWaterhouseCoopers NV en NIVEL, *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport*. Almere/Utrecht, 2002, p. 64: Con-tekst.
- 66 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorg van betekenis. Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst*. Den Haag, vws, mei 2000, p. 43: Con-tekst.
- 67 PriceWaterhouseCoopers NV en Berenschot BV, *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage*. Utrecht, 1999, p. 38: Con-tekst.
- 68 PriceWaterhouseCoopers NV en Berenschot BV, *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage*. Utrecht, 1999, p. 38: Con-tekst.
- 69 PriceWaterhouseCoopers NV en NIVEL, *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport*. Almere/Utrecht, 2002, p. 55: Con-tekst.
- 70 Verklaring NP/CF en LVT betreffende financiering kwaliteitsbeleid, ten behoeve van Bijeenkomst Leidschendampartners, maart 1996, p. 1.
- 71 KIEN, Handboek kwaliteitsbeoordeling in de thuiszorg, mei 2000, p. 40.
- 72 Gezamenlijk werkplan NP/CF en LVT voor het jaar 1996, p. 2.
- 73 KIEN, Handboek kwaliteitsbeoordeling in de thuiszorg, mei 2000, p. 42.
- 74 ZN, Rapport 'Zorgkantoren: vernieuwing in de uitvoering van de AWBZ', oktober 1997, p. 13.
- 75 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Kwaliteitsbeleid zorgsector. Evaluatie 1990-1995 en Leidschendamafspraken 1995-2000*. Zoetermeer, NRV, 1995, bijlage II, p. 12: Con-tekst.
- 76 ZN, Gedragscode van de zorgverzekeraar, december 1997, p. 3. Zie ook de tien kwaliteitscriteria die voorzitter Wiegel tijdens een conferentie in 1997 presenteert, *Zorgverzekeraars Journaal*, 13-02-1997, p. 1-3.
- 77 *NRC Handelsblad*, 09-12-1997 (Uit archief ZN).
- 78 *NRC Handelsblad*, 09-12-1997 (Uit archief ZN).
- 79 Code Goed Zorgverzekeraarschap, december 1997.
- 80 Convenant NP/CF-LVT, juni 1996.
- 81 Onderzoek NP/CF-LCVV, Kwaliteit van verpleging/verzorging vanuit gebruikersperspectief, november 1997.
- 82 LVT Jaarverslag 1997, p. 21.
- 83 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorg van betekenis. Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst*. Den Haag, vws, mei 2000, p. 31: Con-tekst.

Eindnoot bij hoofdstuk 6, 'Politieke, economische, familiale en professionele zorglogica' (p. 137-176)

- 1 Historisch gezien is de ontwikkeling van het managementisme te schetsen aan de hand van een aantal etappes, waarvan het bedrijfsmanagementisme aan het begin van de industriële revolutie de eerste vormt. Binnen bedrijven voltrekt zich in die periode een splitsing tussen de eigenaar ervan en de organisator van het productieproces ofwel tussen degene die het bedrijf bezit en er controle over uitoefent. Waren deze twee belangen in de vroeg-kapitalistische fase nog binnen de persoon van de eigenaar van de corporatie verenigt, met de opkomst van een nieuwe sociaal-economische klasse van

managers komt daar verandering in. 'The position of the owner has been reduced to that of having a set of legal and factual interests in the enterprise while the group which we have called control, are in the position of having legal and factual powers over it' (Berle en Means, 1991 [1932], p. 113). Vanaf de Eerste Wereldoorlog breidt de oorspronkelijke invloedssfeer van de bedrijfsmanagers zich uit naar de publieke sector. Niet alleen binnen commerciële bedrijven, maar ook binnen sommige non-profitorganisaties en overheidsinstellingen krijgt het management de touwtjes in handen. Burnham spreekt in 1941 van een *managerial revolution*, waarmee hij doelt op de verschuiving 'from the type of society which we have called capitalist or bourgeois to a type of society which we shall call *managerial*. (...) The managers will exercise their control over the instruments of production and gain preference in the distribution of the products, not directly, through property rights vested in them as individuals, but indirectly, through their control of the state which in turn will own and control the instruments of production. The state – that is, the institutions which comprise the state – will, if we wish to put it that way, be the "property" of the managers' (Burnham, 1941, p. 71-72). Toch wordt de hantering van managementprincipes in de publieke sector pas sinds de herstructurering van de naoorlogse verzorgingsstaat tot gemeengoed gemaakt. Ook al bestond het publieke management al sinds ongeveer 1920 in *sommige* delen van de publieke sector, '[f]rom the early 1980s onwards, calls for managerialization, marketization and liberalization have become widespread and forceful (Exworthy en Halford, 1999, p. 5). De Vries (2002) constateert dat het managementisme zelfs heeft geleid tot een nieuwe taal: 'de politicus werd manager, de ambtenaar publiek ondernemer en de staat een BV. Deze taal die bol staat van de gecondenseerde symbolen speelt een grote rol bij de omvorming van de verzorgingsstaat naar de managementstaat' (p. 23-24).

Eindnoten bij hoofdstuk 7, 'Methode van dataverzameling en -analyse' (p. 177-204)

- 1 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6568.
- 2 Opvallend genoeg kampen nagenoeg alle Europese landen met schaarste in de zorg, mede als gevolg van een door de vergrijzing toenemende zorgvraag (Bettio en Prechal, 1998). In België komt tien procent van de nieuwe klanten voor gezinsverzorging op een wachtlijst; in Duitsland is hulp 's nachts en in het weekeinde moeilijk verkrijgbaar; in Denemarken zijn er geen wachtlijsten, maar schiet de zorg niettemin op onderdelen te kort et cetera (25351, nr. 2, p. 34-37). Bovendien bestaat er in de meeste landen de neiging deze situatie middels – vormen van – privatisering te keren. Spanje, Engeland, Portugal, maar ook andere landen kennen particuliere systemen die parallel aan, aanvullend op of vermengd met het collectief gefinancierde systeem is ontstaan (Collaris en Bakker, 1994; Jamieson, 1991).

Eindnoten bij hoofdstuk 8, 'Marktbaarheid' (p. 207-242)

- 1 Kamerstuk TK 1991-1992, 22300 xvi, nr. 44, p. 6.
- 2 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 2.
- 3 LVT, Notitie 'particuliere bureaus', 22-01-1992.
- 4 Minkman, M. en Van Asselt, E. (1997), *Een kwalitatieve Beschrijving van de Arbeidsmarkt in de Commerciële Zorgsector*. Opgesteld door de Stichting voor Economisch Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek: Con-tekst.
- 5 Minkman, M. en Van Asselt, E. (1997), *Een kwalitatieve Beschrijving van de Arbeidsmarkt in de Commerciële Zorgsector*. Opgesteld door de Stichting voor Economisch Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, p. 1: Con-tekst.

- 6 Handelingen TK 1999-2000, nr. 14, p. 919.
- 7 Handelingen TK 1999-2000, nr. 14, p. 918.
- 8 Caris-Verhallen, W.M.C.M., Miltenburg, I.A. en Kerkstra, A. (1997), *Aard en Omvang van Particuliere Thuiszorgaanbieders in Nederland*. Onderzoek in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, p. 9: Con-tekst.
- 9 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 1, p. 1.
- 10 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 11, p. 3.
- 11 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 11, p. 3.
- 12 Caris-Verhallen, W.M.C.M., Miltenburg, I.A. en Kerkstra, A. (1997), *Aard en Omvang van Particuliere Thuiszorgaanbieders in Nederland*. Onderzoek in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, p. 49: Con-tekst.
- 13 Caris-Verhallen, W.M.C.M., Miltenburg, I.A. en Kerkstra, A. (1997), *Aard en Omvang van Particuliere Thuiszorgaanbieders in Nederland*. Onderzoek in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, p. 47: Con-tekst. Zie ook volgend hoofdstuk.
- 14 Caris-Verhallen, W.M.C.M., Miltenburg, I.A. en Kerkstra, A. (1997), *Aard en Omvang van Particuliere Thuiszorgaanbieders in Nederland*. Onderzoek in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, p. 49: Con-tekst.
- 15 Minkman, M. en Van Asselt, E. (1997), *Een kwalitatieve Beschrijving van de Arbeidsmarkt in de Commerciële Zorgsector*. Opgesteld door de Stichting voor Economisch Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, p. 1: Con-tekst.
- 16 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 11, p. 4.
- 17 Commissie Onderzoek besluitvorming volksgezondheid (commissie-Willems): kamerstuk TK 1993-1994, 23666, nr. 2, p. 58: Con-tekst.
- 18 Ledenmagazine ZN, mei 1990, p. 13 (*f* 63 = € 28,6; *f* 49 = € 22,3).
- 19 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6574.
- 20 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 10.
- 21 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 2.
- 22 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 1-2.
- 23 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6597-6600.
- 24 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6597-6600.
- 25 Brief LVT aan de VVD-fractie, waarin de LVT terugkijkt op de periode van ongelijke concurrentie tussen 1994 en 1996: 09-10-1997, p. 2.
- 26 Scenario-nota LVT, 08-02-1995, p. 15.
- 27 Persbericht LVT, 21-02-1996, p. 1.
- 28 Manifest Maatschappelijke Thuiszorg, 07-04-1995, p. 8.
- 29 Brief LVT aan de VVD-fractie, 09-10-1997, p. 2.
- 30 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6572.
- 31 Persbericht LVT, 17-04-1997, p. 1.
- 32 Persbericht LVT, 17-04-1997, p. 1.
- 33 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 22.
- 34 Handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4693 (20 maart 1997).
- 35 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 1.
- 36 Notitie COTG (tegenwoordig: CTG), 'Bestuurlijke aandachtspunten voor de thuiszorg in 1997', 12-06-1996, p. 2: Con-tekst.
- 37 Notitie COTG (tegenwoordig: CTG), 'Bestuurlijke aandachtspunten voor de thuiszorg in 1997', 12-06-1996, p. 4: Con-tekst.

- 38 vvd: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6576.
- 39 PvdA: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6574.
- 40 D66: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6571.
- 41 RPF: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6581.
- 42 Unie 55+: handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6580.
- 43 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6576.
- 44 Brief LVT aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 05-06-1997, p. 8.
- 45 ZN-publicatie (2001), *Convergerende belangen. Belangenbehartiging van de zorgverzekeraars in historisch perspectief 1900-2001*, juli 2001, p. 338: Con-tekst.
- 46 Discussie-notitie ZN, 11-06-1997, p. 2.
- 47 Discussie-notitie ZN, 11-06-1997, p. 2.
- 48 Brief LVT aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 05-06-1997, p. 1.
- 49 Brief LVT aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 05-06-1997, p. 2.
- 50 Zorgverzekeraars Journaal, nr. 42, 17-10-1997, p. 2.
- 51 Zorgverzekeraars Journaal, nr. 42, 17-10-1997, p. 2.
- 52 CDA: kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 7.
- 53 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 6.
- 54 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6574.
- 55 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6569.
- 56 Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6597 (19 juni 1997).
- 57 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 2, p. 25.
- 58 Kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303, p. 97.
- 59 Interview in 'Zorg en Welzijn', 17-10-1997, p. 6.
- 60 Notitie NPCF, 17-11-1998, p. 1.
- 61 ZN, Jaarbericht 1999, p. 23.
- 62 Handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 855.
- 63 Kamerstuk TK 2000-2001, 27402, nr. 2, p. 7.
- 64 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 4, p. 125.
- 65 Persbericht LVT, 16-09-1997, p. 1.
- 66 Persbericht LVT en vws, 25-09-1997, p. 2.
- 67 Doelmatigheidsonderzoek Bakkenist Management Consultants, september 1997, p. 30.
- 68 Brief LVT aan de vvd-fractie, 09-10-1997, p. 2.
- 69 Persbericht ZN, LVT en BTN, 03-02-2000, p. 1.
- 70 Persbericht ZN, LVT en BTN, 03-02-2000, p. 1.
- 71 ZN Journaal, nr. 16, 13-04-2000, p. 7.
- 72 Brief LVT aan haar lidinstellingen, 07-11-2000, p. 1.
- 73 Kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 5-6.
- 74 Kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 4.
- 75 Kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1, p. 6.
- 76 Brief LVT aan haar lidinstellingen, 07-11-2000, p. 2.
- 77 Bespreking Kamerdebat in ZN Journaal, nr. 48, 30-11-2000, p. 2.
- 78 Bespreking Kamerdebat in ZN Journaal, nr. 48, 30-11-2000, p. 2.
- 79 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 11.
- 80 Persbericht BTN, 16-11-2000, p. 1.

- 81 VVD: handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2335.
- 82 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 11.
- 83 VVD: handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2335.
- 84 BTN, Reactie op beleidsvisie LVT, juli 2000, p. 2.
- 85 BTN, Werkplan 2001-2002, mei 2001, p. 3.
- 86 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 38.
- 87 Nota LVT, 09-06-2000, p. 20.
- 88 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 11.
- 89 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 11.
- 90 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 11.
- 91 Brief BTN aan het ministerie van vws, 20-04-2000, p. 1.
- 92 Persbericht BTN, 10-04-2001, p. 1.
- 93 Persbericht BTN, 10-04-2001, p. 1; een jaar eerder sprak BTN overigens nog afwisselend van ongeveer 20, 25 of 30 procent.
- 94 Handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1054.
- 95 Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 14, p. 1, p. 27.
- 96 Jaarplan LVT 2001, p. 22.
- 97 Kamerstuk TK 1999-2000, 27113, nr. 5, p. 5.
- 98 Handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4485.
- 99 Handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4490.
- 100 Handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2342.
- 101 Handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 103.
- 102 Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8, p. 26.
- 103 Brief NPCF en anderen aan het ministerie van vws, 03-05-2000.
- 104 ZN Jaarbericht 1999, p. 23.
- 105 BTN, werkplan 2001-2002, p. 4.

Eindnoten bij hoofdstuk 9, 'Keerzijde van marktbaarheid' (p. 243-267)

- 1 Oprichtingssymposium STING, 12-03-1992, p. 1-2.
- 2 STING Nieuwsbrief, nr. 1, 1990.
- 3 STING Nieuwsbrief, nr. 2, 1993.
- 4 Brief STING aan LVT, 23-09-1993.
- 5 Interview met STING in Utrechts Nieuwsblad, 02-03-1993, p. 18.
- 6 Ledenmagazine NU'91, juni 1996, p. 21.
- 7 Scenario-nota LVT, 08-02-1995; zie ook brief STING aan de ondernemingsraden, contactpersonen, leden en andere betrokkenen, maart 1995, p. 1.
- 8 NU'91, Ledenblad nufo, 14-03-1996.
- 9 Zie STING-verslag 'brieven beroepsbeoefenaren aan politici', 1996.
- 10 Brief STING aan AbvaKabo, 28-04-1994.
- 11 Caris-Verhallen, W.M.C.M., Miltenburg, I.A. en Kerkstra, A., *Aard en Omvang van Particuliere Thuiszorgaanbieders in Nederland*. Onderzoek in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht, NIVEL, 1997, p. 49: Con-tekst.

- 12 Zie bijvoorbeeld persbericht NU'91, 15-12-1994 en brief LVT aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 23-04-1996, p. 4.
- 13 Persbericht LVT, 21-02-1996.
- 14 Persbericht LVT, 21-02-1996; zie ook LVT Bliksem-enquête inzake werkgelegenheid, 22-01-1996. In het kruiswerk vindt met name overheveling plaats van het eerste naar het tweede deskundigheidsniveau, wat er op neer komt dat taken die voorheen door werknemers in de functie 'wijkverpleegkundige' werden uitgevoerd meer en meer onder de verantwoordelijkheid van 'wijkziekenverzorgenden' vallen. NB: 4.000 personen komt in de thuiszorg overeen met 1.900 full-time arbeidsplaatsen.
- 15 Standpuntbepaling AVVV, september 2000, p. 3.
- 16 Brief STING aan de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16-11-1998, p. 2.
- 17 Standpuntbepaling AVVV, september 2000, p. 3.
- 18 Interview met STING, 03-03-1994; zie ook de brief van STING aan de LVT, 29-06-1999, p. 1 en het verslag van STING van een overleg met de minister en staatssecretaris, 30-01-1995, p. 4.
- 19 Brief STING aan de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 02-05-1996, p. 3.
- 20 Ledenmagazine NU'91, juni 1996, p. 21.
- 21 Persbericht NU'91, 15-12-1994.
- 22 Brief LVT aan de VVD-fractie, 09-10-1997, p. 2.
- 23 Verslag STING van overleg met de minister en staatssecretaris, 30-01-1995, p. 4
- 24 Brief STING aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 09-11-1999, p. 3.
- 25 Informatieblad NU'91, 18-04-1996, p. 2.
- 26 Brief lidinstelling LVT aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 20-02-1996, p. 1.
- 27 Brief STING aan de vaste commissie voor de Volksgezondheid, 10-06-1999, p. 1.
- 28 Zie informatieblad NU'91, 15-05-1997, p. 1; het NIVEL is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg; het NZI is de Instelling voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (tegenwoordig: Prismant).
- 29 Verslag STING van overleg met de minister en staatssecretaris, 30-01-1995, p. 4.
- 30 Persbericht STING, 19-09-2000.
- 31 Brief STING aan AbvaKabo, 28-04-1994, p. 1.
- 32 Werkconferentie Centrale Raad voor Gezinsverzorging, later opgegaan in de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, november 1989, p. 10.
- 33 Verslag STING van overleg met de minister en staatssecretaris, 30-01-1995, p. 4.
- 34 Brief STING aan de staatssecretaris van VWS, 15-12-1998, p. 2.
- 35 Info STING, juni 1999, p. 1.
- 36 Standpuntbepaling AVVV, september 2000, p. 3.
- 37 Standpuntbepaling AVVV op RVZ-rapport, juni 2000, p. 5-6.
- 38 Ledenblad NU'91, september 1998, p. 7.
- 39 Informatieblad NU'91, 15-05-1997, p. 1.
- 40 Zijdeveld (1971; 1987; 1988) plaatst de absentie van de mensgerichte dimensie tegen de achtergrond van wat hij noemt de abstracte, moderne samenleving. Als ideaaltypische tegenhanger van de concrete, traditionele samenleving is dat het type samenleving waarin de interpersoonlijke communicatie is vervluchtigd in anonieme instanties, zonder hechte emotionele banden. De mensen winnen er weliswaar aan objectieve rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid, maar de zinvolheid en medemenselijkheid is er op de achtergrond geraakt. Solidariteit is in de abstracte samenleving niet zozeer afwezig, als wel afstandelijk en indirect. Het betreft een vorm van loyaliteit die een emotionele verankering en overtuiging in de betreffende mensen ontbeert. De mens achter de mens staat er, vergeleken met de traditionele samenleving, op de achtergrond. Zo kent het bureaucratische verzorgingsstaatapparaat 'niet het individu, doch het

geval, niet de persoon, doch de categorie, niet de mens, doch het registratienummer' (Zijderveld, 1988, p. 151). Toch kent Nederland zoals gezegd 3,7 miljoen informele verzorgers (SCP, 2003). Bovendien blijkt de informele hulp tussen 1979 en 1999 nauwelijks te zijn afgenomen (SCP, 1994; 2002; vgl. Kwekkeboom, 1990; vgl. Van Doorne-Huiskes e.a., 2002). Ook in de omvang van het vrijwilligerswerk doet zich in deze periode geen significante verschuiving voor (SCP, 1998). Dit roept de vraag op in hoeverre de medemenselijkheid en interpersoonlijke zorg, zoals Zijderveld beweert, daadwerkelijk op de achtergrond zijn geraakt. Eerder lijken deze nog steeds in belangrijke mate aanwezig te zijn, ware het niet dat ze in het publieke debat weinig aandacht krijgen.

Eindnoten bij de epiloog (p. 269-286)

- 1 Zie bijvoorbeeld de LOT-pleitnota 'Naar een werkelijke erkenning van mantelzorgers en hun organisatie', november 2000, p. 5.
- 2 Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 2, p. 26.
- 3 Commissie Onderzoek besluitvorming volksgezondheid (commissie-Willems): kamerstuk TK 1993-1994, 23666, nr. 2, p. 51 (Con-tekst).

BIJLAGEN

BIJLAGE I: HISTORISCH OVERZICHT MAATSCHAPPELIJKE ACTOREN

LVT	BTN	STING	NU'91	LWV	AVVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	ZN	NPCF	LOC	Consumentenbond	Client & Kwaliteit	LOT
1987	-	Comité Waakzame Vrouwen	Het Beterschap	Het Beterschap	-	AbraKabo FNV	CFO-CNV	VNZ + KLOZ	LP/CP + LODEP + Werkgroep 2000	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	-
1988	-	Comité Waakzame Vrouwen	VIVIO + NMV	NMV	-	AbraKabo FNV	CFO-CNV	VNZ + KLOZ	LP/CP + LODEP + Werkgroep 2000	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	-
1989	-	Comité Waakzame Vrouwen	VVIO + NMV	NVM	-	AbraKabo FNV	CFO-CNV	VNZ + KLOZ	LP/CP + LODEP + Werkgroep 2000	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	-
1990	-	Comité Waakzame Vrouwen	NU'91	VVVM	-	AbraKabo FNV	CFO-CNV	VNZ + KLOZ	LP/CP + LODEP + Werkgroep 2000	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	-
1991	-	Comité Waakzame Vrouwen	NU'91	VVVM	-	AbraKabo FNV	CFO-CNV	VNZ + KLOZ	LP/CP + LODEP + Werkgroep 2000	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	-
1992	-	STING	NU'91	VVVM ¹	-	AbraKabo FNV	CFO-CNV	VNZ + KLOZ	NP/CF	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	-
1993	-	STING	NU'91	-	LCVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	VNZ + KLOZ	NP/CF	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	LOT
1994	-	STING	NU'91	-	LCVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	VNZ + KLOZ	NP/CF	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	LOT
1995	-	STING	NU'91	VVVM	LCVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	ZN	NP/CF	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	LOT
1996	-	STING	NU'91	VVVM	LCVV + AVVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	ZN	NP/CF	NVBV + LOBB	Consumentenbond	-	LOT
1997	BTN	STING	NU'91	VVVM	LCVV + AVVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	ZN	NP/CF	NVBV + LOBB	Consumentenbond	KIEN	LOT
1998	BTN	STING	NU'91	VVVM	LCVV + AVVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	ZN	NP/CF	NVBV + LOBB	Consumentenbond	KIEN	LOT
1999	BTN	STING	NU'91	VVVM	LCVV + AVVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	ZN	NP/CF	LOC-ouderen	Consumentenbond	KIEN	LOT
2000	BTN	STING	NU'91	LWV	LCVV + AVVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	ZN	NP/CF	LOC	Consumentenbond	Client & Kwaliteit	LOT
2001	BTN	STING	NU'91	LWV	LCVV + AVVV	AbraKabo FNV	CFO-CNV	ZN	NP/CF	LOC	Consumentenbond	Client & Kwaliteit	LOT

I Van april 1992 tot eind 1994 werd de VVVM tijdelijk opgeheven; in die periode werd verder gegaan als sectie MGZ binnen NU'91.

BIJLAGE II: VERZAMELDE DOCUMENTEN

II.1 Documenten vanuit het probleem perspectief

II.1.a Nationale politiek

1. Handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1040-1064
Behandeling wetsvoorstel Vaststelling begroting uitgaven en ontvangsten ministerie van vws voor 1998 (25600 XVI)
2. Handelingen EK 1997-1998, nr. 22, p. 1085-1110
Voortzetting behandeling Vaststelling begroting uitgaven en ontvangsten ministerie van vws voor 1998 (25600 XVI)
3. Kamerstuk TK 1997-1998, 25999, nr. 6
CAO zorgsector; Verslag algemeen overleg op 28-04-1998
4. Kamerstuk TK 1998-1999, 26204, nr. 4
Jaaroverzicht Zorg 1999; Lijst van vragen en antwoorden
5. Kamerstuk TK 1999-2000, 26800 XVI, nr. 7
Vaststelling begroting van het ministerie van vws (XVI) voor het jaar 2000; Verslag algemeen overleg over brief over notitie inzake het grensulak tussen Arbo-zorg en de reguliere gezondheidszorg
6. Handelingen TK 1999-2000, nr. 14, p. 917-938
Behandeling wetsvoorstel Begroting vws 2000 (26800 XVI)
7. Handelingen TK 1999-2000, nr. 15, p. 1041-1073
Voortzetting behandeling wetsvoorstel Vaststelling begroting uitgaven en ontvangsten ministerie vws voor 2000 (26800 XVI)
8. Handelingen EK 1999-2000, nr. 20, p. 820-859
Behandeling wetsvoorstel Vaststelling begroting van het ministerie van vws voor het jaar 2000 (26800 XVI)
9. Handelingen TK 1999-2000, nr. 64, p. 4468-4497
Behandeling brieven staatssecretaris vws inzake voortgang plan van aanpak wachtlijsten (25170, nr. 18) en inzake reactie motie-Van Vliet (26631, nr. 7)
10. Kamerstuk TK 1999-2000, 27127, nr. 40
Financiële verantwoordingen over het jaar 1999; Jaarverslag
11. Kamerstuk TK 1999-2000, 27113, nr. 5
Voorjaarsbrief Zorg 2000; Verslag algemeen overleg op 28-06-2000 over brief minister Borst (vws) d.d. 17-05-2000 bij rapportage Uitvoering meerjarenafspraken (Cure) (27113, nr. 2)
12. Kamerstuk TK 2000-2001, 27402, nr. 2
Sociale Nota 2001; Nota

13. Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 4
Zorgnota 2001; Lijst van vragen en antwoorden
14. Kamerstuk TK 2000-2001, 27488, nr. 1
Actieplan Zorg Verzekerd; Brief minister en staatssecretaris met het Actieplan Zorg Verzekerd, zoals toegezegd tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen
15. Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 8
Zorgnota 2001; Verslag nota-overleg over de Zorgnota 2001, tussen de vaste commissie, minister en staatssecretaris van VWS
16. Handelingen TK 2000-2001, nr. 29, p. 2454-2476
Voortzetting van de behandeling van de begroting van het ministerie van VWS voor het jaar 2001 (27400-XVI)
17. Kamerstuk TK 2000-2001, 27700, nr. 82
Financiële verantwoordingen over het jaar 2000; Verslag algemeen overleg van 12-06-2001 over de Financiële verantwoording 2000 van het ministerie van VWS
18. Kamerstuk TK 2000-2001, 27400 XVI, nr. 88
Vaststelling begroting van het ministerie van VWS voor het jaar 2001; Verslag algemeen overleg op 30-05-2001, over de arbeidsmarktsituatie in de gezondheidszorg en over buitenlandse verpleegkundigen
19. Handelingen TK 2000-2001, nr. 98, p. 6144-6185
Behandeling wetsvoorstel Wijziging Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische Ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging) (27289)
20. Kamerstuk EK 2000-2001, nr. 303
De Zorg in Nederland; Bijlagen met vragen van vaste commissie voor VWS en antwoorden daarop van minister Borst (VWS)
21. Handelingen EK 2000-2001, nr. 4, p. 99-125
Debat over De Zorg in Nederland (Eerste Kamer, vergaderjaar 2001-2002, nr. 11)
22. Kamerstuk TK 2001-2002, 28008, nr. 8
Zorgnota 2002; Lijst van vragen en antwoorden
23. Handelingen TK 2001-2002, nr. 31, p. 2309-2350
Behandeling wetsvoorstel Vaststelling begroting ministerie van VWS voor 2002 (28000 XVI)

II.1.b *Maatschappelijke actoren*

Het soort documenten dat bij de veertien maatschappelijke actoren werd gevonden vanuit het probleem perspectief is zeer divers. Grofweg valt een onderscheid te maken naar vijf typen documenten:

Persberichten	19 %	(N=186)
Brieven ^I	21 %	(N=208)
Rapporten ^{II}	22 %	(N=217)
Magazines ^{III}	34 %	(N=344)
Overige ^{IV}	4 %	(N=45)
Totaal	100 %	(N=1.000)

- I Brieven van de veertien actoren aan onder andere het ministerie, politieke partijen, Kamercommissies, lidinstellingen en aan elkaar.
- II Hieronder vallen notities, nota's, jaarverslagen, -plannen, beleidsplannen, onderzoeken, manifesten, adviesstukken en convenanten.
- III Nieuwsbrieven, journaals, ledenbladen, informatiebladen, bulletins et cetera.
- IV Brochures, symposia-stukken, conferentieverlagen, lezingen.

II.2 Documenten vanuit het thuiszorgperspectief

II.2.a Nationale politiek

Dossier "Thuiszorg in de jaren '90" (22300 xvi)

- Kamerstuk TK 1991-1992, 22300 xvi, nr. 44
Notitie "Thuiszorg in de jaren '90"

Dossier 'Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst' (25351)

- Dit dossier, met een looptijd van 20 mei 1997 tot en met 19 december 1997, bevat 22 documenten met (of naar aanleiding van) nummer 25351, namelijk 4 handelingen en 18 kamerstukken.

Het betreft de volgende handelingen:

- Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6565-6593
Behandeling van de nota Thuiszorg en zorg thuis (25351)
- Handelingen TK 1996-1997, nr. 95, p. 6597-6608
Voortzetting behandeling van de nota Thuiszorg en zorg thuis (25351)
- Handelingen TK 1996-1997, nr. 96, p. 6673-6674
Stemmingen over acht moties (25351)
- Handelingen TK 1996-1997, nr. 96, p. 6983-6984
Stemming over een motie (25351)

De kamerstukken bestaan uit:

- Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 2
Nota Thuiszorg en zorg thuis
- Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nr. 3
Notitie Thuiszorg en zorg thuis
- Kamerstuk TK 1997-1998, 25351, nr. 17
Verslag van een algemeen overleg
- Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nrs. 1 en 15-16; kamerstuk TK 1997-1998, 25351, nr. 18
4 brieven van de minister of staatssecretaris
- Kamerstuk TK 1996-1997, 25351, nrs. 4-14
11 moties

Dossier 'Thuiszorg' (23235)

- Dit dossier, verzameld vanaf de begindatum 15 juni 1993 tot 1 januari 2002, bevat 75 documenten met (of naar aanleiding van) nummer 23235, waarvan 6 handelingen en 69 kamerstukken.

Het betreft de volgende handelingen:

- Handelingen TK 1995-1996, nr. 98, p. 6441-6442
Stemmingen over tien moties (23235)
- Handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4671-4689
Behandeling brief van minister en staatssecretaris vws over Voortgang invoering beleidsvoornemens thuiszorg (23235)
- Handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4690-4720
Voortzetting behandeling brief minister en staatssecretaris vws over Voortgang invoering beleidsvoornemens thuiszorg (23235)
- Handelingen TK 1996-1997, nr. 65, p. 4732
Stemmingen over vier moties (23235)
- Handelingen TK 1997-1998, nr. 75, p. 5592-5594
Debat naar aanleiding van een algemeen overleg op 1 april 1998 over de thuiszorg (23235)
- Handelingen TK 1997-1998, nr. 75, p. 5649
Stemmingen over twee moties (23235)

De kamerstukken bestaan uit:

- Kamerstuk TK 1993-1994, 23235, nrs. 2-5; kamerstuk TK 1994-1995, 23235, nr. 6; kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nrs. 7, 9, 10-13 en 26; kamerstuk TK 1996-1997, 23235, nrs. 27-31, 33-34, 36 en 43-44; kamerstuk TK 1997-1998, 23235, nrs. 45-49, 52-53, 59 en 61; kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nrs. 64-65; kamerstuk TK 1999-2000, 23235, nr. 67; kamerstuk TK 2001-2002, 23235, nr. 69
35 brieven van de minister of staatssecretaris
- Kamerstuk TK 1992-1993, 23235, nr. 1; kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nrs. 62-63; kamerstuk TK 1999-2000, 23235, nr. 68
4 schriftelijke overleggen
- Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nrs. 8 en 14; kamerstuk TK 1996-1997, 23235, nrs. 34-35; kamerstuk TK 1997-1998, 23235, nrs. 50-51 en 57-58; kamerstuk TK 1998-1999, 23235, nrs. 60 en 66
10 algemene overleggen
- Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nrs. 15-23 en 25; kamerstuk TK 1996-1997, 23235, nrs. 37-42; kamerstuk TK 1997-1998, 23235, nrs. 54-56
19 moties
- Kamerstuk TK 1995-1996, 23235, nr. 24
1 nota-overleg

II.2.b Maatschappelijke actoren

Zoals uitgewerkt in het methodenhoofdstuk leverde de zoektocht naar documenten van de maatschappelijke actoren vanuit het thuiszorgperspectief geen documenten op, die niet reeds via het probleem perspectief waren verworven.

II.3 Documenten vanuit het Con-tekstenperspectief

Ten behoeve van dit onderzoek is een groot aantal Con-teksten verzameld. Voor onderstaande Con-teksten geldt dat daarnaar *expliciet* in de verschillende analyses wordt verwezen.

II.3.a Nationale politiek

- Caris-Verhallen, W.M.C.M., Miltenburg, I.A. en Kerkstra, A. (1997), *Aard en Omvang van Particuliere Thuiszorgaanbieders in Nederland*. Onderzoek in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht, NIVEL: Con-tekst.
- Commissie-Dekker, *Bereidheid tot verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Den Haag, 1987: Con-tekst.
- Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie-Werner), *In hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*. Rijswijk, juni 1991: Con-tekst.
- Commissie Prijsvorming in de zorgsector (commissie-De Beer), *Op zoek naar een passende prijs*. Den Haag, 1992: Con-tekst.
- Commissie Onderzoek besluitvorming volksgezondheid (commissie-Willems): kamerstuk TK 1993-1994, 23666, nr. 2: Con-tekst.
- Commissie Verzorging (Commissie-Ermen), *Zorg voor Zorg*. Utrecht, LCVV, 1995: Con-tekst.
- Handelingen TK 1991-1992, nr. 42: Con-tekst.
- Kamerstuk TK 1990-1991, 22113, nr. 2: Con-tekst.
- Kamerstuk TK 1991-1992, 22300 XVI, nr. 113: Con-tekst.
- Kamerstuk TK 1994-1995, 24171, nrs. 1-2: Con-tekst.
- Kamerstuk TK 2000-2001, 27401, nr. 3: Con-tekst.
- Kamerstuk TK 2002-2003, 28602, nrs. 1-2: Con-tekst.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *De arbeidsmarkt in de collectieve sector. Investeren in mensen en kwaliteit. Bijlagen*. Den Haag, BZK, 2001: Con-tekst.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Plan van aanpak. Wachtlijsten in de verpleging & verzorging*. Den Haag, vws, 1999: Con-tekst.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorg van betekenis. Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst*. Den Haag, vws, mei 2000: Con-tekst.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Kwaliteitsbeleid zorgsector. Evaluatie 1990-1995 en Leidschendamafspraken 1995-2000*. Zoetermeer, NRV, 1995: Con-tekst.
- Notitie COTG (tegenwoordig: CTG), *Bestuurlijke aandachtspunten voor de thuiszorg in 1997, 12-06-1996*: Con-tekst.
- RVZ, *Zorgarbeid in de toekomst. Advies over de gevolgen van demografische ontwikkeling van vraag en aanbod zorg(arbeid)*. Den Haag/Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, april 1999: Con-tekst.

II.3.b *Maatschappelijke actoren*

- Bennema-Broos, M., Sluijs, E. en Wagner, C., *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht, NIVEL, april 2000: Con-tekst.
- Evers, P. en Windt, W. van der, *Naar een veilige haven? RegioMarge verpleging en verzorging anno 1999, een arbeidsmarktverkenning*. Utrecht, AWO, AWOB en AWOZ, 1999: Con-tekst.
- Groenewegen, P., Kerkstra, A. en Jansen, G., *Wachlijsten in de thuiszorg*. Utrecht, NIVEL, 1993: Con-tekst.
- Harteloh, P., *Kwaliteit van zorg. Concepten en methoden. Een literatuuronderzoek in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur: Project "Methoden van kwaliteitsmeting in de gezondheidszorg" nr. QA 8916/CRO 29251*, 1990: Con-tekst.
- Minkman, M. en Van Asselt, E. (1997), *Een kwalitatieve Beschrijving van de Arbeidsmarkt in de Commerciële Zorgsector*. Opgesteld door de Stichting voor Economisch Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek: Con-tekst.
- NU'91, *De Nieuwe Unie na '91. Verleden, heden en toekomst; a neverending story*. Utrecht, september 1996: Con-tekst.
- OSA, *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel 1: Overzicht van de resultaten*. Den Haag, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 2001: Con-tekst.
- PriceWaterhouseCoopers NV en Berenschot BV, *Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Definitieve rapportage*. Utrecht, 1999: Con-tekst.
- PriceWaterhouseCoopers NV en NIVEL, *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport*. Almere/Utrecht, 2002: Con-tekst.
- Sectorraad Zorg en Welzijn, *Brancherapport Thuiszorg. Concept eindrapport*, mei 2001: Con-tekst.
- Stichting Cliënt en Kwaliteit: NIVEL, *Secundaire analyse 'cliëntenraadpleging thuiszorginstellingen'*; kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief, februari 2000: Con-tekst.
- Taskforce aanpak wachtlijsten, *Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens. Verpleging en verzorging*, 2001 (Peildatum: 15 mei 2000): Con-tekst.
- Wagner, C., Stoop, A., Temmink, D. en Bakker, D. de, *Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997: Con-tekst.
- Windt, W. van der, Calsbeek, H. en Hingstman, L., *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*. Utrecht, De Tijdstroom/LCVV, 1997: Con-tekst.
- ZN-publicatie (2001), *Convergerende belangen. Belangenbehartiging van de zorgverzekeraars in historisch perspectief 1900-2001*, juli 2001: Con-tekst.

BIJLAGE III: CODEBOEK

A. Problemen

1. WACHTLIJSTEN	2. ARBEIDSPROBLEMEN	3. KWALITEIT	4. IMAGO
Wachttijst	Ziekteverzuim	Kwaliteitsrichtlijnen	Salariëring
Rantsoenering	Werkdruk	Opleiding	CAO
Verschraling	Personeelstekort	Opgeleid	Arbeidssatisfactie
Toegankelijkheid	Stopwatchzorg	Zorgvernieuwing	Imago
Schaarste	Handen (aan het bed)	Vernieuwing	Gender
Tekort	Schaarste	Innovatie	Emancipatie
Sluiting	Overbelasting	Deskundigheids- bevordering	Aandacht
Tijd	Arbeidsongeschikt	Herscholing	Aantrekkelijkheid
Volume	Uitval	Bijscholing	Beloning
Kwantiteit	Tekort	Standaarden	Deeltijd
Beschikbaarheid	Beroepsziekte	Richtlijnen	Kinderopvang
Zorgcapaciteit	Zorgzwaarte	Protocollen	Herscholing
Zorgkloof	Werkgelegenheid		Bijscholing
	ARBO		Carrièreperspectieven
	Zorglast		Loopbaanperspectieven
	Medewerkers		Motivering
	Instroom		Gemotiveerd
	Uitstroom		Demotivering
	Werk/belasting		Gedemotiveerd
	Zorgminuten		Voldoening
	Tijd		Loon
	Druk		Lol (in de zorg)
	Zwaarte		Plezier (in de zorg)
	Baan/banen		
	Wervingsproblematiek		
	Menskrachtproblemen		
	Productiviteitskorting		
	Zorgkracht		
	Krapte		
	Toestroom		
	WAO		

B. *Zorglogica's*

I. ECONOMISCHE ZORGLOGICA

A. IDEOLOGIE

Liberalisme	<i>Individualistisch</i>
Vrijheid	<i>Utilitarisme</i>
Vraaggericht	<i>Mededinging</i>
Patiëntgericht	<i>Efficiëntie</i>
Competitie	<i>Effectiviteit</i>
Concurrentie	<i>Doelmatigheid</i>
Commercie	<i>Profit</i>
Adverteren	<i>Incentives</i>
Onderhandeling	<i>Winst</i>
Zorg op maat	<i>Zelfzuchtigheid</i>
Economie	<i>Egoïsme</i>
Flexibiliteit	<i>Hebzucht</i>
Deregulering	<i>Persoonsgebonden</i>
Decentralisatie	<i>budget</i>
Privatisering	<i>PGB</i>
Productie	<i>Ongelijkheid</i>
Consumptie	<i>Zelfzorg</i>
Wensen	<i>Onafhankelijkheid</i>
Zorgvernieuwing	<i>Nominaal</i>
Particuliere	<i>Eigen bijdrage</i>

B. INSTITUTIE

Marktwerking
Particuliere instellingen
Bedrijf
Private sector

C. INSTELLING

<i>Uitvoering</i>
Manager
Ondernemer
Verkoper
<i>Ontvangst</i>
Klant
Consument
Koper

2. POLITIEKE ZORGLOGICA

A. IDEOLOGIE

Staatsdwang	<i>Verstatelijking</i>
Overheidsingrijpen	<i>Sociaal-democratisch</i>
Ingrijpen	<i>Gelijkheidsbeginsel</i>
Interventie	<i>Totalitair</i>
Bevoogden	<i>Technocratie</i>
Plannen	<i>Centralisme</i>
Dwang	<i>Voorzieningsgericht</i>
Gelijkwaardig	<i>Recht</i>
Non-profit	<i>Beheersing</i>
(Sociale) Recht- vaardigheid	<i>Wetgeving</i>
	<i>Regelgeving</i>
	<i>Regulering</i>
	<i>Aanbodgericht</i>
	<i>Aanspraak</i>
	<i>Verkokering</i>
	<i>Verstarring</i>
	<i>Aanbieder</i>
	<i>Administratie</i>

B. INSTITUTIE

Overheid
Staat
Kabinet
Regering
Ministerie
Bureaucratie
Publieke sector
AWBZ
Collectieve sector
Reguliere sector

C. INSTELLING

<i>Uitvoering</i>
Ambtenaar
Ministerie
Staatssecretaris
Provincie
Gemeente
<i>Ontvangst</i>
Burger
Belastingbetaler

3. FAMILIALE ZORGLOGICA

A. IDEOLOGIE		B. INSTITUTIE	C. INSTELLING
Communitarisme	<i>Christen-democratie</i>	Leek	<i>Uitvoering</i>
Solidariteit	<i>Conservatisme</i>	Familie	Leek
	<i>Familialisme</i>	Gemeenschap	Familie
	<i>Soevereiniteit</i>	(Informeel) Midden-	Buur
	<i>Subsidiariteit</i>	veld	Buren
	<i>Verwant(schap)</i>	Vermaatschappelijking	Informeel verzorger
	<i>(Gespreide) Verant-</i>	Informeel zorg	Vrienden
	<i>woordelijkheid</i>	Community	Naasten
	<i>Interdependentie</i>		Mantelzorger
	<i>(Onderlinge) Ver-</i>		Verwanten
	<i>bonden(heid)</i>		
	<i>(Inkomens) Afhan-</i>		<i>Ontvangst</i>
	<i>kelijkheid</i>		Naasten
	<i>Particuliere initiatief</i>		Verwanten
	<i>Civil society</i>		
	<i>Moraal</i>		

4. PROFESSIONELE ZORGLÓGICA

A. IDEOLOGIE		B. INSTITUTIE	C. INSTELLING
Normalisering	<i>Doeltreffendheid</i>	Professie	<i>Uitvoering</i>
Medicalisering	<i>Professionele auton-</i>	Beroep	Expert
Professionalisering	<i>mie</i>	Beroepsorganisaties	Deskundige
Corporatisme	<i>Professionele ethiek</i>	Regionaal indicatie	Professional
Deskundigheid	<i>Beroepscode</i>	orgaan	
Behoeft	<i>Particulier initiatief</i>	RIO	<i>Ontvangst</i>
	<i>Indicatie</i>		Patiënt
	<i>De-professionalisering</i>		Clïent
	<i>Discretionaire dienst-</i>		
	<i>baarheid</i>		

LITERATUUR

- Abbott, A. (1988), *The System of Professions. An essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Achterhuis, H. (1979), *De markt van welzijn en geluk. Een kritiek van de andragogie*. Baarn: Ambo.
- Achterhuis, H. (1987), Thuiszorg: medicalisering van levensruimte. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 5, 1, p. 17-18.
- Ackerman, B. (1980), *Social Justice in the Liberal State*. Londen: Yale University Press.
- Acton, H.B. (1971), *The Morals of Markets. An Ethical Exploration*. Londen: Longman Group Limited.
- Adriaansens, H.P.M. en Zijderveld, A.C. (1981), *Vrijwillig initiatief en de verzorgingsstaat. Cultuursociologische analyse van een beleidsprobleem*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Adrichem, J. van, Stevens, P., Duijnste, M., Crone-Kraaijeveld, E., Verbeek, G. en Zuidema, E. (red.) (doorlopend; losbladig), *Handboek Thuiszorg*. Maarssen: Elsevier.
- Amadiume, I. (1987), *Male Daughters, Female Husbands*. Atlantic Highlands, NJ: Zed.
- Anheier, H.K. (2001), De derde sector in Europa: een essay over groei en structuurverandering. In A. Burger en P. Dekker (red.), *Noch markt, noch staat*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Arts, W.A. (1984), *Eerlijk delen. Over verdelende rechtvaardigheid en inkomensbeleid*. Amsterdam: Uitgeverij Kobra.
- Bakker, H. (2001), *Met de mantel der liefde. Als mantelzorg aan ouderen ontspoor*. Utrecht: NIZW.
- Balkenende, J.P. (1999), De waarde van het maatschappelijke middenveld, het middenveld en de waarden. In J.P. Balkenende, R. Kuiper en L. La Rivière

- (red.), *De kunst van het leven. De cultuuruitdaging van de 21ste eeuw*. Uitgeverij Boekencentrum: Zoetermeer.
- Ballendux, F.J. (1988), *Het gelijk van de markt*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Barber, B. (1997), Civil society. De hernieuwde opbouw van een sterke democratie. *Nexus*, 18, p. 72-87.
- Barber, B. (2001), *Jihad vs. McWorld*. Terrorisme en globalisering als bedreigingen voor de democratie. Rotterdam: Lemniscaat.
- Becker, G.S. (1981), Altruism in the Family and Selfishness in the Market Place. *Economics*, 48, p. 1-15.
- Becker, H. (1998), *Tricks of the Trade. How to Think about Your Research While You're Doing It*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Becker, J. (1973), *The Economics of Discrimination*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bell, J. en Schokkaert, E. (1992), Interdisciplinary Theory and Research on Justice. In K.R. Scherer (red.), *Justice: Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge: University Press.
- Berg, B. van den (2005), *Informal Care: an Economic Approach*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Berle, A.A. en Means, G.C. (1991 [1932]), *The Modern Corporation & Private Property*. With a New Introduction by M.L. Weidenbaum and M. Jensen. Londen: Transaction Publishers.
- Berlin, I. (1969), *Four Essays on Liberty*. Oxford: Oxford University Press.
- Bettio, F. en Prechal, S. (1998), *Care in Europe. Joint Report of the "Gender and Employment" and the "Gender and Law" Groups of Experts*. European Commission.
- Beus, J.W. de (1992), *Economische gelijkheid en het goede leven*. Oratie. Enschede: Universiteit Twente.
- Beus, J.W. de (1989), *Markt, democratie en vrijheid. Een politiek-economische studie*. Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink.
- Boeije, H.R. (1996), *Verpleging in Nederland: professionals in veranderende werkrelaties*. Paper in het kader van de zevende Sociaal-wetenschappelijke Studiedagen Van de hoed en de rand, Amsterdam, 11 en 12 april 1996.
- Boeije, H.R., Dungen, A.W.L. van den, Pool, A., Grypdonck, M.H.F. en Lieshout, P.A.H. van (1997), *Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Boeije, H.R., Bromberger, N., Duijnste, M.S.H., Grypdonck, M.H.F. en Pool, A. (1999), *In relatie tot ms. Zorgafhankelijke mensen met Multiple Sclerose en hun partners*. Utrecht: NIZW.

- Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M. (1996), *De Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum.
- Bovens, A. (2000), *De vierde macht revisited. Over ambtelijke macht en publieke verantwoording*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Breedveld, E. (2003), *Thuiszorg in bedrijf. Herstructurering van de thuiszorgbranche tussen 1987 en 1997*. Tilburg: IVA.
- Brink, G. van den (1999), *Een schaars goed. De betekenis van zorg in de hedendaagse levensloop*. Utrecht: NIZW.
- Bruijn, J.A. de, Heuvelhof, E.F. ten en Veld, R.J. in 't (1998), *Procesmanagement: over procesontwerp en besluitvorming*. Schoonhoven: Academic Service.
- Bruijn, H. de (2001), *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*. Utrecht: Lemma.
- Buchanan, J. en Tullock, G. (1962), *The Calculus of Consent*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Burnham, J. (1941), *The Managerial Revolution. What is Happening in the World*. New York: The John Day Company, inc.
- Bussemaker, J. (1993), *Betwiste zelfstandigheid. Individualisering, sekse en verzorgingsstaat*. Amsterdam: SUA.
- Campan, Ch. van en Helsing-Wagner, J. (2003), Gezondheid en zorg, In SCP, *De Sociale Staat van Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, p. 107-128.
- CBS (1996), *Statistisch bulletin, December 1996*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS/LVT (2004), *Jaarboek Thuiszorg 2001-2002*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CDA (1983), *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij*. Den Haag: Christen Democratisch Appel.
- Clarke, J. en Newman, J. (1997), *The Managerial State. Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. Londen: Sage Publications.
- Coleman, J. (1976), Inequality, Sociology and Moral Philosophy. *American Journal of Sociology*, 85, p. 739-764.
- Collaris, J. en Bakker, W. (1994), Naar een Europese gezondheidszorg? In G. Engbersen, A. Hemerijck en W. Bakker (red.), *Zorgen in het Europese huis. Verkenningen over de grenzen van nationale verzorgingsstaten*. Amsterdam: Boom.

- Commissie-Dekker (1987), *Bereidheid tot verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Commission on Social Justice (2000), What is Social Justice. In C. Pierson en F.G. Castles (red.), *The Welfare State. A Reader*. Cambridge: Polity Press.
- Community Development Project (1977), *Gilding the Ghetto*. Londen: HMSO.
- Couwenberg, S.W. (1994), Civil Society, corporatief burgerschap en maatschappelijk middenveld. In P. Dekker (red.), *Civil Society. Verkenningen van een perspectief op vrijwilligerswerk. Civil society en vrijwilligerswerk I*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CPB (2004), *Macro Economische Verkenning 2004*. Den Haag: SDU.
- Dahrendorf, R. (1959), *Class and class conflict in industrial society*. Londen: Routledge and Kegan Paul.
- Davies, C. (1995), *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Buckingham: Open University Press.
- Digby, A. (1989), *British Welfare Policy*. Londen: Faber & Faber.
- Doorn, J.A.A. van (1984), De onvermijdelijke presentie van de confessionelen. In J.W. de Beus en J.A.A. van Doorn (red.), *De interventiestaat. Tradities - ervaringen - reacties*. Meppel/Amsterdam: Boom.
- Doorn, J.A.A. van en Schuyt, C.J.M. (red.) (1978), *De Stagnerende Verzorgingsstaat*. Meppel: Boom.
- Doorne-Huiskes, J. van, Dykstra, P., Nievers, E., Oppelaar, J. en Schippers, J. (2002), *Mantelzorg: tussen vraag en aanbod*. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut.
- Duijnstee, M.S.H. (1992), *De belasting van familieleden van dementerenden*. Utrecht: NIZW.
- Duijnstee, M.S.H. (1994), *Thuis in familiezorg*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Durkheim, E. (1984), *The Division of Labor in Society*. With an introduction by Lewis A. Coser. New York: The Free Press
- Durkheim, E. (1992 [1957]), *Professional Ethics and Civic Morals*. New York: The Free Press.
- Duyvendak, J.W. (1999), *De planning van ontplooiing: wetenschap, politiek en de maakbare samenleving*. Den Haag: SDU.
- Duyvendak, J.W. (2002), Het einde van de goede bedoelingen. Het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de crisis van de verzorgingsstaat, 1982-1994. In I. De Haan en J.W. Duyvendak (red.), *In het hart van de ver-*

- zorgingsstaat. *Het ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers* (CRM, WVC, VWS), 1952-2002. Zutphen: Walburg Pers.
- Dykstra, P. (2003), *Het zit in de familie*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Elferink, J. (1999), *Het Haagse Groene Kruis. Een gedenkboek*. Den Haag: Seapress.
- Elsinga, E. (1997), Van Dekker tot Borst. Tien jaar overheidsbeleid in de zorgsector. In E. Elsinga en Y.W. van Kemenade (red.), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. De Tijdstroom: Utrecht.
- Elsinga, E. en Kemenade, Y.W. van (1997), De balans: revolutie of evolutie? In E. Elsinga en Y.W. van Kemenade (red.), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Elsinga, E. en Kemenade, Y.W. van (red.) (1997), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press: Princeton.
- Esping-Andersen, G. (red.) (1996), *Welfare States in Transition*. Londen: Sage.
- Etzioni, A. (1969), *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses and Social Workers*. New York: Free Press.
- Etzioni, A. (1993), *The Spirit of Community. Rights, Responsibilities and the Communitarian Agenda*. Fontana Press: Londen.
- Exworthy, M. en Halford, S. (red.) (1999), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham: Open University Press.
- Fairclough, N. (1992), *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fase, M.M.G. en Keijzer, L.M. (1991), Ziekteverzuim en conjunctuur. *Economisch Statistische Berichten*, 10 maart, p. 372-375.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. en Pettigrew, A. (1996), *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferrera, M. en Rhodes, M. (red.) (2000), *Recasting European Welfare States*. Londen: Frank Cass.
- Ferrera, M., Hemerijck, A. en Rhodes, M. (2001), Recasting European Welfare States for the Twenty First Century. In S. Leibfried (red.), *Welfare State Futures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Finch, J. (1989), *Family Obligations and Social Change*. Polity Press: Cambridge.
- Finch, J. en Mason, J. (1999), Obligations of Kinship in Contemporary Britain:

- Is There Normative Agreement? In G. Allan (red.), *The Sociology of the Family*. Blackwell Publishers: Oxford.
- Flynn, R. (1999), Managerialism, professionalism and quasi-markets. In Exworthy, M. en Halford, S. (red.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham: Open University Press.
- Foucault, M. (1971), *De orde van het vertoog*. Meppel: Boom.
- Foucault, M. (1978), *The History of Sexuality*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1982), Methodologische kwesties. Ronde-tafelgesprek met historici op 20 mei 1978. *Te elfder ure*, 26, p. 500-515.
- Foucault, M. (1989), *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Fox, A. (1974), *Beyond Contract: Work, Power and Trust Relations*. Londen: Faber and Faber.
- Fraser, N. (1990), Struggle Over Needs: Outline of a Socialist-Feminist Critical Theory of Late-Capitalist Political Culture. In L. Gordon (red.), *Women, the State, and Welfare*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1994), *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy, and Policy*. Cambridge: Polity Press.
- Freidson, E. (2001), *Professionalism: The Third Logic. On the Practice of Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Friedman, M. (1962), *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gerhard, U., Knijn, T. en Lewis, J. (2002), Contractualization. In B. Hobson, J. Lewis en B. Siim (red.), *Contested Concepts in Gender and Social Politics*. Northampton, Massachusetts: Edward Elgar Publishing Limited.
- Giddens, A. (1994), *Beyond Left and Right. The Future of Radical Politics*. Cambridge: Polity Press
- Ginsburg, N. (1992), *Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy*. Londen: Sage Publications.
- Goode, W. (1966), The Librarian: From Occupation to Profession? In H. Vollmer en D. Mills (red.), *Professionalization*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Goode, W. (1972), Community within a Community: the Professions. In R. Pavalko (red.), *Sociological Perspectives on Occupations*. Itasca: Peacock.
- Goudriaan, G. (1988), *Thuiszorg tussen de lijnen*. 's-Gravenhage: HRWB.
- Goudsblom, J. (1990 [1974]), *Balans van de sociologie*. Nijmegen: SUN.

- Graham, H. (1999), *The Informal Sector of Welfare: A Crisis in Caring?* In G. Allan (red.), *The Sociology of the Family*. Blackwell Publishers: Oxford.
- Grinten, T. van der (1990), Macht, tegenmacht, onmacht. De hardnekkige aanwezigheid van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg. In E. Dekker en E. Elsinga (red.), *Mensen en machten. Gezondheidszorg in de jaren negentig*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Grinten, T. van der (1997), Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid, markt en middenveld. In E. Elsinga en Y. van Kemenade (red.), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Grit, K. (2000), *Economisering als probleem. Een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit*. Van Gorcum: Assen.
- Groenewegen, P. (1992), *Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een imperfecte markt?* Oratie. Utrecht: NIVEL.
- Groenewegen, P., Kerkstra, A. en Jansen, G. (1993), *Wachlijsten in de thuiszorg*. Utrecht: NIVEL.
- Grunveld, J. (1992), Werklast en dienstroosters. In J. van Dijk, J. Grunveld en J. Pool (red.), *Personeelsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gunsteren, H. van (1992), Vier concepties van burgerschap. In J.B.D. Simonis, A.C. Hemerijck en P.B. Lehning (red.), *De staat van de burger. Beschouwingen over hedendaags burgerschap*. Meppel/Amsterdam: Boom.
- Haan, I. de en Duyvendak, J.W. (red.) (2002), *In het hart van de verzorgingsstaat. Het ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS), 1952-2002*. Zutphen: Walburg Pers.
- Harris, C. (1969), *The Family. An Introduction*. Londen: George Allen en Unwin Ltd.
- Hartogh, G. den (1987), *Levens wegen. Wijsgerig perspectief op maatschappij en wetenschap*, 28, p. 73-80.
- Hattinga-Verschure, J.C.M. (1977), *Het verschijnsel zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hay, C. (1996), *Re-stating Social and Political Change*. Buckingham: Open University Press.
- Hayek, F.A. (1994 [1944]), *The Road to Serfdom*, Chicago: University of Chicago Press.
- Hayek, F.A. (2000 [1959]), The Meaning of the Welfare State. In C. Pierson en E.G. Castles (red.), *The Welfare State. A Reader*. Cambridge: Polity Press.
- Hechter, M. (1987), *Principles of Group Solidarity*. Berkely: University of Carolina.

- Heffen, O., Trommel, W. en Veen, R. van der (2001), Marktwerking in drie beleidsvelden vergeleken. *Tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij. Themanummer: marktwerking in de publieke sector*, 28, p. 177-186.
- Hemerijck, A. (1995), Corporatist immobility in the Netherlands. In C. Crouch en F. Traxler (red.), *Organised Industrial Relations in Europe: What Future?* Avebury: Aldershot.
- Hemerijck, A. en Visser, J. (1999), De opmerkelijke revitalisering van de overleg-economie. In W. Trommel en R. van der Veen (red.), *De herverdeelde samenleving: de ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Heydelberg, E. (1996), Zorg aan huis en de markt. Naar een sociale marktsituatie. In H. Dokter, P. van Lieshout en B. Schadé (red.), *Zorg aan huis. Een stand van zaken*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Holman, R. (1993), *A New Deal for Social Welfare*. Oxford: Lion.
- Homans, G.C. (1951), *The Human Group*. Londen: Routledge and Kegan Paul.
- Houten, D. van (1999), *De standaardmens voorbij. Over zorg, verzorgingsstaat en burgerschap*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hutschemaekers, G. (2001), *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Oratie. Nijmegen: SUN.
- Idenburg, Ph.A. (1983) (red.), *De nadagen van de verzorgingsstaat. Kansen en perspectieven voor morgen*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Illich, I.D. (1977), *Disabling Professions*. Londen: Boyars.
- Jamieson, A. (red.) (1991), *Home Care for Older People in Europe: a Comparison of Policies and Practices*. Oxford: Oxford University Press.
- Jamin, H. (1999), *125 jaar thuiszorg. Oude tradities en nieuwe ambities*. Baarn: Tirion.
- Jamous, H. en Peloille, B. (1970), Changes in the French University-hospital System. In J. Jackson (red.), *Professions and Professionalisation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jeurissen, P.P.T. (2002), *'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg*. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Winst en gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ.
- Johnson, N. (1987), *The Welfare State in Transition*. Brighton: Wheatsheaf.

- Johnson, N. (1990), *Reconstructing the Welfare State*. Hemel Hempstead: Prentice-Hall.
- Johnson, T. (1972), *Professions and power*. Londen: MacMillan.
- Kalma, P. (1997), Het revisionisme van J.M. den Uyl. *Socialisme en Democratie*, 12, p. 507-529.
- Kalma, P. (1988), *Het socialisme op sterk water. Veertien stellingen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Kalma, P. (2003), Over gelijkheid. *Socialisme en Democratie*, 60, p. 22-34.
- Kam, F. de en Nypels, F. (2001), *De zorg van Nederland. Waarom de gezondheidszorg tekortschiet*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Kearns, K. (1997), Social Democratic Perspectives on the Welfare State. In M. Lavalette en A. Pratt (red.), *Social Policy. A Conceptual and Theoretical Introduction*. Londen: Sage Publications.
- Keohane, R. (1984), *After Hegemony. Cooperation and Discord in the World Political Economy*. Princeton New Jersey: Princeton University Press.
- Kersbergen, K. van (1995), *Social Capitalism. A Study of Christian Democracy and the Welfare State*. Londen: Routledge.
- Kesteren, P. van (1995), Naar een gereguleerde zorgmarkt. In L. Aarts, Ph. De Jong, R. van der Veen en H. Wagenaar (red.), *Het bedrijf van de verzorgingsstaat. Naar nieuwe verhoudingen tussen staat, markt en burger*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Keynes, J.M. (1970 [1936]), *The General Theory of Employment, Interest and Money*. Londen: Macmillan.
- Klop, C. (1993), *De cultuurpolitieke paradox. Noodzaak én onwenselijkheid van overheidsinvloed op normen en waarden*. Kampen: Uitgeverij Kok.
- Klop, C.J. (1999), Publieke gerechtigheid. In J.P. Balkenende, R. Kuiper en L. La Rivière, *De kunst van het leven. De cultuuruitdaging van de 21e eeuw*. Zoetermeer: Uitgeverij Boekencentrum.
- Knijn, T. en Kremer, M. (1997), Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship. *Social Politics. International Studies in Gender, State and Society*, 4, p. 328-361.
- Knijn, T. (1999), Strijdende zorglogica's 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/De Tijdstroom.
- Knijn, T. (2000), Marketization and the Struggling Logics of (Home) Care in the Netherlands. In M. Harrington Meyer (red.), *Care Work*, New York: Routledge Press.

- Knijn, T. (2002), *Family Solidarity – Social Solidarity; Communicating Vessels?* Paperpresentatie in het kader van de conferentie ‘Social Values, Social Policies’ te Tilburg, 29-31 augustus 2002.
- Knijn, T. (2004), *Het prijzen van de zorg. Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Knijn, T. en Verhagen, S. (2003), *Contested Professionalism and the Quality of Care*. Paperpresentatie in het kader van de ‘European Sociological Association’-conferentie te Murcia, 22-26 september 2003.
- Knipscheer, K. (1996), Het primaat van de informele zorg. In H. Dokter, P. van Lieshout en B. Schadé (red.), *Zorg aan huis. Een stand van zaken*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Knipscheer, K. (red.) (2004), *Dilemma's in de mantelzorg*. Utrecht: NIZW.
- Komter, A. (red.) (1996), *The Gift. An Interdisciplinary Perspective*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Kottak, C.Ph. (1994), *Cultural Anthropology*. McGraw-Hill: New York
- Krause, E. (1996), *Death of the Guilds. Professions, States, and the Advance of Capitalism, 1930 to the Present*. Londen: Yale University Press.
- Kremer, M. (2000), *Geven en claimen. Burgerschap en informele zorg in Europees perspectief*. Utrecht: NIZW.
- Krogt, T. van der (1981), *Professionalisering en collectieve macht. Een conceptueel kader*. 's-Gravenhage: VUGA.
- Kwekkeboom, M.H. (1990), *Het licht onder de korenmaat. Informele zorgverlening in Nederland*. 's-Gravenhage: VUGA.
- Kwekkeboom, M.H. (2005), De welzijnssector onder de loep. Perspectieven en bedreigingen. In C.L. van Dam en P.E. Wiebes (red.), *Aandacht voor welzijn. Inhoud, omvang en betekenis van de welzijnssector*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Larson, M. (1977), *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Le Grand, J. (1991), The State of Welfare. In J. Hills (red.), *The State of Welfare*. Oxford: Clarendon Press.
- Le Grand, J. en Bartlett, W. (red.) (1993), *Quasi-Markets and Social Policy*. Basingstoke: Macmillan.
- Lehning, P.B. (1986), *Politieke orde en Rawlsiaanse rechtvaardigheid*. Amsterdam: Uitgeverij Eburon.
- Lieshout, P. van (1994), *Zorgen en laten zorgen*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.

- Leijnse, F. (1994), De taaiheid van de overlegeconomie. *Beleid & Maatschappij*, 21, p. 104-110.
- Lindner, H. en Veerman, T.J. (2003), *Nederland wordt beter. De effecten van beleid en conjunctuur op het ziekteverzuim*. Leiden: Astri.
- Ling, T. (2000), Unpacking partnerships. In J. Clarke, S. Gewirtz en E. McLaughlin (red.), *New Managerialism, New Welfare?* Londen: Sage.
- Lipsky, M. (1980), *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Littek, W. en Heisig, U. (2003), Professions Compared. Expanding and Restricting Strategies in the Professions of Law, Pharmacy, Psychotherapy, and Business Consultancy. In L. Svensson en J. Evetts (red.), *Conceptual and Comparative Studies of Continental and Anglo-American Professions*. Göteborg: Göteborg University.
- Loizou, A. (1997), Social Justice and Social Policy. In M. Lavalette en A. Pratt (red.), *Social Policy. A Conceptual and Theoretical Introduction*. Londen: Sage Publications.
- Los, T. (1996), Gezinsverzorging, van beroep naar functie. Functieopsplitsing tast de kern van het werk aan. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 28, p. 20-24.
- Los, T. (1997), Bureaucratisering, managementisme en de ondergang van het beroep gezinsverzorgster. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 23, p. 709-732.
- Lowe, R. (1999a), *The Welfare State in Britain Since 1945*, 2nd edn. Basingstoke: Macmillan.
- Lowe, R. (1999b), Introduction: the Road from 1945. In H. Fawcett en R. Lowe (1999) (red.), *Welfare Policy in Britain: The Road from 1945*. Basingstoke: Macmillan.
- Lyke, S. van der (2000), *Georganiseerde Liefde. Publieke bemoeienis met zorg in de privéfeer*. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel.
- Maarse, H. (red.) (2004), *Privatisation in European Health Care. A Comparative Analysis in Eight Countries*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Macdonald, K. (1995), *The Sociology of the Professions*. Londen: Sage.
- Maessen, P.J.J. (1989), *Bezuinigen op de gezinsverzorging. Besluitvorming in de verzorgingsstaat*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Maier, R. (2004), *Met kracht van argumentatie. Macht en identiteit in conflict-beslechting*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Malinowski, B. (1915), The natives of Mailu, *Transactions of the Royal Society of South Australia*, 39, p. 494-706.
- Maritain, J. (1956), *Man and the State*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marshall, T.H. (1963), *Sociology at the Crossroads*. Londen: Heinemann.

- Mastenbroek, W.F.G. (1990), *Onderhandelen*. Utrecht: Het Spectrum.
- Mayo, E. (1946), *The Human Problems of an Industrial Civilization*. Boston: Harvard University Press.
- Mieg, H. (2003), The Science of Professional Knowledge and Work – Bridging Sociology and Cognition Theory. In L. Svensson en J. Evetts (red.), *Conceptual and Comparative Studies of Continental and Anglo-American Professions*. Göteborg: Göteborg University.
- Mierlo, J.G.A. van (2000), *De wereld gaat aan beleid ten onder... Over beleidsfalen in de publieke sector en wat daar aan te doen*. Oratie. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Miller, D. (1991), Review Article: Recent Theories of Social Justice. *British Journal of Political Science*, 21, p. 371-391.
- Miller, D. (1976), *Social Justice*. Oxford: Clarendon Press.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken (2003), *Kabinetsvisie Andere Overheid*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken.
- Ministerie van Financiën (1999), *Regeringsnota 'Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording'*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Mishan, E.J. (1971), *The Cost of Economic Growth*. Londen: Penguin.
- Mishra, R. (1984), *The Welfare State in Crisis. Social Thought and Social Change*. New York: St. Martin's Press.
- Mishra, R. (1990), *The Welfare State in Capitalist Society*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Mishra, R. (1999), *Globalisation and the Welfare State*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Mol, A. (1997), Klant, burger, zieke. Het goede in drie talen. In M. Verkerk (red.), *Denken over zorg. Concepten en praktijken*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Montfort, C.J. van (1992), Staat en burgerschap. In J.B.D. Simonis, A.C. Hemerijck en P.B. Lehning (red.), *De staat van de burger. Beschouwingen over hedendaags burgerschap*. Meppel/Amsterdam: Boom.
- Mooij, A. (2002a), Tussen kostenbeheersing en stelselherziening. Volksgezondheidsbeleid, 1982-1994. In I. de Haan en J.W. Duyvendak (red.), *In het hart van de verzorgingsstaat. Het ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS), 1952-2002*. Zutphen: Walburg Pers.
- Mooij, A. (2002b), De verleiding van de markt. Volksgezondheidsbeleid, 1994-2002. In I. de Haan en J.W. Duyvendak (red.), *In het hart van de verzorgingsstaat. Het ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS), 1952-2002*. Zutphen: Walburg Pers.
- Musschenga, A.W. (1994), De onvermijdelijke 'trade-offs' tussen utiliteit en fairness. *Medisch Contact*, 49, p. 193-194.

- Newman, J. (2001), *Modernising Governance. New Labour, Policy and Society*. Londen: Sage Publications.
- Nispen, H. van (1996), Mogelijkheden van technologie in de zorg aan huis. In H. Dokter, P. van Lieshout en B. Schadé (red.), *Zorg aan huis. Een stand van zaken*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nozick, R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books.
- O'Connor, J., Orloff, A. en Shaver, S. (1999), *States, Markets, Families. Gender, Liberalism and Social Policy in Australia, Canada, Great Britain and the United States*. Cambridge: University Press.
- OSA (1997), *Trendrapport vraag naar arbeid in de zorgsector 1996*. (ZW19). Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- OSA (1999a), *Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 1999: bijlagen* (ZW2). Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- OSA (1999b), *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve instellingen. Deel I: overzicht van de resultaten*. (ZW16) Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- OSA (2001), *Trendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn. Een onderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden* (ZW31). Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- OSA (2002a), *Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2002: hoofdrapport* (ZW36). Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- OSA (2002b), *Arbeid in zorg en welzijn. Integrerend OSA-rapport 2002* (ZW35). Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- OSA (2003), *Trendrapport Vraag naar arbeid in zorg en welzijn 2002* (ZW42). Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- Osborne, D. en Gæbler, T. (1992), *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York: Plume.
- Österle, A. (2001), *Equity Choices and Long-term Care Policies in Europe. Allocating Resources and Burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom*. Aldershot: Ashgate.
- Oudhof, P. (1996), De betaalbaarheid van de thuiszorg. Pleidooi voor herbezinning. In H. Dokter, P. van Lieshout en B. Schadé (red.), *Zorg aan huis. Een stand van zaken*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Pagels, H. (1988), *The Dreams of Reason: The Computer and the Rise of the Science of Complexity*. New York: Simon en Schuster.
- Parsons, T. (1964), *The Social System*. Londen: Routledge en Kegan Paul.
- Peters, M. en Marshall, J. (1996), *Individualism and Community. Education and Social Policy in the Postmodern Condition*. Londen: Falmer Press.
- Pierson, P. (1994), *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. (red.) (2001), *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Pijnenburg, M. (1989), Rechtvaardige verdeling en particulier belang in de gezondheidszorg. *Filosofie & Praktijk 10-01-1989*.
- Polanyi, K. (1957 [1944]), *The Great Transformation. The Political and Economic Origins of our Time*. Beacon Press: Boston.
- Pollitt, C. (1993), *Managerialism and the Public Services*. Oxford: Blackwell.
- PON (2004), *De WMO. Laveren tussen angst en ambitie*. Tilburg: Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant.
- Powell, M. en Hewitt, M. (2002), *Welfare State and Welfare Change*. Buckingham: Open University Press.
- Praag, B.M.S., Binnenkade, C., Groenveld, K., Gijzel, B.R.A., Meurs, J.J.W., Nijhuis, G.B., Springer, M.P., Ven, W.P.M.M. van de (1986), *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg*. Prof. Mr. B.M. Teldersstichting: 's-Gravenhage.
- Prak, M. (2002), *Gouden Eeuw. Het raadsel van de Republiek*. Nijmegen: SUN.
- Pratt, A. (1997), Neo-liberalism and Social Policy. In M. Lavalette en A. Pratt (red.), *Social Policy. A Conceptual and Theoretical Introduction*. Londen: Sage Publications.
- Putters, K. (1998), *Maatschappelijk ondernemen in de zorg. Achtergrondnota bij het RVZ-advies 'Tussen markt en overheid'*. Zoetermeer: RVZ.
- Putters, K. (2001), *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Putters, K. (2002), *Professie, profijt en solidariteit. Over het nut en de noodzaak van draagvlak voor zorg met winstoogmerk*. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies 'Winst en gezondheidszorg'. Zoetermeer: RVZ.
- Querido, A. (1973), *De wit-gele vlam. Gedenkboek ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nationale Federatie van het Wit-Gele Kruis, 1923-1973*. Tilburg.

- Rawls, J. (1999 [1971]), *A Theory of Justice*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Richards, L. (1999), *Using Nvivo in Qualitative Research. Qualitative Solutions and Research*. Pty. Ltd.: Melbourne.
- RMO (2002), *Bevrijdende kaders. Sturen op verantwoordelijkheid*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Roemer, J.E. (1996), *Theories of Distributive Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rogier, J. en Huijsman, R. (1996), Marktwerking in de thuiszorg. *Maandblad voor Gezondheidszorg & Management*, 4, p. 3-7.
- Rooy, P. de (2002), *Republiek van rivaliteiten. Nederland sinds 1813*. Amsterdam: Mets & Schilt.
- Ruijter, J. de (1999), *Wage of Occupations with Varying Sex Ratios: Distributive Justice?* Paper presented at the NSV market-day.
- RVZ (1996), *Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (1997), *Toekomst AWBZ*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (1998a), *Besturen in overleg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (1998b), *Verzekeraars op de zorgmarkt*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (1998c), *Prikkels tot doelmatigheid*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (1998d), *Tussen markt en overheid*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (1998e), *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2000), *De rollen verdeeld*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2002), *Winst en gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2003a), *Van patiënt tot klant*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2003b), *Marktconcentratie in de ziekenhuiszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2003c), *Marktwerking in de medisch specialistische zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

- Sahlins, M.D. (1996 [1978]), *On the Sociology of Primitive Exchange*. In A. Komter (red.), *The gift: an interdisciplinary perspective*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Sahlins, M.D. (1978 [1972]), *Stone Age Economics*. Londen: Routledge.
- Scharpf, F.W. (1988), The Joint-decision Trap: Lessons from German Federalism and European Integration. *Public Administration*, 66, p. 239-278.
- Scherer, K.R. (1992), *Justice: Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge: University Press.
- Schnabel, P. (2002), Marktwerking, keuzevrijheid en sobere gezondheidszorg. *Socialisme en Democratie*, 3, p. 23-27.
- Schnabel, P. (2004), *Een eeuw van verschil. Van achterstelling tot zelfontplooiing: de dynamiek van het gelijkheidsideaal*. Den Haag: SCP.
- Schut, F. (1995), *Competition in the Dutch Health Care Sector*. Rotterdam: Schut.
- Schut, F. (2000), *Vrijwillig ziekenfonds biedt keuzevrijheid*. Trouw, 14-01-2000.
- Schut, E. (2003), *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- SCP (1994), *Informeel zorg. Een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (1998), *Rapportage Ouderen 1998*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (1999), *Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland. De kerngegevens uit het Sociaal en Cultureel Rapport*. Nijmegen: uitgeverij SUN.
- SCP (2002), *Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (2003), *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (2004), *Prestaties van de publieke sector. Een internationale vergelijking van onderwijs, gezondheidszorg, politieljustitie en openbaar bestuur*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sen, A. (1995), *Welzijn, vrijheid en maatschappelijke keuze. Opstellen over de politieke economie van het pluralisme*. Gekozen en ingeleid door J.W. de Beus. Amsterdam: Van Gennep.
- Sennett, R. (2003), *Respect. In een tijd van ongelijkheid*. Amsterdam: Uitgeverij Byblos.
- Sevenhuijsen, S. (1997), *Oordelen met zorg. Feministische beschouwingen over recht, moraal en politiek*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Sevenhuijsen, S. (2000), *De plaats van zorg. Over de relevantie van zorgethiek voor sociaal beleid*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.

- Smith, A. (1970 [1776]), *The Wealth of Nations*. Volume one. Londen: Dent.
- Squires, P. (1990), *Anti-Social Policy*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- STG (Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg) (1985), *Ouder worden in de toekomst. Scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000*. Scenariorapport, opgesteld in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel.
- STG (Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg) (1991), *Arbeid, gezondheid en welzijn in de toekomst. Toekomstscenario's arbeid en gezondheid 1990-2010*. Scenariorapport, opgesteld in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- STG (Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg) (1994), *Gezondheidszorg geordend. Een kwartet scenario's*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Streeck, W. en Schmitter, P. (1985), Community, Market, State – and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order. In W. Streeck en P. Schmitter (red.), *Private Interest Government: Beyond Market and State*. Londen: Sage.
- Sullivan, M. (1992), *The Politics of Social Policy*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Sullivan, M. (1996), *The Development of the British Welfare State*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Swaan, A. de (1983), *De mens is de mens een zorg. Opstellen 1971-1981*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Swaan, A. de (1989), *Zorg en de Staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Swagerman, Q.A.J. (1997), Het perspectief van de thuiszorg. In E. Elsinga en Y.W. van Kemenade (red.), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tabak, L. (1994), *Bijten in graniet. Over machtsverschuivingen in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Uitgeverij De Balie.
- Theobald, H. (2003), *Social Exclusion and the Care of the Elderly*. CARMA (Care for the Aged at Risk of Marginalisation), EU Report. Berlin: WBZ Social Science Research Centre.
- Titmuss, R. (1974), *Social policy. An introduction*. Londen: Allen & Unwin.
- Tocqueville, A. de (1969 [1835/1840]), *Democracy in America*. New York: Doubleday.

- Tonkens, E. (2003), *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW.
- Tönnies, F. (1957 [1887]), *Community and Association*. Michigan: Michigan State University.
- Townsend, P. (1995), Persuasion and Conformity: an Assessment of the Borrie Report on Social Justice. *New Left Review*, 213, p. 137-150.
- Trommel, W., Heffen, O. en Veen, R. van der (2001), Marktwerking in de publieke sector. *Tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij. Themanummer: marktwerking in de publieke sector*, 28, p. 130-138.
- Tronto, J.C. (1993), *Moral Boundaries. A Political Argument for and Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Ungerson, C. (1983), Why do Women Care? In J. Finch en D. Groves (red.), *A Labour of Love. Women, Work and Caring*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Vandenbroucke, F. (1997), De nieuwe centrum-linkse tijdgeest en zijn beperkingen. *Socialisme en Democratie*, 6, p. 257-265.
- Vandenbroucke, F. (2001), *Social Justice and Individual Ethics in an Open Society. Equality, Responsibility and Incentives*. Berlijn: Springer.
- Veen, R. van der (1994), De wankele verzorgingsstaat. Een vergelijkende analyse van verzorgingsstaten in het licht van internationaliseringsprocessen. In G. Engbersen, A. Hemerijck en W. Bakker (red.), *Zorgen in het Europese huis. Verkenningen over de grenzen van nationale verzorgingsstaten*. Amsterdam: Boom.
- Veerman, T.J. (1989), *Ziekteverzuim in de gezinsverzorging: resultaten van een onderzoek naar achtergronden, alsmede aanbevelingen voor aanpak van het probleem*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA).
- Visser, A. (1996), Klachten van patiënten: een sociaal-cultureel perspectief. In S. Kooiker en M. Mootz (red.), *Patiënt en professie. Culturele determinanten van medische consumptie*. Rijswijk: SCP.
- Visser, J. en Hemerijck, A. (1997), *'A Dutch Miracle': Job Growth, Welfare Reform and Corporatism in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Vissers, J.H.M. en Gevers, E. (2004), *Toename aantal opnamen, maar kortere ligduur in ziekenhuizen*. Utrecht: Prismant.
- VNO-NCW (1999), *Zorgen voor Vernieuwing. Innovatie in de zorg*. Den Haag.

- Voort, H. van der (2000), Marktdenken in de gezondheidszorg deugt niet. *Medisch Contact*, 55, p. 171-173.
- Vries, J. de (2002), *Paars en de managementstaat. Het eerste Kabinet-Kok [1994-1998]*. Apeldoorn: Garant.
- Vulto, M. en Morée, M. (1996), *Thuisverzorging als professie. Een combinatie van hand, hoofd en hart*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Waal, F. de (1996), *Good Natured: The Origins of Right and Wrong in Human and Other Animals*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wærness, K. (1984), Caring as Women's Work in the Welfare State. In H. Holter (red.), *Patriarchy in a Welfare Society*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wærness, K. (1987), On the Rationality of Caring. In A. Showstack Sassoon (red.), *Women and the state. The Shifting Boundaries of Public and Private*. Londen: Hutchinson Education.
- Walzer, M. (1983), *Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality*. USA: Basic Books, Inc.
- Weber, M. (1971 [1904]), The Ideal Type. In K. Thompson and J. Tunstall (red.), *Sociological Perspectives*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
- Weber, M. (1972 [1956]), *Gezag en bureaucratie*. Geredigeerd en ingeleid door A. van Braam. Antwerpen: Standaard Wetenschappelijke Uitgeverij.
- Weber, M. (1978), *Economy and Society*. Londen: University of California Press.
- Westerlaken, A.A. (2000), Van zorgelijke context naar zorgverantwoordelijkheid. Bijlage in advies uitgebracht door de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Aansprekend burgerschap. De relatie tussen de organisatie van het publieke domein en de verantwoordelijkheid van burgers*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Wetenschappelijk Instituut voor het CDA (1990), *Publieke gerechtigheid. Een christen-democratische visie op de rol van de overheid in de samenleving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wicks, M. (1987), *A Future for All*. Harmondsworth: Penguin.
- Wijnen-Sponselee, M. (1997), *Het Wit-Gele Kruis in Noord-Brabant 1916-1974. Intermediair tussen medische verworvenheid en sociale acceptatie*. Tilburg: Stichting Zuidelijk Historisch Contact.
- Wilding, P. (1992), The British Welfare State: Thatcherism's Enduring Legacy. *Policy and Politics*, 20, p. 201-212.
- Windt, W. van der, Calsbeek, H., Talma, H. en Hingstman, L. (2002), *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland in 2002*. Maarssen/Utrecht: LCVV en Elsevier Gezondheidszorg.

- Windt, W. van der, Calsbeek, H., Talma, H. en Hingstman, L. (2003), *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003*. Maarssen/ Utrecht: LCVV en Elsevier Gezondheidszorg.
- Wissen, G. van (1982), *De christen-democratische visie op de rol van de staat in het sociaal-economische leven*. Amsterdam: Rodopi.
- Witteveen, P., Boxter, A. van en Blijham, G. (1996), *Eindverslag project verzorgingstechnologie thuis voor patiënten met kanker of ernstige infectie*. Utrecht: Academisch Ziekenhuis Utrecht.
- Witz, A. (1992), *Professions and Patriarchy*. Londen: Routledge.
- Wolfe, Ch. (1988), *Markets or Governments. Choosing between Imperfect Alternatives*. Cambridge: MIT Press.
- WRR (1981), *Vernieuwingen in het arbeidsbestel*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- WRR (1999), *Generatiebewust Beleid*. Den Haag: Sdu.
- WRR (2000), *Het borgen van het publieke belang*. Den Haag: Sdu.
- WRR (2004), *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Young, I.M. (1996), Political Theory. An Overview. In R.E. Goodin en H. Klingemann (red.), *A New Handbook of Political Science*. Oxford: Oxford University Press.
- Zakaria, F. (2003), *The Future of Freedom: Illiberal Democracy at Home and Abroad*. New York: Norton.
- Zijderveld, A.C. (1971), *De abstracte samenleving. Een cultuurkritische analyse van onze tijd*. Meppel: Boom.
- Zijderveld, A.C. (1987), *De samenleving als schouwspel. Een sociologisch leer- en leesboek*. 's-Gravenhage: VUGA.
- Zijderveld, A.C. (1988), *De culturele factor. Een cultuursociologische wegwijzer*. Culemborg: Lemma.
- Zijderveld, A.C. (1990), *Sociologie als cultuurwetenschap. Een beknopte methodologie van de cultuursociologie*. Utrecht: Lemma.
- Zijderveld, A. (2000), *The Institutional Imperative. The Interface of Institutions and Networks*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

SUMMARY

This book discusses the political and societal debate on waiting lists, job shortages, and image and quality problems in Dutch home care against the policy practices that do not manage to tackle these issues. With respect to that subject I have analysed the introduction of market incentives. Parts II and III of the book focus on the ‘logics of care’ concept of Knijn (1999; 2000; 2004).

INTRODUCTION

In the introduction I look at the motivation and question of the research. The motivation is home care and its discontents, caused by the existence of waiting lists, job shortages, and image and quality problems. A motivation in a more general sense is the controversial introduction of market incentives into social care. For I presume there exist certain tensions which engender the dissatisfaction over the (laborious) functioning of home care, I elaborate on four struggling logics of care: the economic logic of care on the one hand and the political, familial and professional logic of care on the other. Yet, also apart from these four logics I want to gain insight into the nature and course of the political and societal debate on waiting lists as well as labour market, image and quality problems. The three questions of the research correspond with the three parts of the book:

- What has been the course of the political and societal debate on waiting lists, labour market, image and quality problems in Dutch home care between 1987 and 2002?
- How does the economic logic of care ideal typically distinguish itself from the political, familial and professional logics of care? Furthermore, how can the (contested) mixed forms in which the economic logic of care man-

ifests itself with the other three ideal types in the foregoing debate be operationalised and analysed?

- How does the proposed introduction of market processes (economic logic of care) relate in this debate to the political, familial and/or professional logics of care between 1987 and 2002?

PART I: PROBLEMS

In Part I I analyse the course of the political and societal debate on waiting lists, labour market, image and quality problems in Dutch home care. I examine which themes politicians and social actors have linked these four problems with; what they have brought up as their main causes and solutions; which frictions and moments of consensus can be detected between the various parties; and what shifts have taken place in these aspects between 1987 and 2002. To this end I gathered and analysed all the relevant, public documents on the four home care problems of sixteen actors, subdivided into five parties. These documents include memoranda, letters, parliamentary debates, press releases and annual reports of e.g. national politics, labour umbrella organisations, professional organisations, labour unions, health care insurers and patient federations.

Chapter 1 explores the waiting lists problems. I explain that the home care waiting-list file can be distinguished roughly on the basis of three successive periods. The first period (1993-1997) is one of agenda-setting and relativisation, in which the government kept a tight grip on the budget. The second period (1997/1998) is an interim period in which the government started realising – slowly but not yet irrefutably – that there was a structural waiting lists problem. The third period (1998-2002) coincides with the second purple Dutch government, its most characteristic phase being the period since late 2000, and had a long-term and wide-range approach. In addition, the government was making funds available in principle for all clients with a legitimate need for care, at least if the home care institutions demonstrably allocated those means to solve the waiting lists problems. This applied to regular as well as – for the first time since 1994 – private home care institutions and is also designated with the adage ‘cash on the nail’. During these three periods, the number of clients waiting for home care rose from 12,000 in 1993 to 54,000 by May 2000. However, in the subsequent period, when the ‘cash on the nail’ principle had its effect, a turning point was reached: despite an 8 per cent increase of the demand for home care, the waiting lists

dropped that year by as much as 35 per cent. This trend continued in subsequent years. Nonetheless, politicians and social actors arrived at the insight that besides money, the prevailing job shortage must be considered to be a substantial cause for the waiting lists.

Chapter 2 looks at the job shortage problem. I show that this care problem has taken on increasingly unacceptable proportions, with home care as the main problem child. Especially since the mid 1990s, when the waiting lists problems too manifested themselves to a greater degree, the various indicators of job shortages showed deterioration. The percentage of sickness absence rose, work pressure increased, the ranks of those on disability swelled, there were more vacancies, the number of graduates with a health care diploma dropped, etc. The money/budget issue plays less of an explicit role in that discussion than it did in the waiting lists debate. Instead, politicians and social actors deliberated on the additional causes of and solutions for the personnel problem, the themes being the decreasing number of people starting health care education programs, the reduced numbers of graduates with a certificate, the insufficient flow of certified graduates into an actual job in health care, and the way in which the educational system works (educational theme); recruitment of specific target groups like women rejoining the workforce, immigrants and those eligible for a job through the Melkert or I/D subsidised employment schemes (hidden labour reserve theme); improvement of labour conditions, career perspectives, child care possibilities (working conditions theme); and finally, the reduction of employee workload (physical load theme). Although there have been some heated debates on the salary levels of aids, carers and nurses against this background, this aspect of the work factor is usually linked to the image of the health care sector.

In Chapter 3 I analyse the image problems. After exposing four unequal facets of these problems, I sketch how they have coloured the home care debate first and foremost as *professional* image problems; 70 per cent of all references to the image of care concern the themes of professional content and professional conditions. This involves a largely negative image of a low-motivation professional content for employees and unattractive working conditions, which politicians and social actors have tried to improve on in the last fifteen years through image-forming campaigns, negotiations on collective labour agreements and numerous other interventions. Most parties expect less in terms of extra salary increases, because these would entail neither the greatest interest nor the greatest fairness for employees. Even those professional organisations that are dissatisfied with the remunerations of carers and nurses observe that salary is not the only or even the most important rea-

son for people wanting to work or keep working in the care sector. Professional content and secondary working conditions should be more important motives. Chapter 4 discusses quality. I conclude that politicians and social actors consider the existing quality deficiencies in home care as an outcome of the waiting lists and labour market problems. The annual rise of the number of complaints submitted to the National Committee for Home Care (LKT, *Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg*) observed since 1994 should be understood against this background. The quality of the home care itself is allegedly not such an issue, but rather offering possibilities and chances, even though the professional groups in particular believe that these chances are being seized to a decreasing degree. More specifically, the various parties have defined the quality of care very differently in terms of legislation (government), management (employers), work/efficiency (professional practitioners), treatment (clients) and organisation/efficiency (insurers), though in practice there is an overlap between these definitions. Although the various quality criteria are rarely measurable and the effect of fifteen years of quality policy cannot yet be shown on a large scale, the parties are at least more aware than they used to of each other's quality wishes.

PART II: LOGICS OF CARE

With the intention of emphasising the controversial character of the structure of health care and indicating the various dilemmas that surround it and demand a solution, in this second part of the book I present the logic of care concept. I elaborate on how the economic logic of care ideal typically distinguishes itself from the political, professional and familial logics of care. The four logics of care are identified as present in the waiting lists, labour market, and image and quality debate in all kinds of mixed forms. I also demonstrate how these mixed forms can be operationalised, coded and analysed.

In Chapter 5 I elaborate on the logic of care concept from a philosophical perspective. I define logics of care as Weberian ideal types whose mixed forms function as Foucaultian discourses. The advantage of this definition is that it utilises the strengths of Weber's and Foucault's approaches while leaving behind the weaknesses. After all, whereas the ideal-typical method as such cannot provide an empirical argument for the empiricism over which this method nonetheless claims to provide insight, discourse analyses offer the possibility to actually make these controllable, empirical pronouncements. The other way around, the ideal-typical method provides the discourse analyses with a theoretical

framework they sorely miss. This framework is filled by the four logics of care, each of which I present in Chapter 6 in pure theoretical fashion.

In Chapter 6 I approach the logic of care concept, elaborating on the political, professional, familial and economic logics of care from an ideal-typical perspective (cf. Knijn, 1999; 2000; 2004). The *political logic of care* is based on a certain conception of social justice and a bureaucratic government apparatus that is responsible for the distribution of sparse care services among its citizens. Whether this is a government run by liberals, social democrats or Christian Democrats, the allocation of care takes place time and again on the basis of (legal) equality and without regard to the individual person. The *professional logic of care* is built on professional views, norms and values that are based on specialised knowledge and skills. This logic presumes the existence of a delimited professional domain within which professionals make their own independent decisions on things like the amount and type of care that should be provided. The *familial logic of care* is based on the laws and principles that make family or community members practice 'spontaneous' reciprocity among them. Family and community care ensues directly from the nature of the corresponding social relationship (partner, shared religious beliefs, friend, etc.). Personal involvement and/or sense of duty play a decisive role in this logic. The *economic logic of care*, finally, is rooted on the principles of economic liberalism, free-market mechanisms, entrepreneurship and consumerism.

In Chapter 7 I unfold the logic of care concept in terms of method. First, data gathering is discussed. A total of 1,121 memoranda, letters, acts, annual reports and other public documents on the waiting lists, labour market, and image and quality problems of home care have been collected. Published between 1987 and 2002, these are documents from five parties – national politics, employers/suppliers, employees/professional practitioners, insurers and patients/consumers – which in turn are subclassified into a total of sixteen actors (Upper and Lower Houses, The National Association for Home Care, the Federation of Patients and Consumer Organizations in the Netherlands, etc.). Second, I discuss the data analysis. Part I of the book necessitated coding in all documents those text fragments that included something about causes, solutions or other aspects of the waiting lists, labour market, image or quality problems. For Part III of the book I developed a coding system with which I can operationalise the four logics of care at a word level. The contested, mixed forms in which the four logics of care manifest themselves in the documents over the waiting lists, job shortage, image and quality problems can also be analysed on the basis of this coding system.

PART III: PROBLEMS BETWEEN LOGICS OF CARE

In Part III I examine how politicians and social actors have reacted to the introduction of free-market processes (economic logic of care) in home care. Free-market mechanisms allegedly foster competition, which stimulates the effectiveness of the home care sector. In turn, the savings achieved in this way would benefit the accessibility and quality of the sector, thanks to which waiting lists and the other home care problems would once again be a thing of the past. How does the economic logic of care relate to the political, familial and/or professional logics of care? Do the parties believe that the economic logic of care inhibits or helps the other logics of care? What frictions, differences of opinion and eventual moments of (explicit) agreement occur in this process? What shifts have taken place?

In Chapter 8 I take a look at the integral debate that government and social actors have held on the – incidentally minimal – entrance of new, private suppliers to the home care market. Until May 1997, according to all actors the relationship between the economic and political logic of care was ‘out of balance’ or ‘contrary’. Some decidedly emphasised the dangers, disadvantages or limitations of private implementation of public interests, other criticised the public securing of public interests – at any rate, both parties argued sharply. From May 1997 onwards, the view gained ground that the economic and political logics of care can supplement or benefit each other’s possibilities, or should be able to. Whereas in the 1990s politicians and social actors were still focusing on more or less governmental involvement, since May 1997 they felt a sense of urgency to seek the design of a different type of government as well as a different type of market. Especially in the year 2000, the parties developed policy lines on the basis of which the possibilities of free-market processes are seized without inhibiting or eliminating the responsibilities of the government (democratic control, social justice, etc.). Based on the formulation of e.g. performance covenants, joint long-term agreements, ‘open’ benchmarking and the ‘cash on the nail’ principle, the sixteen actors made a pragmatic attempt to increase the customer orientation and effectiveness of home care without allowing the negative side effects of free market forces to dominate. Additional government investments and extra governmental controls were no longer eschewed; private entrants were allowed to set foot in the field of home care again.

Chapter 9 studies once again the debate on the introduction of free-market mechanisms into collectively financed home care. However, this time I analyse the reactions from the perspective of the professional and familial logics of

care. What is noticeable about the professional reaction is that it is given little space compared to political commentary. What's more, the relationship between the professional and economic logic of care has not undergone the synergetic development that does characterise the relationship between the political and economic logic of care. Whereas the emphasis in the latter relationship has increasingly lied on managing performance, making results transparent, protocolling quality, benchmarking organisational processes and all kinds of other activities that are aimed not at the content of care but its form, the professional groups have repeatedly pointed to the drawbacks. They believe that, due to the dominance of free-market thinking, care is in danger of having its 'soul' taken away. This would not only affect the quality level of primary care, but would tear the fabric around which health care revolves: motivated, professional care providers. Finally, what is noticeable about the relationship between the familial and economic logic of care is that, empirically, it is largely absent from the public debate on home care. Theoretically, I conclude that this means that hardly any attention is paid to the human and private dimensions of home care, or to the various related questions and problems.

EPILOGUE

In the epilogue I return to the fact that structural changes in the care sector tend to arrive on the late side. All post-war system revision proposals have remained stuck in an early stage. Waiting lists and personal shortages have also remained stubbornly in existence, despite all the efforts of the parties involved. Prevailing welfare state and social policy literature interpret this immobile character of the care sector – in part justifiably – as the result of conflicts between the various institutions and between the different parties representing these institutions. This is thus about the paralysing conflicts over e.g. the distribution of positions, power and means. I add to this the importance of the presence of intrinsic tensions between the economic, political, professional and familial logics of care. Even if all institutional conflicts were resolved, content-related dilemmas demanding solutions would always remain. In that respect, in the epilogue I look back at the fact that the relationships between the economic logic of care on the one hand and the political, professional and familial logics of care on the other have had unequal and different-natured voices on the topic. Politicians and social actors do not put much rhetoric into the fact that economic market incentives in social

home care will be irrevocably accompanied by the improvement or worsening, but at any rate by the changes in the monopoloid, intrinsic and professional character of this home care. More concretely, I believe that the logic of care analyses performed give me grounds to posit that the stubborn persistence of the home care problems can be partially ascribed to the tensions between logics of care and their solutions. At least, it is exactly in the year 2000, when for the first time synergies emerge between the economic and political logic of care, that the waiting lists drop by as much as 35 per cent after years of blows. This trend could have probably continued to a wider extent had the home care debate also sought a more fruitful relationship between the economic logic of care on the one hand and the professional and familial logics of care on the other.

OVER DE AUTEUR

Stijn Verhagen werd geboren op 12 november 1975 in 's-Hertogenbosch. In 1994 behaalde hij zijn gymnasiumdiploma aan Gymnasium Bernrode te Heeswijk. Tussen 1994 en 1998 studeerde hij Algemene Sociale Wetenschappen aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht. Voor zijn afstudeerscriptie 'To be or to wannabe – Over gabbers, jeugdcultuur en de media' ontving hij de Boekman-Trouw Scriptieprijs. Sinds 2004 werkt hij als adviseur bij de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), de adviesraad van het kabinet op het gebied van maatschappelijke participatie en stabiliteit. Stijn Verhagen publiceert onder andere over veranderende zorgarrangementen, over jeugdcultuur en over de integratie van etnische minderheden in de Nederlandse samenleving. Het voorliggende onderzoek voerde hij uit bij respectievelijk de onderzoeksschool Arbeid, Welzijn en Sociaal-Economisch Beleid en de capaciteitsgroep Algemene Sociale Wetenschappen.

