

Het taboe op krimp bij leiders van zorgorganisaties

Auteur	Giovanni Coenen
Studentennummer	418608
Afstudeerscriptie	Onderdeel van het doctoraal Bedrijfskunde
Major	Leiderschap, Management en Bestuur
Scriptiebegeleider	Dr. Ben Wempe
Meelezer	Dr. Bas Koene
Datum	Juli 2016

Insanity: doing the same things over and over again and expecting different results.

Albert Einstein (1879 – 1955).

*Anyone who believes that exponential growth can go on forever in a finite world,
is either a madman or an economist.*

Kenneth. E. Boulding (1910 – 1993).

Het auteursrecht van deze scriptie berust bij de schrijver. Hetgeen beschreven en gepresenteerd in deze scriptie is origineel werk. Er zijn geen andere bronnen gebruikt, behoudens de bronnen aan welke nadrukkelijk gerefereerd wordt en verwezen naar - c.q. benoemd in de literatuurlijst. De auteur is volledig verantwoordelijk voor de inhoud. De Rotterdam School of Management van de Erasmus University is slechts verantwoordelijk voor de onderwijskundige begeleiding en aanvaardt in geen enkel opzicht verantwoordelijkheid voor de inhoud.

Voorwoord

“Taboe” en “krimp”; twee woorden uit de titel van deze scriptie, die in de Nederlandse taal vaak een negatieve connotatie hebben. Voeg daarbij de berichtgeving over de grote bezuinigingen die de Nederlandse overheid moest doorvoeren na de diverse crises; en alle ingrediënten voor sombere bespiegelingen over de zorgsector lijken aanwezig. Toch is deze scriptie geenszins een fatalistisch verhaal. Het is een verhaal waarin juist optimisme doorklinkt, omdat essentiële leiderschapskeuzes het verschil in de welzijns- en zorgsector kunnen maken. Om los van ingeslepen systemen, los van vastgeroeste organisatiegrenzen, met terugkeer van bezieling en de waardering voor burgers en professionals de zorgsector voor lange tijd houdbaar te houden. Belangrijkste woord van deze scriptie is: samenwerken. Dat betekent niet dat elke organisatie en professional hetzelfde moet worden. De kunst in het stelsel van de toekomst voor zorg en welzijn is juist ontspannen om te gaan met de verschillen.

Samenwerking is echter niet vanzelfsprekend, ook al lijkt dit in het menselijk DNA evolutionair te zijn verankerd. De complexiteit in de zorg bijvoorbeeld maakt dat er altijd wel sprake is van onvolledige kennis van situaties en mensen. De sector lijkt echter collectief te denken in veel te complexe termen om alles adequaat in een winstverliesrekening in te delen; “ze beprijzen de *werkelijkheid* echter niet, ze proberen hem in te *schatten*”. Iets dat de Griekse meester Plato in zijn boek *De Politeia* al duizenden jaren geleden leek te begrijpen. Er is een veel te groot aandeel van de werkelijkheid ingenomen door de wereld van organisatiedeskundigen en boekhouders; denkende in termen van kosten en baten op een manier dat van *het grootboek van de zorg een boek heeft gemaakt dat onleesbaar is geworden*, met een tunnelvisie op het gewone dagelijkse leven inclusief. Het gaat er in de zorg om dat er vormen moeten worden bedacht om met verschillen en eigenaardigheden om te gaan. Van burgers, van professionals en van organisaties in de sector. Het zoeken naar een evenwicht tussen concurrentie en coöperatie. Organisaties in de zorg zouden moeten samenwerken op een manier die ontstaat is van spanning, van agressie en van te grote rivaliteit. Wie deze samenwerking zoekt als leider van een organisatie, zal moeten kunnen omgaan met de ambiguïteit van samenwerken en concurreren.

Met het voltooien van deze scriptie sluit ik een turbulente periode af van werken, studeren en vele kilometers reizen. Een periode waarin ik vrienden voor het leven heb gemaakt; in het bijzonder met mijn Kaapstad-reisgenoten Marijke Verheijen, Bart van de Brule, Marijn Helmons en Gerben Nieuwenhuize. Ook Eline de Kruik en Maurice Liemburg, die samen met mij de peergroup voor de scriptie vormden, zijn medestudenten waarmee ik een plezierig en leerzaam traject heb afgelegd.

Allereerst wil ik in dit voorwoord begeleider Ben Wempe bedanken. Met een oprechte betrokkenheid maakte hij dit traject bijzonder waardevol; qua leeropbrengst, qua vereiste inzet, vereiste cognitie en vereist abstract denkvermogen. Dat geldt eveneens voor meelezer Bas Koene, wiens rol als meelezer een zeer waardevolle was, met name door zijn actuele kennis van organisatievraagstukken. Daarnaast wil ik mijn eigen raad van bestuur van Surplus bedanken voor de kans die mij geboden werd deze opleiding te volgen. Een lerende organisatie met een leven lang lerende werknemers is niet slechts een kwestie van wat opleidingen en cursussen inkopen. Het start met serieuze interesse tonen in mensen, inzichten en ontmoetingen en gemeente waardering uitspreken. Daarin heeft mijn raad van bestuur me gesteund, wetende dat er nog andere klussen in- en buiten de organisatie geklaard moesten worden. Tot slot bedank ik iedereen die zowel in de privésfeer, als in het beroepsmatige netwerk “in de weer” was met deze scriptie; alle meelezers, aanvullers, meedenkers, toelichters, redacteuren, strategen, politiekbedrijvers, cynici en alle andere mensen die me in het traject bijstonden.

Inhoudsopgave

Voorwoord		pagina 3
Inhoudsopgave		pagina 4
Samenvatting		pagina 5
1	Inleiding	pagina 8
	1.1 Aanleiding	pagina 9
	1.2 Leeswijzer en opzet van de scriptie	pagina 11
	1.3 Centrale probleemstelling en deelvragen	pagina 13
	1.4 Wetenschappelijke relevantie	pagina 15
	1.5 Maatschappelijke relevantie	pagina 17
	1.6 Opzet van het onderzoek	pagina 19
2	De uitdagingen in de praktijk	pagina 24
	2.1 Meavita	pagina 24
	2.2 Buurtzorg Nederland / TSN	pagina 27
	2.3 Van illustratieve cases naar onderzoek	pagina 31
3	Theoretische kader	pagina 32
	3.1 Bewegingen en richtingen in de zorgsector	pagina 32
	3.2 Toegepaste theorie over het thema krimp en organisatiegrenzen	pagina 37
	3.3 Plato's ideeënleer in relatie tot het taboe op krimp	pagina 47
	3.4 Van het bestaande begrippenkader naar de vragen die resten...	pagina 53
4	Analyse	pagina 54
	4.1 Inleiding	pagina 54
	4.2 Context	pagina 56
	4.3 Kwalitatieve analyse	pagina 57
5	Conclusies, aanbevelingen en beschouwing	pagina 62
	5.1 Conclusie	pagina 62
	5.2 Aanbevelingen	pagina 66
	5.3 Beschouwing op het onderzoek	pagina 69
Gebruikte literatuur		pagina 71
Bijlage 1	Leidraad interviews	pagina 77
Bijlage 2	Dataset, geplot in schema Plato's allegorie van de gedeelde lijn	pagina 78

Samenvatting

Het doel van deze scriptie is inzicht te verschaffen, waarom er bij leiders in de zorgsector een taboe rust op het krimpen van hun organisatie. In deze scriptie zal, aan de hand van de situatie in de praktijk en vanuit de toegepaste theorie uit de sociale wetenschappen en de organisatietheorie, getracht worden dit taboe te analyseren en te beschrijven. Uit deze literatuurstudie betreffende de kijk -van leiders- op organisatiegrenzen en organisatievolume, in combinatie met de analyse van de huidige praktijk in de zorgsector, blijken er hiaten te zitten in het onderzoek en de kennis rondom dit onderwerp. Deze scriptie, kwalitatief, conceptueel, normatief en verkennend van aard, past het gedachtengoed van Plato's ideeënleer toe om deze hiaten te duiden. En daarnaast om het taboe op krimp te beschrijven in relatie tot de implicaties voor het leiden van een welzijns-, of (jeugd)zorgorganisatie. De scriptie leidt tot normatief gebaseerde aanbevelingen over de wijze waarop leiders in de zorg "*zouden moeten*" omgaan met hun organisatie(grenzen) en -designs.

De welzijns-, en (jeugd)zorgsector is stevig in transitie en lijkt een fundamentele transformatie te ondergaan. Daarin lijken drie bewegingen aan de basis te staan:

1. De eerste beweging is de ontwikkelingen in de *praktijk* van zorgorganisaties.
 - a. Door de voorbeelden van zorginstellingen, als Meavita in de recente praktijk, werd pijnlijk duidelijk dat er organisaties zijn, die de realisatie van hun maatschappelijke baat daadwerkelijk zijn verloren. Daarbij gaat het nog geeneens om verwijtende terminologie als "*megalomanie*" of "*malafide handelen*", maar meer terminologie in de vorm van "*wanbeleid*" of "*het verliezen van de essentie van een organisatie met een doel en met waarde; de fundamentele vraag wat een welzijns-, of (jeugd)zorginstelling zou moeten zijn*".
 - b. Door voorbeelden van zorginstellingen als Buurtzorg Nederland. Een op het oog grootschalige organisatie, maar juist zo geroemd vanwege het kleinschalige organiseren. Met een volledig andere kijk op gezondheidszorg, hetgeen volgens deze organisatie veel meer inhoudt dan slechts het uitvoeren van medische handelingen. Maar ook met een volledig andere kijk op organisaties, management en staffuncties en een andere focus op het faciliteren van hun professionals.
2. De tweede beweging is de *bezuinigingen* in de zorgsector. Door betere voorzieningen en vergrijzing vond sinds 1950 een explosie plaats van de collectieve zorguitgaven door van 0,8% van het BBP¹ (1950) te stijgen naar 10% van het BPP (2016). Het is echter zeer belangrijk om te beseffen dat de zorgsector in financiële zin niet krimpt; slechts de groei is sterk afgeremd. Dat voelt niet alleen als krimp van de sector; in absolute zin neemt namelijk wel de vraag naar zorg en ondersteuning sterk toe.
3. De derde beweging is de *totale transformatie van visie* op gezondheidszorg en welzijnsondersteuning. Zowel vanuit de burgers, maar zeker ook vanuit leidende adviezen aan de beleidsmakers, vindt een evolutie plaats naar een totaal andere, gekantelde, visie op ondersteuning aan burgers. Met veel meer nadruk op zelfmanagement, eHealth, preventie en een model van basisgezondheidszorg. De traditionele zorgsector, nu in absoluut aandeel - zowel in volume als in financiële kostenoptiek- de grootste afnemer van de zorgfinanciering, zal in volume zonder twijfel krimpen. Daar komen innovatievere vormen van zorg en ondersteuning voor in de plaats en zal de sector haar expertise te gelde moeten maken in de samenwerking met deze nieuwe vormen.

¹ BPP: Bruto Binnenlands Product, de totale marktwaarde van diensten en goederen geproduceerd binnen een landsgrens in een periode van een jaar.

Toonaangevende beleidsmakers in de zorg, als de RVZ²-adviezen aan het kabinet en het ambtelijk apparaat van het Ministerie van VWS³ (RVZ, 2012), als Machteld Huber (Huber et al., 2011) beschrijven dit nadrukkelijk in hun aanpak voor een toekomstbestendig stelsel van zorg en welzijn.

Eén van de belangrijke onderzoeksdoelen van deze scriptie is om te onderzoeken of er een (aanvullend) begrippenkader is, waarmee leiders van zorgorganisaties kunnen anticiperen op de drie bewegingen als hierboven geschetst. Daarvoor is het goed om te kijken naar wat het reeds aanwezige en onderzochte begrippenkader in dit verband kan aanreiken. De literatuur beschrijft feitelijk in het geval van de huidige situatie in de zorg slechts twee onderzochte stromingen:

1. Decline (krimp, afname, daling)
2. Downsizing (krimp, afslanking, inkrimping).

Decline wordt algemeen omschreven als een fenomeen dat je als organisatie -en als leider- overkomt of lijkt te overkomen, wanneer de omstandigheden in de markt veranderen, inkomsten en middelen afnemen en er vanuit de organisatie geen antwoord volgt. Volgen er geen interventies, zal de organisatie het niet overleven.

Downsizing wordt algemeen omschreven als een veel actievere vorm, geïnstigeerd door de leiders binnen de organisatie, bij turbulentie en onzekerheid in de omgeving van de organisatie. Toch voldoet het begrippenkader van downsizing ook niet bij de actuele situatie in de zorg. Op de eerste plaats behandelt de literatuur “downsizing” in de connotatie van het opzettelijk reduceren van het personeelsbestand. Downsizing als innovatieve organisatievorm door samen met andere organisaties bepaalde maatschappelijke vraagstukken op te lossen en hier ook een gezamenlijk personeelsbeleid in te voeren, is niet eerder beschreven. Eveneens is in de strategische literatuur niet onderzocht of vormen van downsizing onderdeel kunnen zijn in het kader van een focusstrategie bij portfoliokeuzes. Daarnaast beschrijft de literatuur dat downsizing te allen tijde weer gericht is op succes in de vorm van het toenemen van omzet, winst, rendement en volume.

Vandaar het pleidooi voor de tussenvorm. Aan een organisatie die overlijdt, heeft niemand iets; burgers hebben geen continuïteit van zorg, werknemers verliezen hun baan en de organisatie kan geen sociale infrastructuur meer verzorgen als basis en vangnet voor het verlenen van ondersteuning of zorg. Gezien de drie beschreven bewegingen in de zorg is exponentiële groei echter een utopie en weinig realistisch. Sterker nog: vanuit de sector zal juist meer zorg moeten worden geleverd (vraag) tegen beschikbare middelen die absoluut niet in deze mate zullen meestijgen (aanbod). Het is dus veel zinvoller om andere vormen van organiseren in de zorg- en welzijnssector te bewerkstelligen. Uit talloze cases, waarbij in deze scriptie de Meavita-case als exemplarisch wordt beschreven, blijkt dat fusies slechts een samenvoeging van kolommen lijkt te zijn en de bestuurbaarheid en de uitvoering van de zorg niet ten goede komt. Andere organisatievormen bewijzen de winst van kleinschaligheid, waarvan in deze scriptie de Buurtzorg-case een bewijs lijkt te zijn.

Andere organisatievormen worden door de bestaande literatuur wel aangedragen, maar zijn vervolgens voor de traditionele zorgsector nog relatief onontgonnen terrein. Het zijn de vormen van interne samenwerkingsdesigns (als: de *horizontal*-, *hollow*-, *modular*- en *virtual organizations*) en de vormen van externe samenwerkingsdesigns (als: ketensamenwerking, netwerken, partnerships, allianties, joint-ventures, coöperaties).

² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), per 1 januari 2015 samen met de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) verder gegaan onder de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Er is een alternatief; **purposeful scale-back downsizing** van solitaire organisaties om maatschappelijke baat te realiseren in samenwerkingsverbanden met andere organisaties. Echter; dat lijkt te worden gedwarsboomd. Dit dwarsbomend fenomeen wordt in deze scriptie geduid met “het taboe op krimp” bij leiders in de zorg. Echter een taboe is zeer contextafhankelijk en verklaart de relatie tussen taal en gedrag. In deze scriptie: “*wat zeggen leiders binnen de zorgsector en wat doen ze vervolgens?*”. In welke mate realiseren zij hun ideeën en hoe verloopt die besluitvaardigheid?

Hierop geeft de filosofie bij uitstek een antwoord. Plato schreef hier omstreeks 380 voor Christus al over. De validiteit en de bruikbaarheid van de theorieën van Plato lopen als een rode draad door deze scriptie, maar de kern ervan betreft het feit dat Plato een zeer uitgesproken mening had waaraan leiders moesten voldoen om het welzijn van burgers te garanderen. Volgens Plato had elke verschijningsvorm een onveranderlijk eeuwig ideaal. Plato zou het dus nooit direct hebben over een zorgorganisatie, maar over de ethische vormen (*het goede*) van gezondheid. In dat opzicht volgt deze scriptie bewust het parallelle proces dat momenteel door de eerder aangehaalde RVZ en Huber et al. in de zorg plaatsvindt. De rapporten en visie van de RVZ en Huber et al. nemen dit aloude pad van Plato in directe zin op een dergelijke manier ter harte. Daarnaast spreekt Plato in eerste aanleg van *areté*: het welzijn van een gemeenschap is afhankelijk van de deugdzaamheid van de verantwoordelijken. Om deze deugdzaamheid te bereiken, hamert Plato op het belang van kennis. Slechts de filosofen kunnen kennis vergaren en zijn in de ogen van Plato de juiste leiders. Plato beschrijft dat kennis ingedeeld kan worden in twee hoofdgroepen: *de klasse van het zien* en *de klasse van het kennen*. Binnen de eerste groep gaat het over vermoedens, overtuigingen, geloof en ware meningen. De tweede groep is in de ogen van Plato veel belangrijker voor een leider: dat is de wereld waarin kennis wordt getoetst via de rede en het verstand. Dit normatieve kader is bijzonder behulpzaam om te duiden waarom de alternatieven van samenwerkingsvormen in de zorg maar moeizaam tot stand komen vanwege de bewaking en expansie van de eigen organisatiegrenzen.

Het empirisch-analytisch onderzoek in deze scriptie bestond uit het afnemen van interviews bij 19 deskundigen uit de sector. Hiervan waren 16 personen te kenmerken zijn als “leider” en 3 als “externe deskundige”. Allen geselecteerd vanwege de spreiding over de verschillende sectoren en functies, alsmede op basis van het feit dat zij aan de knoppen zitten bij vraagstukken op het terrein van groei en krimp van een (jeugd)zorg- en welzijnsorganisatie. Uit het onderzoek is gebleken dat 31 van de 37 relevante citaten rondom een taboe op krimp betrekking hebben op de *klasse van het zien*. Opmerkelijk was, dat slechts 6 van de 37 citaten betrekking hadden op de *klasse van het kennen*.

Geconcludeerd kan worden, dat er zeker sprake is van een daadwerkelijk taboe op krimp bij leiders in de zorgsector. Deze leiders erkennen dit ook als zodanig. Enerzijds *impliciet*; door het er tijdens interviews juist niet over te hebben, omtrekkende bewegingen te maken op de concrete vraag of er een taboe is op krimp, óf windowdressing met schijn-krimpstrategieën vanuit de optiek van focus lijken aan te voeren. Ook werd er *expliciet* bevestigd dat er sprake is van een taboe op krimp, door het er juist wel over te hebben. Opvallend was dat het dan vaak over *andere* leiders of *andere* organisaties ging, of over de eigen pijnpunten bij krimp maar dan na -het afsluiten van- het interviewgesprek. De conclusie vanuit het discours is het feit dat de huidige leiders in de zorg niet verder lijken te geraken in hun denken, dan de *klasse van het zien* zoals Plato het beredeneerde. Dat rechtvaardigt de conclusie dat huidige leiders in de zorgsector nieuwe oplossingen en opties om de zorgsector duurzaam met minder middelen een groter bereik te laten realiseren, grote kansen laten liggen door het taboe op krimp. Zoals de organisatiedesign voor interne, veel horizontalere vormen van organiseren, of organisatiedesigns voor externe vormen van verregaande samenwerking. **Purposeful scale-back downsizing** in zorg en welzijn is absoluut mogelijk, mits leiders in hun denken opklimmen naar de klasse van het kennen. Het biedt juist kansen voor hun eigen organisatie, maar zeker kansen voor een duurzame zorgsector.

1 Inleiding

Ik ga ervan uit dat het rechtvaardige precies hetzelfde is als het belang van de sterkste. Nou? Waarom maak je me geen complimenten? Voel je daar soms niet voor?
Plato, Het Bestel, 338 C ⁴

Niets lijkt actueler dan deze scriptie te starten met bovenstaande quote uit Plato's Politeia. Het citaat komt voort uit een gesprek tussen Socrates en Thrasymachus. In de dialogen, als door Plato opgetekend, is Socrates bekend geworden door onder meer diens visie op ethiek en de wijze waarop deze klassiek Griekse filosoof met zijn gesprekspartners discussies aanging. Thrasymachus was een sofist; hetgeen -veelal rondtrekkende- beroepsdenkers waren die op 'consultancy'-achtige wijze hun kennis (op bijvoorbeeld de terreinen filosofie, retorica, staatsinrichting, recht, literatuur of wiskunde) aanboden inzake het openbaar bestuur, het publieke domein of het particuliere onderwijs. Thrasymachus was van mening dat *"juist en eerlijk handelen"* van leiders niets anders betrof, dan ervoor te zorgen dat de sterkste en grootste partij (het meeste) voordeel genoot. Daarmee is zijn bewering een historische variant op het huidige *"too big to fail"*-denken van vele bestuurders in de zorg. De *"too big to fail"*-theorie beweert, dat bepaalde organisaties dermate groot zijn dat hun ondergang desastreus zou zijn voor het groter economisch zorgsysteem en dat ze daarom door overheden zouden moeten worden ondersteund of gered als ze mogelijk in hun voortbestaan zouden worden bedreigd.

Het zijn deze zorgbestuurders waarbij dit denken plaats grijpt, met de focus op het bewustzijn van het leven in een meedogenloze wereld en zich daaraan aanpassen. Binnen een competitief systeem met dwingende targets, met winnaars en verliezers. Leiders die samenwerking in netwerken, allianties of bondgenootschappen *niet* zien zitten vanwege de assumptie dat een grote organisatie respect zal afdwingen en er alleen maar sterker op zal worden als andere organisaties (en overheden of andere stakeholders) dit grote organisatievolume zien. Waar het kleiner worden van hun organisatie gezien wordt als verliezen; niet in de laatste plaats voor hun eigen persoonlijke carrière pad. Socrates' antwoord op de stelling van Thrasymachus ligt in de reflectie dat *'geen enkel vak of ambt op het eigen voordeel uit zou moeten zijn'*. In 346 E zegt Socrates: *"Zoals we eerder zeiden gaat het juist om het voordeel van de ondergeschikte en wordt dat voorgeschreven, want niet het belang van de sterkste maar dat van de zwakste staat centraal"*.

De analogie van de kwetsbare burger met een ondersteuningsvraag die centraal zou moeten staan, en niet het belang van de sterke en grote zorgorganisatie of het glorieuze carrièrepad van diens leiders, vormt een moderne lezing van Socrates' woorden. Het is daarom niet slechts een literaire inleiding om met de woorden uit de Politeia te beginnen; het is in deze scriptie de erkenning van de actuele waarde van het gedachtengoed om te kunnen duiden waarom organisatievolume zo belangrijk is voor leiders in de zorgsector. Vanuit de dagelijkse werkpraktijk van de zorg- en welzijnssector lijken namelijk twee ontwikkelingen tegen elkaar in te gaan. Aan de ene kant de ontwikkeling van kleinschaliger organiseren, waarbij op een heel wijkgerichte wijze, dichtbij de burger, ondersteuning wordt geleverd door professionals die in netwerkteams in diezelfde wijk werken. Aan de andere kant lijkt op het niveau van raden van toezicht, raden van bestuur en het directieniveau van (jeugd)zorgorganisaties een mechanisme te bestaan om de eigen organisatiegrenzen te beschermen, liefst uit te breiden. Sterker nog: er lijkt een taboe te heersen op krimp van hun organisatie.

⁴ Daar waar in deze scriptie een *combinatie van drie cijfers en een letter tussen haakjes -als: 338 C-* staat, betreft dit de verwijzing naar het Stephanus nummer in Het Bestel (Warren & Molengraaf, 2015). Het Stephanus nummer is een standaard referentienummer voor de plek van een passage in de opgetekende dialogen in Plato's Politeia.

1.1 Aanleiding

De huidige ontwikkelingen in de maatschappij en de organisatie van (jeugd)zorg en welzijn in Nederland vragen om een andere manier van denken. Mediaberichten rondom draconische bezuinigingen, de decentralisatieopgaven van de rijksoverheid naar de gemeentelijke overheid, collectieve ontslagen in de zorg, concurrentie en marktwerking in de sector én nieuwe concepten rondom zelforganiserende teams zijn zomaar een wilde greep uit datgene dat de laatste tijd een enorme invloed heeft op het beleid van de zorgsector. Een sector, waarin leiders van zorgorganisatie te maken hebben met deze schuivende (organisatie)panelen.

Elk jaar vinden er veranderingen plaats binnen het zorgstelsel en de zorgverzekering, omdat stakeholders in de zorg worstelen met ontwikkelingen als hierboven geschetst. Veel taken van de landelijke overheid werden overgeheveld naar de gemeenten of zorgverzekeraars op de terreinen van de zorg, de jeugdzorg en participatie van kwetsbaren op de arbeidsmarkt. Een absoluut ijkpunt in deze, is de decentralisatie van taken in het kader van de (langdurige) zorg, hulp en ondersteuning per 1 januari 2015. De landelijke overheid blijft weliswaar met de WLZ⁵ een financier van zorgtaken, maar de zorgverzekeraars⁶ en de gemeenten⁷ zijn sedert 1 januari 2015 de grootste bekostigingsbron voor zorg en ondersteuning. Daarnaast kennen diverse vormen van zorg een mix van bekostigingsbronnen, spelen er zelfs nog meerdere varianten in de markt⁸, richten burgers zelf steeds vaker corporaties op om vormen van zorg te organiseren en is er de opkomst van particuliere zorgverleners op basis van private contracten.

Nederland kende tot 2006 het ziekenfonds voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens. Mensen boven een bepaald inkomen waren “particulier” verzekerd. In 2006 werd het stelsel ingrijpend veranderd en moesten burgers zich verzekeren door de basisverzekering en mogelijk zelf gekozen pakketten met aanvullende verzekeringen. Op macroniveau had de invoering van het nieuwe stelsel tot gevolg dat er geprivatiseerd werd en dat zorgverzekeraars en zorginstellingen met elkaar gingen concurreren. De overheid had weliswaar een toezichhoudende taak op de balans tussen de vraag en het aanbod van de zorg, maar er ontstond veel ruimte voor competitie rondom prijsstelling en zorgaanbod. Dit in tegenstelling tot de situatie voor 2006, waarin de overheid de financiering van de zorg via vaste budgetten organiseerde om grip te houden op de kosten.

Het overheidsbeleid trachtte middels de ingreep hogere kwaliteit van de zorg te realiseren tegen relatief lagere kosten. Daarbij vond de overheid, eendrachtig de theorieën van Michael Porter, de basis in het vijfkrachtenmodel waarbij het belangrijkste doel was het bepalen van het winstpotentieel van een sector. Ook in de zorg, zo was de grondgedachte binnen het nieuwe stelsel van de basisverzekering, wordt rendement bepaald door vijf krachten (te weten: dreiging van nieuwe toetreders, macht van de afnemers, interne concurrentie op de markt, macht van de leveranciers en de mate van verkrijgbaarheid van complementen en substituten).

⁵ Wet Langdurige Zorg (WLZ).

⁶ Zorgverzekeringswet (ZVW).

⁷ Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Jeugdwet.

⁸ als: Persoonsgebonden Budget (PGB), grotendeels uitgevoerd door de Sociale Verzekeringsbank maar ook door gemeenten en zorgverzekeraars; afhankelijk van de specifieke casuïstiek.

Het hanteren van het vijfkrachtenmodel binnen de zorgsector leidt niet per definitie tot de doelstellingen van hogere kwaliteit tegen lagere kosten (Porter, 2006). Porter keek met name naar de randvoorwaarden van zijn model en zag daarom in dat het model niet zomaar zou werken voor de zorgsector. Hij concludeerde dat de partijen in de zorgsector (overheden, verzekeraars, zorgverleners en –instellingen) verstrikt raakten in een web van het naar elkaar toeschuiven van korte-termijnkosten terwijl juist in de zorg het centraal stellen van de patiënt/cliënt essentieel zou moeten zijn. Porter duidde in 2006 dit fenomeen al met zero-sum competition; “*concurrentie waarin stakeholders alleen maar kosten op andere marktpartijen afwentelen*”. Zorginstellingen, zo betoogde Porter, moeten de beste zorg leveren en maatschappelijke baat realiseren door burgers zo vlug en zo duurzaam als mogelijk gezond te laten zijn en blijven. Zijn betoog luidde dat concurrentie op cliëntwaarde leidt tot innovatie en daarmee tot lagere kosten. Voor deze excellente zorg zouden zorgverzekeraars gerust meer mogen betalen omdat de totale kosten van de zorgsector in relatieve zin door innovatie zullen dalen.

Kortom: de zorgsector is in transitie, veel is onzeker. Enerzijds door ontwikkelingen in de zorg zelf maar ook door rommelige financiële experimenten door de nationale overheid. Dit leidt ertoe dat traditionele strategieontwikkeling lastig is geworden. Deze gaat immers uit van een min of meer voorspelbare toekomst in een bekend stelsel. Leaders van zorgorganisaties reageren divers op de ontwikkelingen, als in deze inleiding geschetst. Zo beschrijft de literatuur het fenomeen *path dependency* (Trouvé et al., 2010): de strategische opties die een organisatie heeft, worden sterk beïnvloed door eerder gemaakte keuzes (“het zorgsysteem draait al decennia zo, op deze manier zal het wel blijven”, “vroeger deden we het ook zo”). De effecten van path dependency zijn niet verwonderlijk, maar het is wel belangrijk dat leiders binnen zorgorganisatie zich hiervan bewust zijn. Verder worstelen leiders van zorgorganisaties binnen de huidige markt met *delay* (Weitzel & Jonsson, 1989). Omdat veel bestuurders, managers en zelfs raden van toezicht moeten wennen aan de nieuwe omstandigheden en nog vasthouden aan bestaande inzichten en gewoonten, lijkt er niet zoveel te veranderen (“het zal zo’n vaart niet lopen”). Totdat vasthouden aan het oude echt niet meer gaat en de veranderingen erg snel gaan.

Een derde waar te nemen ontwikkeling inzake corporate development in de zorgsector, is de worsteling bij leiders (leden van raad van toezicht, bestuurders, topmanagement) van grote, conventionele zorgorganisaties dat succesvol leiderschap afgemeten wordt aan volumegroei. Terwijl maatschappelijke ontwikkelingen juist innovatieve oplossingen vragen in de vorm van kleinschaliger organiseren (de burger aan zet, regelarm, zelforganiserende teams, leiderschap, samensturing, netwerkorganisaties). Zo zullen zorgaanbieders steeds vaker professionals moeten leveren voor netwerkorganisaties en multidisciplinaire teams (als: wijkteams, wijkverpleegkundige teams, jeugdhulpteams, veiligheidsteams) om hogere cliëntwaarde te realiseren. Daar waar een zorgaanbieder voorheen relatief solitair kon opereren en declareren bij overheid of zorgverzekeraar, worden er nu harde voorwaarden op het terrein van organisatie-overstijgend werken gesteld. Ook de zorgprofessionals zelf zullen in hun zoektocht naar het maatschappelijk rendement van hun werk steeds vaker de discussie zoeken rondom de eigen organisatiegrenzen. Zij gaan eigenstandig veel meer in netwerken samenwerken met professionals van andere organisaties. Dat kan inhouden dat een zorgorganisatie weliswaar taakvolwassen professionals levert, maar deze mogelijk niet inhoudelijk aanstuurt. Zorgorganisaties hebben te maken met de politiek-maatschappelijke claim om hun core business te realiseren met minder overhead, minder bureaucratie, zelfs met een organisatie die kleiner is in volume en omzet.

1.2 Leeswijzer en opzet van de scriptie

Het concrete issue voor het schrijven van deze scriptie bestaat eruit, dat bij een *taboe op krimp* van leiders in de zorg *nieuwe oplossingen en opties* om de zorgsector duurzaam *met minder middelen een groter bereik* te laten realiseren, *buiten beschouwing* wordt gelaten. Hetgeen resulteert in spanningsvelden, problemen, paradoxen en vraagstellingen. De bouwstenen voor het onderzoeken hiervan, zullen tot uitdrukking komen in de structuur van het document. Hierbij is een bewuste keuze gemaakt in de volgorde van beschrijving, waarbij op de navolgende manier het issue zal worden besproken:

Hoofdstuk 1 beschrijft de aanleiding voor dit onderzoek vanuit de thesis dat er een taboe rust op het krimpen van een zorgorganisatie bij diens leiders. Betreffende deze aanleiding is een centrale probleemstelling met concrete deelvragen geformuleerd om -en op welke wijze- te onderzoeken welke implicaties het taboe op krimp heeft in de zorgsector en de relevantie hiervan.

In **hoofdstuk 2** zullen de aansprekende voorbeelden van de cases Meavita en Buurtzorg Nederland beschreven worden, welke aanknopingspunten bieden om het onderwerp groei en krimp vanuit de actuele, dagelijkse praktijk nader te beschouwen. Deze cases zullen het onderzoeksdesign in die hoedanigheid ook dienen; als vertrekpunt om richting te geven aan de keuze voor literatuurstudie én de vraagstellingen in het empirisch-analytische onderzoek van de interviews.

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij hoe actuele ontwikkelingen in de zorgsector hebben geleid tot de onderzoeksvraag die binnen deze scriptie het spanningsveld weergeeft.

De case Meavita vertelt het verhaal van Thrasymachus uit de inleiding van deze scriptie: “too big to fail”-theorie in de huidige tijd.

Het verhaal van Buurtzorg lijkt daarentegen een illustratie van Socrates’ woorden uit de inleiding van deze scriptie: “het gaat om het voordeel van de burger of zorgvrager waarbij het belang van deze centraal zou moeten staan”.

De twee cases beschrijven ook de uitwerking in de praktijk van het “*Porter-model*” en praktische verschijningsvormen van “*path dependency*” (beschreven in **1.1: Aanleiding**). In de scriptie wordt met opzet níet de terminologie “bad practice case”, danwel “good practice case” gebruikt; bij illustraties rondom groei, krimp of het taboe hierop ligt de situatie in de praktijk veel genuanceerder dan het simpelweg toekennen van deze kwalificaties. Het is juist de context, welke dit hoofdstuk tracht te schetsen met deze illustratieve twee cases. Deze twee illustratieve cases worden de lezer nadrukkelijk in deze fase van de scriptie aangereikt, om een goed beeld te hebben welke uitdagingen er spelen in de zorg.

Hoofdstuk 3 beschrijft het theoretisch kader van deze scriptie.

Eerst zullen de belangrijkste bewegingen en richtingen in de zorgsector worden beschreven, welke direct gerelateerd zijn aan krimp, het kleiner worden van (onderdelen) van de zorgsector en het te verwachten beleid in deze.

Daarnaast zullen de essentiële theoretische inzichten rondom krimp, de psychologische mechanismen van leiders hierin en alternatieven voor organisatiedesigns behandeld worden. Geanalyseerd, vanuit het perspectief van de reeds verschenen academische literatuur en relevant voor de actuele stand van zaken in de praktijk van de Nederlandse zorgsector.

Tot slot is in dit hoofdstuk getracht om het taboe op krimp in de zorgsector te begrijpen. In deze huidige tijd lijkt de zorgsector als vakgebied in de greep te zijn geraakt van een technocratische wereld, gedomineerd door zwart/wit-denken. Het verhaal van de zorg is echter veel kleurrijker. Het beeld van het besturen van zorgorganisaties is economische wetenschap geworden, die lijkt neer te kijken op ‘zachte wetenschappen’ als de ethiek en filosofie. Hierbij ontstond bij het schrijven van deze scriptie de zoektocht naar een normatief theoretisch kader, dat kon worden gehanteerd om het fenomeen, en de mate van: “het taboe op krimp” te duiden. In deze scriptie is ervoor gekozen het uitgangspunt van de filosofie te nemen, als eeuwenoude wetenschap welke dient als een solide, diep, betrouwbaar fundament.

Uit de zoektocht bleek, dat de ideeënleer van Plato zeer behulpzaam is (Kraut, 1992; Ferrari, 2007). De theorieën van Plato zijn waardevol wanneer onderzocht wordt hoe leiders van zorgorganisaties omgaan met volume-grootte van hun organisatie en of er een taboe rust op een denkrichting die hen mogelijk niet welgevallig is. Binnen het raamwerk van Plato’s theorieën wordt in deze scriptie namelijk variatie aangebracht.

De belangrijkste variatie is de kwestie van de verhouding tussen de wereld van het zien (de wereld van de zintuigen) en de wereld van het kennen (de transcendentale werkelijkheid). In ieder geval kan gesteld worden dat leiders van zorgorganisaties actief zijn in de wereld van de zintuigen en de bevoegdheid hebben om besluiten te nemen en te besturen. Plato lijkt zich heel goed bewust te zijn van deze tweedeling en de problemen die dat met zich meebrengt. In de zoektocht naar- en door bruikbare theorieën, werd in deze scriptie gezocht naar een manier van kijken naar de praktijk. Deze zoektocht en de uitkomst ervan zal in deze scriptie in paragraaf 3.3 uitgebreid beschreven worden. Vanuit de thesis uit de eigen werkpraktijk dat “het taboe op krimp” een sociaalpsychologisch mechanisme is, is de specifieke aanpak en combinatie vanuit Plato’s *Politeia -op basis van de vergelijking van de gedeelde lijn-* geschikt gebleken om instrumentarium hiervoor op te bouwen. De koppeling tussen de strategische literatuur en Plato’s ideeënleer is de kern van het analytisch kader, met daarbij de bijzondere aandacht voor de (natuurlijke) verankering van het manifesteren van “het taboe” in Plato’s theorie.

In hoofdstuk 4 worden de bevindingen en de analyse van het empirische onderzoek gepresenteerd vanuit de afgenomen interviews met 19 deskundigen, waarvan 16 direct verbonden aan een jeugdzorg/VVT/welzijnsorganisatie en 3 personen als externe deskundigen.

Hoofdstuk 5 beschrijft de beantwoording van de onderzoeksvragen en daarmee het presenteren van de conclusies en aanbevelingen. In dit hoofdstuk worden ook de beperkingen van het onderzoek aangegeven en suggesties voor vervolgonderzoek gedaan.

1.3 Centrale probleemstelling en deelvragen

Zorginstellingen moeten zich bezinnen op de leidende strategie van een zo'n groot mogelijk organisatievolume en het zo breed mogelijk houden van het productportfolio. Het problematische aspect aan een taboe op krimpscenario's is dat innovatieve zienswijzen voor een duurzame, financieel houdbare zorgsector doordat andere vormen van organiseren –en organisaties-, onbespreekbaar lijken te zijn, niet gezien worden en onontdekt blijven.

In deze scriptie wordt getracht de vraag te beantwoorden of de huidige bestuurders, managers, leden van raden van toezicht wel gebaat zijn bij een strategie die is onderbouwd met een krimpscenario? Is krimp geen taboe: is het niet een culturele eis om groter te worden in volume, te groeien? Dit is de belangrijkste focus in de centrale probleemstelling en de deelvragen: het onvoldoende kijken naar de bredere maatschappelijke context van een zorgorganisatie.

Ten tijde van het ter perse gaan van deze scriptie, onderzochten de hoogleraren Suijs (accountancy) en Verbon (openbare financiën) de enorme hoge winsten van zorginstellingen en de bijhorende salariering van de bestuurders (Skipr, 28 juni 2016). Hun conclusie was dat met name kleine zorginstellingen hoge winstmarges maakten, die voor een gedeelte zelfs aan deze bestuurders middels dividend werden uitgekeerd. Dat impliceerde dat er óf extreem efficiënt gewerkt werd door de zorgorganisaties, óf dat er zorggeld opgestreken werd door meer zorg te declareren dan te leveren. In beide gevallen zou het de overheid moeten oproepen minder geld aan de zorg te besteden, zodat zorgkosten omlaag kunnen, zo bepleitten de beide hoogleraren. En dat in een exact hetzelfde tijdsgewricht waarin zelfs spoeddebatten werden aangevraagd over de zorgelijke kwaliteit van de verpleeghuizen naar aanleiding van een alarmerend rapport van de IGZ⁹ (Trouw, 4 juli 2016).

Er zijn diverse voorbeelden in de zorgsector waar bestuurders, managers of toezichthouders ronduit malafide gehandeld hebben, als een recent voorbeeld waarin een bestuurder van zorginstelling SGL paarden, kunst en zijn eigen vastgoed liet verbouwen (Skipr, 21 september 2015). Er zijn eveneens voorbeelden waarin megalomaan denken aan de basis stond, die tegen elk beginsel van behoorlijk bestuur indruisten, als de veelbesproken casus Philadelphia waarin de aandacht van deze zorginstelling eerder naar het ontwikkelen van vastgoedprojecten leek te gaan dan naar het leveren van zorg (Volkskrant, 16 januari 2009) of het recentere geval van zorgorganisatie Daelzicht welke € 75 miljoen wilde investeren in onder andere een pretpark, hotel, haven, visvijver en een trein en hiervoor meer dan € 1 miljoen kwijt was aan ontwikkelingskosten (Ministerie van VWS, 17 mei 2016).

In deze scriptie is de doelstelling juist de “schurende werkelijkheid” op te zoeken, waarin bestuurders de realisatie van maatschappelijke baat van hun organisatie uit het oog verloren zijn ten behoeve van hun eigen organisatiegrootte.

Voorafgaande aan de hoofdvraag is de prealabele vraag “bestaat er zoiets als een taboe op krimp?” gesteld. Deze vraag moet uiteraard eerst worden uitgemaakt voordat de hoofdvraag kan worden gesteld. Vanuit de eigen ervaringen uit de werkpraktijk is deze vraag met “ja” beantwoordt en in het kader van deze scriptie als premisse aangenomen.

Dit leidt tot de volgende formulering van de hoofdvraag; de centrale onderzoeksvraag:

“ Welke implicaties heeft het taboe op krimp voor het leiden van zorgorganisaties?”

⁹ Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Om tot een goed antwoord op de centrale vraag te komen, is het van belang om de volgende vier deelvragen te onderzoeken:

Vraag 1: Welke elementen van krimp en organisatiegrenzen uit de praktijk van de zorgsector zijn te herleiden tot de in de strategische literatuur te onderscheiden inzichten rondom organisatiekrimp? Wat is het huidige begrippenkader van organisatiekrimp en organisatiegrenzen?

Vraag 2: Wat zeggen leiders in de zorg zelf over krimp in de zorg? Welke sociaalpsychologische mechanismen herkennen zij in hun omgang en houding ten aanzien van krimp van hun organisatie?

Vraag 3: Waarom rust er bij leiders van zorgorganisaties een taboe op het krimpen van hun organisatie? Welke inzichten zouden behulpzaam kunnen zijn bij het verklaren van dit taboe op krimp?

Vraag 4: Is er een alternatief voor leiders in de zorgsector om op een andere wijze tegen organisatievolume aan te kijken en aan welke elementen zou deze alternatieve kijk moeten voldoen? Kan het huidige begrippenkader worden uitgebreid met inzichten, die het taboe op krimp bij leiders in de zorg zou kunnen wegnemen?

1.4 Wetenschappelijke relevantie

De doelstelling van dit onderzoek is op een wetenschappelijke manier, op basis van theoretische analyse en argumentatie, antwoorden te vinden op zeer actuele vragen in de huidige wereld van de zorgsector. Vragen, waarop de urgentie van deze reflectie erg noodzakelijk is en waarnaar nauwelijks onderzoek gedaan is.

Er is voornamelijk onderzoek gedaan naar opkomende markten (Ernst et al., 2014) en minder naar volgroeiende of krimpende markten. Doordat er lange tijd –ook in de zorgsector- geen sprake was van organisatorische krimp, lag de nadruk op groei van een organisatie (McKinley et al., 2014; Whetten, 1980). Er is weliswaar sinds 1980 steeds meer onderzoek gedaan naar krimp binnen organisaties (Carmeli & Sheaffer, 2009; Cepiku & Savignon, 2012; McKinley, 2014; Overmans & Noordegraaf, 2014; Trahms et al., 2013), maar het taboe op bewuste volumeverkleining bij leiders van organisaties is nooit onderzocht.

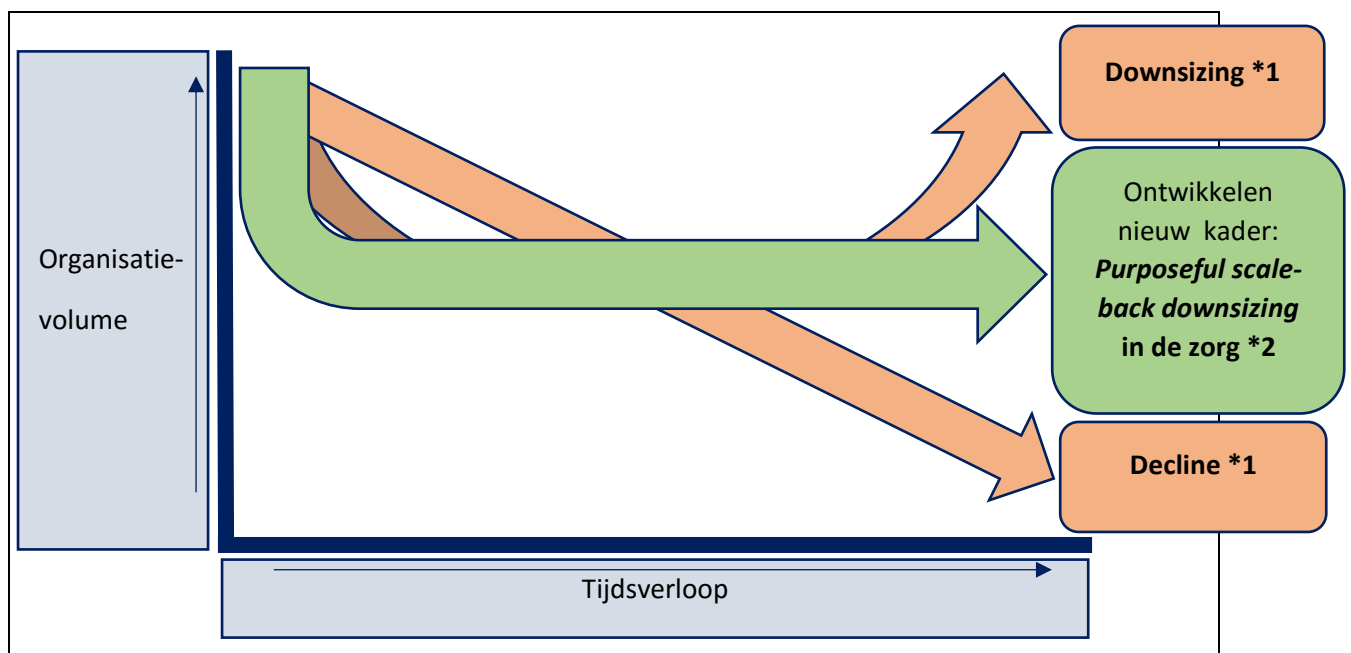
Het idee van “degrowth” lijkt de laatste jaren te winnen aan terrein, zeker op het gebied van ecologische duurzaamheid en milieu (D’Alisa et al., 2013,). De degrowth-literatuur levert actuele en stevig kritiek op het proces van vermarkting: het omzetten van producten, diensten en relaties in commodity, handelswaar uitgedrukt in geldwaarde (Demaria et al., 2013). Maar de overgrote meerderheid van de leiders in de zorg lijkt het fenomeen nog steeds te ontkennen. Deze ontkenning lijkt nog eens te worden versterkt door de economische insteek van de marktwerking in de zorgsector; een insteek waardoor de vraag naar “degrowth” genegeerd wordt en zelfs tot een taboe maakt getuige de scherpe reacties als het woord “krimp” valt bij de bespreking van de (financiële) prestaties van zorgorganisaties.

Dit onderzoek beoogt duidelijk te maken welke opvattingen, vanuit het efficiënt en effectief leiden van zorgorganisaties in de situatie van afnemende middelen en hogere resultaatverwachtingen, leiders in de zorg hebben. Het is maatschappelijk zeer relevant dat deze opvattingen van leiders binnen de zorgsector aansluiten bij de maatschappelijke behoefte aan deze instellingen. Opvattingen van leiders in de zorg en implicaties van hun taboe op krimp voor hun organisaties in de zorg hebben een directe correlatie met het aansluiten op deze maatschappelijke behoefte. Dit onderzoek geeft antwoord of hun vermoedens, meningen, overtuigingen, rede of kennis enige (theoretische) onderbouwing kent of dat deze (theoretische) onderbouwing nog geformuleerd moet worden.

In de beschrijving van het theoretisch kader van deze scriptie (beschreven in: [3.2: Toegepaste theorie over het thema krimp en organisatiegrenzen](#)) zullen deze theoretische begrippen nader worden uitgewerkt. De kern van de strategische literatuur rondom het thema krimp is, dat er sprake is van “decline”, als een fenomeen dat een organisatie overkomt waarbij, indien er geen rigoureuze maatregelen worden genomen, de organisatie het niet overleven zal. Er is sprake van “downsizing” bij een vrijwillige keuze vanuit marktperspectief om de organisatie tijdelijk in volume te laten krimpen door arbeidskrachten te ontslaan, maar met het oog zo vlug als mogelijk vanuit deze positie weer te groeien in volume. Het gekozen theoretisch kader biedt steun aan de vraagstellingen binnen het empirisch-analytisch onderzoek naar dit sociaalpsychologische aspect aan leiderschap.

Deze scriptie stelt zich tot doel, ten opzichte van de leidende academische inzichten over krimp, nieuwe theorievorming, danwel een nieuw begrippenkader te formuleren ten opzichte van bestaande theorieën en begrippenkaders. Namelijk dat er ook actief en bewust kan worden gekozen voor een kleinere organisatie wier oogmerk het juist niet is om als eerste prioriteit weer in volume te groeien. Dus: “downsizing vanuit waardedenken, focus, doelgericht afschalen”; in deze scriptie hierna te aangeduid als “*purposeful scale-back downsizing in de zorg*”.

“Scale-back” en “downsizing” lijken een tautologie te vormen; beide woorden lijken als hetzelfde begrip tweemaal genoemd. Toch wordt in deze scriptie de term consequent en bewust in deze samenstelling van het construct gebruikt. “Scale-back” in dit construct duidt nadrukkelijk op het reduceren van organisatievolume vanuit de focus en het ideaal van een organisatie. “Downsizing” duidt op de bewuste strategie van een leider, maar in ruimere zin dan slechts personeelsreductie en de uiteindelijke wens weer in volume toe te nemen.



*1 Met als belangrijkste theoretische basis: Whetten (1980); McKinley et al. (2014); Carmeli & Sheaffer (2009).

*2 Formuleren van nieuw begrippenkader danwel nieuwe theorievorming waarbij als belangrijke theoretische basis gehanteerd: Anand & Daft (2007); Dijkstra & Feld (2011); Kaats en Opheij (2012).

Alles uitgebreid beschreven en nader geëxpliciteerd in paragraaf 3.2: Toegepaste theorie over het thema krimp en organisatiegrenzen.

1.5 Maatschappelijke relevantie

De Nederlandse zorgsector scoort bovengemiddeld in de vergelijking tot andere welvarende landen (Berg, van den et al., 2014). De meest serieuze en omvattende poging om de prestaties van het Nederlandse zorgsysteem te meten en te vergelijken met andere landen, is de vierjaarlijkse gezondheidszorgbalans van het RIVM¹⁰, waarin gekeken wordt naar de door OECD¹¹ ontwikkelde kwaliteitsindicatoren om tot een internationale vergelijking te komen. Toch is één van de belangrijkste paradoxen rondom de Nederlandse zorgsector het groeiende onbehagen ondanks het goede presenteren. Wanneer burgers gevraagd wordt waar de overheid haar aandacht aan zou moeten besteden, is dit het topic “zorg”, terwijl burgers zich steeds ongeruster maken over de staat van de zorgsector (Bijl et al., 2015). Kwesties rondom de ouderenzorg, de jeugdzorg en thuiszorg voeren de politieke en maatschappelijke agenda aan. Burgers maken zich zorgen over stelselwijzigingen, hoge kosten, bezuinigingen en bureaucratie. Werknemers in de zorg klagen over werkdruk en weinig voldoening in de motivatie waarvoor zij ooit voor het vak kozen. De incidenten in de media rondom toename van het aantal bestuurs-, en managementlagen beïnvloeden daarnaast eveneens in sterke mate het beeld over het functioneren, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgsector.

De kwaliteit van de Nederlandse zorgsector en welzijnsvoorzieningen is zo hoog, door een hoge effectiviteit van de overheid (Boelhouwer et al., 2015). De overheid heeft een viertal maatschappelijke doelstellingen in het creëren van een goede zorgsector: kwalitatief hoge zorg voor burgers (strengere inspecties, specifieke rol van de zorgverzekeraar, fondsen voor zorginnovaties), goede toegankelijkheid van de zorg (aandacht voor wachttijden, systeem van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen, indicatiestelling, aantal werknemers), doelmatige zorg (prikkelwerking, marktwerking, stelselherziening) en betaalbare zorg. Deze doelstellingen zijn nobel, maar lijken ook een vorm van “marktfalen” te creëren:

- De *zorgverleningsmarkt*:
 - Tussen zorgaanbieders/artsen enerzijds en de burger/patiënt anderzijds: Een zorgaanbieder of een arts weet meer dan een burger/patiënt en creëert zijn eigen vraag (informatie asymmetrie, aanbodgeïnduceerde vraag);
- De *zorgverzekeringsmarkt*:
 - Tussen de verzekeraar enerzijds en de verzekerde anderzijds: Voor een verzekerde (of zijn arts of zorgorganisatie) is er geen prikkel meer om te letten op de kosten omdat ze gedekt worden door de verzekeraar (moral hazard);
 - Tussen de verzekeraar enerzijds en de aspirant-verzekerde: Verzekeraars hebben de neiging “slechte risico’s”, de ongezonde patiënten die veel zorgkosten kennen uit te sluiten van een verzekering (adverse selection);
- De *zorginkoopmarkt*:
 - Tussen de verzekeraar en de zorgaanbieders: Verzekeraar kan kwaliteit niet goed waarnemen (ondoelmatige zorginkoop).

¹⁰ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

¹¹ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, Nederlands: OESO).

In de zeventiger jaren wees Illich (1977) al op de gevaren van de grote macht die de zorgsector had in de samenleving en de neiging tot voortdurende groei en uitbreiding van de sector. Het was ook in dit tijdsgewricht dat eveneens de toename plaatsvond van medicalisering in de (jeugd)zorg: zaken die eerst voor niet-medisch doorgingen, en die tot voor die tijd vanuit een bredere maatschappelijke context werden geïnterpreteerd, werd nu door een zorgbril bekeken. Hiermee beschreef Illich dat de zorgsector zelf een reflex in zichzelf lijkt te hebben tot groei voor de oplossing van (maatschappelijke) vraagstukken door in de behandelstand te schieten. De burger lijkt hierdoor in een consumentenstand te zijn beland. De overheid, met een vertrouwen in marktwerking als zijnde een panacee, bouwde daarnaast een ingewikkeld systeem van financieringsvormen binnen de zorgsector. Ook in de specifieke Nederlandse situatie wordt er al bijna vier decennia over de welzijns- en zorgsector geconstateerd dat deze in zichzelf “een steeds belangrijker economische activiteit wordt”, big business als winstobjecten met hard groeiende arbeidsmarkten, uitgekende marketingstrategieën en megalomaan groeidenken van de sector (Achterhuis, 1979).

In het licht van deze scriptie kan geconcludeerd worden dat het leveren van zorg wel doorgaat, maar dat het gevaar voor het systeem eruit bestaat dat het contact met de burger en de werkvloer verloren gaat. Dat bestuurders en raden van toezicht geen voeling meer hebben met de realisatie van maatschappelijke baat en zich vertillen aan beloningsstructuren en plannen voor marktverovering en fusies. Hierdoor zijn de leiders in de zorg, doordat de overheid een markt gecreëerd heeft, ondernemers en investeerders geworden. Doordat de marktwerking de prijzen onder druk heeft gezet, bestaat de mogelijkheid dat een zorgorganisatie megalomaan groot kan worden óf zelfs kan bezwijken. De maatschappelijke relevantie betreft het gevaar voor discontinuïteit voor de levering van zorg op microniveau en zelfs een implosie van het zorgstelsel als geheel. De maatschappelijke relevantie om een taboe op krimp bij leiders in de zorgsector te onderzoeken, ligt in de uitdaging voor deze leiders om bedrijfskundige vragen te beantwoorden: is er wel sprake van krimp, is er sprake van afgezwakte groei en/of dezelfde middelen maar een stijgende vraag? Dat brengt namelijk vraagstellingen van ethische aard aan het licht: *“hoe komen de beperkte middelen zo goed als mogelijk terecht bij de juist doelgroep, met het juiste antwoord op de vraag tegen een kwalitatief goede manier?”*. De zorgsector groeide explosief, raakte gewoon aan deze groeicijfers en lijkt nu afhankelijk van deze groei.

1.6 Opzet van het onderzoek

Deze paragraaf bevat de operationalisering van het onderzoek. Er is beperkt onderzoek gedaan naar het omgaan met krimp bij leiders van zorginstellingen. Vooral de context, de krimpende markt - waarin het taboe aan de orde is-, is beperkt onderzocht. Het doel is om theorie te ontwikkelen, danwel het bestaande begrippenkader aan te vullen. Hierbij wordt er, vanuit een inductieve benadering, van uitgegaan dat een wederkerige relatie bestaat tussen het onderzoeksobject, de data en de theorie (Brymann & Bell, 2011) én om kennis van de context en processen te achterhalen (Creswell, 2012). In dit onderzoek zal daarom niet alleen theorie getoetst worden aan de praktijk, maar vanuit de empirische bevindingen een toetsing plaatsvinden of het bestaande begrippenkader wel volstaat.

De scriptie betreft normatief, kwalitatief onderzoek met een combinatie van analysemethoden; namelijk narratief, literatuurstudie / documentanalyse en deskundigenonderzoek vanuit interviews. De centrale onderzoeksvraag wordt benaderd vanuit zowel het instellings-/organisatieniveau als het systeemniveau (waaronder brancheorganisatie, gemeenten, burgerinitiatieven).

Het normatieve kader:

Uit het reeds bestaande begrippenkader (de academische en theoretische inzichten) en de uitkomsten van het empirisch-analytische onderzoek (de interviews) wordt in deze scriptie gezocht naar de duiding van deze data. Het begrip “*taboe*” in de centrale probleemstelling van deze scriptie duidt immers op gedrag dat in een normatief kader te plaatsen is. Plato’s ideeënleer is hierin erg bruikbaar (uitgebreid beschreven in 3.3: [Plato’s ideeënleer in relatie tot het taboe op krimp](#)).

Plato hanteert in zijn geschriften (473 D) de voorlopige norm dat “goed” is, wat de filosoof zou doen. Hij neemt Socrates als uitgangspunt; je nooit laten leiden door drift, instinct, eerzucht of andere louter individuele drijfveren, maar iemand die zijn daden steeds aan objectieve en voor iedereen geldende maatstaven toetst. Zijn model voor de rechtvaardige samenleving vraagt om besturen van leiders zonder eigenbelang en waarin iedereen optimaal tot zijn recht zou komen. Hij beweert dat de vormgeving van de maatschappij zich zou moeten richten naar het ontwerp van *de idee*; datgene van waaruit alles wat er gebeurt betekenis krijgt. *De idee* brengt samenhang en integratie, wanneer leiders op grond van hun hartstocht en ambitie uit het oog zouden verliezen waarvoor hun organisatie ten principale bestaansrecht heeft.

Research setting / veldonderzoek:

Het empirische onderzoek gaat plaatsvinden binnen de Nederlandse zorgsector, meer specifiek de VVT-sector¹² en de jeugdzorg die zowel in het domein van de curatieve zorg, de langdurige zorg als de gemeentelijke WMO opereren. De keuze hiervoor ligt in het feit dat het een behoudende sector is die geconfronteerd wordt met een oplopende vraag, maar minder beschikbare middelen. Er zullen organisaties van diverse omvang onderzocht worden, waardoor door datatriangulatie vergroting van de validiteit kan worden bewerkstelligd.

¹² Verpleeg-, Verzorgingstehuizen en Thuiszorg (VVT) als sector waarbij ook organisaties op het terrein van kraamzorg en jeugdgezondheidszorg.

Deze selectie maakt eveneens, dat er enige zekerheid is over de relevantie van de cases voor het onderzoek. Zo kan vanuit verschillende invalshoeken de informatierijkheid worden vergoed (Mortelmans, 2011). In beleidsmatige zin wordt de zorgsector doorgaans in drie onderdelen onderscheiden:

Curatieve zorg ZVW	Langdurige zorg WLZ	Overig: Overheid
Eerstelijnszorg (huisarts, tandarts, fysiotherapeut, verloskundige, kraamzorg); Ziekenhuizen en medisch specialisten; GGZ; Ziekenvervoer; Farmaceutische hulp; Hulpmiddelen; Wijkverpleging.	Gehandicaptenzorg; Verzorging en verpleging; Langdurige GGZ; PGB.	Maatschappelijke ondersteuning; Jeugdzorg; Thuiszorg / huishoudelijke hulp + begeleiding.

Methodologie beantwoording onderzoeksvraag 1

Om vraag 1 te beantwoorden, zal eerst de documentanalyse en literatuurstudie worden gedaan. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de literatuur, als aangegeven in de literatuurlijst. In de beantwoording van deze vraag wordt ook de relatie tussen de strategische literatuur en de huidige praktijk in de zorgsector onderzocht en beschreven.

Methodologie beantwoording onderzoeksvraag 2

Vraag 2 zal worden beantwoord aan de hand van de dataverzameling vanuit de semigestructureerde interviews met leiders en stakeholders binnen de zorgsector, die direct betrokken zijn bij besluiten op het terrein van krimp of groei van zorgorganisaties. Door op voorhand vragen over de onderzoeksvariabelen, leiderschapsstijlen en krimpende markten te formuleren is verzekerd dat deze specifieke onderwerpen ook aan bod komen (Bryman & Bell, 2011). Daar de geïnterviewde persoon fungeert als een leverancier van kennis in de meest brede zin van het woord, wordt in deze scriptie gesproken over “deskundige” (Verschuren & Doorewaard, 2015).

Vanwege de wenselijkheid van het zo open en breed als mogelijk bevragen van de deskundigen, is gekozen voor de leidraad (als opgenomen in [Bijlage 1: Leidraad interview](#)). De vragen zijn voorgelegd aan 19 deskundigen die tezamen een brede blik hebben op de ontwikkelingen in de zorgsector op het terrein van groei en krimp. Zij bekleeden een relevante functie in het krachtenveld en waren bereid in het kader van deze scriptie daarover het gesprek aan te gaan. De selectie van de deskundigen is op basis van een tweetal premissen:

1. Functionarissen met een spreiding over de verschillende sectoren en een spreiding over diverse relevante functiegroepen, met een directe invloed en betrokkenheid op/bij het proces en besluitvorming rondom het thema krimp;
2. Plato spreekt in *Politeia's* laatste boek over de ideeënleer inzake de opvoeding tot bestuurder; *“iemand die het zien van de waarheid moet liefhebben, meer dan slechts nieuwsgierig te zijn”*. In dat opzicht is voor de keuze van de te interviewen deskundigen bewust gemaakt door de *leiders van deze organisaties* te interviewen. Opdat aan *hen* de vragen gesteld kunnen worden waarin leiderschap als kunde, te vergelijken met stuurmanskunst, zich dagelijks in al haar hoedanigheid aandient bij kwesties rondom groei of krimp van de organisatie. Plato sprak nadrukkelijk over een leiderschap als kunde, te beoefenen door deskundigen. De 19 deskundigen passen in dat opzicht in deze definitie.

Ten behoeve van een zuivere analyse van de uitkomsten en resultaten van de interviews zijn de deskundigen in twee groepen verdeeld. De eerste groep, genaamd: *interne deskundigen*, zijn de geïnterviewden die direct gerelateerd zijn aan het interne proces binnen een organisatie en in enige hoedanigheid aan een organisatie verbonden. De tweede groep geïnterviewden, die het discours verhelderen, aanvullen en van relevante input voorzien vanuit hun inhoudelijke kennis of opdrachtgeverschap, worden *externe deskundigen* genoemd in deze scriptie.

Positie in onderzoek	Functie	Aantal
Interne deskundige	Lid raad van toezicht VVT-sector	1
Interne deskundige	Bestuurder of lid raad van bestuur in VVT-sector	2
Interne deskundige	Directie of topmanagement in VVT-sector	3
Interne deskundige	Bestuurder of lid raad van bestuur in jeugdzorg	2
Interne deskundige	Bestuurder of lid raad van bestuur in welzijnssector	4
Interne deskundige	Directie of topmanagement in welzijnssector	4
Externe deskundige	Wethouder Zorg en Welzijn van centrale centrumgemeente (binnen een regio van samenwerkende gemeenten)	1
Externe deskundige	Partners van consultancybureaus op het terrein van strategie en innovatie in de zorgsector & inkoop aanbestedingstrajecten voor lokale overheden	2
	Totaal aantal gesproken deskundigen	19

De selectie van de interviewvragen (zie: [Bijlage 1: Leidraad interviews](#)) is op basis van een tweetal afwegingen tot stand gekomen:

1. Op de eerste plaats stelde Whetten (1980) al een onderzoeksagenda op, die nooit daadwerkelijk is besproken in relatie tot een taboe op krimp bij leiders. Toch zijn de topics in deze onderzoeksagenda zeer bruikbaar en bevatten de relevante topics om aan deze leiders te vragen hoe zij tegen krimp van hun organisatie aankijken in de bespreking van het taboe op krimp;
2. Daarnaast zijn de vragen bewust geselecteerd, beredeneerd vanuit de inzichten van Plato's kijken op een ideale inrichting van een bestel vanuit het perspectief dat een leider het goede zou moeten doen voor een organisatie. Centraal stond in het opstellen van de vragen het citaat "*Want het is niet zomaar een vraag. Nee, het gaat erom hoe je moet leven*" (352 D).

De deskundigen stonden in alle gevallen toe om geluidsopnamen te maken van het gesprek, al waarna van de gesprekken verbatim verslagen zijn gemaakt om de data in alle rust en op gedegen wijze te onderzoeken. Daar de materie "*zeer vertrouwelijke informatie van bedrijfsstrategieën*" betreft, is geheimhouding toegezegd. Deze geheimhouding is daarnaast eveneens gelegitimeerd, daar het "*het persoonlijke gesprek van een taboe*" betreft; binnen een bepaalde context is het bespreken van de gevoeligheid rondom het thema van krimp zelfs ongepast of kan het leiden tot reputatieschade. Omdat de interviews separaat zijn afgenomen, droegen de deskundigen geen kennis van de inzichten en antwoorden van de andere geïnterviewde personen. Om de antwoorden zo oprecht en eerlijk als mogelijk te verkrijgen, moest de veiligheid geboden worden dat personen niet met naam of organisatie een dermate afwijkende openbare profilering zouden krijgen, dat dit hen óf de organisatie ernstige schade zou toebrengen -door bijvoorbeeld als megalomaan of als marktveroveraar te boek te komen staan-.

In elke interviewsessie hebben alle deskundigen hier, op de een of andere wijze, tijdens de dialoog van het interview op gehamerd en benadrukt. Hierbij dekt één illustratieve anekdote de gevoeligheid van het taboe op krimp, die vrijwel in elk interview in woorden van gelijke strekking werd uitgesproken: *“Niemand wil als bestuurder als een kalkoen naar het kerstdiner kijken, wetende dat je mogelijk op het menu zal staan. Maar dat kun je natuurlijk maar moeizaam hardop zeggen. Iedereen weet dat het met minder moet, maar liefst niet over de rug van de eigen organisatie”*.

De oproep voor anonimisering ten behoeve van deze scriptie, was bij elke deskundige een harde voorwaarde. Deskundigen zelf gaven aan dat ze, vanwege de functionele en persoonlijke relatie met de auteur van deze scriptie, serieus en openhartig wilden meewerken, maar dat de uitspraken op geen enkele manier terug te leiden zouden moeten kunnen worden naar een specifieke context of organisatie. Dit is door de auteur van de scriptie, in het licht van het voorkomen van sociaal wenselijke antwoorden, toegezegd.

Vanuit de empirie kunnen, na de analyse van de data, antwoorden geanalyseerd worden en een nieuw of aanvullend begrippenkader geformuleerd. Uit de verslagen heeft vervolgens een selectie van uitspraken plaatsgevonden; hetgeen wenselijk is omdat voor het formuleren van een aanvullend begrippenkader of nieuwe theorie een uitgebreider begrip van de materie nodig is.

Methodologie beantwoording onderzoeksvraag 3

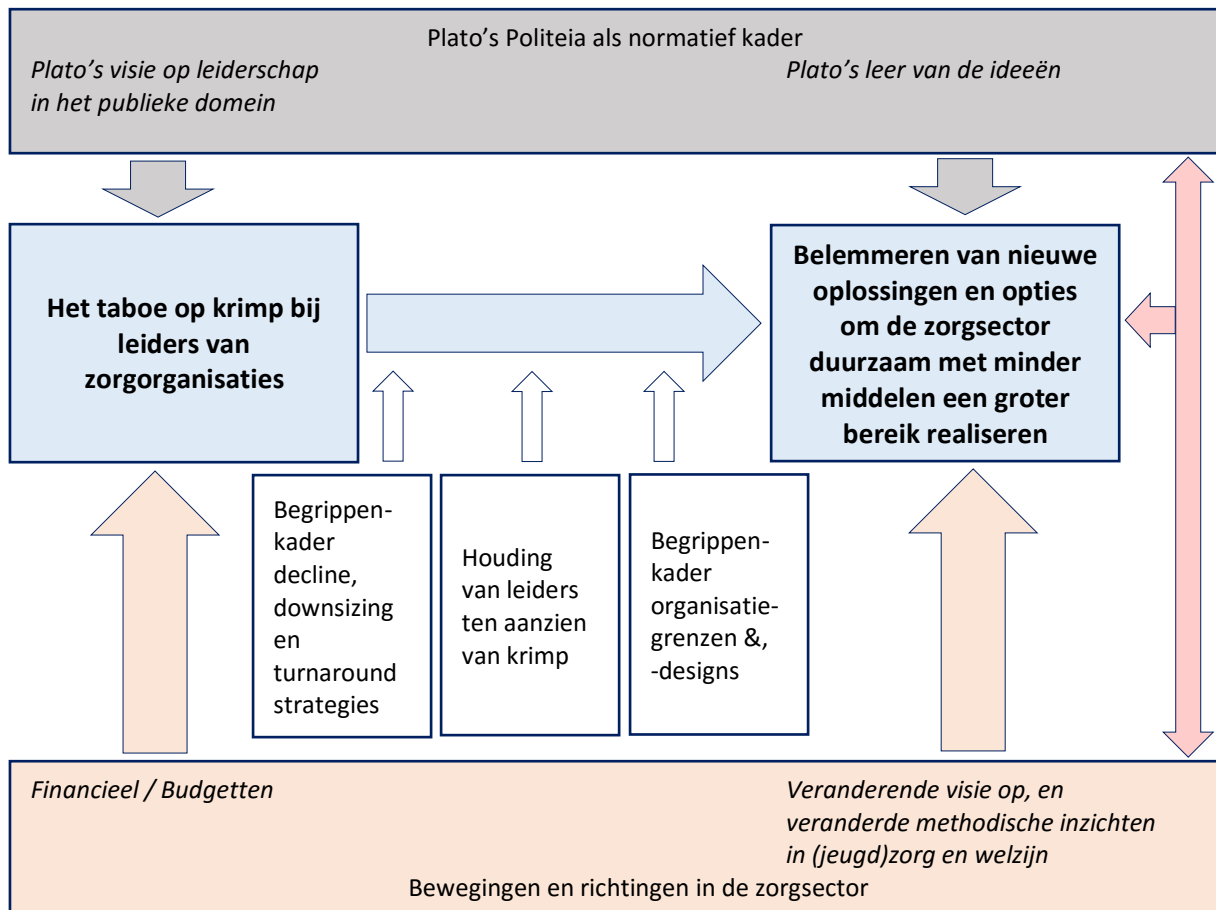
De beantwoording van vraag 3 zal geschieden na een systematische analyse en beschrijving van de verzameling van de empirische data. Bij deze methode zal Plato's ideeënleer gehanteerd worden als normatief begrip. Dit omdat deze theorie na een zoektocht gebleken is behulpzaam te zijn om het fenomeen “taboe op krimp” te duiden, te begrijpen, te verklaren (zie hiervoor ook 1.2: Leeswijzer en opzet van de scriptie).

De bevindingen van het onderzoek, bekeken vanuit dit normatieve kader, zullen leiden tot een aantal conclusies en aanbevelingen op welke wijze dit taboe bespreekbaar en hanteerbaar kan worden gemaakt binnen de zorg. Het theoretisch kader rondom organisatiekrimp én de metafoor van Plato's gedeelde lijn “informeert” de datavergaring inzake de empirische analyse door middel van interviews; de theorie dient als kader om de empirische data te interpreteren, te bediscussiëren en te duiden. Beide theorieën geven sturing aan de vragen voor een op te bouwen betoog dat er voor de zorgsector nieuwe theorie/aanvullend begrippenkader gevormd kan worden: ***purposeful scale-back downsizing***.

Methodologie beantwoording onderzoeksvraag 4

Bij de beantwoording van vraag 4 kan reeds vooraf gesteld worden dat vanuit de praktijk blijkt, dat het niet altijd vanzelfsprekend is om, ook als het waardevol is voor klanten en stakeholders (medewerkers, samenwerkingspartners, opdrachtgevers), te krimpen. Dat dit in de zorgsector niet gerealiseerd wordt, omdat krimp een dermate taboe is dat niet naar dit belang wordt gekeken. Groei in de zorg lijkt een zichzelf versterkend fenomeen te zijn, vanwege de preoccupatie van bestuurders en omgeving op groei. Groei en krimp hebben zowel positieve als negatieve connotaties: werkgelegenheid, volume om te innoveren, imago, prestatie (beloning) bestuurder, menselijke maat, jezelf als zorgorganisatie overbodig maken, geloven dat wat je doet het waard is te groeien et cetera. Interessant is om te onderzoeken welke verschillende betekenissen door bestuurders aan deze connotatie gegeven worden en meer specifiek of de gerichtheid op imago en prestatie van het bestuur een rol speelt bij het taboe op krimp. Wanneer spreken we eigenlijk over groei en krimp? Is er een onderscheid te maken tussen groot groeien en klein organiseren (zoals Buurtzorg) en is er onderscheid tussen waardegedreven of prestatiegedreven groei c.q. krimp? Welke waarden zijn verbonden aan groei en welke aan krimp?

Conceptuele model:



Het conceptuele model geeft de te onderzoeken relatie aan van “het taboe op krimp bij leiders van zorgorganisaties” op “het belemmeren van de realisatie van nieuwe oplossingen en opties om de zorgsector duurzaam met minder middelen een groter bereik te laten waarmaken”.

Onderzocht wordt welke invloed het reeds bestaande begrippenkader rondom organisatorische krimp (decline, downsizing en turnaround strategies), de houding van leiders ten aanzien van krimp en het reeds ontwikkelde begrippenkader van organisatiedesigns heeft op deze relatie tussen beide variabelen.

Het gekozen normatieve kader, Plato's Politeia, biedt aan beide variabelen theoretische steun en onderbouwing: zowel aan de kant van de variabele van “het taboe op krimp”, alsmede aan de kant van “het stelsel voor gezondheidszorg vanuit de idee van het goede”.

Dat geldt eveneens voor de gepubliceerde inzichten rondom de bewegingen en richtingen in de zorgsector. De cijfermatige publicaties informeren de realiteitszin voor de angst voor krimp van leiders in de zorg. De getransformeerde, veranderende visie rondom zorg en ondersteuning informeert de variabele die een veel duurzamer zorgstelsel beschrijft; waarin meer met minder bereikt kan worden.

Interessant is het om dit conceptueel model te complementeren met de controlevariabele of de beschreven veranderende visie in de sector coherent is met Plato's ideeënleer (over de idee van gezondheid) en de nieuwe oplossingen ook op dit punt door de leiders in de zorg daadwerkelijk wel nagestreefd moeten worden.

2 De uitdagingen in de praktijk

In het vorige hoofdstuk is geschetst wat de aanleiding en het issue is dat zal worden behandeld in deze scriptie. Alvorens over te gaan tot het onderzoek naar welke theorieën hierop antwoorden kunnen bieden om daarna door empirisch onderzoek in de praktijk te toetsen, wordt in dit hoofdstuk het spanningsveld beschreven. Dit spanningsveld, zoals de recente uitdagingen in de praktijk zich voordoen, wordt aan de hand van een tweetal cases beschreven. De cases beschrijven meerdere facetten van de ingewikkeldheid bij het bespreken van organisatiebelangen in de zorgsector. Deze twee illustratieve voorbeelden dienen in deze scriptie als reflectie, waarvan het nadrukkelijke advies is deze, bij het verdere lezen, voortdurend in het achterhoofd te houden. Het zijn issues die geschetst worden, waar grote aandacht aan besteed moet worden voor het verloop van het verder onderzoek.

2.1 Meavita

Maandag 2 november 2015 oordeelde het Gerechtshof¹³ in Amsterdam dat zowel bestuurders, als toezichthouders zich schuldig hebben gemaakt aan wanbeleid in één van de meest spraakmakende faillissementen in de Nederlandse zorgsector: de ondergang in 2009 van megazorginstelling Meavita. De rechters hekelden in het vonnis *“de onvoldoende doordachte fusie”* en *“het gebrek aan leiderschap en aansturing”*. Meavita was een zeer grote zorginstelling in Nederland; het bedrijf leverde onder andere thuiszorg en exploiteerde verzorgingstehuizen. De jaaromzet bedroeg ruim €525 miljoen waarbij er werk werd geboden aan zo’n 20.000 mensen die voor ongeveer 100.000 cliënten zorg leverden. De zorgorganisatie was onder meer actief van Groningen tot Utrecht en van Den Haag tot in de Achterhoek. Het bedrijf was net in 2007 gevormd door een grote fusie van zorginstellingen.

Meavita ontstond uit een fusie van de GDVV Groep¹⁴ en de Thuiszorg Den Haag. Omdat intramurale en extramurale zorg in hun methodische aanpak steeds dichterbij elkaar kwamen te liggen, was dit – geredeneerd vanuit kwaliteitsaspecten van goede zorg- een te billijken stap. Maar cultureel verschilden de twee organisaties totaal. De GDVV Groep was een zorginstelling, voortkomend uit de Haagse gemeentelijke overheid, met een ambtelijke achtergrond, introverte bedrijfscultuur en een sterke focus op het primaire proces. Thuiszorg Den Haag was veel extroverter, ondernemender; dat blijkt al uit hun jaarverslagen van destijds, die zeker niet vol stonden van saaie procesbeschrijvingen, maar van aansprekend managementjargon als *“Continu Verbeteren”* of *“De Turbomethode waarin ruimte is voor cascaderen, stedelijke afstemmingsmomenten, zorgreflectiebesprekingen en vraaggericht klantsituaties aanpakken”* (Financieel Dagblad, 1 november 2015).

¹³ Vonnis Gerechtshof Amsterdam d.d. 2 november 2015, zaaknummer 200.135.666/01OK & 200.135.666/02OK.

¹⁴ 's Gravenhaagse Dienst Verpleging en Verzorging.

Er werd een raad van bestuur geformeerd met de voormalig bestuurders van elk van de twee organisaties aan het hoofd. Thuiszorg Den Haag was qua omvang veel groter dan GDVV; er werkten ruim 2000 mensen en de organisatie wist goed de weg binnen de wereld van subsidiestromen en fondsen voor zorgvernieuwing, waardoor ze een flink eigen vermogen hadden. GDVV had weliswaar redelijk wat vastgoed als eigen vermogen, maar de verhouding liquide middelen was er een van 3:37 miljoen in het voordeel van Thuiszorg Den Haag. Daarnaast hadden beide organisaties de nodige interne problemen, als een hoog ziekteverzuim (GDVV) of aansturingsproblemen en beheersing van kosten (Thuiszorg Den Haag). Toch fuseerden ze in 2003; hetgeen al vlug leidde tot een interne concurrentiestrijd binnen het bedrijf over wie de grootste was en wie het meest te zeggen had. Bestuurder Meuwese (komende van Thuiszorg Den Haag), overigens tweede man geworden in de raad van bestuur, liet zich in de pers nadrukkelijk uit dat *“al het geld dat Meavita heeft allemaal van de thuiszorg is”* (Financieel Dagblad, 1 november 2015).

Wat overigens al opvallend is in de casus Meavita, gezien in het licht van deze scriptie rondom krimp in de zorgsector, was de misleiding van de NMa¹⁵. Daar waar er in 2002 nog gesproken werd over een vorm van samenwerking, bleek in 2005 dat de NMa duidelijk concludeerde dat er sprake was van de vorming van een economische eenheid en dat de vorm van samenwerking veel verregaander was dan gemeld in 2002. De NMa leek echter te berusten en accordeerde de gang van zaken. Toch rapporteerde de IGZ al direct op kritische wijze over de kwaliteit van de zorg. De inspectie constateerde dat borging van kwaliteit en de communicatie rondom beleid naar de werkvloer onvoldoende was. Ondanks dit zorgwekkende signaal, gingen de bestuurders door met zoeken naar nieuwe fusiepartners. In het blad *Zorgvisie* (26 april 2007) gaf bestuursvoorzitter Van de Meerberg (komend van GDVV) aan dat Meavita wilde groeien. Een partij die niet te passeren was en de grootste wilde zijn om zorgkantoren, zorgverzekeraars, het ministerie en gemeenten te dirigeren. Meavita vond vlug daarna in Dordrecht een nieuwe organisatie om over te nemen; de prestigieuze zorgorganisatie De Wielborgh. Daarnaast gaat de organisatie zich richten op internationale ambities en wilde woonparken voor senioren in Spanje gaan exploiteren.

In 2006 vertrok tweede man Meuwise bij Meavita en werd voorzitter van de raad van bestuur bij Sensire/Thuiszorg Groningen (TZG). In datzelfde jaar echter fuseerde Meavita met deze organisatie en werd het een organisatie die van Den Haag, via Arnhem tot Groningen werkzaam was. In de nieuwe organisatie veranderde tevens de stoelen en posities: Meuwise werd bestuursvoorzitter en Van de Meerberg werd nu de tweede man om de groei-agenda te bewerkstelligen. In 2007 fuseerde de organisaties met nog enkele instellingen (als Vitras en CMD) in Midden-Nederland. Er werden andere grote projecten opgezet, van joint ventures met financiële dienstverleners (Vita Plaza BV) tot en met heuse plannen voor een eigen digitaal TV-netwerk met bekende presentatoren. In brochures en website werden de tomeloze groeiambities nadrukkelijk geëtaleerd: van de Europese ambities tot aan zorgprojecten op de Caraïben. Het ging al vlug fout: het eerste jaar draaide Meavita Nederland 32 miljoen verlies; in 2008 liep het verlies verder op met ruim een miljoen per maand. Toen vakbond Abvakabo FNV vervolgens een zaak tegen de bestuurders en toezichthouders aanspande namens de getroffen medewerkers van het faillissement, gaven de bestuurders aanvankelijk allerlei externe factoren van het faillissement de oorzaak. Door hen werd tijdens de rechtszaak beweerd dat het faillissement een gevolg was van de ingrijpende hervormingen en bezuinigingen op de zorg. De politiek had een *“hoogst ongelukkig systeem”* bedacht dat zorgaanbieders *“opgezadeld had met onmogelijke opdrachten”*, zo was het verweer van een van de commissarissen van Meavita.

¹⁵ Nederlandse Mededingings Autoriteit (NMa).

De Ondernemingskamer van het Amsterdamse Gerechtshof verwierp deze redenering en oordeelde in haar vonnis dat de leiders binnen deze zorgorganisatie de nieuwe omstandigheden kenden, of in elk geval hadden moeten zien aankomen. Deze omstandigheden vormden geen rechtvaardiging voor de gebrekkige aandacht voor interne vraagstukken en andere tekortkomingen, waarbij er schendingen plaatsvonden van zowel governance-bepalingen alsmede medezeggenschapsregels. Een aansprekend voorbeeld was een omstreden project rondom zorg op afstand. De Ondernemingskamer was hard in haar oordeel over een zeer ambitieus programma dat communicatie tussen cliënten en zorgverleners via een beeldtelefoon tot stand zou moeten brengen. Miljoenen euro's bleken verkwist doordat het project zonder verantwoorde voorbereiding bleek te zijn gestart. Daarnaast had de verantwoordelijke bestuurder de Ondernemingsraad niet ingelicht over het project, waar dit wel nadrukkelijk in alle regels was opgenomen. De leden van de raad van toezicht deden daar in de ogen van de Ondernemingskamer echter niets mee en ontlastten zelfs de bestuurder van diens verantwoordelijkheid hierin middels dechargingering.

Toen er zich in 2008 grote financiële problemen aandienden bij Meavita, pleitte brancheorganisatie ActiZ bij de politiek om de situatie in een *“bredere context te zien”*. ActiZ verwoordde in februari 2009 bij monde van voorlichter Scheurkogel dat *“de hele zorgsector in een kwaad daglicht wordt gesteld, als er alleen maar gesproken werd over topsalarissen”*. ActiZ wilde een brede maatschappelijke discussie over de zorgsector of de teloorgang van de grote zorgorganisatie aan mismanagement danwel aan megalomane bestuurders lag óf ook aan de regelgeving en bezuinigingen.

Uit de reconstructie van het faillissement bleek dat de vele bezuinigingen sinds 2004 in de zorgsector absoluut van invloed zijn geweest; gemeenten gingen onderhandelen met maximumtarieven, bezuinigingen bij de overheveling van AWBZ naar WMO en de halvering van budgetten op het terrein van preventieprogramma's. Deze veranderde spelregels maakten, volgens ActiZ (2009), dat 70% van de ondernemingen in de zorgsector rode cijfers schreef, zowel grote als kleine organisaties. Daarnaast hekelde ActiZ de marktwerking in de zorg, waarbij openlijk aangegeven werd dat veel zorgondernemers niet zoveel kennis hadden van het opereren in een markt. Dilemma's als samenwerken (hetgeen het ministerie van VWS verwachtte) en concurrentie (hetgeen de NMa eiste) waren paradoxaal, zo gaf de brancheorganisatie aan. ActiZ verklaarde in hun statement in 2009 dat fusies noodzakelijk waren om mee te kunnen doen bij aanbestedingen of om andere voordelen te halen uit schaalvergroting.

De regionale speler Meavita ontwikkelde zich dus tot een van de grootste zorgaanbieders in Nederland. En dat was opmerkelijk want één van de twee bestuurders van Meavita, Van de Meerberg, waarschuwde in 2002 nog voor megalomaan denken in de zorg: *“Ik denk dat we ons bij alle nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden steeds vaker zullen afvragen: wat wel, wat niet. Je kunt je gemakkelijk overeten aan de vrije zorgmarkt die zich aandient”* (Skiper, 30 juni 2010). Hij was ook de bestuurder die de term *“zorgcowboys”* introduceerde: slechts geïnteresseerd in de zorgmarkt voor hoge financiële rendementen, waarbij de kwaliteit van zorg niet van belang was. De relatie van deze casestudy -met de centrale vraagstelling in deze scriptie- werd het best verwoord door Van de Meerberg: *“De markt in Den Haag kan maar één kant op en dat is krimp, wij willen groeien, wij geloven in een fusie als het beste middel daartoe. We kiezen voor landelijke spreiding.”* (Zorgvisie, 26 april 2007).

2.2 Buurtzorg Nederland / TSN

Op 1 maart 2016 gaf de directeur van Buurtzorg, De Blok, een interview in Trouw. Zijn bedrijf was op dat moment bezig met de overname van delen van de failliete thuiszorgonderneming TSN¹⁶.

Buurtzorg werd in 2006 opgericht als non-profitorganisatie door De Blok en een team van wijkverpleegkundigen. Het is inmiddels de grootste wijkzorgorganisatie geworden in Nederland en verleent thuiszorg.

TSN domineerde het zorggerelateerde nieuws in het eerste kwartaal van 2016. Het bedrijf kende eenzelfde scenario als de eerder beschreven casestudy Meavita. TSN, ook een organisatie met een vrijwel landelijke dekking van het westen van Nederland tot het oosten en van het uiterste noorden tot de Veluwe, was eveneens een thuiszorgorganisatie met woonzorgcentra en ander zorgaanbod van verzorging en verpleging. Het faillissement van TSN is een interessante case, maar heeft veel parallellen met de Meavita-case. In de context van deze case-beschrijving is het wel van belang te weten, dat in 2007 de huishoudelijke zorg van de AWBZ naar de gemeentelijke WMO werd overgeheveld. Dat betekende dat thuiszorgorganisaties in een sfeer van gemeentelijke aanbestedingen met elkaar de concurrentiestrijd moesten aangaan. Hieraan deden ook schoonmaakbedrijven mee, met veel goedkopere cao's. Dat leidde in 2009 tot de ontwikkeling dat er een "race-to-the-bottom" ontstond, waarbij gemeenten maar liefst tot € 7 per uur minder betaalden voor een uur huishoudelijke zorg. De (her)introduktie van de "alfahulp" was het antwoord van de zorgsector; zorghulpen in loondienst werden vervangen door werknemers tegen lagere kosten (niet in vaste dienst en veel lager salaris). Faillissementen volgden al vlug in de sector en TSN positioneerde zich als een organisatie die alles oppikte en in 2013 zelfs een groot deel van het personeelsbestand van Meavita over nam. TSN werd landelijk de grootste thuiszorgorganisatie. Maar ook de grote bedrijven voelden de prijzending. In Brabant ging Thebe failliet (2014) waarbij zo'n 2000 werknemers hun baan verloren; ook hier nam TSN een groot deel over. Toen in de grote zorgdecentralisatie van 2015 gemeenten nog minder budget kregen (vermindering: -30%), leidde dat tot nog grotere financiële problemen bij TSN. Deze organisatie had namelijk al tegen extreem scherpe tarieven¹⁷ aan gemeenten de zorg geoffreerd en deze gemeenten hierop hadden ingekocht. Woensdag 16 maart 2016 verklaarde de rechter TSN Thuiszorg failliet.

De Blok gaf in het interview in Trouw aan dat Buurtzorg bleef groeien en hij personeel van TSN wil overnemen. Het verschil met Meavita beschrijft hij als "groei met het principe van kleinschaligheid". In acht jaar tijd groeide Buurtzorg van 10 naar 9000 zorgverleners. Wijkverpleegkundigen en ziekenverzoekers liepen massaal over naar Buurtzorg dat van startup (2006) groeide naar een werkgever (2014) van twee derde van de beschikbare wijkverpleegkundigen in Nederland. Van 2010 tot en met 2015 werd Buurtzorg voor de vijfde keer op rij beste werkgever van Nederland in een jaarlijks onderzoek van Effectory¹⁸ en Intermediar¹⁹. Na acht jaar kon Buurtzorg noteren dat, sinds haar oprichting, 60% van alle wijkverpleegkundigen en cliënten bij gevestigde organisaties zijn weggegaan om zich bij Buurtzorg aan te sluiten en krijgt maandelijks 400 aanmeldingen van verpleegkundigen om naar Buurtzorg over te stappen. Evenzo gaat het financieel heel goed met Buurtzorg en draait de organisatie al jarenlang positieve exploitatiecijfers. Daarin geeft Buurtzorg ook diens kernstrategie weer: het nastreven van minder groei, niet meer. De paradox is duidelijk: terwijl Buurtzorg geen groeiobsessie heeft, de organisatie wel groeirecords lijkt te behalen.

¹⁶ Thuiszorg Service Nederland (TSN).

¹⁷ In de sector werd al zelfs direct gesproken over 'onderbieden', waarbij bij TSN de hoop dat overheden wel financieel zouden bijpassen als er financiële tekorten zouden ontstaan (interview drs. Van Mansum, 2016).

¹⁸ Europees marktleider medewerkersonderzoek.

¹⁹ carrièresite voor hoogopgeleiden.

In 2014 deed KPMG een onderzoek naar de outcome van Buurtzorg en rapporteerde dat Buurtzorg ten opzichte van het gemiddelde in Nederland 35% minder uren gemiddeld inzet. Ernst en Young (Laloux, 2012) schat dat er in Nederland elk jaar € 2 miljard bespaard zou kunnen worden als alle thuiszorgorganisaties dezelfde resultaten zouden boeken. In 2009 liet Buurtzorg zien in haar maatschappelijke Business Case (mBC), gevalideerd in het Transitieprogramma Langdurige Zorg van de Nederlandse Zorg Autoriteit, dat Buurtzorg' s cliënten maar liefst tweemaal zo snel geen thuiszorg meer nodig hebben dan de gemiddelde zorgconsumptie bij andere aanbieders. Hierdoor wordt een vermindering van de helft van de voorgeschreven zorguren gerealiseerd. Ernst & Young kwamen met nog een aantal andere uitkomsten:

- 35% minder zorguren per cliënt ten opzichte van andere zorgorganisaties vanwege de sterke focus op zelfredzaamheid en inzet van het informele netwerk van een cliënt;
- half zo lang verzorging nodig;
- vermindering ziekenhuisopnames met 1/3^e en wanneer toch een ziekenhuisopname nodig is, aanzienlijke verkorting van verblijfsduur in het ziekenhuis;
- hogere cliënttevredenheid en netwerkpartner-tevredenheid dan branchegemiddelde;

Een van de meest opvallende kenmerken van Buurtzorg is de enorme groei. De organisatie ontstond niet alleen uit frustratie over de wijze waarop thuiszorgorganisaties in Nederland een professe hadden opgeknipt in de taken van huishoudelijke zorg, verzorging en verpleging. Buurtzorg werd opgericht vanuit een nieuwe en veel bredere kijk op thuiszorg: *“Het doel van zorg is niet het geven van een injectie of het verwisselen van een verband, het gaat erom mensen te helpen een rijk, zinvol en autonoom leven te hebben, in een zo groot mogelijke mate”*. Buurtzorg organiseerde ook een afdeling “Buurtdiensten”; die alzheimerpatiënten helpt met ondersteuning in het huishouden. In 2012 ontstonden de eerste teams Buurtzorg Jong om aan de slag te gaan met verwaarloosde of delinquente kinderen. Maar er zijn ook Buurtzorg T-teams (psychiatrie), Buurtzorg Kraam (kraamzorg), Buurtzorg Pension (tijdelijke opvang) en Buurtzorghuis (hospices) en is De Blok voornemens in 2017 een eigen zorgverzekering (met drie andere initiatiefnemers) op te zetten in zijn strijd tegen té dure reclames, commercie, weinig oog voor goede zorg van de burgers van de huidige zorgverzekeraars.

Om het succes van Buurtzorg in het licht van deze scriptie te plaatsen, is het goed om de achtergrond te bestuderen van de groei-ontwikkeling van grote conventionele zorgorganisaties. Sinds de negentiende eeuw kende Nederland een systeem dat in elke wijk een wijkverpleegkundige aanwezig was die huisbezoeken bracht aan zieken en ouderen. De kracht zat in de nauwe samenwerking met huisartsen en ziekenhuizen. Onder druk van het zorgverzekeringsstelsel (jaren 1990) werden alle zelfstandige wijkverpleegkundigen ondergebracht in organisaties; men dacht schaalvoordeel te behalen en op deze wijze efficiënte vormen van vaardigheid en deskundigheid te organiseren. Ook was de leidende gedachte dat organisaties beter in staat waren arbeidsomstandigheden te regelen, bijvoorbeeld bij vakanties, ziekte, verlof, het overnemen van casuïstiek of herverdelen van werkdruk.

Vervolgens gingen deze organisaties fuseren, op zoek naar een steeds grotere schaal. In de periode 1990 – 1995 alleen al ging het aantal organisaties van 295 naar 86. De kracht van het generalistische werd ingeruild voor specialismen in deze organisaties; functies als intakers, planners, callcenter-medewerkers ontstonden. Doordat de organisaties groeiden, werden er managers aangesteld om toezicht te houden en directiefuncties ontwikkeld voor acquisitie. Voor accurate planningen en verhoging van efficiency werden normtijden ingesteld; voor injectie (10 minuten), douchen (15 minuten), wondverzorging (10 minuten), aantrekken steunkousen (2,5 minuut). Deze verschillende behandelingen werden vervolgens weer gecategoriseerd en gerubriceerd al naar gelang de vereiste deskundigheid. Er ontstond ook hier weer arbeidsdeling: moeilijke “producten” werden door ervaren en hoger opgeleide wijkverpleegkundigen gedaan, de rest door veel goedkoper personeel als verzorgenden en thuishulpen. Er ontstonden voor monitoring en analyse zelfs geautomatiseerde systemen als scan- en streepjescodes - per product, - per cliënt, - per werksoort.

In de zoektocht naar schaalvoordelen en specialismen lijkt deze prestatiegedreven evolutie volkomen logisch. Maar er ontstonden zeer nare bijwerkingen: ontevreden cliënten die steeds iemand anders voor hun ondersteuningsvraag toegewezen kregen, versnippering van de zorg, ontevreden medewerkers die hun grondhouding en mensvisie steeds minder in hun baan herkenden, verstikking van motivatie en initiatief en de toename van het aantal managementlagen door de groei van organisaties.

De Blok gaf ten aanzien van het verwerven van marktaandeel aan: *“In mijn visie is het hele idee van concurrentie idiot. Het slaat nergens op. Je probeert erachter te komen hoe je alles het beste kunt organiseren om de beste zorg te leveren. Als je dan de kennis en de informatie kunt delen, zullen dingen sneller veranderen. Maar juist als ik ook het perspectief kies van Buurtzorg als organisatie, geloof ik heel sterk dat hoe meer je open bent over wat je doet, des te meer voordelen er naar jou terugkomen. Als je open bent, zullen mensen je vriendelijker tegemoet treden”* (Laloux, 2015).

De populariteit en de snelle groei van Buurtzorg lijkt te leiden tot frustratie bij de traditionelere aanbieders in de markt. De organisatie zou dermate geliefd zijn op het Ministerie van VWS dat er extra subsidies en hogere tarieven zouden worden betaald voor zorg die geleverd wordt door Buurtzorg (NRC, 12 maart 2016). Een ander verwijt luidt: “cherry picking”; het alleen geografische regio's willen bedienen waar de reiskosten voor dienstreizen laag liggen en er weinig efficiency-verlies is van af te leggen reisafstanden. Ook werd in de media bericht (Trouw, 23 april 2016), dat Buurtzorg lastige patiënten aan andere aanbieders laat. Zo zou het vanwege de kleine teams van Buurtzorg moeilijk zijn om nachtrondes te organiseren of moeilijk planbare zorg. Met het volume van een grotere zorgaanbieder zijn deze vormen van zorg beter te organiseren. Ook is de vraag of de generalisten die in dienst zijn bij Buurtzorg wel geschikt zijn voor specialistischere vormen van vragen op het terrein van wijkverpleging. Buurtzorg kan vooralsnog niet de dure teams, bijvoorbeeld op het terrein van oncologische thuiszorg, leveren. Ook wordt Buurtzorg beticht van andere vormen van afschuifgedrag. Een onderzoek van KPMG leerde dat de leeftijd waarop cliënten van Buurtzorg naar een verpleegtehuis gaan, lager is dan bij andere zorgorganisaties; hetgeen de traditionele organisaties in de sector doet concluderen dat Buurtzorg de moeilijkste cliënten zo snel als mogelijk kwijt wil (NRC, 12 maart 2016).

Opmerkelijk is, tot slot, ook een veelgehoorde kritiek vanuit de traditionele zorgorganisaties dat Buurtzorg de organisatie vanaf het nulpunt kon opbouwen. Alleen op die manier kunnen verspillende processen en zaken die niets bijdragen aan het realiseren van maatschappelijke baat buitengesloten worden. Hierbij lijken de traditionele organisaties wel bijzonder nadrukkelijk de nederlaag te hebben aanvaard om het moeilijke proces van verandering van ingesloten patronen te willen aanpakken.

Terug naar het begin van deze paragraaf: de ongeveer 7500 medewerkers van het failliete TSN Thuiszorg vonden grotendeels emplooi bij Buurtzorg. Zij namen circa 30.000 cliënten mee naar Buurtzorg. De Blok geeft aan dat Buurtzorg deze actie in de sector bewerkstelligde, omdat hij ervan overtuigd is dat de thuiszorgers op een andere manier bij Buurtzorg gaan werken; met zelfsturende teams, minimaal management en hun vak veranderen van schoonmakers naar zorgverleners. Maar dat deed De Blok wel door een scherpe verhoging van het uurtarief ten opzichte van de prijs die TSN betaald kreeg; Buurtzorg werd slechts actief in die gemeenten die meer dan € 21 per uur wilde betalen. Daarnaast betwijfelen de brancheorganisaties BTN²⁰ en ActiZ het “level playing field”-principe doordat er illegale staatsteun aan Buurtzorg zou worden verstrekt van landelijke en gemeentelijke overheid door het verstrekken van innovatiesubsidies voor zorgveranderingen. Alleen in gemeenten die Buurtzorg extra middelen wilde geven, nam de organisatie personeel van TSN over.

²⁰ Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN).

Dat leidde in gemeenten als Utrecht, Apeldoorn, Nijmegen en Doetinchem tot het feit dat Buurtzorg er niet actief werd. Andere gemeenten twijfelden, omdat het businessmodel van Buurtzorg tot onnodige doublures en juist hogere kosten zou leiden, omdat vele gemeenten geïnvesteerd hebben in eigen wijkteams. Buurtzorg wil in haar methodische aanpak het eigenaarschap en regie in de ondersteuning aan burgers.

Buurtzorg profileert zich nadrukkelijk als een 'alternatief'. Een alternatief voor traditionele zorgorganisaties, die in de ogen van De Blok, veel te veel management en stafafdelingen kennen. Het is interessant hoe lang dit "unique selling point" als branding stand houdt. Natuurlijk kent Buurtzorg in de huidige vorm veel minder bureaucratie, afstemmingsmomenten en functies die niet direct te liëren zijn aan de directe levering van zorg aan burgers. Het is echter interessant om op een termijn van meerdere jaren te onderzoeken waar de zelforganisatie een grens kent, waar medewerkers die kozen voor de zorg er taken en/of andere vormen van werkdruk verkrijgen en hoe deze zorgverleners hier vervolgens mee omgaan. Daarnaast is de vraag, met zo'n 10% van het marktaandeel dat Buurtzorg in de thuiszorg heeft, of het strategisch slim is voortdurend te roepen dat de andere 90% het niet goed doet.

Daarnaast is het interessant de vraag te stellen: in hoeverre het succesverhaal van Buurtzorg aan de persoon van directeur De Blok hangt. De Blok profileert zich in interviews altijd nadrukkelijk als iemand die zelf uit de zorg komt, bestaande instituties niet kon veranderen en vervolgens zelf een organisatie is gestart gebaseerd op zoveel mogelijk autonomie in de teams. Ontegenzeggelijk is De Blok een wereldverbeteraar (Laloux, 2012; De Blok, Suiches, Volgeloep & Jansen, 2015; NRC, 23 april 2016). Woorden als zorgprofeet en non-conformist vallen in vrijwel elk interview over De Blok. De Blok is aan Buurtzorg verbonden; als Steve Jobs aan Apple of Bill Gates aan Microsoft. De Blok is eveneens een zakenman met een grote sensitiviteit voor het politieke klimaat. Een ondernemer, die ook in het buitenland actief is van Japan tot de Verenigde Staten en van Zweden tot het Verenigd Koninkrijk.

Over Buurtzorg valt veel te schrijven en inmiddels zijn talloze theses geschreven rondom de inhoudelijke zorgvisie, als de managementvisie rondom zelfsturing en organisatie inrichting. De beschrijving van de casestudy in deze scriptie dient meer als illustratie welke krachten er spelen in de zorgsector waar innovatieve bedrijven trachten een evolutionair doel na te streven in een door marktdenken (in)gerichte sector.

2.3 Van illustratieve cases naar onderzoek

Dit hoofdstuk maakt duidelijk waarom de centrale onderzoeksvraag van deze scriptie zo relevant is. Hetgeen beschreven in de cases maakt, dat het vervolg van deze scriptie bestaat uit de exploratie naar het relevant bestaand theoretisch kader. Waarbij eveneens de vraag of dit bestaande theoretisch begrippenkader toereikend is om enerzijds te toetsen of deze theorie ook bruikbaar is (*“werkt het zo?”*), anderzijds om middels open vragen in de research setting tot concrete beantwoording van de onderzoeksvragen te komen (*“wat zeggen ze erover?”*).

Dat er zoiets bestaat als een taboe op kleiner worden, wordt recent in een artikel van het Financieel Dagblad ²¹ over het Udense ziekenhuis Bernhoven beschreven. Het ziekenhuis kende een omzetterugloop van 8%, waarbij het streven is om op een daling van 12-16% uit te komen. Financieel directeur Van den Enden noemde het: *“een prachtig resultaat”*, maar erkent dat het in de zorgsector volslagen in tegenstelling lijkt met de wetten en de logica van het huidige zorgstelsel. Het FD sprak van een opmerkelijke bedrijfsstrategie: niet groeien, méér omzet halen en méér patiënten behandelen om te overleven, zoals de meeste ziekenhuizen, maar juist minder zorg verlenen. Van den Enden: *“Normaal gesproken zouden we met deze omzetsdaling meteen failliet gaan”*, waarbij hij aangaf dat het ziekenhuis een risico nam met deze krimpstrategie. Een zeer belangrijke factor in deze case is dat er goede afspraken gemaakt werden met de zorgverzekeraars VGZ en CZ. Zij contracteerden het ziekenhuis en garandeerden daarmee zekerheid van de omzet. Dit door het verlies aan inkomsten te compenseren voor een periode van vijf jaar met de voorwaarde dat er niet minder patiënten werden geholpen en geen verlenging van wachtlijsten. Het bewijst dat goede afspraken met overheid en verzekeraars een noodzakelijke voorwaarde zijn om krimp in de zorg bespreekbaar te maken. Andere relevante ontwikkelingen betrof het feit dat zowat alle medici in loondienst kwamen in plaats van zelfstandige maatschappen, dat zorgverleners in de directie vertegenwoordigd zijn; waardoor *“als er onzin wordt bedacht, ze er zelf last van hebben”* en *“er veel holistischer wordt gedacht door mede eigenaarschap waardoor het niet meer om maatschappen gaat maar om het ziekenhuis, de patiënt en dus de zorg”* (Financieel Dagblad, 4 maart 2016).

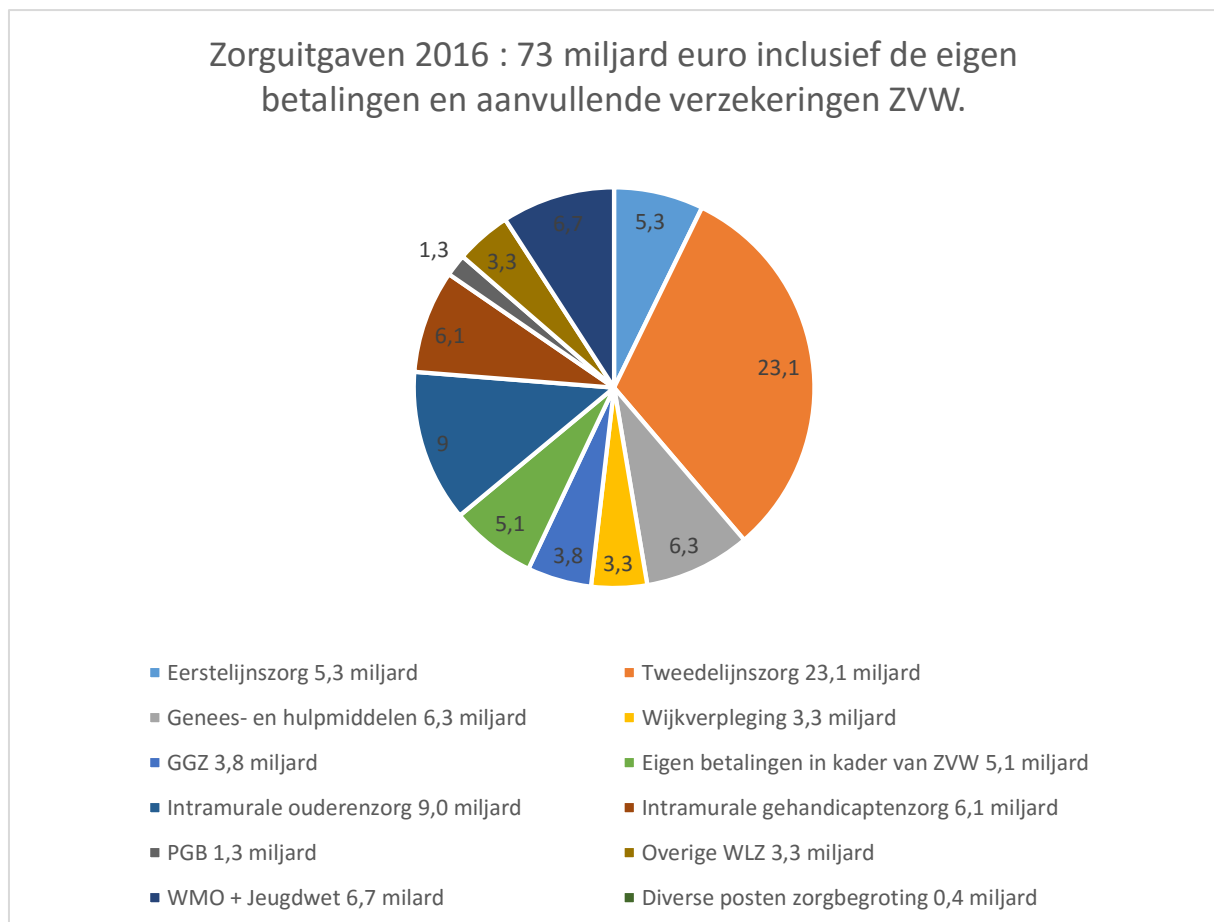
In het navolgende hoofdstuk zal er nader ingegaan worden in welke richting de zorgsector lijkt te bewegen, welke theorieën bruikbaar zijn vanuit eerder gepubliceerd onderzoek rondom krimp en downsizing en de zoektocht naar de normatieve duiding van het begrippenkader.

²¹ Financieel Dagblad, 4 maart 2016; Minder zorg, minder omzet, ziekenhuis blij.

3 Theoretisch kader

3.1 Bewegingen en richtingen in de zorgsector

Er vinden grote veranderingen plaats in de zorgsector. Op de begroting van het ministerie van VWS 2015 kende het Budgettair Kader Zorg (BKZ)²² een totaalbedrag van € 71,3 miljard inclusief de begroote uitgaven in het kader van de zorgverzekeringswet. Zoals onderstaande graphic toont, is dit voor 2016 al begroot op € 73 miljard. Dat maakt in eerste aanleg de vraag al relevant: krimpt de zorgsector of gaat de groei in uitgaven minder hard dan de afgelopen decennia (*is er "minder meer"*)? Of kan dit wel op deze manier kwantitatief gesteld worden; door slechts te kijken naar door de overheid beschikbaar gestelde budgetten bij elkaar op te tellen ten behoeve voor het zorgaanbod? Of is het veel interessanter te kijken naar de zorgvraag; neemt de vraag immers niet exponentieel meer toe in vergelijking tot het volume van de zorgsector? Of zijn er nog andere factoren die er bij het bepalen van krimp in de zorgsector van belang zijn? In deze paragraaf wordt op deze vragen een antwoord gegeven en worden de elementen van krimp binnen de zorgsector beschreven en geplaatst in het theoretisch kader vanuit de -in de literatuur te onderscheiden- inzichten rondom krimp.



²² Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) betreft de regeringsafspraken rondom het financiële kader in de Rijksbegroting waarbinnen de zorguitgaven moeten blijven en worden verantwoord in de begroting van het ministerie van VWS.

Nederland had in 1968 veruit als eerste land een verplichte volksverzekering voor langdurige zorg. Het zorgstelsel in Nederland, het Bismarck-model, is een sociale verzekering, waarbij zorg een verzekerd recht is. Het aanbod van zorg is privaat eigendom en de uitvoering ligt primair bij de zorgverzekeraars. Dat vond later navolging in Duitsland (1995) en Japan (2000). In de Scandinavische landen, Verenigd Koninkrijk of Italië bijvoorbeeld kent men het Beveridge-model, waar zorg betaald wordt via belastingen. Zorg is een voorziening, waarbij het aanbod van zorg publiek eigendom is uitgevoerd door de overheid. Daar komt bij dat in Zuid-Europese landen van oudsher al altijd veel meer nadruk heeft gelegen op informele zorg. De verzekeringsdekking is in Nederland altijd veel ruimer geweest dan in andere landen. Gevolg was: veel formele zorg en weinig informele zorg. Nederland is daardoor mondiaal koploper uitgaven in de langdurige zorg volgens het OECD23, maar internationale vergelijking geeft een vertekend beeld voor verborgen kosten van informele zorg.

De zorguitgaven zijn drie achtereenvolgende jaren (2013, 2014 en 2015) minder sterk gegroeid dan de Nederlandse economie groeide. De kosten van de zorg stegen met 0,8% in 2015 ten opzichte van 2014. Na een sterke periode van toename van de groei van zorguitgaven vanaf 2000, namen deze minder sterk toe 2013, 2014 en 2015²⁴. Afhankelijk van de definitie van zorguitgaven, lopen de totale zorguitgaven aan zorg- en welzijn al vlug op tot € 95 miljard. De omvang van de zorgsector, binnen het collectieve pakket in 2016, bedraagt € 68 miljard. Dat is een aandeel van 25% van de collectieve sector en 10% aandeel in de totale Nederlandse economie²⁵. Dit is puur en alleen de door de overheid gefinancierde vormen van zorg. Het bedrag loopt op tot € 73 miljard als de eigen betalingen in het kader van aanvullende verzekeringen en eigen betalingen (in onderstaande graphic: de 5,1 miljard in het kader van de eigenbetalingen in het kader van de ZVW) worden meegerekend. Bovenop de verplichte verzekeringen die de zorgsector vormen vanuit het collectieve domein, kan een aanvullende verzekering worden afgesloten via de ziektekostenverzekeraar voor o.a. tandartszorg, fysiotherapeut, (alternatieve) geneesmiddelen of specifieke hulpmiddelen.

Om de vraag of er sprake is van krimp -en in welke hoedanigheid- op een meer fundamentele wijze te beantwoorden, is het goed om eerst te beschrijven in welke richting de zorgsector zich lijkt te gaan ontwikkelen.

De World Health Organization (WHO) formuleerde de navolgende definitie van gezondheid: *“gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken”* (1948). Voortschrijdende kennis en inzichten (Huber et al., 2011) introduceren een nieuwe kijk op – en een nieuw begrip van gezondheid. Hierbij wordt voorgesteld veel meer focus te leggen op “resilience” of “veerkracht”. De oude definitie van de WHO bevordert onbedoeld medicalisering door gezondheid te beschrijven in termen van *totaal en volledig welbevinden*. De definitie van de WHO is door de toename van vergrijzing en chronisch ziekten enerzijds en de snelle ontwikkeling van de medische technologie anderzijds, weinig productief. Iedereen is namelijk een patiënt of als kwetsbaar aan te merken, doorlopend behandeling nodig hebbende, door naar gezondheid te kijken als: “een statische toestand zonder enige beperking of ziekte”. Daarom is er behoefte aan een nieuwe omschrijving en definitie van gezondheid: *“gezondheid als vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven”* (Huber et al., 2011).

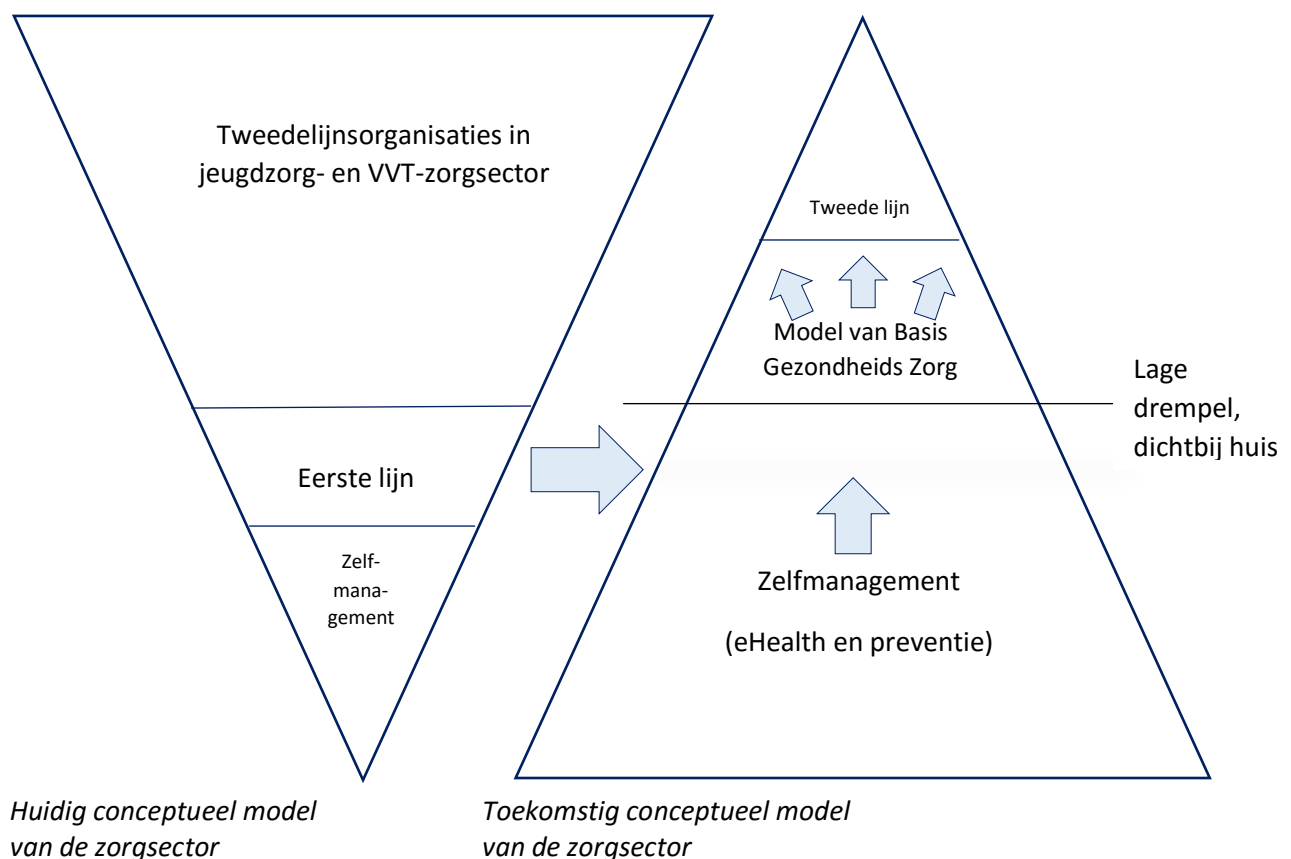
²³ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) in de monitor 2013.

²⁴ Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Zorg; uitgaven en financiering vanaf 1972 d.d. 19 mei 2016.

²⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2016). Financieel overheidsbeleid in de zorg; macro-economische vraagstukken en arbeidsmarktbeleid door Gert-Anne van Pruissen.

Machteld Huber is in 2015 uitgeroepen tot de meest invloedrijke persoon in de publieke gezondheid²⁶. De veel fundamentele kijk op gezondheid wordt door patiënten, zorgprofessionals, en beleidsmakers omarmd, evenals door het Ministerie van VWS en de VNG²⁷. Wel vraagt het grote omschakeling binnen de zorgsector om hiermee te gaan werken. In het huidige zorgstelsel betreft 96% van de kosten het bestrijden van ziekten (cure, care en farmacie, waarbij er maar 4% wordt uitgegeven aan het bevorderen van gezondheid, zelfmanagement en preventie (Ministerie van VWS, Verslag Alles is gezondheid, 2016). Er valt op een heel andere manier winst te boeken op het gebied van gezondheid, door meer te investeren in het bevorderen van gezondheid plus door huisartsen en het sociale domein in buurten en wijken te laten samenwerken. Er hoeft niet overal “formele” zorg te worden ingezet. De pijlers voor gezondheid op de terreinen “*spirituele dimensie*”, “*kwaliteit van leven*”, “*sociaal-maatschappelijk participeren*” en “*dagelijks functioneren*” wegen even zwaar dan de focus op de biomedische kijk vanuit de traditionele benadering van veel zorgaanbieders in de jeugdzorg/VVT-sector op “*lichaamsfuncties*” en “*mentaal welbevinden*” (Huber et al., 2011). Aan de hand van deze analyse kan de opmaat visueel worden gemaakt tot een daadwerkelijke opmaat voor het kantelen van de zorgsector, als in de navolgende graphic wordt getoond.

Visie op betaalbare zorg in de toekomst²⁸:



²⁶ uitgereikt door de NPHF Federatie voor Gezondheid en GGD GHOR Nederland.

²⁷ Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

²⁸ Model ontworpen door dr. Bas Leerink, lid Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

De eerste driehoek laat het huidige bestel zien. Met als zwaartepunt de tweedelijnsorganisaties van cure & care (bovenin); daaronder een veel kleinere eerstelijnssector en onderaan “bungelt” zelfmanagement van de burger. De tweede driehoek toont de tendens naar de toekomst. Een veel kleinere tweedelijnssector, een grotere (geïntegreerde) eerstelijnssector die laagdrempelig en dicht bij huis is met een stevig fundament van zelfmanagement. De veranderingen zullen enorm zijn (Kaljouw & Van Vliet, 2015). Met deze bredere kijk op ziektes/zieken en gezondheid/gezonden lijkt een stille revolutie in de zorg aan de gang te zijn. Dat vraagt wat van een zorginstelling. Ingesleten patronen moeten veranderd worden. Minder biomedische zorg, die weliswaar nog belangrijk is, maar meer ruimte om de sociale en spirituele kant van positieve gezondheid te benadrukken. Enkel de focus op de biomedische kant is niet alleen een verschrompelde blik (de mens is immers geen machine); het heeft ertoe geleid dat de zorgkosten uit de pan rezen en zorginstellingen steeds groter werden. De organisaties schoten decennialang, literair gesteld, in de behandelstand en de burger in de consumentenstand.

Een dergelijk andere benadering vraagt veel van burgers. Waarbij het steeds belangrijker voor zorginstellingen zal worden om samen met burgers te werken (*zorgen dat..* in plaats van *zorgen voor..*). Waarbij er uiteraard goed gekeken moet worden naar wat burgers daadwerkelijk zelf kunnen en wat mensen willen. Mensen die kunnen én willen, kunnen af met veel minder zorg. Met de juiste voorlichting kunnen deze burgers aan de slag. Aan mensen die wel willen, maar minder kunnen, moet op een andere manier kennis worden overgedragen. Bij mensen die wel kunnen, maar niet willen zal waarschijnlijk alleen een levenscrisis verandering teweeg brengen. De laatste variatie, mensen die niet willen én niet kunnen, betreft de zeer kwetsbaren als psychiatrisch patiënten of verslaafden (Huber et al., 2011).

Ook de RVZ, adviesorgaan voor het kabinet en parlement, adviseert de overheid met klem de organisatie van de zorgsector op een andere manier in te richten (RVZ, 2012). Zij adviseren dat gemeenten op lokaal niveau de basiszorg gaan organiseren. Multidisciplinaire teams moeten basiszorg gaan leveren op wijkniveau, waarbij huisartsenzorg, wijkverpleging en het maatschappelijk werk de kern van de aanpak vormen. In dit ontwerp, analoog aan de publicaties van Huber et al., wordt nadrukkelijk geadviseerd dat deze basiszorgteams burgers moeten faciliteren om zelf hun problemen aan te pakken. Op deze wijze dient van overheidswege in een vroeg stadium gecoördineerde en integrale ondersteuning geboden wanneer burgers dit niet lukt. Tevens wordt voorkomen dat er een onnodig beroep op zware, tweedelijnszorg wordt gedaan. In het rapport geeft de RVZ nadrukkelijk aan dat zorg- en welzijnsaanbieders veel meer zullen moeten samenwerken in multidisciplinaire teams op wijkniveau. De werkwijze en doelen zouden veel verder moeten gaan dan het reageren op zorgvragen en het bevorderen van gezondheid alleen, maar de RVZ geeft de zorgsector eveneens de maatschappelijke opdracht proactief te handelen en participatie en zelfmanagement te bevorderen.

De RVZ gaf in het rapport aan dat de zorgsector zeer onder druk staat; alleen de vraag naar AWBZ-zorg en het gebruik ervan is de afgelopen tien jaar verdubbeld. Met de decentralisatie naar de gemeenten is het budget voor ondersteuning gedaald. Door de vergrijzing van de bevolking zijn er minder mensen beschikbaar om deze zorg en ondersteuning te leveren. Als er geen verandering optreedt in de manier waarop er omgegaan wordt met vragen op het gebied van zorg en ondersteuning, kan er over een aantal jaren niet meer aan de vraag van de burgers worden voldaan.

De RVZ beschreef dat burgers meer zelf zullen moeten doen in de vorm van mantelzorg, burenhulp en vrijwilligerswerk. Professionals en instellingen zullen zich (noodzakelijkerwijs) gaan concentreren op de zwaardere casuïstiek. Vaak zijn dit mensen met meervoudige problematiek: met vragen en problemen op verschillende gebieden, die elkaar in stand houden en versterken. Meestal zijn deze hulpvragers veelgebruikers van curatieve zorg, medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Ze doen een beroep op meerdere zorgverleners. Deze groep heeft vaker contact met de huisarts, wordt vaker opgenomen in het ziekenhuis en doet met veel grotere regelmaat een beroep op de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdhulpverlening en/of de jeugdzorg (RVZ, 2012).

Het ontbreken van een afdoend sociaal steunsysteem leidt vaak tot meer gebruik van formele zorg en vormt een aanwijzing voor medicalisering en maatschappelijke hulpvragen. De afstemming tussen hulp- en zorgverleners laat daarnaast vaak te wensen over. Dit heeft te maken met de specialisatie en verkokering; professionals kijken door de ogen van hun vak of organisatie en/of er zitten perverse prikkels in de financiering die een holistische benadering met de burger als vertrekpunt, belemmeren. Ook deze mensen met meervoudige problematiek, zo stelt de RVZ, kunnen meer zelf doen. Professionals springen dan bij waar dit niet afdoende is. Het uitgangspunt is in alle gevallen vraagsturing in combinatie met wat burgers zelf kunnen oplossen. Ook is er meer aandacht voor preventie nodig. Over de hele linie gebeurt hier te weinig aan, waardoor te laat ondersteuning wordt ingeschakeld. Omdat de problemen dan al zijn geëscaleerd, is meestal meer en duurdere hulp en zorg nodig dan wanneer op tijd was gesignaleerd (RVZ, 2012).

Preventie en goede zorg zijn mogelijk, aldus de RVZ, als de rol van professionals die dichtbij burgers staan -als huisartsen, maatschappelijk werk en wijkverpleging- *versterkt* wordt, zodat zij samen met de burgers de regie hebben als aanvullende professionele ondersteuning nodig blijkt (*“regie aan de poort”*). Een belangrijke voorwaarde is, dat deze disciplines onderling excellent goed samenwerken op wijkniveau en samen de wijk op de juiste wijze in kaart hebben. Hiermee pleit de RVZ voor een reallocatie van middelen van de *“achterkant”* van het medische en sociale domein naar de *“voorkant”* van dit domein.

Zoals de vergelijking van beide driehoeken plus het rapport van de RVZ (welke aan de basis stond van de grote decentralisatie van Jeugdwet en WMO) laten zien, vallen er grote veranderingen in het stelsel van de zorgsector te verwachten, met daarbij de focus in deze scriptie op twee facetten:

- Kleiner worden van zorgorganisaties door de methodische inzet van zelfmanagement en preventieve vormen van zorg en ondersteuning. Vergelijk het grote aandeel van de tweedelijnsorganisaties in de eerste driehoek met de veel kleinere driehoek in het tweede model, waarbij het ontegenzeggelijk geplande en ongeplande organisatorische krimpprocessen zal betreffen.
- Het vraagt ontegenzeggelijk aanpassingen van de organisatievormen. De nadruk van zowel het verhaal van Huber et al. (2011), als de RVZ (2012) ligt op een andere manier van organiseren in multidisciplinaire vormen en organisatie -overstijgend werken.

3.2 Toegepaste theorie over het thema krimp en organisatiegrenzen

Bij de zoektocht naar een goede, wetenschappelijke, definiëring van krimp werd door Overmans en Noordegraaf (2014), de verzamelnaam *austerity* gehanteerd, hetgeen letterlijk vertaald: *organisatorische soberheid* betekent. Op basis van de aard van de krimp (een financiële grondslag of een organisatorische grondslag) en de continuïteit van het verloop van het krimpproces, kwamen zij tot een onderscheid binnen het begrip *austerity*²⁹:

1. *decline* (krimp, afname, daling) waarbij de focus ligt op organisatorische omstandigheden;
2. *cutbacks* (bezuiniging) waarbij de focus ligt op financiële en fiscale omstandigheden;
3. *retrenchment* (bezuiniging, versobering) waarbij de focus ligt op financiële en fiscale omstandigheden;
4. *downsizing* (krimp, afslanking, inkrimping) waarbij de focus ligt op organisatorische omstandigheden.

De aandacht van krimp in de zorgsector richt zich met name op de *organisatorische* omstandigheden, namelijk de vele wetwijzigingen en decentralisatieopgaven in de zorg. De ondersteuning vanuit de academische literatuurstudie in deze scriptie richt zich derhalve op “decline” en “downsizing”.

Organisatorische krimp is nooit grondig onderzocht omdat onderzoekers hun aandacht altijd hebben gericht op organisatiegroei en de consequenties van organisatiegroei: “*De nadruk op groei reflecteert de actuele, als norm geldende, voorwaarden aan een organisatie en de heersende ideologie in onze maatschappij*”. Echter, voorspellingen van een komend tijdperk van bezuinigingen maken studies rondom organisatorische krimp noodzakelijk (Whetten, 1980). Whetten beschreef daarnaast dat veel strategische vraagstukken -als besluitvormingsprocessen, conflicten, leiderschap, innovatie of organisatiestructuren- beïnvloedt zijn door neerwaartse spiralen in omvang of rendement van organisaties, maar desondanks zelden met elkaar in verband zijn gebracht.

Er zijn drie gemeenschappelijke aannames (Whetten, 1980) die de vooronderstelling weergeven dat groei tot een favoriet onderwerp maken:

1. er is een positieve relatie tussen omvang en leeftijd van organisaties; steevast is de wijze waarop groei gemanaged moet worden de grootste behoefte van organisaties;
2. Omvang is een begerenswaardige organisatorische beschrijving: groter is beter;
3. Groei staat synoniem voor effectiviteit.

Deze vooringenomenheid met groei -niet alleen bij de leiders van organisaties, maar ook bij onderzoekers- lag volgens Whetten bij het feit dat groeiscenario's ook de realiteit van organisaties kenmerkten. Dat gold zeker vanaf de tweede wereldoorlog tot aan de tijd waarin hij zijn studies publiceerde. Daarnaast beschreef Whetten dat het vooroordeel *–groei is goed, krimp is slecht–* een bredere sociale ideologie reflecteerde. Hij beschreef de psychosociale processen van de ingeslepen collectieve waarden van “creëren van veel zelfvertrouwen” en “tonen van volhardendheid”, maar ook het taboe rondom het omgaan met mislukking. De weerzin waarmee leiders moesten toegeven dat hun organisatie zich in een fase van krimp bevond, was voor Whetten het bewijs van hun aanzienlijk persoonlijke belang in groeiscenario's van organisaties. Whetten beschreef zelfs studies waarin gesteld werd dat competente leiders een krimpende organisaties vermijden of als eerste van het zinkende schip springen. Hij stelde hierop: “*het centrale vraagstuk bij organisatiekrimp is niet of leiders capabel zijn met de consequenties om te gaan, maar daarentegen, of ze ertoe bereid zijn?*”

²⁹ De Engelse begrippen laten zich lastig vertalen naar het Nederlands ; daar veel termen in het Angelsaksisch juist die nuance bevatten waar deze bij de Nederlandse vertaling binnen het totaalbegrip “krimp” gerekend worden.

Whetten beschreef in zijn studie de oliecrisis van 1979. De meeste Amerikanen weigerden de mogelijkheid te accepteren van een serieuze crisis. In plaats daarvan beschuldigden zij de overheid en de oliemaatschappijen van samenspannen om zo een kunstmatige tekort te creëren en rendementen te verhogen. Een uitleg voor deze logica was het verdedigingsmechanisme van de Amerikaanse burger voor het vertrouwen in de samenleving van overvloed. Door de schuld van de tekorten te leggen bij oplichters en boeven, hoefde het publiek niet toe te geven dat het systeem fundamenteel niet meer in staat was om de enorme groei te laten voortduren. Interessant is deze beschrijving naast de situatie in het Nederlands publieke domein van (jeugd)zorg en welzijn te leggen. Natuurlijk zijn er frauderende en malafide bestuurders in de zorg geweest, maar het mechanisme zoals Whetten dit ten aanzien van de oliecrisis beschrijft is veel fundamenteler. Hebben de Nederlandse boze burgers uit paragraaf 1.5 (zie 1.5: [Maatschappelijke relevantie](#)) immers de uitwassen van bestuurders in de zorgsector welhaast nodig, om zo hun vertrouwen in de maakbaarheid van de sector hanteerbaar te houden?

Whetten zag in de tachtiger jaren ook een groeiende tegenbeweging. Krimp van een organisatie kon niet meer worden weggestopt onder de noemer mislukking. Whetten constateerde veranderingen in culturele waarden van de samenleving. De waarden van het "Bigger is Better" werden steeds vaker uitgedaagd door de tegenwerping "Small is Beautiful". In grote organisaties werd steeds vaker het gesprek gevoerd met liefdevolle herinneringen aan de intieme en kleine organisatie van het begin; ook in de gesprekken binnen de steeds complexer en grootschaliger samenleving riepen burgers op voor meer menselijke uitgangspunten. In zijn studie haalde Whetten in 1980 al het debat aan over het restaureren van de erkenning van de importantie van familie, burens of vrijwilligersorganisaties als "bemiddelende structuur" tussen individuele burgers en de megastructuren van de maatschappij (als overheden of institutionele zorg). Eveneens haalde hij diverse andere critici aan, die de noodzaak benadrukten van de overgang naar veel kleinere, meer basale vormen van organiseren. Maar Whetten beseftte ook dat er meer nodig was voor het veranderen van de dagelijkse organisatiepraktijk dan intellectuele kritiek op het kapitalisme of het instemmend meeknikken voor het veranderen van maatschappelijke waarden.

Whetten riep op tot een onderzoeksagenda. Hij gaf aan dat een belangrijke taak voor onderzoekers was weggelegd om de helderheid van het concept "organisatiekrimp" te verbeteren. Ook riep hij op tot meer onderzoek naar een van de meest zichtbare effecten van organisatiekrimp, namelijk dat het stress op diverse niveaus verhoogd. Daarnaast legde hij de nadruk op het feit dat de sleutel om te begrijpen hoe leiderschap in krimpende organisaties vormgegeven zou moeten worden, start bij het proces van zingeving van een organisatie. In zijn oproep tot een onderzoeksagenda werd ook nadrukkelijk aandacht gevraagd voor structurele vormen van centralisatie (organisatie-integratie) enerzijds en decentralisatie (differentiatie) binnen een organisatie anderzijds. Krimp in een organisatie neigt bovendien conflicten tussen personen en afdelingen in een organisatie te verscherpen. Het is belangrijk dat onderzoekers krimp niet alleen onderzoeken vanuit het perspectief van de absolute top van de organisatie. Whetten gaf aan dat er uitgebreider onderzoek moest plaatsvinden ten aanzien van de verhouding overhead/staf versus het totaal aantal werknemers. Tot slot, zo gaf Whetten aan, moest onderzoek naar krimp juist voorbij de grenzen van de organisaties gaan.

In een uitgebreide vervolgstudie (Serra et al., 2013) bleef de conclusie na al die jaren overeind dat bekende en achtenswaardige organisaties, zeker niet alleen kleine ondernemers als MKB'ers, te maken hebben met organisatiekrimp. Hoewel krimpscenario's realiteit zijn, is er een merkbare angst voor het bespreken en onderzoeken van het onderwerp. Serra et al. (2013) concludeerden in hun onderzoek dat de onderzoeksagenda van Whetten nog steeds enorm actueel was en door de wetenschap zeer fragmentarisch was opgepakt. Juist vanwege de stevige onderbouwing van de argumenten om de aangedragen topics te onderzoeken -van zowel Whetten, als Serra et al.- worden de hoofdtokens in de interviews van deze scriptie (zie: [Bijlage 1: Leidraad interviews](#)) gebaseerd op de agenda zoals Whetten die opstelde.

Veel onderzoek in organisatie- en managementwetenschappen is gericht op concurrentievoordeel en het succes van organisaties. Dit is de basis voor de theorieën van organisatiegroei. Veel minder aandacht kreeg het fenomeen organisatorische krimp, hetgeen toch ook een reflectie kan zijn van een levenscyclus van een organisatie. Er zijn diverse studies geweest die hebben geprobeerd conceptuele frameworks te schetsen voor organisatorische krimp. Hoewel dit belangrijke onderzoeken waren, de veronderstelde concepten en claims behoeven nog steeds verdere theoretische ontwikkeling en empirische ondersteuning. Hetgeen met name ontbreekt, is welke invloed karaktertrekken van leiders hebben, die bepalend zijn bij besluiten rondom krimp en downsizing (Carmeli & Sheaffer, 2009).

Cameron et al. (1987) beklagden zich al over de afwezigheid van onderzoeken en grootschalige studies naar gedragingen van leiders bij krimp in organisaties. Deze aansporing heeft sinds die tijd verschillende resultaten opgeleverd die oorzaken en consequenties onderzochten van organisatorische krimp, met name in de jaren tachtig tot midden jaren negentig. *“Het is een aangeleerde neiging om het liever over succes te hebben, in plaats van mislukking”* (Carmeli & Sheaffer, 2009); zo lijken de onderzoekers een voorschot te nemen op een verklaring voor een taboe op krimp. Over het algemeen leggen de (leiderschaps)studies meer focus op de positieve impact van leiderschapsgedrag op effectiviteit van een organisatie. Echter ook de studies rondom *“transformationeel leiderschap”* of *“charismatisch leiderschap”* hebben maar vluchtig aandacht besteed aan de effecten van leiderschap bij krimp. En dan met name gebruikt in de context om weer voorspellingen te doen rondom het succes van het bedrijf of groeiscenario's te schetsen.

Organisatorische krimp (decline) is op diverse manieren uitgelegd. Het is beschreven in termen van:

- moeilijkheden bij de aanpassing aan de omgevingseisen (Weitzel & Jonsson, 1989);
- stagnerende organisatieprocessen (Whetten, 1988);
- een fase die vooraf gaat aan een totale crisis en ontbinding (Weitzel en Jonsson, 1989);
- een aanzienlijke daling van de organisatorische hulpbronnen die optreedt over een bepaalde periode (Cameron et al., 1987).

Whetten (1980) definieerde krimp binnen een organisatie als: *“een toestand waarin er een substantiële en absolute vermindering optreedt van de middelen van een organisatie over een bepaalde periode. Achteruitgang betekent een gestage neerwaartse trend van inkomsten en middelen”*. Een andere definitie is; krimp is een -uit de omgeving of uit de organisatie zelf ontstaan-fenomeen, dat onvrijwillig optreedt en resulteert in sterke afname van de middelen van een organisatie (Freeman & Cameron, 1993). Cameron et al. (1987) specificeerden de algemene definitie van organisatorische krimp (decline) in de navolgende woorden: *“een conditie waarin zich over een gespecificeerde tijdsperiode een substantiële, absolute afname in de hulpbronnen van een organisatie voordoet”*. De auteurs van de definitie leggen in hun conclusie nadrukkelijk het verband tussen het krimpen van een organisatie of sector enerzijds en het in een bepaalde tijd afnemen van middelen in kwantiteit anderzijds. Carmeli en Sheaffer (2009) definiëren organisatiekrimp als een staat van de organisatie waarin deze slecht aanpassingsvermogen toont, er constant afnemende middelen zijn, een sterke afname van het bestaansrecht is en een hoge mate van kwetsbaarheid.

McKinley et al. (2014) scherpten het theoretisch kader rondom krimp nóg verder aan. De zogenaamde *“turnaround-studies”* in de strategische managementliteratuur definiëren organisatiekrimp als een fenomeen van ten minste twee opeenvolgende jaren van verlies van financiële prestaties, weergegeven in de cijfers van return on investments (ROI) en return on sales (ROS).

McKinley et al. vonden dat echter te gericht op de profitsector en zochten naar een gemeenschappelijke definitie van krimp: *“als een opeenvolgende, jaar-na-jaar vermindering van de middelen van een organisatie, welke ten minste al twee jaar durende is. De periode van twee jaar noemen zij de “bruikbare minimumtermijn” omdat het tijd genoeg voorziet opdat de vermindering opgemerkt kan worden door managers en hierop gereageerd kan worden. Ten aanzien van ‘decline’ zijn er een vijftal stadia te ontdekken waarin middelen afnemen en/of prestaties dalen waardoor organisaties krimpen (Daft, 2010). Daft geeft in de studie aan dat er al sprake is van “declining organizational performance” wanneer de organisatie en diens leiders niet ingesprongen zijn op de nieuwe situatie. Een belangrijke oorzaak kan worden toegeschreven aan het gebrek aan goede data en informatie; zoals in deze de ontwikkelingen van de sector maar ook het verschil in budgetten die gekoppeld zijn aan de nieuwe visie op gezondheidszorg als beschreven door Huber et al. (2011). Daft beschrijft dat de eerste fase van achteruitgang vaak wordt gekenmerkt door ‘blindheid’. In het blinde stadium is er vooral sprake van een informatieachterstand. Het tweede stadium wordt “inactiviteit” genoemd en alleen als leiders “prompt action/onmiddellijke actie” nemen kan er weer succesvol gepresteerd worden. Bij inactiviteit is er nog steeds sprake van ontkenning terwijl er toch, danwel in de sector, danwel in de organisatie zelf, krimp wordt bemerkt. Het derde stadium is het stadium van “de foutieve actie”, als de krimp blijft doorzetten. Hierop dient “correct action/juiste actie” te volgen om het krimpscenario niet verder te laten doorzetten. In het stadium van de foutieve actie mág en kán het vraagstuk van krimp niet meer genegeerd worden. Volgt deze “correct action” niet, zal het vierde stadium bereikt worden: crisis. Slechts een “effective reorganization/effectieve reorganisatie” kan verdere krimp voorkomen in de organisatie volgens het model van Daft. Aanpassen aan- en actie nemen in de neerwaartse spiraal is een must, anders leidt het mogelijk tot algeheel falen van de organisatie. In het crisisstadium heeft de organisatie, zelfs een sector, nog geen antwoord om effectief op krimp in te spelen. Gebeurt dit niet, zal de laatste en vijfde fase intreden: ontbinding en zijn er geen keuzes meer te maken. In stadium 5 is er zelfs sprake van opheffing in het ergste geval omdat er geen opties meer zijn om de organisatie te redden.*

Downsizing is de opzettelijke, in eerste aanleg proactieve managersstrategie, maar wel vanuit de reactieve benadering om adequaat te reageren op externe omgevingsturbulentie en onzekerheid om te overleven en weer te kunnen groeien (Weitzel en Jonsson, 1989). Daar waar organisatorische krimp een onvrijwillige, niet geplande vermindering van hulpbronnen is welke een organisatie aantast, terwijl downsizing een opzettelijke vermindering is van het personeelsbestand, op touw gezet en uitgevoerd door manager (Freeman & Cameron, 1993). McKinley et al. nemen deze laatste definitie over. Daarin geven McKinley et al. (2014) aan dat downsizing beheersmatige, bestuurlijke wijzigingen in de organisatie betreft in dezelfde geest als een organisatorische herstructurering; als opzettelijk snoeien in het personeelsbestand en andere structurele strategische groeiprogramma's. Zij plaatsen downsizing absoluut in een andere categorie dan innovatie in het kijken naar organisatiegrenzen. Innovatie is elk nieuw product, dienst of proces dat met een absoluut ander vertrekpunt start dan een eerder product, dienst of procesontwerp.

In de zorgsector gaat het met name om drie belangen (De Blok et al., 2015). Het eerste belang is het belang van de cliënt en diens verhoogde zeggenschap over zorg en de keuzemogelijkheden hierin. Werkgelegenheidsaspecten zijn een tweede belang; zowel kwalitatief (op terrein van professionele facilitering of zelforganisatie) als kwantitatief (arbeidsplekken en continuïteit van werkgelegenheid). Maar De Blok et al. beschrijven wel degelijk dat er belangen van zorgorganisaties zijn, die ook maatschappelijk belang dienen. Zorgorganisaties die kostbare zorg moeten leveren voor zoveel mogelijk cliënten, met gelijkwaardige middelen. Door zorg op een doelmatige en efficiëntere manier te organiseren kunnen zorgorganisaties ook in de toekomst blijven bestaan. Echter in hun streven naar groei en schaalvoordelen zijn de meeste zorginstellingen zielloze, massale en bureaucratische instituten geworden. *“Hoe anders zou een radicaal ander concept eruit zien, met kleinere netwerken verspreid over de wijken van een stad?”* vraagt Laloux (2015) zich af.

“Als we leiderschap willen begrijpen, moeten we een driedimensionale (in plaats van een tweedimensionale) visie op het bestaan in organisaties ontwikkelen” (Kets de Vries, 2015). Kets de Vries beschrijft twee aspecten aan leiderschap, namelijk “irrationeel gedrag” en “de duistere zijde aan leiderschap” die maken dat leiders en bestuurders niet altijd het toonbeeld zijn van rationaliteit. Managementtheorieën lijken zich altijd op de rationele aspecten van leiderschap te richten. De irrationele kant heeft een enorm effect op het gedrag van leiders. Vanuit een klinisch paradigma kan er naar het gedrag en de taal van leiders worden gekeken op basis van drie premissen:

1. waarneming en realiteit verschillen (*je krijgt niet altijd wat je ziet*);
2. irrationaliteit is gebaseerd op rationaliteit (*ieder menselijk gedrag en elke uiting –of juist taboe- in taal kent een principe, hoe irrationeel soms ook*);
3. de leider is een ontwikkelingsresultaat van de vroegste omgeving, nader bepaald door genetische eigenschappen (*het product van het eigen verleden*).

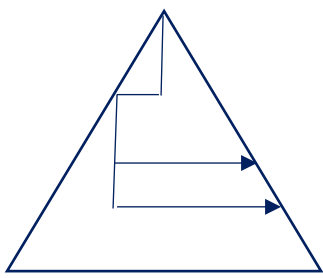
Er is, ook na de oproep van Whetten, weinig aandacht uitgegaan naar wetenschappelijk onderzoek inzake het gedrag van leiders dat resulteerde in organisatiekrimp en hen eventueel leidde om het besluit om te downsizen (Carmeli & Sheaffer, 2009). Zij onderzochten enerzijds de impact van de psychologische mechanismen “risicovermijding” en “egocentrisme” bij organisatiekrimp en anderzijds het *bewuste* besluit om de organisatie in volume te doen verkleinen. Het onderzoek concludeert dat zowel het vermijden van risico's van leiders als egocentrisme significant zijn gerelateerd aan organisatiekrimp. Dit resulteert in geïntensiverde besluiten om de organisatie te downsizen. Echter, krimp van een sector beïnvloedt het besluit downsizing in een organisatie nóg significanter.

Er is maar weinig onderzoek gedaan naar het onderzoeken van de rol van keuzes die leiders maken gedurende, ondanks de toenemende hoeveelheid bewijsmateriaal dat de persoonlijke kwaliteiten van leiders mogelijk eerder schadelijk dan goed zijn voor organisaties. Twee psychologische issues komen in dat verband nadrukkelijk aan het licht: risicovermijdend gedrag en egocentrisme bij leiders (Carmeli & Sheaffer, 2009). Downsizing is vaak een reactie op zowel krimp van de organisatie als krimp van de sector, waarbij de intensiteit van de laatstgenoemde de geschikte strategie bepaalt (DeWitt, 1993). Hierbij werd lang veronderstelt dat het omgaan met krimp een strategische keuze was. Carmeli & Sheaffer beschrijven dat leiders met risicovermijdende gedragskenmerken en egocentristisch karakter, vanwege hun korte-termijn-perspectief, veel vaker in scenario's van voortdurende krimp of reactieve vormen van afslanking terecht komen. Zij spreken over "bijziendheid" en "in strijd handelen met de morele verplichting voor zowel de organisatie als de werknemers".

De studie en het begrippenkader van Carmeli & Sheaffer (2009) maakte een stap voorwaarts in het combineren van oorzaken van organisatorische krimp en de tekortkomingen van psychologische leiderschapseigenschappen in het begin van krimpscenario's. Hoewel er rondom krimp nog veel onderzocht moet worden, concluderen zij dat de menselijke factor, belichaamd in bestuurders en managers en hun individuele eigenschappen cruciaal zijn in krimpprocessen. Het is van groot belang om notie te nemen van de wisselwerking tussen externe en interne krachten die bestuurlijke en managementbesluiten vorm geven rondom het besluit voor "downsizing". De studie toonde aan dat:

- er een relatie was tussen risicovermijding van leiders en organisatorische krimp;
- er een relatie was tussen het egocentrisme van leiders en organisatorische krimp;
- er een relatie was tussen organisatiekrimp en het actieve besluit om de organisatie daadwerkelijk actief in volume te verkleinen;
- er een relatie was tussen krimp in de sector en het actieve besluit om de organisatie daadwerkelijk actief in volume te verkleinen.

Zorgorganisaties kennen -net als vele organisaties uit zowel de profit-, als de non-profit wereld-eenzelfde evolutionaire geschiedenis (Duncan, 1979). Op dat moment leefde sterk de opvatting dat organisaties op zichzelf staande entiteiten waren en dat de structuur werd bepaald door aan elkaar rapporterende interne afdelingen via functionele divisiestructuren inclusief sterke verankeringen in matrixen. Duncan's artikel leverde belangrijke inzichten over de voorwaarden, waaronder de verschillende interne afstemming de missie van een bedrijf zou verwezenlijken. Zijn inzichten zijn nog steeds actueel en er wordt nog steeds naar verwezen in managementboeken (Anand & Daft, 2007). Toch hebben zich belangrijke ontwikkelingen voorgedaan in de organisatiestructuur en - vormgeving sinds Duncan's artikel. Er heeft zich een sterke inhoudelijk verandering in het managementdenken ontwikkeld vanuit een verticale organisatie naar horizontale organiseren om grenzen te openen via outsourcing en partnering (Anand & Daft, 2007).

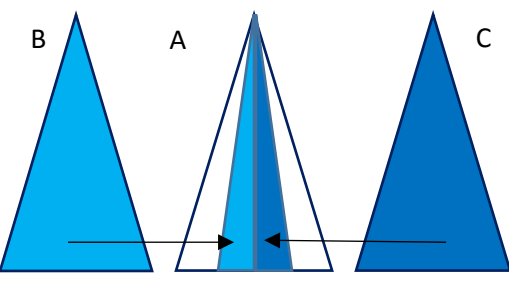
<p>Design features of the <i>horizontal organization</i> (Anand & Daft, 2007)</p>  <p>core processes in the firm are organized cross-functionally</p>	<p>Sinds de jaren tachtig ontwikkelde zich meer en meer horizontale organisaties met de nadruk op teams en processen. De kernprocessen in de organisatie werden steeds vaker georganiseerd met bij mensen uit verschillende afdelingen van de organisatie, die samen gingen werken als een team.</p> <p>Het doel is interne grenzen en verticale kolommen om te bouwen tot onderdelen van het bedrijf die "horizontaal" samenwerken. De organisatie richt zich meer op de complete workflow-processen in plaats van taken door een platte hiërarchie en het gebruik teams om alles te managen.</p>
--	--

	<p>Een voorwaarde is, dat er voor vereiste deskundigheid van buiten de organisatie moet worden gezorgd, als de teams dit nodig bleken te hebben. Er worden steeds vaker proces-teamleiders aangewezen om de interne teamprocessen te managen. Een ander principe is de introductie van het samen bepalen van te leveren prestaties door aanbieder en afnemer. Organisaties worden op deze manier flexibeler en kunnen beter op maat reageren ten aanzien van de behoeften van klanten. Door de verbinding en de verbetering van de interne communicatie wordt meer en betere waarde gecreëerd.</p> <p>Ten aanzien van dit organisatiedesign kan worden gesteld dat, onder grote inspiratie van Buurtzorg (zie: 2.1: Buurtzorg Nederland/TSN), de zorg- en welzijnssector hiermee volop experimenteert. Met name in de ontwikkeling van zelfsturende- en zelforganiserende teams (Beune, 2015).</p>
--	--

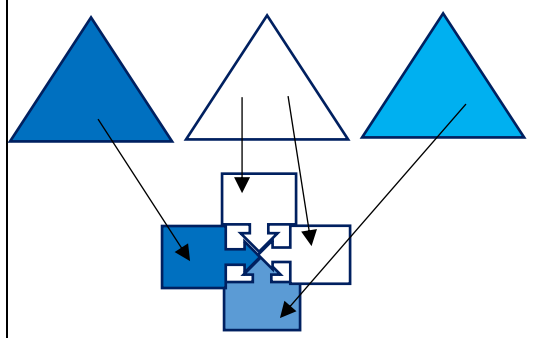
Vanaf de midden jaren negentig veranderde de wereld snel door de komst van het internet, mobiele telefoons en andere vormen van communicatie technologie. Externe en interne organisatiegrenzen openen als nog nooit eerder vertoond. Organisaties begonnen steeds meer te beseffen dat ze op een solitaire wijze niet meer konden voldoen aan alle gevraagde prestatiecriteria voor hun producten of diensten. Anand en Daft (2007) beschreven drie grote trends in organisatiedesigns, waarin organisaties interne en externe organisatiegrenzen loslaten om prestaties te leveren of optimaal te kunnen presteren in de context waarin zij hun missie zien.

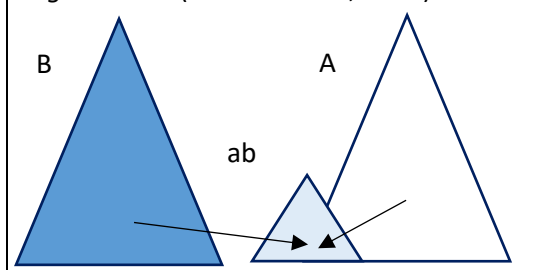
De modellen zijn zeer relevant voor de zorgsector. Niet alleen vanwege exploitatie (efficiënter, goedkoper, operational excellence), maar zeker ook vanwege het exploratieve karakter (beslechten van organisatiegrenzen en de bundeling van innovatieve kracht door netwerkpartners). Deze drie organisatiedesigns zijn:

- de hollow organization;
- de modular organization;
- de virtual organization.

<p>Design features of the <i>hollow organization</i> (Anand & Daft, 2007):</p>  <p><i>Firms B and C supply internal organizational processes to Firm A.</i></p>	<p>In “hollow organizations” worden processen uitbesteed van de interne organisatie die de missie van een organisatie steunen. In het primaire proces van de zorgsector -dus niet in het kader van ondersteunende diensten als HRM/ICT/Finance/Facility waar dit al langer gebruikelijk is in de zorg-, komt deze vorm van organisatiedesign eigenlijk de laatste jaren pas in opmars. Zo zoeken zorgorganisaties de verbinding op het terrein van domotica (zorg op afstand) en robotica-innovatie, die worden ontwikkeld door externe bedrijven en geïmplementeerd in de zorgorganisatie. Andere voorbeelden zijn de ontwikkeling van personen-alarmring, beveiligingssysteem of maaltijdvoorzieningen.</p>
--	---

	Zorgorganisaties zijn steeds minder bereid zelf deze specifieke kennis te ontwikkelen en deze producten en diensten zelfstandig uit te voeren.
--	--

<p>Design features of the <i>modular organization</i> (Anand & Daft, 2007):</p>  <p><i>Firm A assembles product modules produced by Firms A, B and C.</i></p>	<p>In “modular organizations” voegt een organisatie producten of diensten toe die door henzelf en door andere organisaties zijn gemaakt. In de zorgsector lijkt hier pas recent mee geëxperimenteerd te worden door zorgorganisaties. Voorbeelden liggen in de digitale platforms die gebouwd worden om te komen tot een gezamenlijk dienstenaanbod voor zorg en welzijn, waar ouderen bijvoorbeeld maaltijden kunnen bestellen, zorg kunnen plannen, contact kunnen hebben met een zorgcentrale, beeldbellen of het aanbod voor welzijnsactiviteiten kunnen bekijken.</p>
--	--

<p>Design features of the <i>virtual organization</i> (Anand & Daft, 2007):</p>  <p><i>Firms A and B collaborate (ab) to supply Firm A and/or other firms.</i></p>	<p>In “virtual organizations” wordt een organisatie buiten een organisatie gecreëerd. Een voorbeeld in de jeugdhulpverlening is hiervan de Centra voor Jeugd en Gezin, binnen het welzijnsdomein de sociale wijkteams of binnen de wijkverpleging de coöperaties rondom de wijkverpleging.</p>
---	--

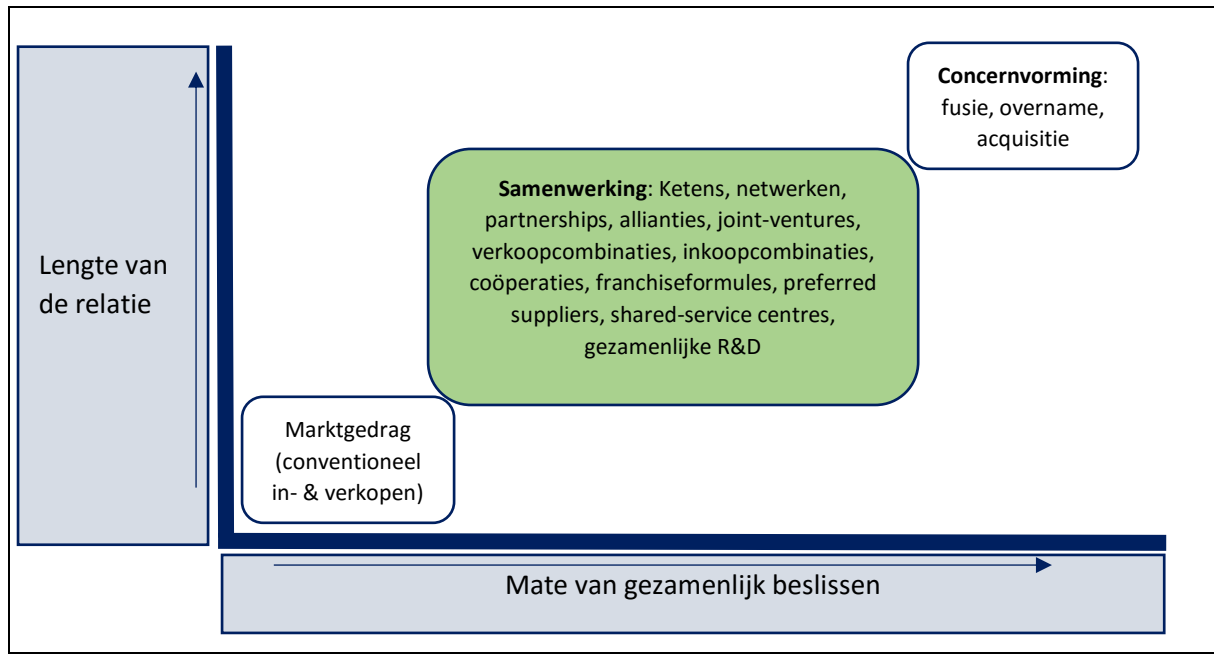
Maar de organisatie-evolutie lijkt na de publicatie van Anand & Daft nog verder te reiken. Een aantal belangrijke ontwikkelingen maken dat de wijze waarop organisaties samenwerken, werk organiseren, leren en leiderschap vorm geven, in een nóg hoger tempo wijzigt (Dijkstra & Feld, 2012). Het veranderende karakter van de economie: co-creatie is een dergelijke ontwikkeling. Flexibeler en minder economisch gedreven vormen van samenwerking vervangen op een geleidelijke manier steeds vaker de klassieke ruilrelatie kapitaal(verstrekking) versus arbeid(levering) en consumenten. Samenwerking in netwerkverbanden kan door de snelle ontwikkeling van online informatiesystemen en internet veel functioneler en sneller dan binnen de traditionele kaders van organisaties en organiseren. Daarnaast is er vergrijzing op de arbeidsmarkt. De (organisatie)processen moeten dermate veranderen dat het vergrijsde personeelsbestand kwalitatief goede outcome realiseren kan; op een andere en slimmere manier werken door sociale innovatie, bevorderen van de vitaliteit van oudere werknemers en het werken aan duurzame inzetbaarheid van werknemers, maar ook kunnen omgaan met internationalisering en diversiteit.

Eveneens wordt de maatschappij opener en transparanter, waardoor verkeerde besluiten van leiders veel vlugger zichtbaar zijn en daarmee de toename van de (maatschappelijke) druk op deze leiders. Meer verantwoorde productie- en distributiemethoden ten behoeve van het duurzaamheidsvraagstuk, milieu en het schaarser worden van hulpbronnen, vragen investeringen. Daarnaast is het fenomeen arbeidsdeling en andere regelgeving in de westerse samenleving ver doorgesloten, waardoor mensen zich niet meer persoonlijk verantwoordelijk voelen voor de ontstane problemen. Organisaties zijn geen op zichzelf staande, solitaire instituten meer, maar onderdeel van netwerken, configuraties en ketens, die van samenstelling steeds kunnen veranderen. Dit is een aanzienlijke wijziging in het denken over organisaties. Ook over leiderschap wordt steeds meer gesproken in termen van een collectief proces dat door partijen gezamenlijk over de individuele organisatiegrenzen wordt ingevuld. Tot slot hebben de grote veranderingen in de wijze waarop arbeidsrelaties en arbeidsvoorwaarden worden geregeld, het sociaaleconomische landschap enorm veranderd.

Dijkstra en Feld (2012) beschrijven dat de traditionele organisatie snel aan betekenis lijkt te verliezen, denk bijvoorbeeld aan de grote hoeveelheid ZZP'ers die ook in de zorg werkzaam zijn. Dat betekent een verandering in de traditionele hiërarchische relatie manager – medewerker, in elk geval voor de flexibele inhuur van personeel. Steeds vaker zal de meester – gezelschap als inhoudelijke relatie weer verschijnen. Daarnaast wordt er een toename waargenomen van druk op de individuele managers door de toename van complexiteit van het werk en de massa aan data die verwerkt moet worden, waar managementlagen sterk zijn gereduceerd. Dat vraagt meer vertrouwen in teams en individuele personeelsleden om zaken zelf te organiseren. Dijkstra en Feld zijn kritisch op de alternatieven van zelfsturende teams en matrixorganisaties vanwege het diffuse leiderschapsvraagstuk in zo'n team. Desondanks pleiten zij voor het loskomen van het vanuit een centraal systeem op hiërarchische manier leiderschap en organisatie vorm te geven. Ze zien de mogelijkheid in de betere beschikbaarheid van informatie en kwalitatief betere data om op alle niveaus tot betere besluiten en samenwerking te komen. Hierdoor is initiatief sneller en te begrijpen en op te pakken, ook buiten de traditionele organisatiegrenzen. Het is zelfs zeer de vraag of bestaande organisaties wel kunnen transformeren, of dat nieuwe organisaties vormgegeven gaan worden en traditionele organisaties uitsterven. Dijkstra en Feld (2012) geven in hun onderzoek aan dat *“zeker de komende decennia nog kleinere en grotere kernen nodig zijn die flexibel met elkaar in verbinding staan en relaties hebben met ZZP'ers en andere niet-organisatiegebonden personen die in the cloud werkzaam zijn”*. Zij constateren nadrukkelijk de roep om ketens en netwerken die geen gelijkenis meer tonen met *“statische”* en *“monolithische”* organisaties, maar een veel dynamischer en organischer vorm van organiseren (die mogelijk ook op informele en tijdelijke samenwerking gebaseerd kunnen zijn in hun functioneren).

Deze roep om voor een dienst of product verantwoordelijkheid te dragen, waarbij operation excellence niet meer genoeg is; de factor *“organisatie beheren”* veel minder van belang, evenals *“de baas zijn over je personeel”*. Ook hierbij concluderen ze dat andere vormen van leiderschap, als gedeeld leiderschap onder een groter aantal personen, hierbij hoort dat meer vanuit een sociaal proces vorm krijgt dan een afgebakende taak is, gekoppeld aan functiebeschrijvingen.

Kaats en Opheij (2012) stellen: “geen enkele organisatie kan de grote en publieke vraagstukken van deze tijd alleen oplossen. Of het nu gaat om innovatieve goede zorg, economische ontwikkeling, duurzaamheid, openbare orde en veiligheid, het te boven komen van een recessie; samenwerken is altijd nodig. Om te kunnen samenwerken, moeten partijen in staat zijn een deel van hun autonomie of resultaatverwachtingen op te geven in het vertrouwen dat ze er meer voor terug krijgen”. Zij beschrijven diverse vormen van samenwerking, waarbij ze met name kijken naar de mate van gezamenlijke besluitvorming en de duur van het commitment:



Kaats en Opheij (2012) beschrijven vier inhoudelijke motieven voor leiders die in samenwerkingsrelaties hun eigen organisatiegrenzen durven te overstijgen. Het eerste motief geldt ten aanzien van marktontwikkeling en – positie: juist in het ontwikkelen van gezamenlijke marketingkracht, het verbeteren en vergroten van de distributiekraft, het ontwikkelen van nieuwe markten en producten, het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten, de bescherming tegen concurrentie en het creëren van binding van afnemers en leveranciers door ketenintegratie en betere coördinatie van de keten maakt dat samenwerkingsrelaties tussen organisaties belangrijk zijn voor hun positie op de markt. Het tweede motief betreft kostenvoordelen: door de realisatie van schaalvoordelen, het overwinnen van investeringsbelemmeringen, het realiseren van gezamenlijke ondersteunende diensten, verder efficiency en rationalisatie van de productie en rationalisatie door betere afstemming in de keten. Het derde motief is kennisontwikkeling: het organiseren van gezamenlijke innovatie, verkrijgen van toegang tot nieuwe technologie, gebruik maken van aanvullende competenties van partners, leren van de vaardigheden en kennis van de partners, leren van de cultuur van de partners en het mogelijk verwerven van nieuwe octrooien of hiertoe de toegang krijgen. Tot slot kunnen vormen van samenwerkingsrelaties tot stand komen onder externe druk: politiek druk voor één gezicht voor de burger, de wettelijke verplichting tot samenwerking of consultatie of het moreel appel van samenleving of politiek om samen te werken.

3.3 Plato's ideeënleer in relatie tot het taboe op krimp

De vraag rijst waarom leiders van zorgorganisaties hun eigen organisatiegrenzen heilig verklaren? Waarom lijken er in de boardrooms geen fundamentele discussies plaats te vinden of een kleinere organisatie niet veel doeltreffender is en meer maatschappelijke baat realiseren kan? Indien we naar de bestaande literatuur kijken rondom het (tijdelijk) kleiner worden in omvang van organisaties, wordt met name beschreven hoe de situatie zich weer ten snelste moet veranderen in de weg naar boven, naar organisatiegroei in volume. Maar zijn de huidige (financiële, methodische en maatschappelijke) ontwikkelingen niet veel beter te hanteren met andere vormen van organiseren als bijvoorbeeld netwerkorganisaties of focusstrategieën?

Uit recente literatuur (Collins, 2011; Dijkstra & Feld, 2011; Hofman, 2013; Kaats & Opheij, 2012; Vries de, 2015; Kolind & Botter, 2014; Laloux, 2015; Nuijten, 2012; Schilder & Boukes, 2014; Wilms, 2012) kan worden geconcludeerd, dat inzake leiderschap in organisaties, zich management-ideologieën hebben ontwikkeld die het middel lijkt te verwarren met het doel. Vanuit deze optiek kan de klassieke filosofie voor een nieuw perspectief zorgen op dit vraagstuk; het denken over management moet verrijkt worden met een denken over leiderschap. De filosoof Eric Bolle slaagde erin geschriften van filosofen te betrekken op leiderschapsvraagstukken en beschreef hoe managers bezig zijn met rollen, processen, structuren en het behoud van eigen posities. Volgens hem was leiderschap een zaak van interesse voor ideeën, mensen, gevoelens en het durven nemen van risico's. Bolle (2011) constateert het navolgende: *“doordat de aandacht in organisaties is verschoven van opgaven en doelstellingen naar procesbeheersing en bedrijfsvoering, is de inhoud aan de vorm opgeofferd en richten mensen zich passief tot hun omgeving in plaats van actief gestalte te geven aan hun bestaan. In de waan van de dag verzuimen zij de zorg voor de dingen waar het in de organisatie eigenlijk om draait en waarvoor zij oorspronkelijk in het leven is geroepen”*.

Zoals in de cases in hoofdstuk 2 beschreven, lijkt de praktijk deze theorie te staven. Deze scriptie voegt er nog een gedragskundige component aan toe: *“het als leider van een organisatie bewust niet bespreken van de strategische optie om als organisatie te krimpen”*. Taboe betekent letterlijk “iets dat niet gedaan of gezegd mag worden” (Van Dale, 2014). Leiders van organisaties willen dat deze organisaties overleven; waarbij kleiner worden in volume bijna instinctief, mogelijk onbewust weezin lijkt op te roepen. Wat een taboe is, wordt in sterke mate door de context bepaald. In dit construct wordt term “taboe” gebruikt om de relatie tussen taal en gedrag te verklaren bij strategie van leiders; wanneer zij wel óf juist niet spreken over krimp van hun organisatie.

Filosofie hoort thuis in de scholing tot leider omdat de filosofie leert zelfstandig een eigen standpunt te bepalen en omdat filosofie op deze wijze de besluitvaardigheid bevordert (Bolle, 2011). De antieke filosofie in zijn algemeenheid, en Plato in het bijzonder, is ingegaan op het idee dat leiders een mandaat hebben gekregen op basis van in hen gesteld vertrouwen. Niet alleen betrekking hebbende op politiek leiderschap, maar leiderschap dat zich ook verder uitstrekt over het maatschappelijk middenveld en diens organisaties. Omdat Plato één van de eerste filosofen was (Kraut, 1992; Ferrari, 2007), die aangaf dat:

- “ondernemen” het realiseren van ideeën betekent en;
- “filosofie” besluitvaardigheid bevordert en verbetert,

zijn diens woorden zo geschikt als theoretisch kader bij de gekozen vraagstellingen van deze scriptie.

Plato's model voor een rechtvaardige samenleving vormt een belangrijk onderdeel van het theoretisch kader van deze scriptie. Plato spreekt over een samenleving die zou moeten worden bestuurd door leiders zonder eigenbelang die iedereen optimaal tot zijn recht zou moeten laten komen. Een belangrijk uitgangspunt van Plato was *areté*: het welzijn van een gemeenschap is afhankelijk van de deugdzaamheid van de verantwoordelijken; een grondslag die tot op vandaag valide is. Volgens Plato is een leider die geen filosoof wil zijn, geen echte leider en moet een maatschappij vormgegeven worden naar het ontwerp van *de idee* (Kraut, 1992; Ferrari, 2007).

In de *Politeia* (Warren & Molengraaf, 2015) zegt Plato dat alleen filosofen kennis hebben van de Ideeën, en dat alleen in dit geval van eigenlijke kennis gesproken kan worden. Dit in tegenstelling tot anderen, die niet meer dan *doxa* (een mening of een opvatting) verkondigen omdat zij slechts en alleen naar datgene kijken dat via zintuigen waar te nemen valt. Plato koppelt "kennis" en "idee", omdat hij vindt dat daadwerkelijke kennis gaat over *onveranderlijke* en *onvergankelijke* voorwerpen van kennis. Verschijningsvormen als zorgorganisaties vallen in dat opzicht volgens de theorie van Plato onder de categorie *veranderlijk* en *vergankelijk*, en kunnen daardoor geen voorwerp van kennis zijn.

Ware leiders, zo geeft hij in de dialogen tussen Socrates en Adeimantos in (487 D) aan, kunnen op het oog wel "*meestal erg rare, om niet te zeggen volkomen verwerpelijke lui*" lijken. Maar dat komt slechts doordat gewone mensen de kennis en kunde van deze leiders niet op waarde weten te schatten en hun verrijking van de gemeenschap niet waarderen. Plato's redenering gaat nog verder: er zal verloedering optreden wanneer leiders, op basis van ontoereikende redenties en politieke spelletjes, mensen en organisaties van het filosofische denkpad afbrengen. Hij geeft aan dat pseudo-leiders die net doen alsof ze over de kennis van filosofen beschikken, zich de filosofie binnenwerken en voor het volk niet meer te onderscheiden zijn van de ware leiders.

Alleen de selecte groep van begaafde en geschoolde mensen die Plato "wachters" noemde -en in deze scriptie metaforisch de leiders in de zorg zijn-, is in staat deze ideeën te "zien". De kern van de ideeënleer is dat Plato aannam dat er naast onze zichtbare wereld, een andere transcendente wereld is. Hij maakt het onderscheid tussen

1. universalia (ideeën, vormen) ; abstracte begrippen, alleen te begrijpen door het verstand, onveranderlijk en onvergankelijk van aard;
2. particularia; zintuiglijk waarneembare zaken met vergankelijke en veranderlijk van aard.

Deze ideeënleer kan dus toegepast worden op zowel concrete als abstracte zaken. In de ideeënleer maakt Plato een onderscheid tussen deze twee werelden. Naast de gewone, alledaagse en voor iedereen zichtbare wereld, bestaat volgens Plato een andere wereld van volmaakte en eeuwige ideeën. Deze fungeren als volmaakte modellen. De afzonderlijke dingen (zoals, in deze scriptie: *zorgorganisaties*) die we in de wereld concreet zien, zijn slechts minderwaardige kopieën van de zuivere ideeën; in dit geval "*gezondheid*". De zorgsector in onze wereld zijn slechts kopieën van de idee zorg en gezondheid, de staat is alleen maar een kopie van de idee van de ideale staat, etc. Hieruit vloeit ook voort dat zorgorganisaties in onze huidige maatschappij veelzijdiger zijn dan de idee van gezondheid. Er kan maar één idee of ideaalvorm van de perfecte zorg bestaan, maar er zijn vele manieren waarop iets niet aan het ideaalbeeld kan beantwoorden. In dat opzicht is het vraagstuk van "krimp" of "groei" een zuiver empirische aangelegenheid (*empeiria*); zintuiglijk waar te nemen en past exact in de definitie van vergankelijk en veranderlijk. Plato's ideeënwereld kent veel meer waarde toe aan de anamneses van de ideeën, die een beroep doen op het verstand van leiders te redeneren vanuit een oerbeeld of een grondbegrip (Kraut, 1992; Ferrari, 2007).

Bovenaan Plato's ideeënwereld staan "het Goede, ware en schone". In de Politeia beschrijft Plato dat Goede is "wat iedere ziel nastreeft en in al haar daden op het oog heeft" (505 E). In de theorieën van Plato wordt nadrukkelijk gesteld dat echte kennis een fundament is voor goed gedrag en ethisch handelen; kennis bepaalt geheel zelfstandig wat deugdzaam is of niet. Plato beschrijft dat er naast een zintuigelijke wereld, ook een permanente en onveranderlijke werkelijkheid is: "want als je geest werkelijk op de essentie is gericht, heb je geen tijd om omlaag te kijken naar wat mensen doen, of met hen te twisten en je vol haat en nijd te proppen. Je blik is dan eeuwig gericht op dingen die eeuwig hun vaste vorm houden. Elkaar onrecht doen komt in die wereld niet voor, er heerst alom harmonie en regelmaat" (500 C). Plato maakt nadrukkelijk verschil met de veranderlijke taferelen van "allerlei en uiteenlopende vormen" (484 B), die zintuigelijk zijn waar te nemen en als kenmerken voor het normale leven doorgaan. Plato gaat ervan uit dat alleen de werkelijkheid van de ideeën (dus de onveranderlijke en permanente werkelijkheid; hetgeen alles dat gebeurt betekenis geeft) het subject van kennis is. Plato beweert niet te twifelen aan het feit dat deze kennis ook mogelijk is, beseffende dat deze kennis niet eenvoudig is en alleen kan worden bereikt door een kleine groep van mensen. Hij spreekt over deze groep van: de filosofen; als liefhebbers van kennis. Plato geeft aan dat deze kennis pas kon worden verkregen na een zwaar traject van scholing van deze leiders (filosofen). Feit is daarnaast dat Plato's inspiratie voor zijn ideeënleer in belangrijke mate komt van het model van de geneeskunde.

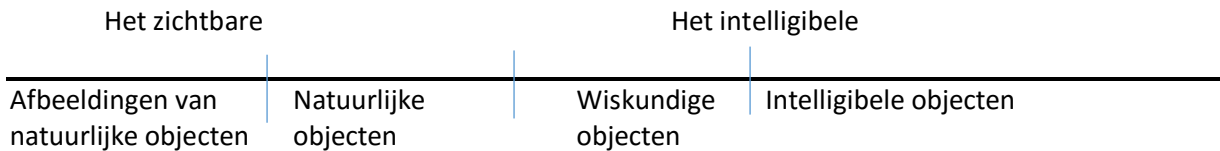
Rijst de vraag welk criterium nu bepaalt of een handeling van een zorgbestuurder of een lid van de raad van toezicht van een zorginstelling als goed te definiëren valt? Hiervoor wordt in deze scriptie de ideeënleer van Plato als normatief theoretisch kader genomen. Het zuivere denken en de beschrijving van een volmaakte gemeenschap beschrijft Plato in de Politeia; een hoeksteen binnen de westerse filosofie. Plato beschrijft in zijn dialogen meermaals dat het criterium om juist te oordelen alleen het *weten*, het *inzicht* dit kan doen. Maar: welk weten?, welk inzicht? Leiders binnen de zorg kunnen zich hierin niet alleen baseren op technisch weten, dat alleen competent is op een gespecialiseerd terrein, terwijl juist gezocht wordt naar het Goede dat veel overstijgender is.

Ook de zorgsector is in de ban geraakt van dominante managementideologieën, zoals Ghoshal (2005) ze reeds beschreef. De zorgsector heeft *de idee* laten wijken voor het proces. Hierin ligt de correlatie met het taboe op krimp bij zorgbestuurders. Taboe op krimp is namelijk een subjectief aspect bij hantering van het criterium van het goede. De premisse in deze scriptie is, dat er heel wat dingen zijn die leiders van zorgorganisaties goed noemen en waarnaar zij streven, als bijvoorbeeld groot organisatievolume, prestige, macht. Zulke zaken dragen echter niet bij de mate van succes en geslaagdheid als ze door deze leiders niet "gebruikt" kunnen worden. Met andere woorden: als deze leiders ze in hun handelen opnemen en deze zaken van het uiterlijke naar het innerlijke overbrengen (Kraut, 1992; Ferrari, 2007). Het goede heeft alleen maar zin in directe relatie met activiteiten van mensen.

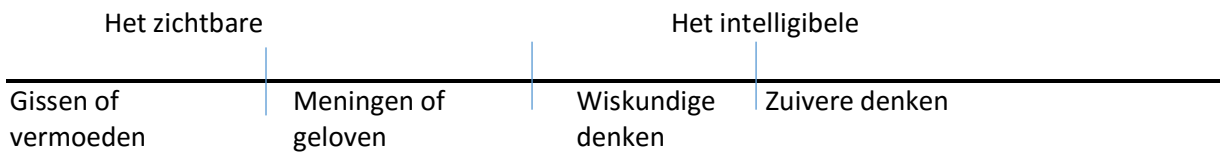
Plato geeft drie beelden als concreet voorbeeld wat een leider zou moeten weten en hoe kennis toe te passen op alledaagse werkelijkheid in besluitvorming en het maken van keuzes: de zon, de lijn en de grot. Ten aanzien van deze scriptie biedt deze paragraaf verdere verdieping inzake het beeld van de lijn (510 D) vanwege de bruikbaarheid van de allegorie voor de onderzoeksvragen. Deze allegorie houdt in dat een lijn in vier gelijke delen wordt verdeeld. De delen geven vier niveaus weer en deze niveaus worden weer gekoppeld aan de werkelijkheid en het kennen. De tweedeling in de lijn tussen de twee soorten werkelijkheid; het zichtbare en het denkbare (intelligibele), vindt zijn verklaring in het eerder uitgelegde verschil in Plato's theorie tussen *universalisa* en *particularia*.

Plato zegt dat we ons een lijn moeten voorstellen die is verdeeld in twee ongelijke delen, waarbij elk deel weer in dezelfde verhouding in twee stukken is onderverdeeld. Het eerste stuk van de lijn is “het zichtbare” en bestaat uit weerspiegelingen, afbeeldingen, schaduwen. Het tweede stuk van de lijn bevat de dingen waarvan het beeld in het eerste deel is te vinden: *“alles wat door mensen is gemaakt en alles wat groeit”* (510 A). Deze twee samen vormen het rijk van meningen waarbij de twee delen van de schaduwen en alledaagse objecten zich tegenover elkaar verhouden zoals ook dit rijk zich verhoudt tot het rijk van de kennis.

De werkelijkheid



Het Kennen







Concreet gesteld: meningen verhouden zich tot kennis zoals een schaduw zich verhoudt tot het origineel. Maar het rijk van kennis is zelf ook verdeeld. In het volgende stuk van de lijn bevindt zich de wereld van afbeeldingen die meetkundigen gebruiken, denk aan grafische voorstellingen. Meetkundigen gebruiken deze vormen wel, maar het doel is om ze te bestuderen, te overstijgen en ten laatste een puur abstract begrip te krijgen rondom (geometrische) vormen. Een figuur (die slecht getekend is, scheve driehoeken, dikke lijnen et cetera) is slechts een hulpmiddel voor het abstracte redeneren, maar niet zelf het onderwerp waar het om gaat. Zo zou de stelling van Pythagoras best uitgewerkt kunnen zijn met een zeer slechte tekening van een rechthoekige driehoek. Pythagoras werkte namelijk vanuit het tweede en meest verheven deel van het rijk van de kennis (en het vierde deel van de lijn). Plato beschouwt dit als het overstijgen van het puur zintuigelijk waarnemen en het bereiken van een punt waarop niets als vanzelfsprekend is: *“wat het verstand zelf vat door zijn vermogen tot redeneren”* (511 B).

Veel filosofen hanteren in hun theorie beelden, illusies en schaduwen als zijnde plaatsvervangers die voor eeuwige dingen staan. Maar vaak worden er slechts niveaus van de werkelijkheid gedefinieerd: het niveau van de denkbeelden en het niveau van de bestaande dingen in de buitenwereld. Plato gebruikt echter een viervoudig verdeelde werkelijkheid in zijn model. Hierbij maakt Plato onderscheid tussen een soort van kennis van inferieure kwaliteit en telt voor hem feitelijk het vierde stuk van de lijn: het zuivere denken. Plato beschrijft in zijn vergelijking van de gedeelde lijn dat hij hierin met name vanuit de wiskundige logica redeneert. Het vierde stuk zou zijn waar het om gaat: *“cirkels en rechthoekige driehoeken, vierkanten en veelhoeken in al hun onveranderlijke, glorieuze abstractie”* (Blackburn, 2006). Hierin ligt in dit onderzoek de relatie met de verschijningsvorm van zorgorganisaties en kan de verheven status van mathematische objecten op een praktische wijze, ten aanzien van krimp en groei en het taboe hierop, worden benut.

Plato beschrijft in de dialoog van de lijnvergelijking (509 D – 511 E) de vier niveaus van het zijn, en, daarmee de vier niveaus van de ziel. En daarmee is de theorie zo bruikbaar voor het beantwoorden van vragen rondom implicaties van een taboe op krimp bij het leiden van zorgorganisaties. Wat Plato in deze dialoog betoogt, is dat er een hiërarchie tussen veronderstellen, denken en kennis is. Plato ontwikkelde zijn “ideeënleer” waarin hij beschreef dat zaken, die we in de alledaagse werkelijkheid waarnemen, oervormen of ideeën kennen. Dit zijn de ideaalbeelden, die alleen in een voor het denken toegankelijke wereld bestaan en waarvan de dagelijkse werkelijkheid slechts afspiegelingen zijn. Plato betoogde dat de meeste mensen denken de “echte” vormen of ideeën te kennen, maar dat ze dit in werkelijkheid niet snappen. De ideeën kennen een vorm van volmaaktheid, doordat ze ‘geen overbodige eigenschappen’ hebben. Alleen de filosofen, zo betoogde hij, kennen deze perfecte vormen en ideeën en zij moeten juist waken voor schijnkennis.

Om aan te tonen dat er zoiets als een taboe op krimp bestaat, deze te duiden en nieuwe of aanvullende begrippenkaders tegenover te stellen, is de ideeënleer van Plato -na de zoektocht in deze scriptie- zeer helpend gebleken. De vergelijking van de gedeelde lijn (509 D – 509 E) maakt een indeling, welke weergeeft op welke niveaus leiders binnen zorgorganisaties zicht hebben en waar zij belang aan hechten. De lijnvergelijking maakt, dat gerichte vragen aan leiders in de zorg kunnen worden gesteld, gecombineerd met de onderzochte theoretische basis van organisatiekrimp. Welke sociaalpsychologische aspecten beïnvloedt besluitvormingsprocessen het meest; de wereld van het “zien” als referentiekader of de wereld van de “kennis”?

Door de allegorie van de gedeelde lijn (510 A – 511 A) als uitgangspunt te nemen, stelt dit uitgangspunt het empirisch-analytische onderdeel van deze scriptie in staat om in te zien hoe kennis vernomen wordt van ideeën en andere objecten. Het schema op de navolgende pagina is een uitgewerkte tabel, gemaakt op basis-, en naar aanleiding van de theorie van de gedeelde lijn van Plato. De analyse van de data vanuit het empirisch onderzoek (de vraaggerekken aan de hand van [Bijlage 1: Leidraad interviews](#)) betreft het visualiseren en vastleggen van de belangrijkste uitspraken rondom krimp, waarbij gebruik gemaakt wordt van de indeling van Plato’s niveau van de ziel. Waar hebben leiders in de zorg het over wanneer ze over krimp in hun organisatie spreken? Over vermoedens of overtuigingen? Of over rede en verstand? Kunnen de uitlatingen van de leiders in de zorg ‘geplot’ worden in het schema wanneer zij impliciet of expliciet spreken over een taboe op krimp in de zorg?

	Plato's vier niveaus van de zekerheid	Plato's vier niveaus van de ziel
Klasse die gekend wordt Kennis <i>Onzichtbaar</i> <i>Onveranderlijk</i> <i>Eeuwig ideaal</i>	De ideeën zoals die worden geacht <i>Ethische vormen (het goede)</i>	Verstand  <i>Intelligentie:</i> <i>Intuïtief verstand</i>
	De wiskundige redeneertrant <i>Wiskundige vormen</i>	Rede  <i>Denken:</i> <i>Inzicht</i>
Klasse die gezien wordt Mening <i>Zichtbaar</i> <i>Veranderend</i> <i>Kortstondig werkelijk</i>	Levende wezens en dingen <i>Stoffelijke objecten</i>	Overtuiging, geloof, ware meningen  <i>Geloven: geloof, overtuiging</i> <i>Echte mening</i>
	De beelden van dingen <i>Vergankelijke schaduwen</i>	Vermoeden  <i>Verbeelden: schijnen</i> <i>alledaagse werkelijkheid</i>

3.4 Van het bestaande begrippenkader naar de vragen die resten...

Met de twee praktijkcases nog steeds goed in het achterhoofd, de theoretische kennis over “decline” en “downsizing” en Plato’s allegorie van de gedeelde lijn, is het sterk de vraag of het bestaande begrippenkader wel volstaat, wanneer de implicaties van een taboe op krimp voor het leiden van een zorgorganisatie wordt getracht te duiden.

Daarom is het interessant om in het volgende hoofdstuk het empirisch-analytische onderzoek te gaan uitvoeren. Zelfs het meest geavanceerde bedrijfskundige model is feitelijk een verhaal; een allegorie, een poging om de wereld rationeel te begrijpen. Aan de hand van de uitkomsten van de interviews zal deze scriptie dit verhaal onderzoeken. Hoe zien de geïnterviewden de hand van bedrijfseconomische mechanismen, en hoe combineren zij dit met het verhaal van “het goede”, ontleed aan de Griekse traditie van Plato? Plato zou de narratieve analyse maken in de zin dat de bedrijfskundige modellen, matrixen, slechts de onderkant zijn van het schema in voorgaande paragraaf (beschreven in 3.3: [Plato’s ideeënleer in relatie tot het taboe op krimp](#)). In zijn visie zou immers het grootste gedeelte aan kennis bij leiders in de zorgsector uit het bovenste gedeelte van het schema moeten bestaan. De kennis bij de leiders in de zorgsector zou moeten gaan over *de idee* van gezondheid. Is het echter de moeite waard om “goed” te zijn, of valt dat buiten de economische rekensom van de zorgsector? Plato beschreef immers dat leiders corrumperende verleidingen, die hen afleiden van de zoektocht naar een hoger goed, weerstaan.

Het volgende hoofdstuk 4 betreft: “wat zeggen leiders in de zorg over het taboe op krimp”?

4 Analyse

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten van het empirisch-analytisch onderzoek bediscussieerd. Eveneens zal worden aangegeven op welke wijze de resultaten een bijdrage leveren aan het huidige begrippenkader. Als eerder (zie 1.6: [Opzet van het onderzoek](#)) reeds beschreven, zullen de deskundigen in twee groepen worden verdeeld: de “*interne deskundigen*” en de “*externe deskundigen*”, afhankelijk van hun directe relatie binnen een zorginstelling tot besluitvorming inzake organisatievolume. Vanwege de leesbaarheid voor deze scriptie is het goed om nogmaals aan te geven dat: er 1 lid van een raad van toezicht uit de VVT-sector is gesproken, 2 bestuurders/leden raad van bestuur uit de VVT-sector, 3 directie/hoger managementfunctionarissen uit de VVT-sector, 2 bestuurders/leden raad van bestuur uit de jeugdzorg, 4 bestuurders/leden raad van bestuur uit de welzijnssector, 4 directie/hoger managementfunctionarissen uit de welzijnssector en 3 externe deskundigen.

In functie variëren deze externe deskundigen van een opdrachtgever -in de persoon van een wethouder van een centrumgemeente-, tot aan twee andere deskundigen -beiden partner van gerenommeerde advies- en consultancybureaus met landelijke betrokkenheid bij strategische besluiten van grote (jeugd)zorg- en welzijnsorganisaties-. De geïnterviewde wethouder is in het discours betrokken vanwege de belangrijke politieke rol van inkoop van (jeugd)zorg en welzijn. Naast de economische factor (de concrete inkoop en contractering van zorg), zoekt de lokale overheid steeds meer naar partners in het maatschappelijk middenveld die gezamenlijk waarde creëren en dus alleen een relatie lijken te willen aangaan met organisaties met eenzelfde grondhouding. De twee partners van de advies-en consultancybureaus zijn in deze scriptie geïnterviewd vanwege hun landelijk erkende reputatie in de materie enerzijds en het feit dat het belangrijke strategisch adviseurs zijn voor de leiders van grote zorginstellingen; hetgeen hun visie in dat opzicht zeer relevant maakt.

De uitspraken van de deskundigen geven een goed beeld van het gesprek – of juist het ontbreken van het gesprek- met betrekking tot de centrale vraagstelling van deze scriptie. In de context van dit hoofdstuk is het echter van groot belang te melden dat de meest openhartige antwoorden in de bespreking van het taboe op krimp, bijna “off the record” werden gemaakt. In bijzinnen, bij het afrekenen van de lunch, tijdens de wandeling naar de uitgang of afscheid nemende bij beider auto’s op de parkeerplaats. Zoals aangegeven drongen alle deskundigen aan op de vertrouwelijkheid van hun identiteit. Als beloofd, wordt hieraan in deze scriptie gehoor gegeven om de reden als beschreven in paragraaf 1.6.

De relevante citaten, welke specifiek betrekking hebben op het taboe op krimp in de zorg, zijn in het kader van deze scriptie eruit gelicht. De zoektocht om deze citaten te duiden, leverde op dat de allegorie van de gedeelde lijn van Plato zeer behulpzaam is om naar de uitspraken te kijken en geeft een beeld van het discours met betrekking tot de onderzoeksvraag en de deelvragen. Deze relevante citaten, die dit illustreren, zijn uitgewerkt en in deze scriptie verwerkt (zie: [Bijlage 2: Dataset, geplot in schema Plato’s allegorie van de gedeelde lijn](#)) door deze te “plotten” in het schema naar analogie van de gedeelde lijn, als beschreven in het theoretisch kader (zie 3.3: [Plato’s ideeënleer in relatie tot het taboe op krimp](#)).

Het “plotten” van de citaten is gerealiseerd aan de hand van het navolgende proces:

1. De analyse van de uitgeschreven scripts van alle 19 interviews.
2. De meest duidelijke en relevante citaten zijn uitgelicht door de onderzoeker. Hierbij zijn die citaten genomen waarvan redelijk objectief vastgesteld kan worden dat deze door de deskundige in direct verband werd gebracht met het taboe op krimp, althans als deze door de deskundige direct of vlak na een vraag op het specifieke terrein van het taboe op krimp werd afgegeven ongeacht de fase/topic binnen het interview. (zie: [Bijlage 2: Dataset, geplot in schema Plato's allegorie van de gedeelde lijn](#)).
3. Het indelen in het schema allegorie van de gedeelde lijn op basis van
 - Indeling in “*Verstand*”
Wanneer de deskundige in zijn citaat blijkt geeft vanuit het denken, zijn psyche hypothesen te onderzoeken en altijd op zoek is naar het “eerste principe waar het om gaat”. Alles op een wijze waarin de deskundige blijkt geeft een methode te hanteren waarbij hij zichzelf en anderen filosofische vragen stelt, op basis van vraag en antwoord, op zoek naar de logica van vormen en dingen.
 - Indeling in “*Rede*”
Wanneer de deskundige in zijn citaat blijkt geeft van aannames van diverse hypothesen, altijd op zoek naar finale conclusies. Wanneer deze deskundige, vooral via de wereld van wiskundig denken, de brug van de wereld van de opinie naar die van de kennis lijkt te nemen en redeneert van premisse naar conclusie.
 - Indeling in “*Overtuiging, geloof ware meningen*”
Wanneer de deskundige in zijn citaat op basis van wat hij empirisch waarneemt bepaalde voorspellingen doet op basis van het observeren van tastbare en zichtbare dingen. Wanneer de deskundige met zijn gewone verstand lijkt te geloven in de realiteit van visuele objecten en aangeleerde waarden en normen, zonder de kennis van de rede en argumentatie voor dat geloof hierin.
 - Indeling in “*Vermoedens*”
Wanneer de deskundige in zijn citaat -op basis van hetgeen hij empirisch waarneemt- aannames doet door tastbare en zichtbare dingen te observeren, maar hierbij vanuit zijn gedachten deze waarnemingen gaat vergelijken met wat hij ooit eens eerder heeft gezien of gehoord, danwel wat anderen hiervan zeggen, en daar alles net zo veel waarde aan toekent.
4. Algehele, samenvattende analyse van alle interviews, als uitgewerkt in paragraaf 4.3: [Kwalitatieve analyse](#), mede ten behoeve voor de uiteindelijke slotconclusies en aanbevelingen in het kader van dit onderzoek.

4.2 Context

Voor deze scriptie is kwalitatief onderzoek gedaan, waarbij het discours is geanalyseerd door gericht semigestructureerde interviews af te nemen. Negentien deskundigen bespraken organisatiekrimp, aan de hand van de topics die grotendeels aan de onderzoeksagenda van Whetten (1980) zijn ontleed:

1. Wat merkt de leider en de organisatie van-, en wat is de kijk op de ontwikkelingen door *krimp van buitenaf*?;
2. Wat zijn de *interne gevolgen* van krimp in een organisatie?;
3. Wat betekent krimp en hoe kan een *taboe op krimp* beschreven en geobjectiveerd worden?;
4. Welke *conflicten* en verschillen van inzicht zijn er naar aanleiding van krimp?
5. Wat merken de *stakeholders* van het fenomeen krimp en een taboe op krimp door leiders van zorgorganisaties?
6. Zijn er *onbesproken punten* in deze materie van organisatiekrimp in de zorg of punten die in het onderzoek naar een taboe op krimp in de zorgsector wel aan het begrippenkader moeten worden toegevoegd?

De deskundigen gaven hun beschouwing op de centrale onderzoeksvraag: “*Welke implicaties heeft het taboe op krimp voor het leiden van zorgorganisaties?*”, aan de hand van deze, zestal, hoofd-topics. Hierbij gaven zij, vaak reeds bij de uitnodiging voor het interview, al aan dat zij de prealabele vraag: “*Bestaat er zoiets als een taboe op krimp?*” allemaal, zonder uitzondering, bevestigend beantwoorden.

Vrijwel elke deskundige geeft aan, dat de omgeving van de zorgsector moeilijk voorspelbaar is maar zeker sterk aan het veranderen is. Met name de interne deskundigen geven aan, dat er op dit moment een hausse is aan onderzoeken over trends en bewegingen in de zorg. Juist door de transitie in de zorg en het feit dat het systeem fundamenteel lijkt te wijzigen, is het de vraag of alle onderzoeken wel de juiste indicatoren en methoden gebruiken. Zo is de behoefte binnen de zorgsector vastgesteld door conclusies te trekken aan een combinatie van incidentie³⁰, prevalentie³¹ en demografische ontwikkelingen. Maar dat kan voor het sturen van een zorgorganisatie met de nieuwe uitdagingen een totaal verkeerd beeld oproepen. De zorgsector zal op een andere manier moeten worden vormgegeven. Van huidige patronen uitgaan en deze patronen extrapoleren, leidt alleen maar tot nog grotere afwijkingen.

In de interviews met de leiders in de zorg komen twee methoden nadrukkelijk naar voren hoe zij omgaan met het organisatievolume-vraagstuk. Enerzijds lijken de geïnterviewden deskundigen voor zichzelf en hun organisatie *scenario's* te gebruiken om zo de mogelijke toekomst beter te begrijpen. Dit kan in het kader van deze scriptie geduid worden als een *cognitieve exercitie*. Aan de andere kant geven leiders in de zorg aan dat *experimenten* hun kijk op de mate van het bewaken van eigen organisatiegrenzen bepalen. Dit kan in deze scriptie als een *pragmatische variant* worden bestempeld, door ontdekken en ervaren. Hiermee lijkt reeds een intuïtieve analogie met de ideeënleer van Plato te kunnen worden gemaakt. Of deze analogie ook onderbouwd kan worden, zal blijken uit de uitgebreide analyse van de volgende paragraaf (zie: 4.3: Kwalitatieve analyse).

³⁰ Het aantal nieuwe gevallen van een aandoening of een hulpverleningsvraag op een specifiek aantal van de bevolkingseenheid per tijdseenheid. Een hoge incidentie betekent dat veel mensen een aandoening of hulpvraag wel eens hebben. Bij een snel op te lossen hulpvraag of een snel te genezen ziekte, kan de incidentie hoog zijn, maar de prevalentie beperkt.

³¹ Het aantal gevallen van een aandoening of een hulpverleningsvraag op een specifiek aantal van de bevolkingseenheid per tijdseenheid. Bij een chronische aandoening kan er sprake zijn van een beperkte incidentie maar een hoge prevalentie.

4.3 Kwalitatieve analyse

De kwalitatieve analyse van de interviews zal geschieden aan de hand van een uiteenzetting aan de hand van de zes hoofdt topics in de interviews met de deskundigen (zie: [Bijlage 1: Leidraad interviews](#))

1. Topic: “Krimp van buitenaf”
2. Topic: “Interne gevolgen van krimp”
3. Topic: “Taboe op krimp”
4. Topic: “Conflicten”
5. Topic: “Stakeholders”
6. Topic: “Afsluiting”

In de kwalitatieve analyse van het empirische onderzoek inzake het taboe op krimp geldt dat leiders in de zorg zich erg bewust zijn dat hun handelen onder een vergrootglas ligt. Eén van de interne deskundigen gaf aan: wanneer zorgorganisaties te veel rendement maken of salarissen van bestuurders in de zorg maatschappelijke verontwaardiging oproepen, wordt overheidsgeld dat bedoeld is voor ondersteuning van burgers niet aan die ondersteuning besteed. De geïnterviewde leiders herkennen de mechanismen van “egocentrisme” en “risicovermijding” als het gaat om hun gedrag inzake krimpvraagstukken. Ten aanzien van de theorie van Plato inzake de ideeënleer, lijken ze absoluut sceptischer en lijken ze zich collectief af te vragen in hoeverre dit wel reëel is in de alledaagse wereld. Om een veel aangehaald praktijkvoorbeeld te noemen: leiders in de sector zouden graag hebben dat hun organisatie op een wijze van populatiebepaling gefinancierd wordt. Dat houdt in dat een organisatie een bepaalde prestatie moet leveren; daar een lump sum bedrag voor krijgt en daarvoor zelf met dit bedrag moet uitkomen en de afgesproken prestaties moet leveren. Dat is nu niet het geval, daar de in een bepaald (werk)gebied meerdere zorgverzekeraars actief zijn, dus niet alle burgers in een gebied bij dezelfde verzekeraar zitten. Dat maakt dat er perverterende prikkels in het financieringssysteem zitten. Zorgverzekeraars zouden wel willen dat zorgorganisaties veel meer in de lijn van “*de idee van gezondheid*” zouden handelen, maar hanteren daar zelf de verkeerde prikkels voor. Óf je krijgt als zorgorganisatie een opslag wanneer je wijkgericht, op een holistische manier werkt, maar dan wordt je nog altijd gefinancierd op basis van medisch-technische handelingen. En: hoe meer handelingen, hoe meer inkomsten, hoe hoger de groei. Óf je krijgt als zorgorganisatie in je prestatieafspraken een compensatie doordat de verzekeraar ook je duurdere zorginterventies inkoopt, die het “verlies” van het lichtere, holistische werk compenseert. Echter dat bevordert weer het uitventen van producten en concurrentie tussen (jeugd)zorgorganisaties.

Leiders in de zorg geven aan wel willen sturen op tevredenheid en participatie van burgers als uitgangspunten, evenals tevredenheid en samenwerking tussen organisaties. Als voorbeeld noemen zij hun deelname in wijkzustercorporaties, deelname in centra voor jeugd- en gezin of samenwerking op het terrein van geriatrische revalidatiezorg en brugafdelingen tussen ziekenhuizen en verzorgings- en verpleegklinieken. Alle geïnterviewde leiders beseffen in dat opzicht dat er op het terrein van organisatiegrenzen eisen worden gesteld door opdrachtgevers, financiers en burgers. De meeste leiders spreken in dit verband van: “*het aanbieden van blended care*” of “*samenwerking met de regio bij burgers die een ondersteuningsvraag hebben waarbij afstemming tussen hulpvrager, vrijwilliger, en professionals over de scheidslijnen van organisaties heen*”. Maar veel leiders geven aan dat nog verre van optimaal verloopt. Ondanks de regelmatig uitgesproken visie, die gedragen lijkt door de geïnterviewde leiders; “*hoe meer “samen” gebeurt, of dit nu in een multi-problem-gezin is, bij zorgmijders, of tussen besturen van organisaties, hoe beter het resultaat van de te leveren dienst-, of hulpverlening*”. De motor, zo beschrijven de leiders hun ervaring, zit in samenwerkingsvaardigheid; goede zorg moet samen gedaan worden, op voet van gelijkheid omdat alle leiders het erover eens zijn dat dit de wijze is die werkt.

“Krimp van buitenaf” wordt door elk geïnterviewde deskundige opgemerkt. Opvallend is dat slechts 1 interne deskundige (uit de categorie *Bestuurder of lid raad van bestuur in VVT-sector*), uit zichzelf begint over de sterk veranderende methodische kijk op gezondheid en de zorgsector, als beschreven in het verhaal van Machteld Huber of de RVZ (zie: 3.1: *Bewegingen en richtingen in de zorg*). Deze deskundige spreekt niet zozeer van krimp in volume, maar veel meer van verandering van attitude en van belangrijke accentverschuivingen waardoor het stelsel anders wordt ingericht. De 3 externe deskundigen lijken meer gevoel te hebben bij de methodische verschuivingen in de zorg, die gevolgen hebben voor de volumes van de bestaande zorgorganisaties. Andere bestuurders en directie/managers beschrijven veel meer het proces van inkoop en financiering en de daling van de budgetten die zij ervaren. Daaraan lijken zij hun werkelijkheid aan te passen, veel meer dan intuïtief denken vanuit “het goede doen in het licht van *de idee van gezondheid*”.

In elk interview met de geïnterviewde interne deskundigen wordt wel de nadruk voor samenwerking benadrukt, weliswaar vaak beredeneert vanuit de optiek dat er minder geld beschikbaar zal zijn. Het idee van alliantievormen lijkt daarmee te worden onderstreept. Toch is opvallend dat er door de interne deskundigen veel waarde wordt toegedicht aan soevereiniteit van de organisatie. Leaders van zorgorganisaties willen wel samenwerken en allianties vormen, maar lijken dit veel meer te doen vanuit strategische overwegingen om de markt te verdelen. De inhoudelijke visie op gezondheidszorg of ondersteuning aan kwetsbare burgers wordt in eerste aanleg vaak in de interviews als eerste genoemd, om daarna vrijwel direct over te gaan “*dat andere collega-organisaties ook niet zomaar vrijwillig markt prijs geven*”. Ook worden in de interviews door leaders in de zorg voorbeelden gegeven dat er in het kader van een focusstrategie scherpe keuzes zijn gemaakt in het totale aanbod van producten en diensten, en dus in organisatievolume, maar bij scherper doorvragen blijkt dat er toch in alle gevallen een sociaaleconomisch principe aan deze keuzes ten grondslag lag (als bijvoorbeeld verandering van financiering, een verloren aanbesteding of stevige exploitatietekorten).

De bespreking van de “interne gevolgen van krimp” vult feitelijk het grootste gedeelte van de interviewgesprekken bij de interne deskundigen. Hierop legt met name de groep “*directie of topmanagement in VVT-sector*” en “*directie of topmanagement in welzijnssector*” de focus in hun beantwoording. Hun aandacht en focus gaat in grote mate uit naar personeelsreductie en de stress en kramp die dit in een organisatie met zich meebrengt. Ook de “*bestuurders en het lid van de raad van toezicht in de VVT-sector*” besteden een aanzienlijk deel van hun beantwoording aan de mate waarop krimp interne gevolgen heeft voor hun eigen organisatie. Zij beschrijven bijvoorbeeld de gevolgen voor de opnamecapaciteit, de gevolgen voor ondersteunende diensten als afdelingen HRM / ICT / Finance / Vastgoed / Facilities. Of de gevolgen voor de in-, door-, uitstroom in kwantitatieve, getalsmatige bewoordingen. Grote aspiraties, mooie bewoordingen, sterke nadruk op macro-aspecten; maar opvallend is de interne gerichtheid die bij deze categorie deskundigen in hun antwoorden vaak resulteren in vergezichten over vastgoed, voorzieningen en cash-flow.

Opvallend is dat de drie externe deskundigen als hoofditem bij dit onderwerp de gevolgen voor de burger uit eigen beweging ter sprake brengen. Daar waar de interne deskundigen in eerste aanleg de nadruk leggen op de gevolgen voor de interne organisatie. Een van de externe deskundigen gaf aan, dat het realiseren van maatschappelijke baat alleen opmaat kan doen als goede voornemens worden vertaald in concrete activiteiten. Daarbij kijken de externe deskundigen kritisch in welke mate leaders in de zorgsector wel een helder beeld van de toekomst hebben. Inclusief een bewust gekozen strategie om daar te komen en zo een waardepropositie te ontwikkelen.

Ook belemmert het taboe op krimp, zo geven de externe deskundigen aan, leaders binnen de zorg echt leiderschap te tonen om te komen tot co-creatie. Uit angst voor de interne gevolgen van krimp zoeken de organisaties moeizaam actief naar nieuwe domeinen van kennis of nieuwe werelden met een andere cultuur, andere mensen en andere manieren van denken.

“Meestal zijn het coalities, al dan niet tijdelijk, die inspiratievol en verfrissend zijn en die leiden tot nieuwe diensten en zorgaanbod die nooit waren ontwikkeld zonder die samenwerking”; zo wordt de overtuigende mening van de drie geïnterviewde externe deskundigen vertolkt door een van hen.

Het topic “taboe op krimp” brengt bij elke interne deskundige zichtbare ongemakkelijkheid in het gesprek. Vooral de categorie *“directie of topmanagement in VVT-sector”* en *“directie of topmanagement in welzijnssector”* geeft aan moeite te hebben met krimp. Hun inzichten en kijk op krimp toont grote gelijkenis met het gevecht tegen krimp, zoals gevoerd door ambitieuze wethouders in krimpregio's waar vergrijzing en ontgroening plaatsvindt, als in de provincies Limburg, Zeeland en Groningen. Deze categorie deskundigen heeft -van alle geraadpleegde deskundigen- het meest op zichtbare wijze te maken met de gevolgen van krimp en de verlieservaring die krimp met zich mee lijkt te brengen. Kleinere teams met professionals, vermindering of afscheid van doelgroepen die eerder wél werden bediend of veel minder budget om producten en diensten te kunnen leveren zijn de meest genoemde voorbeelden waarom krimp door hen als verlies wordt ervaren. Het vrijwillige, managerial besluit om bewust in organisatievolume te krimpen, lijkt in deze groep deskundigen op het minste draagvlak te kunnen rekenen.

“Bestuurders, leden van raad van bestuur” plus het *“lid van de raad van toezicht”* lijken te erkennen dat er een taboe op krimp is in de sector en dat dit eigenlijk “niet goed is”. Woorden van gelijke strekking worden in elk interview met deze groep uit de onderzoekspopulatie gebezigd. In deze fase is het goed nogmaals aan te geven dat het juist deze groep was, die in de informele afsluitingen van de interviews, hun echte visie en angsten inzake krimp leken te tonen. Daarbij deden ze uitspraken, die thuishoren in Plato's indeling bij *“overtuiging, geloof, ware meningen”* of *“vermoedens”*. De externe deskundigen herkennen alle drie duidelijk een taboe op krimp bij leiders van zorgorganisaties waarmee ze werken. In het strategische beleid van organisaties wordt nog op een zeer solistische koers gevaren, zo geven alle drie de externe deskundigen aan. Er wordt weliswaar gedurende de gesprekken in het kader van strategisch beleid aangegeven dat samenwerking een speerpunt is bij leiders van zorgorganisaties, maar dat dit de vergadercultuur niet lijkt te ontstijgen en *“verzandt in taal”*.

Opvallend is het nadrukkelijke pleidooi van de drie externe deskundigen aan leiders van zorgorganisaties te kijken naar hun eigen werkvloer en hun eigen professionals. Ondanks dat er angst voor baanverlies is, hetgeen de externe deskundigen zeker herkennen, zien zij juist dat gezamenlijke realisering van maatschappelijke baat bij professionals veel meer aan de orde lijkt te zijn dan bij hun leiders. In dat opzicht lijken de leiders van de zorgorganisaties, zo geven de externe deskundigen aan, hun eigen obstakel en zijn het grootste gevaar voor de (jeugd)zorg- en welzijnsorganisaties om “te sterven” de organisaties zélf vanwege hun traditionele kijk op zowel de inhoud als de organisatievorm.

De externe deskundigen beschrijven dat het taboe op krimp wordt gevoed door vijanddenken en domeingedrag. Het realiseren van meer zorg met minder middelen op innovatieve andere wijzen wordt in de zorg door leiders eerder afgeremd en tegengewerkt vanuit dit machtsdenken: bij voorbaat de collega-organisatie een klus niet gunnen is zo'n voorbeeld. Alle externe deskundigen adviseren dat juist in nieuwe vormen van samenwerking je als (leider van een) organisatie kan laten zien. Domeindenken is de angst voor (schijnbaar) concurrerend aanbod; angst dat een andere instelling het beter doet en klanten wegkaapt. Maar deze angst blijkt vaak ongegrond, klanten stappen in de zorg of welzijn helemaal niet zo vlug over. Maar de bundeling van competenties en het aspect van het leren van elkaar komt in de zorgsector op deze wijze maar moeizaam tot stand. Er is zo geen reflectie op de leercurve en de activiteiten om de zorg/welzijn te verbeteren.

Overigens geven zowel de interne, als de externe deskundigen in de interviews aan dat reflectie en feedback in de zorgsector alleen in de interne organisatie al een heikel punt is. Externe feedback organiseren is al helemaal een lastig karwei, zo geven diverse geïnterviewden aan. Dat voedt een taboe op krimp, omdat het gesprek maar moeizaam op gang komt waar de sterkten en de zwakten van een organisatie liggen. De verkokering in de zorgsector lijkt in dat opzicht zelfs eerder als een zekerheid door leiders in de zorg te worden beschouwd, dan een factor die de realisering van de ambitie belemmert. Het gesprek over die verkokering, kan leiden tot een gesprek over gemeenschappelijke klanten, hetgeen productie kan kosten en op die manier eveneens het taboe op krimp lijkt te voeden.

Aangaande het item “conflicten bij krimpscenario's” droegen een aantal (zowel interne als externe) deskundigen het thema “genderspecifiek gedrag” aan in hun beantwoording. Mannen zouden, zo gaven een aantal deskundigen aan, veel eerder moeite hebben met het bewust laten krimpen van het organisatievolume dan vrouwelijke leiders. Toch lijken de deskundigen die deze kwestie opvoerden, hun argumenten zelf weer te ontkrachten door later in de gesprekken aan te geven dat krimp en verlies dicht bij elkaar te plaatsen is, los van de man/vrouw-invulling als leider.

De kern van de antwoorden bij de vragen rondom “conflicten” lijkt samengevat te kunnen worden onder de noemer: de paradox tussen het feit of leiders voor hun vakkennis staan of dat het rekenmeesters zijn. Elke deskundige spreekt over het conflict tussen intrinsiek inhoudelijke gedrevenheid of geldgedrevenheid. In de interviews wordt dit geoperationaliseerd door het gesprek of de jeugd(zorg)/welzijnssector een voor de hand liggende stap zou durven nemen om te stoppen met activiteiten die niet werken en alleen dingen doen die wel werken. Elke deskundige geeft aan dat dit een brug te ver is en ook voorbarig. Met name de categorie “bestuurders, lid van raad van bestuur en lid raad van toezicht” geven aan dat de cure&care-sector zich nog te veel committeert aan hoog gegrepen ambities. Misschien kunnen bepaalde problemen in het jeugdzorg, zorg of welzijnsdomein wel helemaal niet worden opgelost. In dat opzicht zou de sector minder pretentius moeten zijn, zo geven vrijwel alle geïnterviewden uit deze categorie aan. Maar de categorie bestuurders van zowel de jeugdzorgorganisaties, de VVT-organisaties, als de welzijnsorganisaties erkennen schoorvoetend dat de grote beloftes -zeker nu veel van het werk in het lokale domein van de gemeente is gekomen en politiek nóg gevoeliger is geworden- met gretigheid lijkt te blijven omarmd om de financieringsstromen niet in gevaar te brengen en geen continuïteitsproblemen te krijgen.

De externe deskundigen lijken enigszins cynisch als het gaat om de intrinsieke gedrevenheid. Alle drie stellen ze zich op de een of andere manier de retorische vraag in welke mate leiders van zorgorganisaties daadwerkelijk willen investeren in de evolutie van de zorgsector, als hier bijvoorbeeld geen ontwikkelingsgelden of subsidies aan gekoppeld zijn.

Daarnaast raken de antwoorden van alle deskundigen eveneens ook de ethische kant van de zorgsector bij het bespreken van conflicten in de relatie tot krimp: is er een ondergrens? Een ondergrens van uitgekilde cao's, een ondergrens aan kwaliteit van zorg, een ondergrens aan te bepalen doelgroepen die wel of niet meer geholpen gaan worden? Daarin lijken de interne deskundigen in de richting van Plato's “*verstand*” of “*rede*” te geraken, echter de antwoorden volgen vervolgens in alle gevallen weer het pad van de stoffelijke materie (marges, inschalingen, inkooprijzen en prijsafspraken met opdrachtgevers).

Opvallend is in dit verband dat een aantal intern deskundigen wel visionair de vlucht naar voren lijkt te willen maken door aan te geven dat de rekeningen van de bezuinigingen van de korte naar de lange termijn worden geschoven. De connotatie en het gebruik van deze metafoor is echter in alle gevallen redelijk direct bedoeld en bevindt zich op het terrein van daadwerkelijke kosten, met name voor de interne organisatie. Deze geïnterviewden willen aangeven dat uitgestelde zorg aan burgers vaak duurder is doordat de situatie verslechteren kan. Niet bijvoorbeeld in overdrachtelijke zin, als het bezuinigen op preventie waar de totale maatschappelijke last voor hulp- en zorgverlening bij escalatie nog veel hoger ligt.

Het topic “stakeholders” laat een duidelijk onderscheid zien in de categorie interne deskundigen en de categorie externe deskundigen; welk het meest te rangschikken valt onder een typische wij/zij-discussie. Aan de kant van de geïnterviewde intern deskundigen wordt veel gesproken over de rol van de overheid als aanjager van de kapitalistische samenleving. Diverse interne deskundigen spreken zelfs dat er een taboe op krimp bij leiders in de zorg is, doordat de overheid zelf het groeidenken stimuleert door de marktwerking. Andere uitspraken die met regelmaat bij de interne deskundigen gebezigd worden, is dat de overhead bij overheidsorganen aantoonbaar hoger is dan in de zorgsector. En dat het roepen aan de zijlijn over hogere bedoelingen makkelijk is, maar dat leiderschap ook inhoudt dat er aan het einde van de maand een salaris wordt betaald aan medewerkers.

De geïnterviewde externe deskundigen geven aan dat de zorgsector en diens leiders “krimp” veel minder als een doemscenario moeten zien. De zorgsector kan nu echt de deskundigheid tonen en trachten wel een antwoord te hebben op de uitdagingen. Zij geven aan veel te verwachten van vormen van samenwerking op een te realiseren maatschappelijke waarde door te co-creatie met burgers, of door vormen van samenwerking tussen organisaties in de vorm van netwerken, allianties of andere (in)formele vormen van samenwerking. De externe deskundigen zien dat nog nauwelijks tot daadwerkelijke afstemming van organisaties leidt in het op gezamenlijke en gemeenschappelijke wijze meer waarde realiseren voor burgers. Zij wijten dit expliciet aan het taboe op krimp bij leiders van bestaande organisaties. De meeste organisaties noemen zich klantgericht maar weten, volgens de externe deskundigen, bijna allemaal dat dit maar gedeeltelijk het geval is. Leiders van organisaties in de (jeugd)zorg-, of welzijnssector laten zich leiden door bedrijfsinterne gewoontes, professionele normstellingen, wat ze prettig vinden om te doen of domweg eigenbelang.

Eén externe deskundige ging hierin nog verder: bestuurders en managers laten zich leiden door exploitatiedoelen, de vox populi van de medewerkers, droombeelden, modeverschijnselen, incidenten, interne politiek en andere vormen van omgevingsinvloed. Daardoor zijn organisaties de burgers op een andere manier aan het ondersteunen dan dat deze burger zelf vraagt en hebben letterlijk alleen oog voor de kwaal. Samenwerking en de bereidheid hiertoe worden op deze manier eerder afgeleerd dan dat ze aangeleerd worden.

In het kopje “afsluiting” lijken de meest oprechte antwoorden te zijn gegeven door de interne deskundigen. De meeste van de quotes van de dataset (zie [Bijlage 2: Dataset, geplot in schema Plato's allegorie van de gedeelde lijn](#)), werden met name in dit laatste onderdeel van het interview aangegeven. Eigenlijk geven alle deskundigen aan dat er een discrepantie zit tussen wat er gebeurt in de sector en wat er zou moeten gebeuren. Daar waar de nadruk zou moeten liggen op ontwikkelen en externe gerichtheid van organisaties om te kunnen “maatschappelijk organiseren”, lijkt hetgeen daadwerkelijk gebeurt een richting die neigt naar interne gerichtheid van “producten uitventen” en met grote regelmaat “stand-alone acteren” van organisaties in de sector. “*Van co-creatie met andere organisaties en co-creatie met burgers en stakeholders is nog (té) weinig sprake en debet daaraan is het taboe op krimp bij leiders in de sector*”, zo luidde in alle gevallen de afsluiting van de interviews, althans woorden van gelijke strekking (ook hier: zie [Bijlage 2: Dataset, geplot in schema Plato's allegorie van de gedeelde lijn](#)).

5 Conclusie, aanbevelingen en beschouwing

De probleemstelling uit dit onderzoek betreft: “*welke implicaties heeft het taboe op krimp voor het leiden van zorgorganisaties?*” In dit hoofdstuk zal de beantwoording van de deelvragen (zie: 1.3: Centrale probleemstelling en deelvragen) in eerste aanleg dienen voor de opbouw van de conclusie. Ook het conceptuele model (zie: 1.6: Opzet van het onderzoek) zal gebruikt worden in de argumentatie voor conclusievorming in dit hoofdstuk.

Na de opgebouwde conclusie zullen er aanbevelingen worden gedaan aan de (jeugd)zorg en welzijnssector om het taboe op organisatorische krimp te duiden en mee om te kunnen gaan. Tot slot zal in dit hoofdstuk een beschouwing op het onderzoek worden gedaan.

5.1 Conclusie

De opbouw van de conclusie van deze scriptie zal geschieden aan de hand van beantwoording van de gestelde deelvragen van paragraaf 1.3: Centrale probleemstelling en deelvragen.

Vraag 1: Welke elementen van krimp en organisatiegrenzen uit de praktijk van de zorgsector zijn te herleiden tot de in de strategische literatuur te onderscheiden inzichten rondom organisatiekrimp? Wat is het huidige begrippenkader van organisatiekrimp en organisatiegrenzen?

Een algemene definitie van organisatorische krimp is: “*een conditie waarin zich over een gespecificeerde tijdsperiode een substantiële, absolute afname in de hulpbronnen van een organisatie voordoet*” (Cameron, Kim & Whetten, 1987). Uit de strategische literatuur wordt duidelijk hoe eerder de mate van organisatorische krimp wordt bemerkt, hoe eerder er geanticipeerd kan worden om de schade te beperken. Hierbij wordt in de strategische literatuur een onderscheid gemaakt tussen “decline” en “downsizing”. Decline is een gestaag en geleidelijk krimpproces naar (uiteindelijk) ontbinding of ineenstorting van een organisatie; als een biologisch fenomeen dat past in de levensloop van organisaties die geboren worden en ook weer sterven. Downsizing is een veel proactievere strategie van leiders van een organisatie om te reageren op facetten van plotselinge of geleidelijke veranderingen in de omgeving. Echter zowel bij de voorgestelde interventies bij “decline”, als bij “downsizing” is het einddoel hernieuwde groei in volume van een organisatie.

De zorg experimenteert momenteel in diverse vormen met wat in de strategische literatuur als *horizontal organization* wordt beschreven. Zelfsturende teams met coaches in plaats van managers en een platte hiërarchie lijkt in de sector momenteel zelfs eerder een hype dan dat er met de milde gesel van de nuance naar gekeken wordt. Opmerkelijk is dat de profitsector in deze beweging al decennia voorliep. De strategische literatuur beschrijft ook andere interne en – externe organisatiedesgin, meer gericht op samenwerking. Hollow organizations (actueel bij innovatie rondom domotica en robotica), modular organizations (actueel bij creëren van digitale platforms voor zorg en ondersteuning) en virtual organizations (actueel bij de multidisciplinaire teams in de jeugdketen, wijkverpleegkundigenschakels of wijkteams) geraken steeds meer, maar nog steeds zeer aarzelend, vanuit de abstractie van de theorie naar de concreetheid van de praktijk.

Vraag 2: Wat zeggen leiders in de zorg zelf over krimp in de zorg? Welke sociaalpsychologische mechanismen herkennen zij in hun omgang en houding ten aanzien van krimp van hun organisatie?

Vanuit het empirisch onderzoek kan geconcludeerd worden dat de inzichten van leiders in de zorgsector in overduidelijke zin te herleiden zijn tot het gekozen theoretische normatieve kader vanuit Plato's Politeia. Leiders geven zelf aan om, ten aanzien van hun besluiten rondom organisatiekrimp, de wereld op twee manieren te bekijken. Enerzijds via de weg van het *schetsen van toekomstscenario's*, hetgeen in deze scriptie aangeduid werd als: de cognitieve exercitie en waarop de analogie van *Plato's klasse van het kennen* van toepassing is. Anderzijds via de weg van *experimenteren, ontdekken en ervaren*, hetgeen in deze scriptie aangeduid wordt als: *de pragmatische variant*, en waarop de analogie van de *klasse van het zien* van toepassing is.

De beschreven theoretische strategische aarzelingen van path dependency en delay worden door de leiders in de zorg (h)erkend. Evenals de door – in de literatuur beschreven- sociaalpsychologische mechanismen van egocentrisme enerzijds en risicovermijdend gedrag anderzijds. Zoals het een goed taboe betaamt, (h)erkennen de leiders in de interviews deze mechanismen vooral bij collega-leiders en collega-organisaties in de sector.

De grote openingen van de betogen van de leiders in de zorg is dat het geformuleerde, nieuwe begrippenkader "**purposeful scale-back downsizing**" een belangrijke strategische richting zou moeten zijn bij elke leiderschapskeuze in de praktijk van (jeugd)zorg en welzijn. Niemand uitgezonderd geeft aan dat de elementen die dit begrippenkader vullen van cruciaal belang zijn om de zorg duurzaam overeind te houden en wordt onderstreept met terminologie als *co-creatie* en *netwerksamenwerking*. Toch geven de leiders impliciet en expliciet tijdens, of na de interviews aan dat het taboe op krimp wel degelijk bestaat, om legio redenen. De belangrijkste citaten zijn in dit verband opgenomen in de dataset (zie: *Bijlage 2: Dataset, geplot in schema Plato's allegorie van de gedeelde lijn*). Maar liefst 84% van deze citaten (31 van de 37) beschrijven het dwarsbomend mechanisme in elk pragmatische aspect dan ook, om maar niet tot concrete actie te komen hun organisatie in een traject van "**purposeful scale-back downsizing**".

Vraag 3: Waarom rust er bij leiders van zorgorganisaties een taboe op het krimpen van hun organisatie? Welke inzichten zouden behulpzaam kunnen zijn bij het verklaren van dit taboe op krimp?

Het theoretisch kader (zie 3.2: *Toegepaste theorie over het thema krimp en organisatiegrenzen*) dat praten over krimp in strategische managementliteratuur, wetenschappelijk onderzoek en leiderschapsvraagstukken "*not done*" is. De connotatie met verlies en falen is ongelooflijk sterk. Leiders beschrijven in de interviews een viertal pregnante oorzaken waarom krimp een pijnlijk onderwerp is. De eerste oorzaak is het wantrouwen voor de strategie van de collega-organisaties in de sector; bang om zelf "het goede" te doen en er vervolgens de collega met de grote winst ervan door zien te gaan. De tweede oorzaak die besproken wordt zijn de egocentrische motieven van leiders; vaak de collega-leider van de collega-organisatie. De derde oorzaak -bij het gevoel om waardegedreven te krimpen of om op een andere manier met organisatiegrenzen om te gaan- is de opgave van soevereiniteit. Angst om geen eigen baas meer te zijn over bijvoorbeeld personeel, processen, financieel beleid of kwaliteitsbeleid. De laatste en vierde pregnant genoemde oorzaak voor de aanwezigheid van een taboe op krimp ligt in de relatie met de opdrachtgevers en financiers. Waardegedreven zaken op een andere manier organiseren leidt in de regel eerder tot verliezen dan tot economisch gezonde situaties. De prikkels in het zorgsysteem zijn nog steeds veel meer gericht op productietikken dan op holistische aanpak, zo geven de leiders in de zorg aan.

Het voorstel in deze scriptie is middels de ideeënleer van Plato naar deze vier pregnante oorzaken te kijken. De invloed van Plato op de manier waarop wij tot op de dag van vandaag denken, de vragen die we onszelf stellen en de wijze waarop we deze vragen beantwoorden, is enorm (Kraut, 1992; Ferrari, 2007). Een tweede belangrijke erfenis die cruciaal voor ons is, is de bewustwording van een abstractie van de wereld (Blackburn, 2006). Plato's theorieën baseren zich op de gedachte dat de wereld het beste te begrijpen is door de rede. In de allegorie van de gedeelde lijn legt hij een basis voor een volstrekt andere kijk op het kijken naar kennis en weten. Letterlijk lijkt hij te stellen, dat de waarheid niet duidelijk is, niet voor onze ogen is, maar juist lijkt te zijn verborgen. En de ratio is de weg naar deze onveranderlijke waarheid. Plato lijkt daarmee te bedoelen dat empirische verschijnselen zich alleen maar aan mensen voordoen, maar zeker niet de essentie van dingen – de realiteit- betreft. Plato geeft in de Politeia aan dat het misleidend en afleidend is om in de alledaagse wereld te zoeken naar de waarheid, want dan wordt een weg ingeslagen naar schaduwen die onderzocht gaan worden. Het is wel degelijk mogelijk om de echte essentie der dingen te vatten, maar dan niet met de ogen of andere zintuigen, die immers voor de gek gehouden kunnen worden, maar met ratio. Plato was namelijk van oordeel: *“voor ieder gewoon of vergankelijk ding is ook een perfect ding, dat niet vergaat. Dit geloof in perfecte en onveranderlijke zaken, dat gewoonlijk de ideeënleer wordt genoemd, werd de centrale doctrine van zijn filosofie”* (Ferrari, 2007; Kraut, 1992).

Dat brengt Plato bij een hiërarchie van het zijn en een hiërarchie van kennis. Helemaal bovenaan staat de kennis van de ideeën, helemaal onderaan staat de kennis van illusies en vermoedens. Overigens staat de filosofische kennis in hiërarchie boven de wiskundige kennis in de theorieën van Plato. Hij was van oordeel dat niet de hele waarheid beschreven kan worden met wiskunde, zelfs al zou alles gevangen kunnen worden in exacte wiskundige vergelijkingen. Plato heeft het over intuïtief verstand om de waarheid te ontdekken. Dit intuïtief verstand heeft een veel groter bereik, treft een veel groter kader dan de wiskundige, exacte wetenschapsbenadering. Het is interessant dat de huidige leiders in de zorgsector juist het tegenovergestelde lijken te denken: die hecht enorm veel waarde aan het empirisch waarneembare. Uit de afgenomen 19 interviews naar de kijk op het taboe op krimp van zorgorganisaties, vinden 31 van de 37 citaten die direct betrekking hebben op een taboe op krimp hun Platonische basis in de *wereld van het zien* (overtuigingen, geloof, ware meningen en vermoedens). Slechts 6 citaten waren te plaatsen in de Platonische *wereld van de kennis* (verstand, rede).

Vraag 4: Is er een alternatief voor leiders in de zorgsector om op een andere wijze tegen organisatievolume aan te kijken en aan welke elementen zou deze alternatieve kijk moeten voldoen? Kan het huidige begrippenkader worden uitgebreid met inzichten, die het taboe op krimp bij leiders in de zorg zou kunnen wegnemen?

Het onderzoek in deze scriptie bevestigt dat het taboe voor leiders om op een andere manier naar hun organisatiegrenzen te kijken, angstig lijkt te maken om fundamenteel naar *de idee van gezondheid* te kijken; de vraag: *“wat is gezond zijn, of wat is welzijn?”*. Op die manier worden nieuwe oplossingen niet gezien. De vraag naar zorg neemt immers niet af, die lijkt op basis van demografie en voortschrijdende (technische en technologische) kennis zelfs toe te nemen. De middelen zullen, afhankelijk van de economische conjunctuur, af- of toenemen, maar zullen nooit de vraag meer evenredig kunnen bedienen. Toch lijken de leiders binnen de zorg zich blind te staren op groeicijfers.

Er is wel degelijk een alternatief voor leiders in de zorg om het taboe op krimp bespreekbaar en hanteerbaar te maken. Zowel vanuit de literatuur, als vanuit de interviews zullen de organisaties die in staat zijn maatschappelijke baat te realiseren in samenwerking met burgers, vrijwilligers en andere organisaties leidend worden in het veld van (jeugd)zorg en welzijn. Leidend vanuit het inhoudelijk perspectief van waardegedreven organiseren van deze ondersteuning en ook leidend als het gaat om contracten en aanbestedingen, daar zowel opdrachtgevers als zorgverzekeraars en overheden juist deze partijen zoeken.

Zoals beschreven is het vanwege de toenemende vraag voor ondersteuning en de afnemende middelen (zeker in de verhouding vraag : aanbod) een utopie om te denken dat ongebreidelde expansie de komende decennia ook maar enigszins een realistisch scenario is. Daarom is het voor leiders van zorg- en welzijnsorganisaties verstandig hun begrippenkader te verruimen met, als in deze scriptie aangeduid; ***purposeful scale-back downsizing***. Niet meer alle commerciële kansen aangrijpen om de markt te veroveren, maar vanuit bezieling en een duidelijk ideaal zich als organisatie te richten op iets waar de organisatie ontzettend goed in is en zo met andere netwerkpartners een maatschappelijk probleem op vraagstuk oplossen.

Deze scriptie is geen betoog voor een streven naar krimp, net als het geen betoog is voor het streven naar groeicijfers in de zorg. Het moet in de zorg om andere zaken gaan, om andere definitieën en andere vorm van interactie tussen zorginstellingen, burgers en opdrachtgevers en financiers. Zorgorganisaties onderling zouden leidend kunnen zijn vanuit de herdefiniëring van *de idee van gezondheid en welzijn*. Daar komen ook de getoonde frameworks in deze scriptie samen, via beschikbare middelen en de visie op betaalbare zorg (zie 3.1: [Bewegingen en richtingen in de zorgsector](#)) naar de praktische uitvoering van de interne- en externe samenwerkingsdesigns (zie 3.2: [Toegepaste theorie over het thema krimp en organisatiegrenzen](#)). Er is immers niet minder werk, minder zorg nodig, alleen is het de vraag of je nog in traditionele zin de baas moet zijn over resources als personeel, gebouwen of technologie. In de literatuur zijn moderne, actuele alternatieven voor zowel netwerksamenwerking in de interne organisatie, als de netwerkvorming met externe partijen.

5.2 Aanbevelingen

De belangrijkste conclusie van het onderzoek valt samen te vatten in één allesomvattend motto: ga van “organisatie” naar “organiseren”. Er kan, vanuit het andere meta-filosofische principe van Plato’s ideeënleer, op een andere manier gekeken worden naar de wijze waarop leiders in de zorgsector sturing geven. De ideeënleer van Plato leert in deze context dat “*de idee*” leiders zou moeten doen sturen op “wat het oplevert”. Leiders in de zorgsector zouden veel meer dan nu kunnen sturen op waardencreatie, niet op de processen en strategische doelen. Zorgorganisaties zouden in dit licht in staat moeten zijn om over de grenzen van de eigen organisatiebelangen te opereren en daarmee juist toekomstbestendig te zijn door transformatie, kanteling en ontdebelling van het aanbod. Dat vereist flexibiliteit in de *richting* én de *inrichting* van hun voorzieningen. Leiders van de organisaties zouden een serieus gesprek met elkaar moeten voeren over het ontmantelen van hun (traditionele) organisaties en nieuwe vormen van organiseren te creëren. Daarvoor zijn de eerder beschreven organisatiedesigns van Anand & Daft (2007) geschikt, of de externe samenwerkingsdesigns van Kaats en Opheij (2012) bruikbaar, maar in specifieke gevallen verdient het de aanbeveling dat de ontmanteling van organisaties zelfs moet leiden tot een nieuwe vorm, zonder de netwerkgedachte teniet te doen. Dat kan door middel van een coöperatie (of een nieuwe stichting of anderszins), waarbij een aantal –onderdelen van- organisaties opgeheven worden en gaandeweg opgaan in deze nieuwe constructie. Slagkracht en creativiteit kan enkel dan loskomen als het korset van vastgeroeste systemen, die tot doel verworden zijn, losgerukt worden. Niet voorzichtig, maar radicaal zodat de boekhouders vervangen worden door dappere conceptuele denkers met visionaire vergezichten; als Plato het in zijn allegorie van de gedeelde lijn schematisch schetst.

Organisaties in de zorgsector bestaan dankzij een balans tussen de binnenwereld en de buitenwereld. Beide werelden staan niet stil, maar veranderen en lijken door de beschreven ontwikkelingen uit balans te raken. Leiders in de zorgsector neigen er naar dit proberen om zo lang als mogelijk te rekken om maar niet te hoeven veranderen, met alle onzekerheid van dien. Totdat er een dermate disbalans is, dat de organisatie naar een andere manier van organiseren moet die beter past bij de situatie in de zorgsector. De last is, dat niet iedereen binnen en buiten de organisatie op hetzelfde moment datzelfde besef heeft.

De allegorie van de gedeelde lijn, op voorwaarde dat hij goed wordt geïnterpreteerd, schetst in het geheel geen zweverig, denkbeeldige utopie van goddelijke bekoringen en verhelderingen. De allegorie kan klein gemaakt worden en opvatten als niets meer dan een verstandige oproep voor het soort inzicht in de werkelijke wereld dat kennis ons te bieden heeft. Zoals Plato reeds aangaf (beschreven in 3.3: [Plato’s ideeënleer in relatie tot het taboe op krimp](#)), is ondernemen het waarmaken van idealen:

- Heb een betekenisvol ideaal. Elke waarde creëert haar eigen richting;
- Weersta verleidingen en verlokkingen als organisatie om markt te veroveren die buiten de scope van dit ideaal vallen. Ben als organisatie hier consistent in; op het oog aantrekkelijke “andere” opportuniteiten maken je zelfs zwak (Collins, 2011);
- Verbind alle activiteiten vanuit het gezamenlijke ideaal wat ze bindt. Zorg er daarnaast voor dat alle activiteiten bijdragen aan alle andere; organiseer congruentie en samenhang;
- Organiseer een leeromgeving zowel intern in de organisatie als met de netwerkpartners. Op het terrein van onderlinge ontmoeting, deskundigheidsbevordering, auditeren van activiteiten, casuïstiekbespreking, intervisie en supervisie voor alle niveaus in de organisatie.

Elke dag wordt in Nederland kwalitatief uitstekende zorg en welzijn geleverd aan burgers. Door vele professionals en vrijwilligers voor een groot aantal verschillende vormen van vragen om ondersteuning. Jeugdzorg, zorg en welzijnssteuning gaat over mensen, een belangrijke voorwaarde voor het organiseren van deze ondersteuning en zorg gaat over wederzijds vertrouwen.

Zoals de resultaten van het empirisch-analytisch onderzoek ook uitwijzen, is het discours de afgelopen jaren binnen de sector steeds meer over geld, calculaties en stelsels gegaan in plaats van *de idee van gezondheid*: datgene dat burgers met hulpverleners verbindt.

Aanbeveling 1: De fundering van modern leiderschap in de zorg: het geven en nemen van vertrouwen.

Plato's ideeënleer leert dat schaduwen en spiegelbeelden leiden tot zeer onzekere vormen van kennis vanwege hun vergroting, verkleining, vervorming of bedrieglijkheid. Zelfs de zintuigelijke waarnemingen, die aan de basis staat van vorming van meningen, betreft dingen van vergankelijke en veranderlijke aard; zo geeft Plato aan. Toch lijken deze bronnen van meningsvorming de basis te zijn van leiderschapsbesluiten in de zorgsector, waarbinnen dit onderzoek heeft plaatsgevonden.

De sector snakt naar vertrouwen, daar waar het een broeinest lijkt te zijn van wantrouwen. Vele citaten in de interviews verwijzen hier zelfs direct naar. Zo moet het discours over wat burgers nodig hebben tussen "*zorgverleners en burgers*" verlopen, niet via de discussie tussen "*financiers als zorgverzekeraars/gemeenten en aanbieders van zorg en welzijn*". Keuzevrijheid van de burger zou hierin absoluut leidend moeten zijn. De taak van de financiers en opdrachtgevers in de sector en de aanbieders in de sector zou een faciliterende taak moeten zijn; de opdracht om burgers in staat te stellen hun eigen ondersteuning in hulpverlening te kiezen. Hierbij is de rol van de overheid en de verzekeraars met name op het terrein van een soepele, financiële afwikkeling als zeer belangrijk aan te merken.

Ook zouden professionals en vrijwilligers in het beschreven werkveld van deze scriptie een maximaal zelforganiserend vermogen moeten ontwikkelen (alle evolutionaire kennis op dit terrein in acht nemende). Kennis wordt gedeeld; kennis en expertise worden integraal en domein-overstijgend verder ontwikkeld. Hiervoor kan een expertise-onderzoekscentrum ingericht worden waar opleiding, training, trend- en praktijkgericht onderzoek en innovaties dynamisch zijn. En waarmee verbindingen zijn, of tot stand gebracht worden, met opleidings- en onderzoeksinstituten, zoals hogescholen, universiteiten en (landelijke) onderzoeksinstituten. Wetgeving en financiële middelen zouden kaderstellend moeten zijn en niets meer dan dat. Leiders in de zorgsector zouden op hun beurt het vertrouwen in de beroepseer van hun professionals centraal moeten stellen. Het verminderen van kosten voor bureaucratie als leidraad zou de angst voor een krimpende organisatie wel eens voor een groot gedeelte kunnen wegnemen.

De allegorie van de gedeelde lijn pleit voor het opklimmen van leiders naar de rede en het intuïtief verstand om dit te realiseren. Leiders in de zorg zouden mogelijk moeten maken dat de professional en vrijwilliger van een aanbieder samen met de burger maximaal op elkaar gericht zijn met zo min mogelijk regels en administratieve handelingen. De complexiteit van financiële verantwoordingen moeten worden versimpeld.

Aanbeveling 2: De fundering van grondhouding en mensvisie van organisaties: (jeugd)zorg- en welzijnsondersteuning maakt de burger zo veel als mogelijk onafhankelijk.

De allegorie van de gedeelde lijn leert om steeds terug te redeneren naar de "*waarlijkheid*". Plato beweert dat voorwerpen "*deelhebben*" aan *de idee*; in dit geval *de idee van gezondheid*. Het gaat dus om het oerbeeld waarom de zorgsector ten principale geschapen is en dat zorgorganisaties hier slechts een *voertuig* voor zijn die voortdurend aan verandering onderhevig zijn. De juiste zorg op maat maakt burgers niet afhankelijk van professionele hulpverlening, maar draagt bij aan herstel. Het is de taak van zorgaanbieders en hun professionals om burgers zo verantwoord als mogelijk *niet* afhankelijk van hun aanbod te maken. Echte gezondheid gaat over versterken van zelfvertrouwen en versterken van zelfredzaamheid.

Ondersteuning door mensen op eigen benen te laten staan, voor zover als dat mogelijk is, en daarbij het betrekken van de omgeving en hun familie. *Preventie*; daar dient het vakmanschap van de professionele organisaties zich op te richten. Het aandeelhouderschap van burgers zou moeten worden versterkt; zij zijn deelgenoot in het -nog door te ontwikkelen- beleid en de visievorming waar samenwerken en samen beslissen de drijfveer zijn. Dat kan bijvoorbeeld door panels, themabijeenkomsten, informatiebijeenkomsten, rijdende ideeënbusen of excursies met de lokale politiek en zorgorganisaties.

Dat kan alleen maar gebeuren als de burger daadwerkelijk centraal wordt gesteld; door professionals in de zorg- en welzijnssector, maar zeker ook door de leiders van deze organisaties en beleidsbepalers/opdrachtgevers. Laat het beleid in de zorg gemaakt worden door de zorgprofessionals zelf, samen met de burgers die ze ondersteunen in plaats van beleidsmakers. Beroepseer en maatwerk in de zorg worden dan de leidende principes. Om dat proces te faciliteren zijn er échte leiders nodig. Leiders die in hun denken opklimmen naar Plato's wereld van de kennis en de ideeën.

Aanbeveling 3: De fundering van de organisatie van zorg rond de burger: van beheersing van kosten naar verbetering van kwaliteit.

Organiseer de ondersteuning rondom de burger en baseer deze ondersteuning op vertrouwen in het vakmanschap van zorg- en hulpverleners. Dat houdt in dat de aandacht verlegd moet worden van de beheersing van de kosten naar verbetering van de kwaliteit. De regie over de kwaliteit is aan degene die de zorg verleent en de burger zelf. Zorgverleners en burgers moeten gestimuleerd worden dat ze zich gezamenlijk inzetten voor een optimale afstemming en verbetering van de kwaliteit van de ondersteuning. Maatwerk moet het leidende principe hierin zijn en de trend voor schaalvergroting is hierbij absoluut niet passend. Het accent moet liggen op bekwaamheid, bezieling van de zorgorganisatie en hun professionals en het daadwerkelijk verbinden met de burger. Dit zijn kernwaarden die een goede, betaalbare en duurzame zorg bevorderen.

“*Sturen*” is nu het toverwoord bij leiders in de zorgsector, alsof de praktijk op voorhand maakbaar is. En waarbij de interventie van de zorgorganisatie bepaald of iemand gezond, ziek, arm, rijk, kwetsbaar, geslaagd, opvoedingsgeschikt, opvoedingsonmachtig et cetera is. Bij transformeren gaat het echter ergens anders om, namelijk om conceptueel vormgeven. Daarvoor is de –transcedente- theorie van Plato zo belangrijk in deze materie. Transformeren is veranderen en is dus meer dan transitie (hetgeen veel meer betrekking heeft op de verplaatsing van geld- en zorgstromen). De transitie “sturing” dient een mengvorm te worden van top-down én bottom-up sturing. Het verdient de aanbeveling organisch te ontwikkelen, steeds in kleine stappen vanuit een lange termijn perspectief. Klein beginnen, daarvan leren en vervolgens opschalen, maar wel steeds vanuit een radicaal vergezicht: *Plato's onveranderlijke idee van gezondheid*. Daar waar veranderingsmanagement te maken heeft met procescontrole, heeft transformatie te maken met de bereidheid niet alles onder controle te willen houden. Dat vergt ook bij de beleidsmakers, leiders in de zorgsector en bij opdrachtgevers en financiers een andere mindset. Namelijk: een houding die open staat voor experimenten en loslaten van onnodige bureaucratie. Maar ook perverse prikkels wegnemen in het productiedenken in de zorg enerzijds en financiële incentives voor het daadwerkelijk handelen in de beschreven lijn van de holistische kijk op zorg en ondersteuning.

Breken met het oude denken vanuit strategische posities die geënt zijn op voortdurende groei, op monopolieposities; pas dan kunnen nieuwe inhoud van zorg en ondersteuning en de effecten hiervan kansen krijgen. De essentie van verandering is survival, waarbij juist dingen blijven bestaan door te veranderen. Bij transformatie overleeft het oude niet, survival is niet meer de norm, maar creatie is de norm. Dit type leiderschap in de zorgsector slaagt erin om gewone mensen (professionals, burgers, vrijwilligers) te brengen tot buitengewone resultaten.

5.3 Beschouwing op het onderzoek

De beperkingen van het onderzoek:

Op het fameuze schilderij van Rafaël, *De school van Athene*, staan de filosofen Plato en Aristoteles samen afgebeeld. Aristoteles wijst naar de aarde, Plato met zijn wijsvinger omhoog naar de hemel. Plato, gericht op het transcendente door te denken in abstracties en Aristoteles, als pure empiricus gericht op de dingen zien zoals ze in de wereld zijn en ze aan ons verschijnen. Onze samenleving –de zorgsector inclusief– is gericht op de praktijk, de empirische wetenschap en met een beetje cynisme lijken de theorieën van Plato op vage droomwerelden. Door Plato te nemen als normatief kader, dient het besef er terdege te zijn dat er, met name vanuit de filosofische wetenschap, kritiek kan komen op het “verheven Platonisme”, zeker vanuit sceptici met een areligieuze en empirische aard.

De welzijnssector en de (jeugd)zorgsector blijken minder op elkaar te lijken als gedacht in het onderzoek naar een taboe op krimp bij diens leiders. Beiden hebben te maken met organisatorische krimp als gevolg van de decentralisatie van landelijke overheidstaken naar de gemeentelijke overheid, maar dat betreft in grote lijnen in die WMO-decentralisatie toch om andere delen te gaan. Daar waar de welzijnssector vanuit subsidiekaders wordt gefinancierd en ook al veel langer in het gemeentelijk domein actief is, is de wereld van de VVT en de jeugdzorg vanuit de landelijke regels in een gemeentelijk maatwerkvoorziening-regime binnen de WMO opgenomen. Vanuit deze systeemwerkelijkheid heeft de mate van het in aanraking komen met organisatorische krimp en de interpretatie van organisatorische krimp enige invloed op de toetsing van de mate van kennis van de deskundigen.

Ten aanzien van het spreken van de deskundigen is er in het licht van deze scriptie een belangrijke beperking te beschrijven. Daar waar in 2015 bij leiders in de zorg de focus lag om, in het kader van de *transitie* door de decentralisatie, de werkzaamheden te organiseren, ligt in 2016 de focus op de *transformatie* (de inhoudelijke implementatie van een andere kijk op zorg- en welzijnsondersteuning). Leiders in de zorg zijn echter nog helemaal niet klaar met de transitietaken en lijken wel genooddaakt in dit verband op een interne manier te moeten kijken naar hun eigen organisatie(volume). Dit publiekelijk uitspreken leidt echter tot grote verontwaardiging bij opdrachtgevers als gemeenten of zorgverzekeraars. Elke beschikbare leider die derhalve beschikbaar en bereid was om over het taboe op krimp te spreken, werd in het kader van de haalbaarheid van het onderzoek geïnterviewd. De representativiteit-vraag is derhalve absoluut gelegitimeerd om te stellen; de leiders die werden geïnterviewd zijn zich in elk geval bewust dat er zoiets als een taboe op krimp in de sector bestaat. Hoe dat zit met de leiders die geen gehoor gaven aan het spreken over de materie, is derhalve niet onderzocht.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

Gebaseerd op de resultaten en conclusies is er een aantal interessante onderzoeksrichtingen voor vervolgstudie te formuleren. Het zou zeer interessant zijn om een vergelijkbaar onderzoek op te zetten in een nóg groter netwerk van organisaties die actief zijn in –hetgeen *binnen Plato's idee van gezondheid* zou kunnen worden gedefinieerd als– de zorgsector. Denk bijvoorbeeld aan de ziekenhuissector, die zich vanuit het perspectief van organisatorische krimp steeds vaker gaan richten op pure medische interventies. Dat geeft in de holistische kijk op gezondheid nu al actuele vraagstukken, als bijvoorbeeld de overvolle spoedeisende hulpafdelingen met kwetsbare ouderen (Trouw, 23 mei 2016). De resultaten hiervan zouden een mooie vergelijking kunnen opleveren met de resultaten vanuit dit onderzoek in de VVT-, jeugdzorg- en welzijnssector. Wat zeggen de leiders in deze organisaties en hoe kijken zij tegen organisatorische krimp aan?

Daarnaast is het interessant om het onderzoek te herhalen als de transitie en de transformatie in de sector enige tijd heeft gekregen voor ontwikkeling. De huidige angst voor krimp en het bijhorende taboe zou vergeleken kunnen worden met de aanwezigheid of afwezigheid van een potentieel taboe in dat (toekomstig) stadium van de actualiteit.

Tot slot kan onderzocht worden of het taboe op krimp van leiders in de sector ook wel daadwerkelijk invloed heeft op de verdere ontwikkeling van de sector. Met de beschreven ontwikkelingen op de terreinen van zelforganisatie, evolutionaire organisatiedesigns en een andere manier van kijk op gezondheid lijkt er een totaal andere rol aan leiderschap in de sector te worden toebedeeld dan de huidige rol van leiders in de sector. Ook interessant is te onderzoeken in welke mate het ambidexter organiseren, hetgeen in de zorgsector momenteel in experimenten wordt uitgevoerd, invloed heeft op een taboe op krimp. Welke invloed hebben de leiders van een zorgorganisatie op een experimentele entiteit, die in organisatievorm los staat van de moederorganisatie, maar die door aspecten als cultuur of persoonlijke interactie toch nog verbonden lijkt te blijven. Op die manier wordt de theorie rondom het taboe op krimp in de zorgsector een flinke stap verder gebracht.

Gebruikte literatuur

Aaron, H. (2003). Should public policy seek to control the growth of health care spending? *Health Affairs: Analytical Forum* published online 8th January, 2003.

Achterhuis, H. (1979). *De markt van welzijn en geluk*. Ambo BV Baarn.

Algemene Rekenkamer. (2008). *Goed bestuur in uitvoering De praktijk van onderwijsinstellingen, woningcorporaties, zorgorganisaties en samenwerkingsverbanden*.

Anand, N. & Daft, R. (2007). What is the Right Organization Design? *Organizational Dynamics* Vol. 36 No. 4 P. 329-344 2007 Elsevier Inc.

Argyris, C. (1973). *Organization Man: Rational and Self-Actualizing*. *Public Administration Review* Vol. 33 No. 4 P. 354-357.

Berg, van den M., Boer, de D., Gijsen, R., Heijink, R., Limburg, L. & Zwakhals, S. (2014). *Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid en Sport, september 2014 RIVM 2014-0038.

Besharov, M. & Smith, W. (2014) Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *Academy of Management Review* 2014 Vol. 39 P. 364-381.

Beune, E. (2015). *Meer Zorg : Minder Papier naar Meer Zelfsturing en Bevlogenheid in de Zorg*. Uitgeverij Kavanah.

Bijl, R., Boelhouwer, J., Pommer, E. & Andriessen, I. (2015). *De sociale staat van Nederland 2015*. Sociaal en Cultureel Planbureau, 11 december 2015.

Blackburn, S. (2006). *Politeia van Plato; vertaald door Rob van Essen*. Mets & Schilt Amsterdam / Roularta Books Roeselare.

Blok de, J., Suiches, H., Vogelpoel, L. & Jansen, T. (2015). *Het alternatief voor de zorg*. Boom Amsterdam.

Boelhouwer, J., Kraaykamp, G. & Stoop, I. (2015). *Nederland in Europees Perspectief*. Sociaal en Cultureel Planbureau, 8 oktober 2015.

Bolle, E. (2011). *Filosofie en Leiderschap (2e druk)*. VUB Press.

Bryman, A. & Bell, E. (2007). *Business Research Methods (2e editie)*. Oxford University Press.

Cameron, K., Kim, M. & Whetten, D. (1987). Organizational effects of decline and turbulence. *Administrative Science Quarterly* P. 220-240.

Carmeli, A. & Sheaffer, Z. (2009). How Leadership Characteristics Affect Organizational Decline and Downsizing. *Journal of Business Ethics* 2009 Vol. 86 P. 363-378

Cepiku, D. & Bonomi Savignon, A. (2012). Governing cutback management: is there a global strategy for public administrations? *International Journal of Public Sector Management* Vol. 25 No. 6/7 P. 428-436.

Collins, J. (2011). *Good to great and the social sectors*. Business Contact.

Creswell, J. (2012). *Qualitative Inquiry and Research Design*. Sage Publications.

Daft, R. (2010). *Organization Theory and Design*. Cengage Learning.

D'Alisa, G., Demaria, F. & Cattaneo, C. (2013). Civil and Uncivil Actors for a degrowth Society. *Journal of Civil Society* 2013 Vol. 9 No. 2. P. 212 – 224.

D'Aveni, R. (1989). The aftermath of organizational decline: a longitudinal study of the strategic and managerial characteristics of declining firms. *Academy of Management Journal* Vol. 32 No. 3 P. 577-606.

Demaria, F., Schneider, F., Sekulova, F. & Martinez-Alier, J. (2013). What is degrowth? From an activist slogan to a Social Movement. *Environmental Values* 2013 Vol. 22 No.2 P. 191 – 215.

DeWitt, R. (1993). The structural consequences of downsizing. *Organizational Science* Vol. 4 P 31-39.

Dijkstra, J. & Feld, P. (2011). *Gedeeld Leiderschap: Veerkracht door nieuwe vormen van samenwerken, organiseren, leren en leiderschap*. Van Gorcum.

Dreu, C. de (2006). When too little or too much hurts: evidence for a curvilinear relationship between task conflict and innovation in teams. *Journal of Management* 2006 Vol. 32 P. 66-78.

Duncan, R. What is the right organization structure? *Organizational Dynamics*, winter 1979.

Ernst, H., Kahle, H., Dubiel, A., Prabhu, J. & Subramaniam, M. (2015). *Journal of Product Innovation Management* January 2015 Vol. 32. No. 1 P. 2-169.

Fehr, R., Yam, K. & Dang, C. (2015). Moralized Leadership: The Construction and Consequences of Ethical Leader Perceptions. *Academy of Management Review* 2015 Vol. 40 No. 2 P. 182-209.

Ferrari, G. (2007). *The Cambridge Companion to Plato's Republic*. Chapter 11: Sun and Line: The Role of the Good by Nicholas Denyer. Cambridge University Press November 2007. P. 284 – 309.

Financieel Dagblad (1 november 2015). Olsthoorn, S. Eindelijk uitspraak in Meavita-debacle: wanbeleid of niet?

<http://fd.nl/ondernemen/1125245/eindelijk-uitspraak-inmeavita-debacle-wanbeleid-of-niet> & fd.nl/ondernemen/1125533/rechter-acht-wanbeleid-bij-meavita-bewezen

Financieel Dagblad (vrijdag 4 maart 2016). Olsthoorn, S. Minder zorg, minder omzet en toch blije gezichten. <http://fd.nl/economie-politiek/1141984/minder-zorg-minder-omzet-ziekenhuis-blij>

Freeman, S & Cameron, K. (1993). Organizational Downsizing: a Convergence and Reorientation Framework. *Organization Science* Vol. 4 P. 10-29.

Gerechtshof Amsterdam. (2 november 2015). Uitspraak Ondernemingsrecht Stichting Meavita c.s. 2 november 2015. Link:

<http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHAMS:2015:4454>

Ghoshal, S. (2005). Bad management theories are destroying good management practices. *Academy of Management Learning & Education* Vol. 4 (1) P. 75-91.

Greve, H. (2008). A Behavioural Theory of Firm Growth: Sequential Attention to Size and Performance Goals. *Academy of Management Journal* 2008 Vol. 51 No. 3 P. 476-494.

Hamel, B. & Breen. (2007). *The future of management*. Harvard Business School Press.

Hare, R. (2004). *Kopstukken Filosofie: Plato* (4e druk). Uitgeverij Lemniscaat.

Hoff, R. van den. (2011). *Society 3.0*. Creative Commons.

Hofman, T. (2013). *Het et-cetara principe: een nieuw perspectief op organisatieontwikkeling*. Academic Service.

Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Loureiro, M., Meer, J. van der, Schnabel, J., Smith, R., Weel, C. van & Smid H. (2011). How should we define Health? *British Medical Journal* 2011 343:d4163.

Huber, M. (2015). *Ontketenen voor beginners; Een stille revolutie in de zorg met grote gevolgen*. Paul Cremers Lezing 2016. Quantes Rijswijk.

Huxham, C. & Vangen, S. (2000). Leadership in the Shaping and Implementation of Collaboration Agendas: How Things Happen in a (Not Quite) Joined-Up World. *Academy of Management Journal* 2000 Vol. 43 No. 6 P. 1159-1175.

Illich, I. (1977/2011). *Disabling Professions*. Marion Boyars Publishers.

Jay, J. (2013). Navigating paradox as a mechanism of change and innovation in hybrid organizations. *Academy of Management Journal* 2013 Vol. 56 P. 137-159.

Kaats, E. & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Kluwer en vakmedianet.

Kaljouw, M. & Vliet, K. van. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Nederlands Zorginstituut, de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, uitgebracht aan de Minister van VWS op 10 april 2015.

Kets de Vries, M. (2015) *Leiderschap ontraadseld* (2e herziene druk). Academic Service.

Kolind, L. & Botter, J. (2014) *Unboss*. Vakmedianet.

Kraut, R. (1992). *The Cambridge Companion to Plato*. Chapter 5: Mathematical method and philosophical truth by Ian Mueller. Cambridge University Press 1992 22nd printing 2010 edited by Richard Kraut. P. 170 – 199.

Laloux, F. (2015). *Reinventing Organizations* (2e druk). Uitgeverij Het Eerste Huis.

Lohrke, F., Bedeian, A. & Palmer, T. (2004). The Role of Top Management Team in Formulating and Implementing Turnaround Strategies: a Review and Research Agenda. *International Journal of Management Reviews* 2004 Vol. 5/6 P. 63-90.

Matta, A., Chahed, S., Sahin, E. & Dallery, Y. (2014). Modelling Home Care Organizations from an Operations Management Perspective. *Flexible Service and Manufacturing Journal* 2014 26:295-319.

McKinley, W., Latham, S. & Braun, M. (2014). Organizational Decline and Innovation: Turnarounds and Downwards Spirals. *Academy of Management Review* 2014 Vol. 39 No. 1 P. 88-110.

McMullen, J. & Warnick, B. (2015). Should We Require Every New Venture to Be a Hybrid Organization? *Journal of Management Studies* 2015 10.1111/joms.12150 P. 1-33.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (17 mei 2016). Beantwoording Kamervragen over het megalomane project van Daelzicht.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/05/17/beantwoording-kamervragen-over-het-megalomane-project-van-daelzicht>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016) Verslag Alles is gezondheid, inclusief aanbiedingsbrief aan de Tweede Kamer door minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). Financieel overheidsbeleid in de zorg; macro-economische vraagstukken en arbeidsmarktbeleid door Gert-Anne van Pruissen.

Mishina, Y., Dykes, B., Block, E. & Pollock, T. (2010). Why “Good” Firms do Bad Things: The Effects of High Aspirations, High Expectations, and Prominence on the Incidence of Corporate Illegality. *Academy of Management Journal* 2010 Vol. 53 No. 4. P. 701-722.

Mortelmans, D. (20011). Kwalitatieve analyse Nvivo. Acco Leuven.

Morssinkhof, G. (2012). Gedraag je! Academic Service.

NRC (12 maart 2016) Steenberg van E. & Wester, J. Hogepriester van de kleinschalige zorg. www.nrc.nl/handelsblad/2016/03/12/hogepriester-van-de-kleinschalige-zorg-1597679.

Nuijten, I. (2012). Echte leiders dienen. Academic Service.

Overmans, T. & Noordegraaf, M. (2014). Managing austerity: rhetorical and real responses to fiscal stress in local government. *Public Money & Management* Vol. 34 No. 2. P. 99-106.

Peters, J. & Janssen, H. (2014). Nieuwe tijden, anders organiseren: waarom Rijnlands moet. Eburon Elements.

Porter, M. & Olmsted Teisberg, E. (2006). Redefining Health Care: Creating value-based competition on results. Boston Harvard University Press & Business Review Press.

Putters, K. (2009). Besturen met duivselastiek. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar met als leeropdracht ‘Management van instellingen in de gezondheidszorg’ aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmusuniversiteit Rotterdam op 9 oktober 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2012). Regie aan de poort: de basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving. Advies uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, december 2012.

Robbins, S. (1994). Gedrag in organisaties, de essentie (2e herziene druk). Academic Service.

Schilder, K. & Boukes, J. (2014) Zelfsturing of samensturing? Academic Service.

Seo, M. & Creed, W. (2002). Institutional contradictions, praxis and institutional change: a dialectic perspective. *Academy of Management Review* 2002 Vol. 27 P. 222-247.

Serra, F., Ferreira, M. & Almeida de, M. (2013). Organizational decline: a yet largely neglected topic in organizational studies. *The Journal of the Iberoamerican Academy of Management* 2013 Vol. 11 No. 2 P. 133-156.

Skipr. (30 juni 2010). Verdwenen miljoenen: de onttakeling van zorggigant Meavit.
www.skipr.nl/artikelen/id379-verdwenen-miljoenen-de-onttakeling-van-zorggigant-meavita.html.

Skipr. (21 september 2015). Ex bestuurder SGL voor de rechter wegens fraude.
<https://www.skipr.nl/actueel/id23834-ex-bestuurder-sgl-voor-de-rechter-wegens-fraude.html>

Skipr. (28 juni 2016). Miljoenen euro's verdwijnen in zakken zorgdirecteuren.
<https://www.skipr.nl/actueel/id27009-miljoenen-euros-verdwijnen-in-zakken-zorgdirecteuren.html>

Smith, H. & Carroll, A. (1984). Organizational Ethics: A Stacked Deck. *Journal of Business Ethics* 1984 Vol. 3 P. 95-100.

Solomon, R. (1992). Corporate Roles, Personal Virtues: An Aristotelean Approach to Business Ethics. *Business Ethics Quarterly* 1992 Vol. 2 Issue 3 P. 317-339.

Taylor, C. (2003). *Kopstukken Filosofie: Socrates* (2e druk). Uitgeverij Lemniscaat.

Trahms, C., Ndofor, H. & Sirmon, D. (2013). Organizational decline and turnaround A review and agenda for future research. *Journal of Management* Vol. 39 No. 5 P. 1277-1307.

Trouvé, H., Couturier, Y., Etheridge, F., Saint-Jean, O., Somme, D. (2010). The path dependency theory: analytical framework to study institutional integration. *International Journal of Integrated Care* 2010; 10(2). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.554>

Trouw. (23 april 2016). Kuiken, A. Buurtzorg laat lastige patiënt aan een ander.
<http://www.trouw.nl/tr/nl/4492/Nederland/article/detail/4287959/2016/04/23/Buurtzorg-laat-lastige-patient-aan-een-ander.dhtml>

Trouw. (23 mei 2016). Pronk, I. Spoedeisende hulp overvol met kwetsbare ouderen.
<http://www.trouw.nl/tr/nl/4492/Nederland/article/detail/4306194/2016/05/23/Spoedeisende-hulp-overvol-met-kwetsbare-ouderen.dhtml>

Trouw. (4 juli 2016). Spoeddebat over zorgelijke kwaliteit verpleeghuizen.
<http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/4332976/2016/07/04/Spoeddebat-over-zorgelijke-kwaliteit-verpleeghuizen.dhtml>

Van Dale. (2014). *Van Dale Middelgroot woordenboek Nederlands*. Van Dale Uitgeverij.

Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek* (5e druk). Boom en Lemma Uitgevers.

Volkskrant. (16 januari 2009). Herdersche, G. Zorginstelling ten onder aan megalomanie.
<http://www.volkskrant.nl/binnenland/zorginstelling-ten-onder-aan-megalomanie~a309215/>

Walg, C. (2014). Gezond Centraal. Opschudding in de gezondheidszorg. Uitgeverij Boekenbent.

Warren, H. & Molegraaf, M. (2015). Plato Het Bestel Politeia in de vertaling van Hans Warren en Mario Molengraaf. Prometheus Uitgeverij.

Weitzel, W. & Jonsson, E. (1989). Decline in Organizations: A Literature Integration and Extension. Administrative Science Quarterly 1989 Vol. 34 No. 1 P. 91-109. Whetten, D. (1980). Organizational Decline: A Neglected Topic in Organizational Science. Academy of Management Review 1980 Vol. 5 No. 4 P. 577-588.

Whetten, D. (1989). What constitutes a theoretical contribution? Academy of Management Review 1989 Vol. 14 P. 490-495.

Wilms, F. (2012). Leiderschapsdomeinen: jouw keuze doet ertoe. Eburon Elements.



Zandee, D. & Bilimoria D. (2007). Institutional transformation through positive textual deviance. International Journal of Sociology and Social Policy 2007 Vol.27 P. 469-482.

Zorgvisie. (26 april 2007). Meavita, Sensire en Thuiszorg Groningen fuseren.
<http://www.zorgvisie.nl/Home/Nieuws/2007/4/Meavita-Sensire-en-Thuiszorg-Groningen-fuseren-ZVS000772W/>

Bijlage 1 Leidraad interviews

- O Introductie
 - Voorstellen interviewer
 - introductie interviewer
 - uitleg van het onderzoek
 - anonimisering van de data; quotes worden gebruikt ter verdieping
 - akkoord met opname gesprek
 - duur: 1 uur
 - Voorstellen geïnterviewde
 - introductie
 - achtergrond
 - relatie met het onderwerp
- O Krimp van buitenaf
 - Wat merkt deze organisatie van de bewegingen in de zorg?
 - Wat is de kijk op de veranderde wetgeving in de zorg?
 - Wat is de kijk op de veranderde financiering in de zorg?
 - Wat is de kijk op nieuwe businessmodellen in de zorg?
 - Wat is de kijk op de methodische veranderingen in de zorg?
 - In welke mate is geanticipeerd op de veranderingen in de zorg?
- O Interne gevolgen van krimp
 - Mate van krimp in de organisatie
 - Mate van uiting in de praktijk van krimp
 - Strategie van de organisatie rondom krimp
 - Praktische invulling van deze strategie
 - Vragen vanuit de burgers, de cliënten
 - Gevolgen voor kwaliteit, service, variatie, kosten
- O Taboe op krimp
 - Omgaan met krimp als leider van een organisatie
 - Toekomstbeeld van de organisatie
 - Persoonlijke visie op krimp
 - Gevoel van controle ten aanzien van krimp
 - Verandering van het werk als leider van een organisatie bij krimp
 - Leuke aspecten aan het proces van krimp
 - Minder leuke aspecten aan het proces van krimp
 - Obstakels in het proces van krimp
 - Leerproces van organisatie in krimp
- O Conflicten
 - Mate van conflicten c.q. verschillen van inzicht als gevolg van krimp in de organisatie
 - Waar gaan deze conflicten c.q. verschillen van inzicht over?
 - Hoe ontstaan deze conflicten c.q. verschillen van inzicht?
 - Hoe gaat de organisatie ermee om?
 - Hoe gaan de leiders in de organisaties (raad van toezicht, raad van bestuur, hoger management) hiermee om?
- O Stakeholders
 - Mate van veranderingen voor opdrachtgevers als gemeenten, zorgverzekeraars en Ministerie
 - Mate van veranderingen voor cliënten en burgers
- O Afsluiting
 - Onbesproken bespreekpunten
 - Verzoek vervolcontact indien nodig

Bijlage 2: Dataset, geplot in schema Plato's allegorie van de gedeelde lijn

Plato's vier niveaus van de ziel	Representatieve selectie van uitspraken deskundigen
<p>Verstand (3)</p>  <p><i>Intelligentie: Intuïtief verstand</i></p>	<p>“Waar het eerst ging om wie verst kon plassen, moeten we nu nieuwe uitgangspunten durven te definiëren. Snelplassen. Freestyle plassen. Plassen met handicap. Funplassen et cetera. Dit is voor veel bestuurders inderdaad een brug te ver. Afslanken is een taboe. Ik ga mee in je veronderstelling. Bestuurders zijn vergeten dat wanneer je afslankt, dat je dan flexibeler wordt en sneller. Mits een kwalitatieve, correcte en uitgebalanceerde voeding.” (1)</p> <p>“De zorg staat voor een uitdagende doelstelling, welke vooral gaat om de kunst van nederigheid en dienstbaarheid. Een tweetal parameters welke abracadabra zijn voor veel bestuurders. Velen vervallen liever in oud marktgedrag-denken. Maar goed. Zijn we allemaal niet een beetje Bokito? Weten dat het dom is, maar wel soms lekker. Toch komen enkelen van ons er achter dat je de mooiste vrouwtjes niet meer verkrijgt door imponeren met omvang. Maar met uitdaging, onderscheid, kwaliteit en behendigheid.” (2)</p> <p>“Bij leiderschapspectief heb je het mijns inziens over het moreel besef van de leiders en het verlies van focus op het organisatiedoel. Middelen zijn immers doel geworden waarmee de focus verschuift (..) of al verschoven is, mede veroorzaakt door ons systeem.” (3)</p>
<p>Rede (3)</p>  <p><i>Denken: Inzicht</i></p>	<p>“‘Krimp’ an sich, zegt mij niet zo heel veel. Het kan diverse uitwerkingen hebben, die positief of negatief van aard zijn. In het verleden hadden zorgorganisaties vooral belang bij volumevergroting. Meer is beter. Want meer omzet is meer overhouden en: meer volume is meer schaalgrootte. Dit principe werkt prima zolang er ruime marges zijn. Zodra er echter prijs -en margedruk ontstaat, kom je met deze strategie in een groot probleem want worden je managementkosten hoger dan de schaalvoordelen die het volume oplevert. De trend van krimp zou ik dan ook bekijken in het licht hiervan: krimp in termen van marge en volumedruk: een ‘gewone’ ondernemer heeft liever minder omzet maar meer onderaan de streep over dan meer omzet en onderaan de streep niets over of verlies. Dit vereist echter wel compleet anders denken dan in de zorg gebruikelijk. Van omzet/volume-sturing naar margesturing. Waarom lukt het niet die andere denkrichting te krijgen in de zorg? Wat ligt hieraan ten grondslag? Is het ijdelheid of de status van de organisatie en de bestuurder die groeide in het verleden naarmate de organisatie groter werd? Is het het ontbreken van transparantie, weet een organisatie zijn exacte marge wel of hoe hij hierop kan sturen? Of is het gewoon een verschil van denken? Op alle drie de vragen zeg ik “ja”. En wat is het effect van innovaties in het stelsel, in processen en in de techniek? In de niet-zorg sector zie je dat digitalisering vooral benut wordt om marges/efficiëntie te verbeteren?” (1)</p> <p>“Zolang de zienswijze van integrale kostenbeheersing niet wordt geïmplementeerd, blijft de politieke focus en die van zorgverzekeraars gericht op lastenbeheersing en niet op baten-creatie. Dit helpt de kosten in de zorg niet beteugelen en er is geen prikkel voor innovatie die verder bij kan dragen aan het verhogen van de kwaliteit van zorg...en daarmee de baten.</p>

	<p>Even korte uitleg wat ik ermee bedoel: innovatie wordt vanuit de opzet van ons huidige systeem teveel als kostenpost gezien, wordt daardoor niet vergoed, of krijgt vanwege de prijs niet de voorkeur. Als de zorg inzet op vormen die de doelmatigheid bevorderen, wordt je gekort. Dat is geen stimulans voor behandelaars en zorgtoedieners, die nu juist hun patiënt goed willen behandelen. Het eenzijdig naar kosten kijken kan enkel dan veranderen als we overstappen op integrale kostenbeheersing. Dus moeten bestuurders een andere politieke moed en begrotingssystematiek invoeren. Kijken naar de baten naast de kosten. In ons systeem hebben we geen ruimte voor baten, die zich overigens lastig laten begroten, en daardoor niet gezien worden als serieuze zorguitgaven. Daarmee bijten we, de politiek, de bestuurders en de zorgorganisaties, ons in onze eigen staart. Momenteel laat de huidige kostenbeheersing zien dat ze stijgt in plaats van naar beneden gaat. Hierin heeft de leider, bestuurder natuurlijk wel een eigen verantwoordelijkheid. De bestuurders moeten op een transparante manier aantonen dat er met recht over innovatie gesproken kan worden die baten oplevert, als een bijna oud-Griekse wiskundige exercitie. Is die toegevoegde waarde er niet, spreek dan ook niet over het goede doen voor de zorg. Dan is de sturing op prijs namelijk wel terecht. Zolang de zienswijzen van bestuurders, politiek en zorgverzekeraars gericht blijven op lastenbeheersing in plaats van batencreatie, worden kosten in de zorg niet beteugeld. En zijn er dus geen prikkels voor innovatie of andere vormen van kleinschaliger organiseren. Dat draagt namelijk bij aan kwaliteitsverbetering van de zorg en daarmee dus de baten.” (2)</p> <p>“Ik was als bestuurder verantwoordelijk voor een kostenreductie door 18% minder uren in te zetten en maar liefst 7% meer klanten te helpen. Met dezelfde klanttevredenheid. Onze verpleegkundigen organiseerden zelfs steunkousenparty’s. Dat betekende wel dik verlies doordat de zorgverzekeraar alleen maar uren uitbetaald op declaratiebasis. Hoe veel beter zou het zijn als er gewerkt zou worden met een aanneemsom voor een populatie. De doelmatigheid moet namelijk toenemen, niet het uurtje-factuurtje declareren en daardoor een angst voor krimp.” (3)</p>
--	--

<p>Overtuiging, geloof, ware meningen (15)</p>  <p><i>Geloven: geloof, overtuiging Echte mening</i></p>	<p>“Eigenlijk zou je moeten sturen op de combinatie van continuïteit, oogsten en visie. Maar toch ligt de nadruk op sturen op continuïteit en groei, anders riskeer je het voortbestaan.” (1)</p> <p>“Ik sta soms sceptisch ten opzichte van alle trends in de zorg en of het systeem wel zo ingrijpend veranderd. Als de economie weer groeit, zullen de middelen toenemen en gelden alle economische wetten weer zoals de afgelopen decennia.” (2)</p> <p>“Kijk, Buurtzorg mag het dan wel goed doen, ze hebben slechts 10% van de markt. Dat betekent dat er nog 90% over is. Dat is een reële rekensom om te calculeren waar je kansen liggen, ook al ligt het gebied waar je je wijkverpleegkundigen moet sturen wat verder weg.” (3)</p> <p>“In de chaos die er nu in de sector is, is het een zaak van consolideren, overleven en daarna weer groeien. Kleiner worden is geen optie, de impact voor de processen die niet gerelateerd zijn aan het primaire proces, als het vastgoed of de ondersteunende diensten, is enorm.” (4)</p>
---	---

“Veel holistischer kijken naar professionele zorg moet wel eerlijk gebeuren. Nu komt er veel meer werk naar de voorkant van het systeem, terwijl de achterkant van het systeem, de zware zorg, gewoon het grote geld blijft krijgen. Het is echt nog vaak een wij-zij discussie terwijl we over dezelfde burger praten. Er zitten perverse prikkels in het systeem. De zware jeugdzorg werkt op bepaalde gebieden wel samen op de nieuwe manier van kijken, maar over hun uitstroom hoor je nooit wat. Ze houden misschien wel kinderen langer binnen hun muren omwille van het bedrijfsmodel. Dan kun je van een organisatie, werkzaam aan die voorkant, toch niet verlangen te krimpen?” (5)

“Ik zie in mijn organisatie bij medewerkers echt het urgentiebesef dat hun banen niet meer vanzelfsprekend zijn. En dat is reëel en vind ik moeilijk. Ik zelf vind daarbij angst geen goede raadgever en maak liever de vlucht naar voren door voor nieuwe vormen van producten en diensten te kiezen. Dan vasthouden wat ik vast houden kan. Volgens mij zijn er toch wel meer moedige bestuurders?” (6)

“Je neerleggen bij krimp als management komt toch vaak over als een gebrek aan ambitie, alsof je kijkt naar de pot met subsidie, zelf geen eigen ideeën hebt en maar wacht tot je wat uit die pot krijgt.” (7)

“Vrijwillig krimpen blijft bevestigen dat de welzijnswereld niet ondernemend is”. (8)

“Natuurlijk noemt niemand meer omzetgroei als strategische doelstelling en roept elke manager dat groei in kwaliteit moet zitten. Maar je wil nu eenmaal niet alleen maar krimpen en kleiner worden, enige vorm van marktdenken zit toch in je.” (9)

“Ik geloof niet in krimp, ik geloof in groei. Al is het in het vergroten van het werkgebied of van groei in zowel verzekerde als onverzekerde omzet per cliënt, vergroot de share of wallet door het klantenaandeel te vergroten.” (10)

“Het nieuwe netwerkdenken roemt iedereen, maar ik ben benieuwd hoe managers hierin staan als er weer geld te verdelen is. Iedereen zit toch primair voor zijn eigen organisatie, hoeveel vertrouwen je ook in je partners uitspreekt. Ik ga in elk geval geen positie prijsgeven als anderen er straks met mijn aandeel vandoor gaan.” (11)

“Zolang je binnen de governancecode van de NVZD (red: de vereniging van bestuurders in de zorg) blijft, en je verhaalt dusdanig kunt brengen dat het maatschappelijk verhaal boven het organisatiebelang wordt geplaatst, is er moreel niets aan de hand. Kijk, als anderen het niet doen, spring ik als organisatie in een gat. Of dat is om te groeien, niet te krimpen of een maatschappelijke probleem op te lossen, vind ik een aan het einde van de dag een discussie die veel te abstract is.” (12)

“Zie hoe het systeem je kielhaalt als je een boodschap van focus, netwerksamenwerking en krimp moet verkondigen als bestuurder. De OR, de vakbonden, de toezichhouders; je krijgt een ongelooflijke bak ellende over je heen waar je er zelf soms ook nog niet eens volledig achterstaat. Werkgelegenheid is voor mij als bestuurder bijvoorbeeld van groot belang en worstel ik soms met verdringing van mensen die vaak al aan de onderkant van de samenleving werk hebben door vrijwilligers, het in de eigen kracht zetten van burgers of technologie.” (13)

	<p>“Je kan niet krimpen, je moet schaal hebben. Artsen of gedragsdeskundigen komen anders gewoon niet meer voor je werken als je je bijvoorbeeld in de medisch specialistische zorg wilt gaan mengen als diversificatie van de strategie.” (14)</p> <p>“Er staan gebouwen voor heel veel geld, gebouwd voor heel veel jaar op de balans. Schaalgrootte voor langjarige termijnen is noodzakelijk.” (15)</p>
--	---

<p>Vermoeden (16)</p>  <p><i>Verbeelden: schijnen Alledaagse werkelijkheid</i></p>	<p>“Het is mij opgevallen toen ik directeur van werd, ik ineens ergens bij hoorde. Dat was toch een verrassing voor mij. Er waren ook mensen, eigenlijk alleen mannen, die mij vroegen naar omzet! Ik was werkelijk stomverbaasd, want ik wist het niet eens precies. Bleek dat ik met mijn organisatie aan de goede kant van de streep zat qua omzetvolume, want ik werd ineens overal voor gevraagd, rotary, denktanks, ontwikkelgroepen enzovoorts.” (1)</p> <p>“Het lijkt wel of je wordt ingedeeld naar grote van je omzet! Hoe meer, hoe groter, hoe beter!” (2)</p> <p>“Ook al ben ik bestuurder van een welzijnsinstelling, de banken eisen simpelweg elk jaar toename van het rendement en groei van een paar procenten. Anders eisen ze hun leningen op ons vastgoed op en volgt faillissement.” (3)</p> <p>“Praten over vrijwillige krimp van je organisatie en je omzet wordt je natuurlijk niet expliciet verboden in je gesprek met je raad van toezicht. Het is meer een mechanisme van, zeg maar, een soort van collectieve zelfcensuur. Je kunt het onderwerp wel aanraken in termen van “breken om te bouwen”, maar dan zal er altijd een groeicomponent aan vast moeten zitten op termijn.” (4)</p> <p>“Als bestuurder ben ik veel meer bezig met besturen, overleven en lijfsbehoud dan met het daadwerkelijk creëren van startups. Ook bij grote organisaties zou de winst kunnen liggen in het kleinschalig opereren binnen het lokale gebeuren. Dan kan de psychologische insteek plaatsmaken voor een ideologie naar socialisering van vraagstukken voor de onderbouwing van een actueel maatschappelijk beleid. Alleen dat wordt bij zorgverzekeraars, op het ministerie en op de grote stadskantoren maar mondjesmaat gezien. Een grote organisatie met een stevige stoel in Den Haag levert in dat opzicht veel meer op vaak.” (5)</p> <p>“De overheid helpt ook niet echt mee om dingen samen in de sector op te pakken, voor je het weet heb je de mededingingsautoriteiten als de NZa of ACM (red: Autoriteit Consument en Markt) op de stoep staan. Of privacywaakhonden, want je mag niet zomaar persoonsgegevens of medische informatie met andere organisaties delen. Nee, het is een feit dat hoe meer je onder één dak hebt, hoe meer je in control bent voor allerlei soorten van inspecties.” (6)</p> <p>“Mijn raad van bestuur vindt het erg moeilijk governance en toezicht uit te oefenen over zaken waar we niet de baas over zijn, als personeel, financiële huishouding en kwaliteitsbeleid. Van die gezamenlijkheid zijn we nog ver weg.” (7)</p>
--	--

“Organisaties zouden de concurrentiestrijd, overlevingsstrategieën moeten ombuigen naar een opzet in de keten vanuit een gezamenlijke doelstelling. Naar innovaties met zowel interne flexibilisering als het ontwikkelen van een rouleringssysteem van elkaars personeel en de verbinding van deskundigheid als kostendekkend instrument. Gebruik maken van elkaars kracht moet bij schaarste van middelen uitgangspunt zijn. Maar ja, doe dat maar eens in dit land van regels, wetten, cao’s en bekostigingsbronnen die zo verschillen.” (8)

“De opkomst van social media is belangrijk en legt fouten en incidenten bloot. Hier moet je als organisatie goed in acteren, dan zal het zelfreinigend vermogen zijn werk doen en biedt dit kans tot verder groei.” (9)

“Het is een micro-, meso- en macro verhaal. Waarin de paradox tussen meso en macro, innovatie op microniveau blokkeert. Zo lang de overheid “spelregels” vanuit economisch perspectief als kostenpost opvoert zal er op mesoniveau nooit een aansluitend innovatief klantprofiel ontstaan met een batig erkend resultaat. De kijk op zorg, louter vanuit een kostenfactor, vormt een directe bedreiging voor innovatie binnen de zorg.” (10)

“Alleen groei in volume en in cliëntaantallen zonder dat de bekostiging achterblijft, is voor mij als manager geen groei. Groeimogelijkheden moeten als organisatie worden blijven onderzocht, ook al was het niet direct ons primaire proces.” (11)

“De inkoopwoede van de gemeenten en de zorgverzekeraars biedt ook kansen, de lobby hierin is nog steeds een groot onderdeel van mijn werk als bestuurder.” (12)

“De stap als bestuurder naar een raad van toezicht van zijn organisatie met het lumineuze plan eens een aantal tientallen miljoenen in te leveren omdat dit voor de focus en het realiseren van waarde misschien beter zou zijn, blijft een hele lastige. Om niet te zeggen: als bestuurder vrijwel kansloos. Alleen bij een dreigend faillissement kun je het hebben over afstoten van de verliesgevende onderdelen, maar daar is weinig visionairs aan.” (13)

“Ik denk niet zozeer dat er een taboe op krimp is, alleen dat krimpstrategieën voor de sector waar ik voor verantwoordelijk ben gewoon niet slim zijn. Voor sociaal-maatschappelijke vraagstukken in het welzijnsdomein kan er best onderzocht worden wat meer gemeenschappelijk kan. Maar in de echte zorg, in de tweede- en derdelijn spelen er zoveel meer factoren binnen en buiten organisaties dat een kleinschaligere organisatie gelijk staat aan opheffing.” (14)

“Misschien daagt een verondersteld taboe op krimp ook wel uit tot het bewust commerciële kansen te zien. De sociale werkvoorziening is ook pas beginnen functioneren toen mensen uit het bedrijfsleven de zaak ter hand namen en afstapte van dat softe gedoe. Natuurlijk moet een zorgorganisatie niet schieten op alles wat beweegt of lijkt te bewegen. Maar hoever wil je gaan in je maatschappelijke legitimering versus het economisch model van je organisatie?” (15)

“Krimp leidt tot kramp, althans dat geloof ik. Het brengt in elk geval stress met zich mee, dat weet jij ook als je de literatuur hebt gelezen voor je opleiding. En over kramp en stress praten we niet graag, zeker niet als verantwoordelijke voor het bedrijf.” (16)