

Tilburg University

'...die wachtlijsten is een verhaal apart...'

Kenis, P.N.

Publication date:
2001

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Kenis, P. N. (2001). '*...die wachtlijsten is een verhaal apart...'*: een organisatiewetenschappelijke beschouwing van het fenomeen wachtlijst in de Nederlandse zorg. (Oratie Social Sciences). Tilburg University.

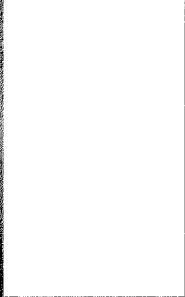
General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

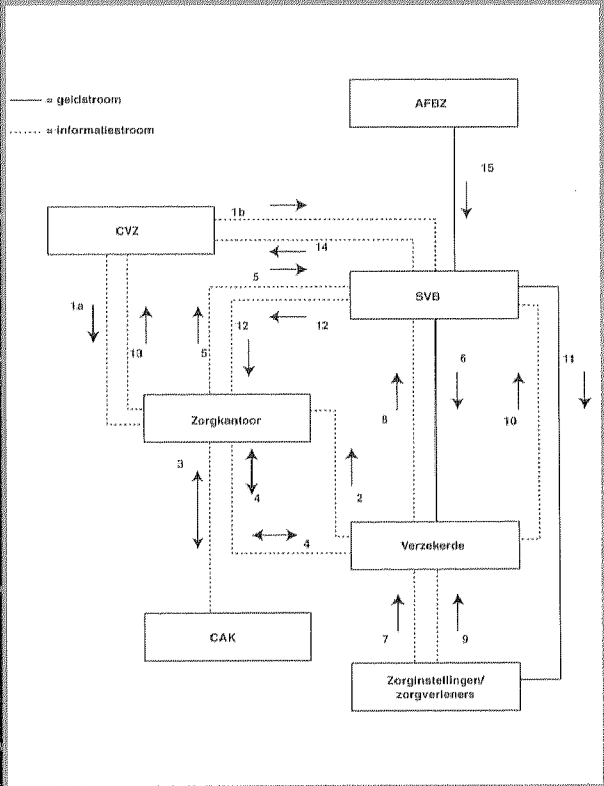


O
R
A
T
I
O

SOCIAL SCIENCES

“... die wachtlijsten is een verhaal apart ...”

Een organisatiewetenschappelijke beschouwing van het fenomeen wachtlijst in de Nederlandse zorg.



Patrick Kenis

“... die wachtlijsten is een verhaal apart ...”

Een organisatiewetenschappelijke beschouwing
van het fenomeen wachtlijst in de Nederlandse zorg

Rede

Uitgesproken bij de openbare aanvaarding
van het ambt hoogleraar in de
Beleids- en Organistatiewetenschappen
aan de Katholieke Universiteit Brabant

op 28 september 2001

door

Patrick Kenis

Illustratie omslag: 'Schema subsidie persoonsgebonden budget', uit: College voor Zorgkantoren (2000) *Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren*. Bijlage 4. Rapport 00/26. Amstelveen.

Katholieke Universiteit Brabant

© 2001 P. Kenis - Faculteit Sociale Wetenschappen - Katholieke Universiteit Brabant

ISBN 90-75001-48-7

NUGI 756

Behoudens ingeval beperkingen door de wet van toepassing zijn, en onder gehoudenheid aan de gestelde voorwaarden te voldoen, mag zonder schriftelijke toestemming van de auteur niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

'Het geld is prima besteed ... daar zijn allemaal mensen beter van gemaakt en beter van geworden ... maar die wachtljsten is een verhaal apart.' (Minister Borst in 'Den Haag Vandaag' op 7 juni 2001.)

'Ein Maler vom Fach würde (...) eine Art Drei-Stadien-Theorie der Gattungsgeschichte am Leitbild der Schiffahrtsmethaphorik [vorführen]. Nichts wäre naheliegender, als die erste Periode unter dem Symbol von Flößen dazustellen, auf denen kleine Menschengruppen durch riesenhafte Zeiträume drifften; die zweite als Weltalter der Küstenschiffahrt mit Staats-Galeeren und Herrschaftsfregatten, aufgebrochen zu riskanten Fernzielen anhand einer Vision von Größe, die in der heiligen Ordnung der Männer psychisch verankert ist, und die dritte als Ära der Superfähren, die, fast unlenkbar von Riesenhaftigkeit durch ein Meer von Ertrinkenden hindurchziehen, mit tragischen Turbulenzen an den Schiffswänden und Beklommenen Konferenzen an Bord über die Kunst des Möglichen' (Sloterdijk 1995: 13-14.)

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Geacht College van Bestuur,
Gewaardeerde toehoorders,*

Inleiding.

Om u enigszins in de stemming te brengen begin ik met een anekdote en een videoclip.

De anekdote gaat als volgt:

Toen mijn dochter Nette net vier jaar geworden was en we in Amsterdam woonden, gingen we vaak zwemmen. Ze wilde graag met mij in het diepe, omdat ze al zwemmen kon. Dat mocht niet van de badmeester omdat ze nog geen zwemdiploma had. Dat ze al kon zwemmen deed er niet toe. Op mijn vraag hoe ze een diploma kon krijgen was het antwoord dat ze eerst zwemlesjes moest volgen. Maar ze kon al zwemmen. Op mijn vraag waar ze zwemlessen zou kunnen volgen kwam het antwoord: 'Dat gaat zo maar niet, daar zijn lange wachtlijsten voor'. 'Maar,' zo vervolgde hij, 'als ze reeds babyzwemlessen gevolgd heeft, krijgt ze voorrang op de wachtlijst'. Feit was evenwel dat, toen zij een baby was, ze in Duitsland woonde. Navraag bij de Nationale Raad Zwemdiploma's (NRZ) leverde de mededeling op dat het niet voorzien is dat iemand kan zwemmen zonder het volgen van zwemlessen. Ondertussen dacht Nette dat zo'n zwemdiploma wel iets heel bijzonders moest zijn. Dus dan maar op de wachtlijst. Voor Nette het begin van de wachtlijst had bereikt woonden we in België. De eerste keer dat we gingen zwemmen in Antwerpen nam de badmeester de proef '25 meter zwemmen met sprong in het water' af. Bij het verlaten van het zwembad kon Nette haar diploma aan de kassa in ontvangst nemen¹.

Laten we nu even naar de volgende video kijken (interview met Minister Borst in 'Den Haag Vandaag' (*Nederland 3* van de NOS) op 7 juni 2001).

¹ De mortaliteit door verdrinking bij kinderen tussen 5 en 14 jaar is volgens de meest recente cijfers in België niet hoger dan in Nederland (0,5 per miljoen inwoners in België in 1996 en 1,0 per miljoen inwoners in Nederland in 1997) (zie WHO, 1999).

De reden waarom Minister Borst dit een verhaal apart vindt, is vermoedelijk gelegen in het feit dat er in de laatste 2 jaar bijna 3 miljard gulden *extra* is uitgegeven om het volume in Nederlandse zorgsector² te vergroten, dit terwijl er nog steeds ongeveer 350.000 mensen op één of andere vorm van zorg wachten. En dat zijn er niet minder dan twee jaar geleden³.

Natuurlijk kon ik, dat wil zeggen: iemand met de leeropdracht Beleids- en Organisationswetenschappen, de verleiding niet weerstaan, het licht van de organisationswetenschappen op deze beleidsproblematiek te laten schijnen. Hiermee heb ik ook de centrale doelstelling van mijn oratie aangegeven: aantonen dat organisationswetenschappen een prachtig vakgebied vormen en bovendien in staat zijn in de wildernis van 'aparte verhalen' orde te scheppen.

Behalve dat wachtlijsten een mooie casus zijn om de potentie van de organisationswetenschappen te demonstreren, zijn er natuurlijk een hoop andere redenen waarom een doordenking van dit fenomeen belangrijk is: wachtlijsten produceren veel leed (zie de voorbeelden in De Brauw, 2001) en kosten (zie Propper, 1995) bij mensen, ze dwingen artsen tot onmogelijke keuzes⁴ en ze kunnen tot corruptie verleiden (zie De Brauw, 2001 en Kullberg, 1997).

In principe zijn wachtlijsten iets heel simpels: een wachtlijst is een 'overzicht van cliënten die in het bezit zijn van een geldig indicatiebesluit, maar bij wie de geïndiceerde zorg nog niet (volledig) van start is gegaan' (NIZW, 2000). En ook de verklaring voor het bestaan van wachtlijsten in de zorg blijkt heel simpel: wachtlijsten ontstaan als er een discrepantie is tussen de vraag naar zorg en het aanbod aan zorg (Vissers, 2000).

De ervaring leert dat wachtlijsten niet eenvoudig weg te werken zijn. De vraag die zich dan opdringt luidt: hoe komt dit nou? Ik heb er voor gekozen om deze vraag te beantwoorden op basis van inzichten uit de organisationswetenschappen. Dat betekent, dat ik het antwoord op de vraag waarom wachtlijsten zo moeilijk

² Als ik hier over de zorgsector spreek bedoel ik altijd de 'curatieve' en de 'care' sector samen.

³ Sinds 1994, zijn 25 miljard gulden extra uitgetrokken voor de zorg, d.w.z. middelen bovenop het reguliere budget (van ongeveer 75 miljard gulden in 2000) en de 1,3% jaarlijkse groei.

⁴ Zie bijvoorbeeld, 'Hoe de wachtlijsten artsen dwingen voor God te spelen', NRC Handelsblad, 14/7/2001.

weg te werken zijn, zoek in het gedrag en de structuur van organisaties. Daaruit volgt ook dat, als we op een effectieve manier wachtlijsten willen aanpakken, we iets aan het geheel van organisaties moeten veranderen.

Ik zal één en ander aan de hand van 4 stellingen demonstreren:

1. Extra middelen bekorten niet automatisch de wachtlijsten in de zorg
2. Het tellen en publiceren van het aantal wachtenden en het bepalen van streefnormen draagt nauwelijks bij tot het verkleinen van de wachtlijsten, maar produceert wel een aantal ongewenste neveneffecten
3. Niet elke organisatie in het zorgveld heeft er per definitie belang bij om de wachtlijsten aan te pakken
4. Om de wachtlijsten te bekorten moeten niet de wachtenden worden gemanaged en geteld, maar wel de interdependentie van het zorgveld

Deze stellingen zijn van hypothetische aard en vloeien voort uit een analyse van de academische literatuur⁵, rapporten, webpages en artikelen uit de pers. Het theoretisch beoordelingskader dat ik hier gebruik, is geënt op een traditie in de organisatiesociologie die er vanuit gaat dat de dingen vaak niet zijn zoals ze lijken en die aandacht heeft voor 'pathologieën' in en rond organisaties.

Stelling 1:

Extra middelen bekorten niet automatisch de wachtlijsten in de zorg.

Zoals eerder gesteld is een wachtlijst het resultaat van een discrepantie tussen vraag en aanbod. Hoe groter de vraag en hoe kleiner het aanbod, hoe langer de wachtlijst⁶. Een logische manier om een wachtlijst aan te pakken zou dus het verkleinen van de vraag en/of het vergroten van het aanbod kunnen zijn.

⁵ Het is opvallend dat ik niet één artikel in de academische literatuur heb kunnen vinden waar wachtlijsten vanuit een organisatiewetenschappelijk perspectief worden behandeld; afgezien van enkele artikelen die van een 'logistische benadering' uitgaan. Academische literatuur over wachtlijsten lijkt uitsluitend op economische leest geschoeid te zijn.

⁶ Bij wachtlijsten kan een onderscheid gemaakt worden tussen een planningswachtlijst en een problematische wachtlijst. Met behulp van een planningswachtlijst kan een zorgaanbieder de cliëntenstroom zo afstemmen dat de capaciteit van de instelling optimaal wordt benut en de werkdruk van het personeel niet te veel schommelingen vertoont (Laeven en van Rooij, 1999). Problematische wachtlijsten kenmerken zich door overschrijden van de aanvaardbare wachttijd. Als ik het in deze tekst over 'wachtlijsten' heb worden altijd problematische wachtlijsten bedoeld.

Feit is evenwel, dat op korte termijn de vraag in een bestaand stelsel nauwelijks verkleind kan worden, omdat er wettelijke rechten op zorg bestaan⁷. Er kan slechts worden nagegaan of een wachtlijst 'vervuild'⁸ is.

Wel kan men op korte termijn trachten het aanbod te vergroten door meer middelen ter beschikking te stellen. Dat is, wat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gedaan heeft in de laatste jaren⁹. Het Ministerie van VWS heeft in 1999 en 2000 ruim 2,9 miljard gulden extra middelen vrijgemaakt voor extra volumemiddelen¹⁰ (zie Ministerie van VWS, 2001).

Bovendien werden ook andere middelen, zoals de 'Wachtlijstbrigade sector verpleging en verzorging'¹¹, de Taskforce aanpak wachtlijsten (inclusief zijn 'Nieuwsbrief aanpak wachtlijsten' en homepages www.wachtlijstaanpak.nl en www.nietafwachten.nl)¹², het 'Platform aanpak wachttijden' (curatieve

⁷ Op middellange of lange termijn kan dat natuurlijk wel door middel van een stelselwijziging waarin het wettelijke zorgpakket wordt verminderd. Het kan ook door middel van preventieve maatregelen waardoor de kans op bepaalde aandoeningen, en dus de vraag naar zorg, verminderd.

⁸ 'Vervuild' betekent dat er (administratieve) vervuiling is bij de invoer, dat er cliënten op de lijst staan die overleden zijn, of reeds de volledig gevraagde zorg krijgen, of uit voorzorg op de wachtlijst staan, en dat er sprake is van dubbelstellingen (cliënten die voor hetzelfde product bij meerdere aanbieders op de wachtlijst staan). Ik zal hierop uitvoeriger ingaan tijdens de bespreking van stelling 2.

⁹ Wachtlijsten in de zorg speelden een prominente rol in de campagne voor de kamerverkiezingen van 1998. In het in dat jaar gesloten regeerakkoord van het tweede paarse kabinet werd extra geld uitgetrokken, zodat 'in de cure- én de caresector de wachttijden tot een aanvaardbare lengte worden teruggebracht'. De reductie van wachtlijsten en wachttijden in de zorg is door het Ministerie van VWS ingezet langs drie lijnen: extra middelen, inzicht verkrijgen in de ontwikkeling van de zorgvraag en het verbeteren van de logistiek binnen de zorgketen (Ministerie van VWS, 2001).

¹⁰ 'Extra' volumemiddelen zijn middelen bovenop de jaarlijkse basisgroei van 1,3%. Voor de care sector ongeveer 2 miljard gulden (voor verpleging en verzorging ongeveer 1,2 miljard, voor geestelijke gezondheidszorg ongeveer 300 miljoen en voor gehandicaptenzorg ongeveer 450 miljoen gulden). Voor de curatieve sector ongeveer 900 miljoen gulden.

¹¹ Doel van de Wachtlijstbrigade is het geven van een positieve impuls aan het oplossen van de wachtlijstproblematiek in de sector verpleging en verzorging door onafhankelijke adviezen. De wachtlijstbrigade bestaat uit vijf bestuurlijke deskundigen en werd in september 1999 ingesteld (onder voorzitterschap van oud-politicus Marcel van Dam).

¹² De Taskforce aanpak wachtlijsten werd opgericht in maart 2000 en richt zich op het faciliteren van het zo snel mogelijk wegwerken van de wachtlijsten in de zorg. Een belangrijke taak van de Taskforce is dat vanaf midden 2001 de wachtlijstregistratie voor alle sectoren eenduidig georganiseerd is. Dit dient er toe te leiden dat de wachtlijsten voor zowel de GGZ, de GZ als de V&V continu 'up to date' zullen zijn en periodiek vanuit alle zorgkantoren in Nederland landelijk kunnen worden aangeleverd. Bovendien zou de Taskforce onorthodoxe oplossingen stimuleren voor het bekorten van de wachtlijsten.

zorg)¹³ en het 'Platform wachttijden verpleging en verzorging'¹⁴ in het leven geroepen¹⁵. Ook in het algemeen ziet de middelenbedeling voor de zorg er niet zo slecht uit¹⁶. Studies tonen echter systematisch aan dat de extra inzet van middelen niet automatisch de lengte van wachtlijsten verkort. Zo komt bijvoorbeeld een recente analyse van de landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens verpleging en verzorging tot de conclusie dat '... er op basis van de beschikbare data geen algemeen verband te vinden is tussen het aantal wachtenden per regio en afzonderlijke factoren zoals de beschikbare capaciteit, het beschikbare budget of het aantal onvervulde vacatures in de regio' (Taskforce aanpak wachtlijsten 2001: 20). Gelijklopende vaststellingen worden ook gerapporteerd voor de andere zorgsectoren: de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de curatieve zorg (Breedveld e.a., 2000: 182; Laeven e.a., 2000a: 6; Laeven e.a., 2000b; Ostendorf, 2000; Platform aanpak wachttijden, 2001:17; van Rooij e.a., 1999; NRC Handelsblad, 1/8/2001; de Volkskrant 6/8/2001)¹⁷. Ook onderzoek in het buitenland, met name in Groot-Brittannië en Canada, toont aan dat het inzetten van extra middelen niet automatisch in kortere wachtlijsten resulteert (zie bijvoorbeeld Frankel, 1991; Newton e.a., 1996; Wood en Thomas, 1985: 89; Yates, 1991). Het feit dat extra middelen de lengte van de wachtlijsten nauwelijks beïnvloeden mag dan wel heel verrassend en ontgoochelend zijn voor

¹³ Sinds 1999. In 1998 riep de politiek 'het veld' (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten, consumentenorganisaties) op om een gezamenlijk plan van aanpak op te stellen (onder voorzitterschap van oud-staatssecretaris Dick Dees). Zie ook www.wachtlijstenzorg.nl.

¹⁴ Het platform werd ingesteld in september 1999 en ziet toe op de uitvoering van het 'Plan van aanpak. Wachtlijsten in verpleging en verzorging' (Ministerie van VWS, 1999).

¹⁵ Voor een mooi overzicht van alle regelingen in de cure sector en hun invloed op de wachtlijsten, zie Breedveld e.a., 2000.

¹⁶ De regering heeft in de laatste 8 jaren 25 miljard gulden extra beschikbaar gesteld aan de gezondheidszorg, de bezettingsgraad van ziekenhuizen is afgenomen, er werden in de laatste jaren 94.000 extra banen gecreëerd, de ziekenfondsen houden geld over van de geïnde premies (in 2000 alle samen 283 miljoen gulden). Nederland is een middenklasser in Europa wat betreft de totale uitgaven van de gezondheidszorg (33 miljard euro of ongeveer 8,8% van het bruto binnenlands product).

¹⁷ Dit is natuurlijk in zekere zin een veralgemening. Er zijn ook enkele gevallen waarin de wachtlijsten teruglopen. In een persmededeling op 23 april meldde het Ministerie van VWS zelfs het volgende: 'Wachtlijsten verpleging en verzorging met 20% gedaald'. Die daling kwam echter vooral tot stand door een opschoning van de wachtlijsten (van de 19.618 namen die van de wachtlijst verdwenen waren het er 13.136 door 'opschoning').

Maar voor alle wachtlijsten geldt, dat de afname veel minder is dan oorspronkelijk verwacht.

bewindslieden (hetgeen duidelijk geïllustreerd wordt door de ietwat wanhopige uitspraak '... die wachtlijsten is een verhaal apart ...' van Minister Borst¹⁸), voor de organisatiewetenschap is dat minder verrassend. Een aanpak die ervan uitgaat dat de verhoging van de input (d.w.z. middelen voor zorg) automatisch leidt tot een verhoging van de output (d.w.z. minder wachtenden) is gebaseerd op de theoretische assumptie, dat de output via de input kan worden aangestuurd omdat input en output op een logische manier aan elkaar gekoppeld zijn. Een idee dat overigens in het algemeen sterk verankerd is in onze modernistisch-rationalistische manier van denken (zie Sanderson, 2000: 445).

Sinds het baanbrekende werk van de Nobelprijswinnaar Herbert Simon weten we dat zulke rationele aannames in de wereld van organisaties heel vaak niet met de empirie stroken. Meer dan 40 jaar organisatieonderzoek in de traditie van Simon (zie bijvoorbeeld Simon, 1962 en 1965; March en Simon, 1958; Cohen, March en Olsen, 1972; Weick, 1979; March en Olsen, 1984; Brunsson 1985, 1989) heeft duidelijk gemaakt dat organisatie- en beleidsproblemen meestal gekenmerkt worden door een hoge mate van complexiteit. Dat betekent dat vele factoren een rol spelen in de uitkomst van processen, dat deze factoren elkaar ook nog eens wederzijds beïnvloeden en dat de kennis ontbreekt om gevolgen van handelen te voorspellen. Dit alles heeft te maken met het feit, dat we maar een begrensde mate van rationaliteit of informatieverwerking hebben. Beperkingen in intellectuele capaciteiten, in tijd en in andere middelen laten het niet toe een alomvattende evaluatie door te voeren van alle alternatieve strategieën om een bepaald doel te bereiken. Vanaf een bepaalde mate van complexiteit van een probleem zal het niet meer mogelijk zijn op een gelijkaardige complexe manier te antwoorden. Het gevolg is dat vaak maatregelen worden genomen die gebaseerd zijn op vereenvoudigde voorstellingen van het probleem met als resultaat ongepaste of zelfs pathologische gevolgen (zie bijvoorbeeld Kenis, 2001). Het feit bijvoorbeeld, dat meer middelen in een ziekenhuis (voor specialisten, OK-ruimte, OK-personeel en financieel-budgettaire tekorten) de wachtlijsten niet bekorten, heeft volgens

¹⁸ Uitgesproken in 'Den Haag Vandaag' (*Nederland 3* van de NOS) op 7 juni 2001.

deze benadering iets te maken met het feit dat de assumptie: 'het tekort aan middelen is de oorzaak van wachtlijsten', een te eenvoudige voorstelling van de zaken is.

Wachtlijsten blijken inderdaad een bijna ideaaltypisch voorbeeld van een probleem dat gekenmerkt is door een hoge mate van complexiteit. Zowel de vraag- als de aanbodzijde wordt beïnvloed door een hele reeks van factoren, die elkaar ook wederzijds en niet altijd op lineaire wijze, steeds weer beïnvloeden. Ter illustratie een opsomming van factoren die de lengte van één enkele wachtlijst beïnvloeden¹⁹: behoefte aan behandeling, bevolkingsopbouw, epidemiologische factoren, inschatting en monitoring van de vraag door de zorgverzekeraars, bepaling van het ziekenhuisbudget, beschikbaar budget voor de betreffende patiëntencategorie, beschikbare capaciteiten voor de betreffende patiëntencategorie, aantal specialisten, aantal verpleegkundigen, het macrobudget voor de zorg, verborgen behoeften²⁰, creëren van schaarste om de kosten in de hand te houden, middelen voor de aanpak van wachtlijsten, efficiency van het zorgproces, logistieke problemen, mate van doorstroming, opnamestops, combinatie met andere aandoeeningen, verandering in mondigheid, onduidelijkheid over de regelgeving voor het verkrijgen van extra middelen, renovaties, aantal crisisopnamen, budgettekorten, krapte op de arbeidsmarkt, productieafspraken, lengte van de wachtlijst, indicatiebeleid²¹, medisch technologische ontwikkelingen, het bedenken van nieuwe behandelingen, rechten van de zorgvrager, alternatieven voor de wachtlijst (een kort geding, bedrijvenpolitie, privé-klinieken, zorg in het buitenland), aantal spoedgevallen, ziekteverzuim in afdelingen, doelstellingen en strategieën van de betrokken organisaties, emancipatie van de patiënt, rechterlijke uitspraken, capaciteiten voor

¹⁹ Dit is een 'ongestructureerde' en 'vervulde' opsomming van factoren zoals ze in de literatuur te vinden zijn.

²⁰ Een voorbeeld: "De aanpak van wachtlijsten in de Friese gehandicaptenzorg heeft minder effect dan verwacht. De lijsten worden juist langer, omdat meer mensen zich aanmelden. Er is sprake van een 'verborgen vraag' die nu zichtbaar wordt: gehandicapten die voorheen een beroep deden op ouders of vrienden voor hulp, dienen nu een aanvraag in voor zorg. Het gevolg is dat het aantal aanvragen voor zorg in de provincie Friesland sinds september vorig jaar met 50 procent is toegenomen" (NRC Handelsblad, 10/1/2001).

²¹ Zo constateerde de Wachtlijstbrigade bijvoorbeeld "... dat er in de wereld van verpleging en verzorging grote onduidelijkheid en verschil van mening bestaat over de vraag wat nu eigenlijk de betekenis is van een indicatie die is afgegeven door een RIO" (Wachtlijstbrigade (2000).

kinderopvang, optimalisaties rondom andere patiëntencategorieën²², meer behoefte aan vrije tijd, toename in de participatie voor de zorg van kinderen, geslachtsratio van het personeel, de instroom van studenten geneeskunde, etc. Maar niet alleen wordt die ene wachtlijst beïnvloed door een groot aantal factoren, andere zorgwachtlijsten (die op hun beurt ook weer beïnvloed worden door een even groot aantal factoren) beïnvloeden de lengte van de wachtlijst: de wachtlijst voor de polikliniek, de wachtlijst voor poliklinisch onderzoek, de wachtlijst voor het ziekenhuis, de wachtlijst voor de thuiszorg, de wachtlijst voor verpleeghuis of verzorgingshuis²³. Bovendien beïnvloeden ook andere wachtlijsten, zoals voor cursussen Nederlands, de zorgwachtlijsten.

Gezien de complexiteit van de wachtlijstproblematiek zoals hierboven beschreven, is het dus helemaal niet verwonderlijk dat een inputsturing niet automatisch in een gewenste output resulteert. Hoe plausibel dit vanuit organisatiewetenschappelijk perspectief ook is, het gevoerde beleid blijft er vanuit gaan dat het zulke effecten kan behalen. Dat beleidsmakers toch blijven vasthouden aan die mogelijkheid is verklaarbaar uit een onderschatting van de complexiteit van de wachtlijstproblematiek enerzijds en een overschatting van hun mogelijkheid in het aansturen van complexe systemen anderzijds (zie hierover ook Derksen, 2001 en Sanderson, 2000: 441). Uitspraken als 'De praktijk is weerbarstig als het gaat om het uitwisselen van mensen met overbruggingszorg' (Taskforce aanpak wachtlijsten, 2001: 22) of 'Uit de interviews komen verschillende *verstorende* factoren naar voren' (Laeven e.a., 2000a) getuigen hiervan. Vanuit het geschetste organisatiethoetoretisch perspectief is de praktijk niet weerbarstig, maar wel de assumpties waarop de maatregelen zijn gebaseerd, die volgens de bewindslieden tot bepaalde uitkomsten zouden moeten leiden.

Dat onderschatten van de complexiteit en/of overschatten van de mogelijkheden kenmerkend zijn voor de bewindsorganisaties blijkt ook uit de reactie op

²² 'Een belangrijke nuancering is wel op zijn plaats. Optimalisatie rondom één patiëntencategorie (zoals vaak in BPR-achtige trajecten gebeurt) kan leiden tot nadelige effecten voor andere categorieën of voor het totaal' (Laeven e.a., 2000a: 31).

²³ In de geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld was de toestand in het voorjaar van 2001 als volgt: 7 weken wachten op een aanmeldingsgesprek, 15 weken wachten op het vaststellen welke hulp nodig is, afhankelijk van de benodigde hulp 14 weken voor extramurale hulp en tot 29 weken voor beschermd wonen (NRC Handelsblad 19/4/2001).

het falende beleid. In plaats van de bovengenoemde assumpties ter discussie te stellen, wordt vanuit verschillende hoeken geroepen dat het gevoerde beleid nog moet worden aangescherpt om beter greep te krijgen op het systeem.

Enerzijds wordt er over nagedacht hoe 'de bewindsvrouwen Borst en Vliegenhart ... greep kunnen krijgen op deze ondoordringbare sector met vele duizenden verzekeraars, instellingen, zelfstandige bestuursorganen, maatschappijen, kleine zelfstandigen, beroepslobby's, enzovoorts' (NRC Handelsblad, 18/6/2001), anderzijds eindigt bijna elk rapport over de wachtlijstproblematiek met een oproep tot het verzamelen van meer data en het uitvoeren van complexere analyses. Zoals bijvoorbeeld de Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens verpleging en verzorging: 'Overwogen kan worden om met behulp van verdere statistische analyses de verschillende factoren met elkaar in verband te brengen, om zodoende een beeld te krijgen van de oorzaken en daarmee de mogelijke oplossingsrichtingen' (Taskforce aanpak wachtlijsten, 2001: 20). Op basis van eerder organisatieonderzoek kan inderdaad voorspeld worden dat, als een probleem of situatie oncontroleerbaar blijkt, verdere centralisatie als de oplossing wordt gezien (Chisholm, 1989: 6). Vooral in de publieke sector worden problemen vaak gezien als het resultaat van gebrek aan coördinatie. Bijna automatisch wordt in zo'n situatie met een versterking van de centrale sturing gereageerd.

Jammer alleen, dat op basis van de organisatietheorie ook geconcludeerd zal moeten worden dat ten eerste, meer informatie niet noodzakelijk aan beter beleid bijdraagt, maar zelfs vaak ongewenste neveneffecten heeft (zie stelling 2) en ten tweede, dat greep krijgen op de sector niet vanzelfsprekend is (zie stelling 3).

Stelling 2:

Het tellen en publiceren van het aantal wachtenden en het bepalen van streefnormen draagt nauwelijks bij tot het verkleinen van de wachtlijsten maar produceert wel een aantal ongewenste neveneffecten.

Een gebruikelijk antwoord op complexe problemen is deze in kaart te brengen door het verzamelen van data en het bepalen van streefnormen (zie Boyne en Gould-Williams, 2001; Chisholm, 1989: 6-9; The Economist,

28/4/2001a en 28/4/2001b). Zo ook in de Nederlandse zorg. Eén van de speerpunten in de aanpak van de wachtlijsten is de ontwikkeling van een centrale registratie en publicatie van de vraag naar zorg, alsook het bepalen van streefnormen voor aanvaardbare wachttijden. De tellingen voor de care sector worden gecoördineerd door de Taskforce aanpak wachtlijsten, die er een paar keer op zeer voortvarende en effectieve manier in slaagde de wachtenden in de care sectoren in kaart te brengen²⁴ en die procedures heeft ontwikkeld voor een AWBZ-brede zorgregistratie²⁵. In de curatieve sector worden de tellingen gecoördineerd door het NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)²⁶. Een belangrijk aspect van die tellingen betreft het 'opschonen'²⁷ van de wachtlijsten, waardoor deze telkens substantieel worden ingekort. Ook zijn (niet afdwingbare) streefnormen vastgesteld voor de wachttijden, de zogenaamde "Treeknormen"²⁸. Deze normen werden eerst voor de curatieve zorg vastgesteld (januari 2000) en op patiënteniveau gedefinieerd: 80% van de wachtenden dient binnen de gestelde norm te worden geholpen²⁹. In april 2000 hebben de Treek-partijen streefnor-

²⁴ De wachtlijsten verpleging en verzorging in mei 2000 en maart 2001 door de zorgaanbieders en zorgkantoren. De wachtlijsten in de Gehandicaptensector door ZRS en ZRSII. De wachtlijsten in de geestelijke gezondheidssector door periodieke enquêtes van Prismant en via de landelijke inventarisatie van de wachtlijsten GGZ.

²⁵ Zie de brochure 'Project zorgregistratie verpleging en verzorging. Structurele Wachtlijstregistratie'. Uitgegeven door het Project Zorgregistratie.

²⁶ Zie www.ziekenhuis.nl en www.zorgatlas.nl. Op deze websites staan *wachttijden* en niet *wachtlijsten*. Vanaf 1 januari 2001 zijn ziekenhuizen van het VWS verplicht om deel te nemen aan de databank en gegevens maandelijks te actualiseren.

²⁷ 'Opschonen' betekent het wegwerken van de (administratieve) vervuiling die is ontstaan bij de invoer, het verwijderen van namen van cliënten die overleden zijn, het verwijderen van namen van cliënten die reeds de volledig gevraagde zorg krijgen, het verwijderen van namen van cliënten die uit voorzorg op de wachtlijst staan en van dubbeldingen (cliënten die voor hetzelfde product bij meerdere aanbieders op de wachtlijst staan).

²⁸ Deze werden bepaald door de Treekpartijen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) en werden overgenomen door de Minister (zie Ministerie van VWS, 2001).

²⁹ Treeknormen 'niet-(sub)acute' curatieve zorg: 3 weken voor aanmelding/toegang, 3 weken voor diagnostiek/indicatie, 4 weken voor behandeling polikliniek en 5 weken voor behandeling kliniek. 100% moet zijn geholpen binnen een termijn die een paar weken langer is. De partijen willen deze streefnormen realiseren per 1 januari 2003.

³⁰ Een patiënt moet binnen 1 week terecht kunnen bij een indicatie-orgaan; voor 80% moet binnen 4 weken thuiszorg of verpleeghuiszorg gerealiseerd zijn; een plaats in een verzorgingshuis, instelling voor gehandicaptenzorg of instelling voor geestelijke gezondheidszorg moet binnen 8 weken zijn gerealiseerd.

men voor de care-sector vastgesteld³⁰.

Op zich is het tellen van wachtenden natuurlijk een belangrijke opgave omdat het een soort indicatie van het probleem geeft en ook de mogelijkheid biedt na te gaan of de wachtlijsten over een bepaalde periode af- of toenemen. Anderzijds kan gesteld worden dat het belang dat gehecht wordt aan dergelijke tellingen en aan het bepalen van streefnormen, gebaseerd is op een aantal gedragsassumpties die – wederom op basis van hetgeen we weten over organisaties – misleidend kunnen zijn³¹. Ten eerste de assumptie als zouden organisaties wachtenden op een accurate manier kunnen tellen, ten tweede de assumptie dat transparantie van wachtlijsten van organisaties de wachtenden ertoe zal bewegen die organisaties te selecteren die kortere wachtlijsten hebben, en ten derde de assumptie dat voldoende informatie een bewindsorganisatie in staat stelt een probleem aan te pakken.

Alle drie genoemde assumpties zijn weliswaar op goede intenties gebaseerd maar botsen wederom met inzichten uit de organisatieliteratuur. Het gevolg hiervan is dat deze tellingen en streefnormen waarschijnlijk nauwelijks effect hebben op de lengte van de wachtlijsten. Ook zal ik aantonen dat dergelijke tellingen en normen ongewenste neveneffecten produceren.

De eerste assumptie, dat de getallen die door middel van een AWBZ-brede zorgregistratie en een registratie van de wachtenden in ziekenhuizen een eenduidige indicatie zouden zijn van de zorgvraag, is vermoedelijk maar gedeeltelijk juist. Ook als we veronderstellen dat de AWBZ-brede zorgregistratie en de ziekenhuisregistratie een waterdicht systeem vormen en alle betrokken organisaties zich op dezelfde manier inzetten voor het aanleveren van gegevens (hetgeen ook een problematische assumptie is, zie stelling 3 en Breedveld e.a., 2000: 182) blijft het probleem bestaan dat, zodra een patiënt geregistreerd staat als zorgbehoevende, er zich tal van dingen kunnen voordoen in zijn of haar situatie. Deze verandering kan een gevolg

³¹ Voor een vergelijkbare argumentatie zie de bijdrage van Leeuw (2001) over rankings in het hoger onderwijs.

zijn van verbetering of verslechtering in de fysieke of mentale toestand, verhuizing, overlijden, informatie over alternatieve zorgmogelijkheden, het inwinnen van een 'second opinion' (van Dalen, 2001), verandering in de gezinssamenstelling, informatie over de lengte van wachtlijsten³², verandering in de behoeften, nieuwe behandelingsmogelijkheden, nieuwe behandelingslocaties, tevredenheid met de overbruggingszorg, geen tijd vanwege persoonlijke omstandigheden, enzovoorts. Het is niet duidelijk welk percentage van een wachtlijst door dergelijke factoren wordt beïnvloed, maar het zou aanzienlijk kunnen zijn. Algemeen geldt dat, hoe diverser de zorgvragen en behoeften van mensen in een geïndividualiseerde samenleving zijn, hoe moeilijker het zal worden deze behoeften organisatorisch in te kaderen en in kaart te brengen (zie ook Globerman, 1991: 256)³³. Een representatieve reactie hierop is dat 'als tehuizen en gemeenten er iets aan willen doen, ze de indicatie vaker moeten actualiseren' (de Volkskrant, 19/6/2001). De polemische reactie hierop zou kunnen luiden dat dat wel eens 'indicatieactualiseringswachtlijsten' zou kunnen opleveren.

Een tweede assumptie die ten grondslag ligt aan het registreren en openbaar maken van de zorgbehoefte is dat daardoor instrumenten worden geschapen die cliënten de gelegenheid bieden rationelere besluiten te nemen met betrekking tot hun zorgconsumptie, respectievelijk zorgproductie. Wat de consumenten betreft zou gesteld kunnen worden, dat de beschikbare informatie de transparantie en keuzevrijheid vergroot. De veronderstelling is dan, dat ze hun zorgbehoefte zullen aanmelden bij organisaties die korte of helemaal geen wachtlijsten hebben, waardoor algemeen gesproken de gemiddelde wachttijd zal afnemen. Ook aan deze assumptie zitten een aantal haken en ogen.

Een eerste kanttekening bij bovengenoemde uitspraak is dat cliënten niet noodzakelijk mobiel zijn wat hun zorgconsumptie betreft. Vaak willen ze in

³² Een voorbeeld: iemand staat op de wachtlijst voor een operatieve ingreep, maar weet dat er een lange wachtlijst voor thuiszorg is.

³³ 'In summary, reported hospital waiting lists are imperfect measures of queuing for medical treatment' (Globerman, 1991: 256)

hun directe omgeving behandeld worden omdat vertrouwen in personen en organisaties een belangrijke rol speelt in de consumptie van zorg³⁴. Verder bestaan er natuurlijk nog formele en technische beperkingen voor het op een andere plaats ontvangen van zorg (bijvoorbeeld thuiszorg). Een andere factor die hier ook meespeelt is de vraag hoe cliënten de wachtlijsten van organisaties inschatten. Het is niet noodzakelijk zo, dat lange wachtlijsten afschrikken; ze kunnen ook als een indicator voor kwaliteit begrepen worden. In een situatie waar wachtlijsten een veel voorkomend fenomeen zijn, zouden korte wachtlijsten als een indicator begrepen kunnen worden voor een lage kwaliteit van het product³⁵.

Ook is vaak vastgesteld dat kortere wachtlijsten extra zorgbehoeften produceren (de zogenaamde 'aanzuigende werking') waardoor de wachtlijsten dan weer langer worden. Dat kan komen door het zichtbaar worden van 'verborgen vraag' of door het indicatiebeleid van artsen of RIO's. Twee Britse artsen konden aantonen dat het indicatiebeleid afhankelijk is van de gerapporteerde lengte van de wachtlijst (Smethurst en Williams, 2001). Ze toonden statistisch aan dat hoe langer een patiënt vermoedelijk moest wachten, hoe lager de kans was dat hij doorverwezen werd. Het gevolg is dat de inzet van meer specialisten de wachtlijst niet oplost, omdat het systeem zich aan de nieuwe situatie zodanig aanpast dat opnieuw een evenwichtssituatie wordt verkregen, die kwalitatief hetzelfde is – met wachtlijsten – als die daarvoor. Hun verklaring voor dit fenomeen is gebaseerd op de complexiteitstheorie, die stelt dat eigenschappen van complexe systemen niet op

³⁴ Indicaties hiervoor zijn het kleine aantal mensen die voor zorg naar het buitenland gaat, ook als dat kan (zie FEM / DeWeek, 20/5/2000), het feit dat veel patiënten die een PGB (Persoonsgebonden budget) ontvangen 'toch vooral zorg blijven kopen bij reguliere instellingen, vaak hun eigen instelling' (Kerseboom en Geleen, 2000), de meeste patiënten 'het liefst in hun eigen regio geopereerd [worden] door hun eigen, vertrouwde dokters' (onderzoek van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen naar het gebruik van de wachtlijstdatabank, geciteerd in het Algemeen Dagblad, 9/4/2001). Volgens een rapport van Prismant zou de helft van de patiënten bereid zijn naar een ander ziekenhuis te gaan als daar de wachtlijst korter is. Of ze dat feitelijk doen is echter de vraag en niet bekend (Ministerie van VWS, 2001)

³⁵ Zie bijvoorbeeld één van de stellingen van Czwartosz in het boeiende artikel 'On queueing': 'The attractiveness and utility of an article increase with the time spent in the queue' (2001: 184). In de discussie over het plaatsen van ziekenhuiswachtlijsten op het internet in Canada is een vaak gehoorde uitspraak dat '... Web site waiting lists may also reinforce that false public perception that surgeons with longer waiting lists are more competent' (Kent, 1999: 181).

een voorspelbare manier voortvloeien uit die van de afzonderlijke samenstellende delen, maar uit de wisselwerking ertussen. Ze vatten hun onderzoek fraai samen met de volgende zin: 'Hamsters run freely on wheels and a doctor's work may be compared by running on a health service wheel. ... The faster one runs the faster the wheel turns' (Smethurst en Williams, 2001). Dergelijke fenomenen werden ook voor de Nederlandse situatie empirisch vastgesteld (zie bijvoorbeeld Taskforce aanpak wachtlijsten, 2001 en School, 2000).

Een derde assumptie die het verzamelen van informatie verantwoordt, is dat deze een bijdrage kan leveren in de oplossing van het probleem. Dit is een veronderstelling die in de lijn ligt van de volgende kritische opmerking van Simon: 'One kind of optimism, or supposed optimism, argues that if we think hard enough, or rational enough, we can solve all our problems' (1983:3)³⁶. Er zijn echter zowel empirische als theoretische aanwijzingen dat dit niet noodzakelijkerwijs het geval is. Een empirische aanwijzing is dat informatieverzameling weliswaar steeds wordt verantwoord met een mededeling dat ze tot verdere inzichten en dus tot een oplossing van het probleem zal bijdragen, maar dat de aanbevelingen die vervolgens worden gedaan vaak van uiterst algemene en summiere aard zijn. Zo komt de 'Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstengegevens – verpleging en verzorging' (Taskforce aanpak wachtlijsten, 2000) op basis van een uiterst imponerende en gedetailleerde telling (zie Hoeksma, Homans en Menting, 2000) tot de volgende weinig spectaculaire en weinig genuanceerde conclusie: 'Centraal in het oplossen van de wachtlijsten is uitbreiding van capaciteit om over de gehele breedte van de sector verpleging en verzorging meer zorg te kunnen bieden' (2000: 17). En een rapport uit de curatieve sector maakt de zaak ook niet eenvoudiger door te stellen dat nagegaan moet worden '... in hoeverre een raming van benodigde middelen momenteel haalbaar is waarbij rekening wordt gehouden met alle cruciale factoren, zoals demografische ontwikkelingen, ambulantisering, verwijspatronen en verandering in type zorgvraag' (Laeven e.a., 2000a: 53). Een misschien nog duidelijkere empirische indicatie voor het gegeven dat verzamelde informatie weinig bijdraagt tot het gevoerde beleid is het feit, dat de verdeling van 218,6 miljoen gulden in 1999 over de verschillende regio's voor de aanpak van de wachtlijsten in de

³⁶ Of, zoals Goethe al zei: 'Weil du die Augen offen hast, glaubst du, du siehst.'

sector verpleging en verzorging, niet gebeurde op basis van de beschikbare gedifferentieerde set van wachtlijstgegevens, maar op basis van twee eenvoudige indicatoren: het aantal inwoners boven de 75 en een vereffeningsmaat op basis van de relatieve ondercapaciteit (zie Ministerie van VWS, 1999: 11).

Behalve de eerder genoemde empirische indicaties kunnen op basis van de organisatiewetenschap ook een aantal theoretische redenen worden geformuleerd waarom informatieverzameling en de daaraan verbonden strategieën niet noodzakelijk tot de oplossing van problemen bijdragen. Informatie over het aantal en de aard van zorgbehoeften en wachtlijsten houdt namelijk niet in *hoe* die wachtlijsten moeten worden verminderd. Volgens Wildavsky ' can [there] be no planning without the ability to cause other people to act differently than they would otherwise act' (1973: 132; zie ook Sanderson, 2000: 441). Dit punt kan het beste worden geïllustreerd aan de hand van de tabel uit de 'Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens – verpleging en verzorging' van september 2000.

Tabel 1: Voorstel van de Taskforce aanpak wachtlijsten voor de wachtlijstaanpak in de sector verpleging en verzorging

Stap	Korte omschrijving van stap	Mogelijk effect op wachtlijst
a	Voor verpleeghuisgeïndiceerden zonder overbruggingszorg capaciteit creëren	2.900
b	Bemiddelen overbrugging tussen sectoren	1.848
c	Bemiddelen overbrugging binnen sectoren	2.392
d	Wachtenden in verkeerde bed ziekenhuis juiste zorg geven	2.220
e	Herindiceren wachtenden met overbruggingszorg	17.139
f	Aanvaardbare levertijden gebruiken voor planning	14.472
g	Overige intramuraal wachtenden juiste zorg geven	24.727
h	PGB voor alphahulp en huishoudelijke verzorging	12.985
i	Overige wachtenden extramuraal juiste zorg geven	22.997
Totaal		101.680

Bron: Taskforce aanpak wachtlijsten (2000: 18).

In deze tabel worden 101.680 wachtenden 'theoretisch' stapsgewijs weggewerkt. Een nauwkeurigere kijk op de complexiteit die achter elk van deze stappen schuilgaat doet al snel vermoeden dat deze stappen in de praktijk nauwelijks aan te sturen en moeilijk implementeerbaar zijn.

Een tweede verklaring vanuit de organisatieliteratuur voor het feit dat informatie niet noodzakelijkerwijs tot een oplossing van het probleem bijdraagt, stelt dat organisaties informatie verzamelen om andere redenen dan een bijdrage te leveren aan de oplossing van het probleem. Bij gebrek aan empirisch materiaal kan deze hypothese niet aan de ervaring getoetst worden, maar op basis van wat theorieën doen vermoeden is het niet onwaarschijnlijk dat een dergelijke verklaring ook in het onderhavige geval van toepassing is.

Met name de neo-institutionalistische organisatietheorie gaat ervan uit dat wat organisaties doen niet moet worden geïnterpreteerd als zijnde een bijdrage tot de effectiviteit van de organisatie, maar als een bijdrage tot de legitimiteit daarvan. Hiermee wordt bedoeld dat organisaties niet gericht zijn op vergroting van hun doelmatigheid, maar veeleer op een tegemoetkoming aan sociale en culturele vormen van pressie om zich te conformeren aan bepaalde verwachtingen (Meyer en Rowman, 1977; Powel en DiMaggio, 1991). Vanuit zo'n perspectief zouden we dus de hypothese kunnen formuleren dat de reden waarom informatie verzameld wordt en streefnormen bepaald worden, in de eerste plaats te maken heeft met het voldoen aan bepaalde verwachtingen (zoals in het geval van bewindslieden het ondernemen van actie). Zo konden McKevitt en Lawton (1996) in een onderzoek in Groot-Brittannië inderdaad aantonen, dat het verzamelen van informatie over resultaten vooral plaatsvond om de legitimiteit van de organisatie te verzekeren en niet zozeer om organisatieveranderingen of verbeteringen van services te vergemakkelijken³⁷.

De neo-institutionalistische theorie stelt verder dat vooral organisaties, die in hoge mate met institutionele omgevingen te maken hebben en bovendien

³⁷ Vanuit een neo-institutionalistisch standpunt is dat niet noodzakelijk 'slecht'. Er wordt namelijk vanuit gegaan dat legitimiteit vaak heel belangrijk is voor de reputatie, toegang tot middelen en overlevingskansen van een organisatie.

moeilijk op hun outcome kunnen worden beoordeeld (zoals scholen, ziekenhuizen, ministeries), eerder aandacht hebben voor het verhogen van hun legitimiteit dan van het vergroten van hun effectiviteit.

Aldus lijkt het plausibel dat het Ministerie van VWS vooral uit legitimiteits-overwegingen informatie verzamelt. Als we deze redenering volgen doet zich in de beleidsmatige aanpak van de wachtlijsten een interessant fenomeen voor. Volgens de neo-institutionalistische theorie zou het Ministerie van VWS haar institutionele omgeving een duidelijk signaal geven dat ze iets doet (met name het verzamelen van informatie en formuleren van standaards). In datgene wat ze doet produceert het Ministerie van VWS echter informatie, die door sommigen gebruikt kan worden om de effectiviteit van het Ministerie van VWS te beoordelen (met name het aantal wachtenden). Dat leidt dan tot een situatie waarin een organisatie die in principe heel moeilijk op basis van outcome-indicatoren beoordeeld kan worden, door haar omgeving toch op zo'n manier beoordeeld wordt. Dat dit het geval is, blijkt uit talrijke krantencommentaren en dreigingen met parlementaire onderzoekscommissies³⁸.

Een tweede mogelijke verklaring waarom organisaties weliswaar informatie verzamelen maar die dan niet gebruiken voor het oplossen van problemen, is gebaseerd op machtstheorieën (zie Perrow, 1986: hoofdstuk 8). Informatie kan door een organisatie worden gebruikt om andere organisaties te controleren. Zo wordt in een publicatie van de OESO (1997) over resultaatgericht management een onderscheid gemaakt tussen 'top-down systems' die vooral georiënteerd zijn op verantwoordelijkheid en controle, en 'bottom-up systems' waar het vooral gaat om leveren van betere prestaties. Een voorzichtige inschatting van het Nederlandse systeem laat toe hier van een gecentraliseerd 'top-down'-gebeuren te spreken als het gaat om de meting en benutting van wachtlijstcijfers.

Wat ik tot dusver heb aangetoond is dat het rapporteren van wachtlijsten, althans op basis van de organisatietheorie, minder bijdraagt tot het bekorten

³⁸ Dit zou ook een voorbeeld kunnen zijn van de uitspraak van Brunsson die stelt dat het nemen van concrete acties door politieke organisaties hun legitimiteit in gevaar brengt (Brunsson, 1989: 228).

van wachtlijsten dan algemeen verwacht wordt, omdat het belang van deze rapportage op een aantal onrealistische assumpties gebaseerd is en andere doelstellingen dient. Wat echter bovendien gesteld kan worden, ook weer op basis van de organisatietheorie, is dat de rapportage negatieve effecten kan produceren. Zulke mogelijke nadelen kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Kosten. Het is duidelijk dat een centrale rapportage aanzienlijke kosten veroorzaakt, zowel op het coördinerend niveau als op het niveau van de organisaties die de informatie moeten aanleveren en dit zowel in de vorm van directe als indirecte kosten. De directe kosten voor de AWBZ-brede zorgregistratie, bijvoorbeeld, werden begroot op 55 miljoen gulden. De indirecte kosten zijn nauwelijks in te schatten maar enige indicatie van uit het standpunt van de artsen geef ik in stelling 3.
- Strategisch gedrag. Een nadeel kan zijn dat het rapporteren van wachtlijsten ongewenst strategisch gedrag veroorzaakt. Het kan leiden tot een 'cultuur van kortebaantwerk' (interview met Blokland door Beker, 2001: 23)³⁹ of tot het prioriteren van het behandelen van lichte aandoeningen, omdat deze sneller behandeld kunnen worden dan zware (zie The Economist, 2001a, zie ook De Brauw, 2001; nog andere voorbeelden van ongewenst strategisch gedrag komen aan bod in de bespreking van stelling 3).
- Valse zekerheid. De onechte precisie en regiditeit van tellingen en streefnormen produceert een valse zekerheid en kan zodoende mislukkingen tot gevolg hebben. Om met Mintzberg te spreken: '...setting oneself on a predetermined course in unknown waters is the perfect way to sail straight into an iceberg' (1987: 26).

³⁹ 'Het tellen van wetenschappelijke publicaties en van alles wat verder nog te tellen valt, heeft geleid tot een cultuur van kortebaantwerk en strategisch publiceren. Dit heeft niets meer te maken met het vergaren van kennis en het gezamenlijk pogen een bijdrage te leveren aan het oplossen van maatschappelijke vraagstukken, maar met kleine zelfstandigen verwickeld in een overlevingsstrijd'. Dit citaat heeft uiteraard weinig met de zorgsector te maken, maar lijkt me om verschillende redenen hier toch erg toepasselijk (interview met Blokland door Beker, 2001: 23).

- Misbruik. Getallen kunnen per definitie vervalst worden. Om politieke, verkiezings- of andere redenen kunnen organisaties er belang bij hebben stijgingen of dalingen van wachtlijsten aan te kondigen. Er zijn bij mijn weten geen bewijzen dat dit het geval is in Nederland, maar in andere landen met wachtlijsten in de zorg (Groot-Brittannië en Zweden) bestaan er verdenkingen van manipulatie van wachtlijstgegevens (Pickin e.a., 2001).

Stelling 3:

Niet elke organisatie in het zorgveld heeft per definitie interesse om de wachtlijsten aan te pakken.

Een derde assumptie die de discussie over en de aanpak van de wachtlijsten kenmerkt, is dat ervan wordt uitgegaan dat wachtlijsten vanuit het standpunt van de betrokken organisaties als iets negatiefs gezien worden. Om de betrokken organisatie te helpen deze negatieve situatie om te buigen, worden middelen ter beschikking gesteld in de vorm van coördinatie, informatie en financiën, en wordt soms met straffen gedreigd. Er wordt dus vanuit gegaan dat die toegevoegde middelen *sec* (en de regels die ermee gepaard gaan⁴⁰) een determinerende invloed hebben op de beleidsuitkomsten.⁴¹

Hoe wenselijk dat - normatief gesproken – ook is, op basis van de bestaande organisatietheorieën moeten we ervan uitgaan dat dit niet noodzakelijkerwijs het geval is. Dat wachtlijsten het product van een georganiseerd en interdependent zorgveld zijn, betekent nog niet dat er een zorgveldbreed criterium bestaat dat stelt dat wachtlijsten moeten worden weggewerkt (wat door Scharpf (1994) 'Systemrationalität' genoemd wordt). Bovendien bestaat er theoretisch gesproken geen dwingende noodzaak waarom individuele organisaties in het zorgveld het wegwerken van wachtlijsten als één van hun centrale doelstellingen zouden zien. Eén en ander is uitvoerig beschreven in Lammers' 'Organiseren van bovenaf en van onderop' (1993;

⁴⁰ Zo bijvoorbeeld het steeds wederkerende 'boter-bij-de-vis'-principe.

⁴¹ Dat betekent, dat er tegelijkertijd vanuit wordt gegaan dat het systeem zelf weinig invloed heeft op wat er gebeurt (zie Ingraham en Moynihan, 2001:11 en Kenis en Schneider, 1996).

zie ook Kenis 2000). Zijn 'partijenmodel' beschrijft zowel interorganisatorische verbanden als de individuele organisaties binnen zulke verbanden als een conglomeraat van partijen. In het model van Lammers wordt normbesef niet als dé drijfkracht van organisaties of interorganisatorische verbanden gezien.

Dat groepen binnen organisaties of organisaties binnen interorganisatorische verbanden zich als partijen gedragen, wordt in de literatuur op verschillende manieren verklaard. Bijvoorbeeld uit het feit dat ze met verschillende stakeholders rekening moeten houden (Provan en Milward, 1995: 10 en 21). Of uit het feit dat de eerder beschreven interdependentie voor partijen een bron van onzekerheid is die ze dan op hun eigen strategische manieren proberen te minimaliseren (Chisholm, 1989: 43).

In wat volgt zal ik aantonen dat inzake het bekorten van wachtlijsten ook het Nederlandse zorgveld niet vooral door een 'Systemrationalität' gekenmerkt wordt, maar eerder 'Partialinteressen' (Scharpf, 1994) de norm zijn. Wat duidelijk zal worden is dat beleid dat van de veronderstelling uitgaat dat er een 'Systemrationalität' bestaat - terwijl die in werkelijkheid afwezig is - vermoedelijk eerder schade aanricht dan goed doet. Bovendien zal blijken hoezeer de belangen van de verschillende partijen binnen het interorganisatorisch zorgveld alsook binnen de organisaties zelf met betrekking tot de aanpak van wachtlijsten⁴² uiteen kunnen lopen:

- Patiënten. Een onderzoek van het NIPO geeft aan dat 65% van de ondervraagden wachtlijsten onaanvaardbaar vindt (Metro, 20/3/2000). Interessant is echter dat diegenen, die waarschijnlijk het meeste belang hebben bij het bekorten van wachtlijsten, vermoedelijk tegelijkertijd

⁴² Hier worden een vijftal groepen genoemd. Er zijn er natuurlijk nog meer (bijvoorbeeld de Regionale Indicatie Organen, de zorgkantoren, het College voor zorgverzekeringen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, etc.). Nog meer partijen noemen kan de stelling alleen maar versterken, omdat er binnen het zorgveld met betrekking tot de aanpak van de wachtlijsten een enorme differentiatie aan belangen bestaat.

de minst georganiseerde groep in het zorgveld is. Weliswaar hebben patiënten alternatieven in de omgang met wachtlijsten, (zoals zorg in het buitenland, gerechtelijke procedures⁴³, privé-klinieken, etc.), maar dergelijke alternatieven zijn maar beperkt inzetbaar, produceren extra kosten voor de patiënten en het vermoeden bestaat dat het terugvallen op dergelijke praktijken binnen de Nederlandse context de belangentegenstellingen alleen maar versterkt⁴⁴.

- Ministerie van VWS. Niettegenstaande het feit zij ook uit een groot aantal partijen⁴⁵ bestaat, heeft het Ministerie van VWS vanuit haar formele missie een direct belang bij het bekorten van de wachtlijsten. De Minister van VWS is namelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit, de *toegankelijkheid* en de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Anderzijds wordt kostenbeheersing ook steeds als een belangrijke doelstelling voor de zorgsector geformuleerd. Aldus zou men kunnen stellen dat hoe langer de wachtlijsten zijn, hoe succesvoller de kostenbeheersing is⁴⁶. Op basis van een rationele organisatiebenadering lijkt het onmogelijk om twee zulke tegenstrijdige doelstellingen met elkaar te verenigen en kan dat alleen maar problemen opleveren. Neo-institutionalistisch geïnspi-

⁴³ Bijvoorbeeld: De Consumentenbond trachtte in mei 2001 via drie kort gedingen onmiddellijke hulpverlening van zorgverzekeraars af te dwingen. 23 ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen spanden in 2000 een kort geding aan tegen de staat. Zij eisten op grond van de AWBZ dat de staat hun kinderen zorg zou bieden. De meeste kinderen stonden al vijf jaar of langer op een wachtlijst voor wonen of dagopvang (NRC Handelsblad, 25/7/2001). 5 patiënten, die al meer dan twee jaar op een wachtlijst voor een longtransplantatie staan, hebben een kort geding aangespannen tegen Minister Borst, hun verzekeraars en het Academisch Ziekenhuis Groningen (NRC Handelsblad, 2/6/2001). Het Europese Hof van Justitie heeft in een recente uitspraak naar aanleiding van een zaak aangespannen door twee Nederlanders (Smits en Peerbooms) beslist dat patiënten zich, onder bepaalde voorwaarden, in het buitenland kunnen laten opereren. Dit onafhankelijk van het feit of ze ziekenfonds- of particulier verzekerd zijn (zie NRC Handelsblad, 13/7/2001).

⁴⁴ 'Veel te simpel. Met die woorden diskwalificeerde M. Bontje, algemeen directeur van Zorgverzekeraars Nederland, gisteren het initiatief van de Consumentenbond om de strijd aan te gaan met de wachtlijsten' (Algemeen Dagblad 9/4/2001).

⁴⁵ Als ik het hier over 'partijen' heb is dat in de zin zoals door Lammers gedefinieerd: 'een groep wordt 'partij' mede dankzij een zekere onderlinge solidariteit van de groepsleden en een bepaalde gedragscode waaraan ze hun identiteit ontleent en waardoor ze zich tegenover anderen onderscheiden, maar vooral ook dankzij een zekere frontvorming, door andere groepen 'partij' te geven' (Lammers, 1993: 26).

⁴⁶ Vooral in de economische literatuur worden wachtlijsten ook vaak als een 'alternatieve rationing device' gezien (zie Martin en Smith, 1999).

reerde organisatietheorieën geven echter aan waarom dat geen probleem hoeft te zijn voor de organisatie in kwestie: administraties worden niet in de eerste plaats beoordeeld op hun output of outcome maar op het feit dat ze een probleem hebben aangepakt (Kneisler, 1996: 144). Of, zoals Lindblom het formuleert: ‘... the test of a good policy is whether it commands sufficient support to be adopted, not whether it will actually achieve some grand objective’ (Lindblom, 1959)⁴⁷. Of zoals de ‘radical institutionalist’ Brunsson stelt: ‘Sin and hypocrisy are necessary to the creation and preservation of high morals’ en zijn dus belangrijk in de overlevingsstrategie van een politieke organisatie⁴⁸ (Brunsson, 1989: 233-234). Zoals al eerder aangetoond (zie stelling 2) kan vanuit zo’n institutionalistisch perspectief ook verwacht worden dat wachtlijsten door beleidsmakers ook gebruikt kunnen worden om andere doelstellingen te bereiken, zoals bijvoorbeeld het uitlokken van hervormingen in het zorgstelsel⁴⁹ of als inzet bij verkiezingen (zie ook Breedveld e.a., 2000: 37).

- Artsen. Het belangrijkste voor artsen is een kwalitatief goede zorg te bieden aan die patiënten, die hun zorg het meest nodig hebben. Artsen die vanwege de wachtlijsten een dergelijke zorg niet meer kunnen bieden, zullen aan de aanpak van wachtlijsten vermoedelijk een belangrijke prioriteit toekennen. Er zijn verschillende redenen denkbaar waarom artsen door de wachtlijsten geen goede zorg meer kunnen bieden: omdat het gewenste type zorg te tijdsintensief is bieden zij andere, minder kwalitatieve vormen van zorg aan waardoor, patiënten in gezondheid achteruitgaan⁵⁰; artsen worden

⁴⁷ In die context kan waarschijnlijk ook de oproep aan de zorgkantoren om ‘onorthodoxe plannen’ voor te leggen, om de kloof tussen vraag en aanbod in de sector verpleging en verzorging te verkleinen, worden gezien. Achteraf is gebleken dat die oproep niet veel heeft opgeleverd. In Jaarbeeld Zorg 2000 worden de ideeën die als ‘onorthodox’ gelden (83 van de oorspronkelijk als 643 ‘onorthodoxe’ plannen ingediende voorstellen; van een in totaal 3500 ingediende voorstellen).

⁴⁸ Brunsson definieert politieke organisaties als volgt: “This organization has no need at all to produce coordinated action; its only basis for legitimation is that it reflects inconsistent norms. Instead of seeking niches like the action organization and satisfying one need or interest at a time, the political organization reflects a variety of ideas and demands and satisfies the expectations of diverse groups in its environment.” (Brunsson, 1989: 19).

⁴⁹ Of zoals een NRC Handelsblad-redacteur het formuleert: “Die onrust biedt immers een ideale voedingsbodem voor het creëren van een ‘sense of urgency’ die nodig is om voor zo’n ingrijpende operatie voldoende maatschappelijk en politiek draagvlak te krijgen.” (NRC Handelsblad 30/1/2001).

'schaarstemakelaars'⁵¹ (de Volkskrant, 10/6/2000). Maar tegelijkertijd zijn er ook verschillende redenen denkbaar waarom het niet interessant is voor artsen om wachtlijsten aan te pakken. Dit geldt bijvoorbeeld voor die artsen, die korte of geen wachtlijsten hebben en die door een aanpak van wachtlijsten een deel van hun capaciteiten (OK-capaciteiten in ziekenhuizen bijvoorbeeld) zouden moeten inleveren⁵². Ook is het zo dat artsen in de eerste plaats door de tuchtrechter afgerekend worden op de patiënt die ze behandelen en niet op de patiënt die ze niet behandelen. Bovendien is het budgettair niet interessant om meer verrichtingen te doen gezien het feit dat een overschrijding van het aantal verrichtingen gestraft wordt (zie infra).

- Zorgverzekeraars. Ook voor zorgverzekeraars geldt dat er tegelijkertijd redenen kunnen zijn waarom ze wachtlijsten zouden willen aanpakken en redenen waarom ze dat niet zouden willen doen. Het aanpakken van wachtlijsten kan voor zorgverzekeraars interessant zijn uit concurrentieoverwegingen⁵³ of

⁵⁰ Bijvoorbeeld:

'Omdat kijkoperaties langer duren dan de open operatie, geef ik ondanks mijn specialisatie in kijkoperaties, vaak de voorkeur aan het verrichten van een open operatie. Zo kunnen meer urgente patiënten geopereerd worden. Ik weet dat met een open operatie de patiënten langer in het ziekenhuis moeten verblijven na de operatie. Tevens hebben zij meer pijn, moeten ze thuis langer herstellen, en duurt het ook langer alvorens zij hun normale activiteiten of werk kunnen hervatten' (De Brauw, 2001: 19-20).
'Bestralingscentra behandelen kankerpatiënten met een hogere dosis straling om zo het aantal behandelingen te verminderen, zodat de wachtlijsten korter worden. Voor de patiënt betekent dit een grotere kans op bijwerkingen, zoals een zere huid en ongewenste littekenvorming' (Trouw, 21/9/2000)

⁵¹ Bijvoorbeeld:

'Ik word gedwongen concessies te doen aan mijn medische principes. Ik moet schipperen en marchanderen om mijn patiënt uiteindelijk te laten opereren. ... Het kostte mij ongeveer een half uur om de gegevens van de betreffende patiënt op te zoeken (met name wachtenden die belden omdat hun klachten verergerd waren, P.K.). Het kostte wel een uur of meer om de patiënt vervolgens op een spoedlijst te zetten. En met welk resultaat? De frequentie van de telefoontjes liep op.' (De Brauw, 2001: 12-13).
'In Den Haag zijn wachtlijsten 'getallen' ... In de dagelijkse praktijk van medewerkers in de gezondheidszorg zijn het *gezichten*: een oude vrouw die niet meer zelfstandig kan wonen omdat zij te lang op een nieuwe heup moet wachten, een jonge man die vier maanden op een liesbreukoperatie wacht, een vrouw die drie weken in spanning moet zitten voordat zij weet wat het knobbelteje in de borst is' (NRC Handelsblad, 26/9/2000).

⁵² Bijvoorbeeld:

'Ook de discussie met andere specialismen over herverdeling van operatietijd blijkt (te) gevoelig. De borstverkleiningsoperatie bij een 75-jarige patiënt door een plastische chirurg doet veel stof opwaaien in mijn ziekenhuis. Is zo'n operatie wel nodig als onze kankerpatiënten al te lang op hun behandeling moeten wachten?' (De Brauw, 2001: 18).

anticiperend op rechterlijke uitspraken. Er wordt bijvoorbeeld aan zogenaamde 'wachlijstbemiddeling' gedaan (ook wel 'wachlijstomzeilende initiatieven' genoemd). Enkele tientallen verzekeraars bemiddelen tussen hun cliënten en ziekenhuizen en privé-klinieken in zowel binnen- als buitenland⁵⁴. Vaak wordt zorg bemiddeld nadat een rechterlijke procedure is gestart tegen de zorgverzekeraar (zie bijvoorbeeld het artikel 'Bond zoekt opnieuw wachtlijst-patiënten' in de Volkskrant, 19/6/2001). Anderzijds blijkt dat de zorgverzekeraars tot nog toe weinig structurele initiatieven hebben getoond om wachtlijsten op te lossen. Zoals De Brauw het polemisch uitdrukt: '... bij een krap budget is de goedkoopste patiënt de niet-behandelde patiënt' (2001: 36-37).

- Zorgaanbieders. Ook wat betreft de zorgaanbieders kan er niet per definitie van worden uitgegaan dat ze interesse hebben in het bekorten van de wachtlijsten. Neem het voorbeeld van de ziekenhuizen. Ook een ziekenhuis wordt gekenmerkt door het partijenmodel. Dat betekent dat het vaak zo is, dat elke afdeling voor zichzelf werkt en niemand in het eindresultaat geïnteresseerd hoeft te zijn. De Brauw: 'Een afdeling met lege bedden neemt in de regel niet de patiënten van de andere volle afdeling over. De sfeer in een ziekenhuis is te karakteriseren door een 'ieder voor zich'-attitude van de betrokken afdelingen' (2001: 30).

Afgezien van dit klassieke organisatiefenomeen heeft het feit, dat ziekenhuizen niet geïnteresseerd hoeven te zijn in het bekorten van wachtlijsten, ook iets te maken met de regelgeving waaraan ze onderworpen zijn. Ziekenhuizen hebben volgens de regelgeving geen belang bij het behandelen van meer patiënten. De financiering van een ziekenhuis is niet geënt op het primaire proces, de behandeling van patiënten, maar vindt voornamelijk plaats op basis van faciliteiten en voorzieningen, zoals het aantal specialisten, de kosten van het gebouw, de keuken, de

⁵³ Zorgverzekeraars blijken wachtlijsten steeds vaker als een concurrentiemiddel te ontdekken (zie FEM/DeWeek, 20/52000 en NRC Handelsblad, 7/8/2001).

⁵⁴ Maar ook hier staat de regelgeving niet stil. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft een aantal richtlijnen voor 'maatschappelijk aanvaardbare bemiddelingsverzoeken' ontwikkeld.

apotheek, de verwarming, enzovoorts. De consequentie van een dergelijke regelgeving is dat een ziekenhuis er geen belang bij heeft operaties door te voeren die beter zijn voor de patiënt (bijvoorbeeld in termen van opnameduur, pijn, revalidatie, etc.), maar wel duurder. Omdat er geen werkelijke tarieven voor behandeling en diensten worden berekend en ziekenhuizen geen vergoeding krijgen voor verrichtingen, is een duurdere operatie automatisch een grotere kostenpost. Bovendien krijgt een ziekenhuis een deel van zijn budget op basis van de opnameduur, waardoor operaties met een kortere opnameduur minder interessant zijn. De kortere opnameduur heeft ook tot gevolg dat meer patiënten behandeld worden, waardoor de 'productie-afspraken' overschreden kunnen worden wat dan weer kortingen in het volgende jaar tot gevolg heeft (zie De Brauw, 2001: 22-23). Dit alles betekent niet alleen dat ziekenhuizen niet noodzakelijk interesse hebben in het bekorten van wachtlijsten, maar dat zij onder die omstandigheden zelfs tot de verlenging van de wachtlijsten bijdragen (zie ook Frissen en van der Meeren, 2000).

Bovendien is het natuurlijk denkbaar dat wachtlijsten door vertegenwoordigers van instellingen of hulpverleners ingezet worden als pressiemiddel tot het verkrijgen van een hogere prioriteit op de politieke agenda, en daarmee uitzicht op meer middelen (Laeven e.a., 2000a: 23). Het alternatief, geopperd door de Minister van VWS, om inefficiënte ziekenhuizen te straffen of door het onthouden van middelen, maakt de zaak er ook niet eenvoudiger op.

In tegenstelling tot het boeiende 'pamflet' van de chirurg De Brauw⁵⁵ moet het bovengenoemde niet als een 'aanklacht' van egoïstische partijen worden gelezen, maar eerder als een bevestiging van wat de organisatietheorie ons leert, namelijk dat organisaties en interorganisatieverbanden veelal gekenmerkt worden door verschillende, uiteenlopende en niet compatibele belangen op grond waarvan het moeilijk is een beleid te implementeren.

⁵⁵ In mei 2000 baarde de chirurg Maurits de Brauw opzien met een interview in NRC Handelsblad (20/5/2000) waarin hij de achtergronden uiteenzette voor zijn vrijwillige ontslagname bij het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Voor een 'poldermodelleur' mag dat grote zorgen baren, voor een organisatieanalist wordt daardoor het werk alleen maar interessanter en uitdagender. Op deze uitdaging zal ik nu ingegaan.

Stelling 4:

Om de wachtlijsten te bekorten moeten niet de wachtenden worden gemanaged en geteld maar wel de interdependentie van het zorgveld

Vanuit de organisatietheorie geredeneerd is het oplossen van problemen een kwestie van coördinatie⁵⁶. Maar zoals stellingen 1, 2 en 3 duidelijk hebben gemaakt, zijn er verschillende en fundamentele redenen waarom coördinatie in het geval van de wachtlijstproblematiek niet eenvoudig is. Waar we op basis van voorgaande analyse behoefte aan hebben, is een vorm van coördinatie die helpt problemen op te lossen in situaties die gekenmerkt worden door complexiteit, een groot aantal organisaties en een nog groter aantal belangen.

Vanuit het beleid wordt echter vaak anders geredeneerd. Historisch gezien was de reactie op dergelijke situaties vaak dat, om tot een oplossing te komen, beter moet worden gecoördineerd; dit door de fragmentatie te verminderen, de verschillende organisaties te integreren en verticaal aan te sturen (Chisholm, 1989: 17; Mayntz, 1993; Kenis en Schneider, 1991). Wat hier opvalt is dat behoeften aan meer coördinatie vaak gelijk gesteld wordt aan meer centralisatie: 'Where a need for coordination is perceived, the reflexive response is centralization.' (Chisholm, 1989: 13). Zo ook in het geval van de aanpak van de wachtlijsten: er worden gedragsregels opgesteld (zie bijvoorbeeld Ministerie van VWS, 1999: 17; Breedveld e.a., 2000), een wachtlijstbrigade ingesteld, 'extra bureaucratie' geproduceerd (Brabants Dagblad, 17/3/2001; zie ook Breedveld e.a., 2000: 37), centrale zorgregistratiesystemen gebouwd (zie stelling 2), etc. Toepasselijk is hier ook de

⁵⁶ Coördinatie betekent '... to place things in proper position relative to each other and to the system of which they form parts-to bring into proper combined order as parts of a whole. It means, in essence, to bring about some kind of order ...'(Chisholm, 1989: 13) en verder 'Coordination describes both a process-the act of coordinating-and a goal. If coordination is considered as an end state, the result of some process, it is defined as 'harmonious combination of agents or functions toward the production of a result.' (Chisholm, 1989: 28).

uitspraak van Van Lieshout (Directeur-Generaal Zorg, Ministerie van VWS): 'Mij bekruipt wel eens het gevoel dat het veld eindeloos garanties wil hebben voordat ze iets nieuws oppakken. Omgekeerd kun je ook stellen dat het Ministerie van VWS en zijn uitvoeringsorganen in het verleden kennelijk signalen hebben uitgezonden dat het veld zich strikt heeft te houden aan de regels' (Nieuwsbrief aanpak wachtlijsten, 2000. Nummer 6, pagina 4).

De organisatiewetenschap betwist zeker niet dat er voor de omgang met de eerder beschreven problematiek behoefte aan coördinatie is. Ook wordt centralisatie niet per definitie als een ineffektieve manier van probleemoplossing gezien (zie Mintzberg 1979, Perrow 1986: hoofdstuk 1)⁵⁷. Wat in de organisatiewetenschap echter wel betwist wordt, is dat enerzijds betere coördinatie alleen door meer centralisatie kan worden bereikt en anderzijds de markt per definitie de beste oplossing is. Ook zal de organisatiewetenschap niet snel in een pessimistisch nihilisme vervallen als gevolg van de confrontatie met chaos en complexiteit (Sanderson, 2000: 445).

Wat de organisatiewetenschap idealiter wel zal doen, is eerst een diagnose van het probleem stellen, om vervolgens een effectieve vorm van coördinatie voor te stellen. Organisatiewetenschappelijke manieren van aanpak onderscheiden zich dan ook vooral in wat centraal moet staan in zo'n diagnose. Diagnoses kunnen uitgaan van een logistieke benadering (dat wil zeggen: er wordt gekeken naar de afstemming tussen vraag en aanbod, zie bijvoorbeeld Laeven e.a., 2000a en Vissers, 2000), ze kunnen uitgaan van de strategische capaciteiten van organisaties (Ganz, 2000), ze kunnen uitgaan van machtsverschillen tussen organisaties (Perrow, 1986: hoofdstuk 8), of ze kunnen uitgaan van bedrijfskundige aspecten (Groot, 2001), etc.

⁵⁷ Dit in tegenstelling tot commentatoren die het Nederlandse zorgsysteem als 'Kolchoz' (De Brauw, 2001) omschrijven en met die angstaanjagende terminologie blijken aan te geven dat centrale aansturing per definitie slecht is. De organisatiewetenschap daarentegen gaat ervan uit dat het onder bepaalde omstandigheden heel effectief kan zijn een probleem op een centralistische manier aan te pakken (vergelijk bijvoorbeeld de bijdrage van het Centraal Justitieel Incasso Bureau in Nederland aan de verkeersveiligheid met de bijdrage van het Belgische systeem van opmaken en administreren van verkeersboetes)

Wat ik voorstel als diagnose van de wachtlijstproblematiek is een analyse van de interdependentie van het interorganisatorisch systeem⁵⁸. De keuze voor interdependentie als beoordelingscriterium houdt verband met de assumptie dat interorganisatorische verbanden effectiever zijn als de coördinatie afgestemd is op de aard en mate van interdependentie; dit uitgaande van de regel: hoe meer interdependentie, hoe meer coördinatie maar nooit meer dan absoluut noodzakelijk. (Chisholm, 1989: 191).

Vanuit een dergelijk perspectief is het ontwerpen van coördinatievormen, als antwoord op problemen, zonder diagnose van de mate en aard van interdependentie of op basis van foute assumpties over de interdependenties, een kostbare en riskante onderneming (zie Simon's (1973) analyse over de omgang met 'ill-structured problems'; zie ook Kenis 2001).⁵⁹ Hierin zou de kern van een verklaring voor de ineffectiviteit van de wachtlijstaanpak kunnen liggen, namelijk dat de wachtlijstaanpak wordt gekenmerkt door een discrepantie tussen de mate van interdependentie van de problematiek en de aard van coördinatie in de aanpak.

Een centrale aansturing van een in hoge mate interdependent systeem is volgens de organisatieliteratuur om verschillende redenen problematisch. Simon (1969 en 1973) beargumenteerde dat een hoge mate van interdependentie 'deviation amplifying' is, hetgeen betekent dat een verandering in één deel zich oncontroleerbaar voortplant door het gehele systeem en als zodanig ongewenste neveneffecten kan produceren. Centrale aansturing verwacht bovendien dat je iets doet dat onmogelijk is: het hebben van een actieplan op basis van informatie en oorzaak-gevolg relaties; het communiceren van het actieplan naar diegenen die het moeten uitvoeren; en, ervoor zorgen dat het plan wordt aanvaard door diegenen die het moeten uitvoeren (zie stelling 1,2 en 3 en Chisholm, 1989: 29).

⁵⁸ Interdependentie kan als volgt gedefinieerd worden: 'Within each set, each decision-maker is in such a relation to each other decision-maker that unless he deliberately avoids doing so (which may or may not be possible), he interferes with or contributes to the goal achievement of each other decision-maker, either by direct impact or through a chain of effects that reach any given decision-maker only through effects on others' (Lindblom, 1965: 21-22).

⁵⁹ Op dezelfde manier is het bijvoorbeeld vanuit een bedrijfskundig standpunt onverantwoord extra geld te besteden aan organisaties voordat een diagnose van de bedrijfsvoering is gemaakt (zie bijvoorbeeld Groot, 2001).

Behalve dat centrale coördinatie in situaties met een hoge mate van interdependentie niet effectief is, kan het nog een uiterst negatief effect hebben. Door centrale coördinatie kunnen de interdependenties tussen de componenten van het systeem ook nog 'kunstmatig' opgevoerd worden. Het gevolg is dat er dan nog meer coördinatie nodig is tussen een breder spectrum van belangen, waardoor de cognitieve complexiteit nog meer toeneemt. Omgekeerd kan door een degelijke diagnose van de interdependentie van het systeem getracht worden deze te reduceren, waardoor dan minder coördinatie noodzakelijk wordt. Simon stelt dat zelfs de meest interdependente systemen 'often nearly decomposable' (afbreekbaar, ontleedbaar) zijn (Simon, 1969; zie ter illustratie het verschil tussen het 'verkeersbordvrije plein' en het plein als 'verkeersbordbos'). Vaak kunnen interdependenties dusdanig worden gereduceerd dat vooral zwakke verbindingen blijven bestaan tussen de verschillende elementen (zogenaamde 'loose ties'), waardoor de cognitieve complexiteit van het probleem afneemt. Dat betekent op zijn beurt dat minder zware coördinatiemechanismen kunnen worden gebruikt om een bevredigende mate van coördinatie tot stand te brengen. Vanuit een dergelijk perspectief gaat het er in de diagnose dus in de eerste plaats om, informatie te verzamelen op basis waarvan nagegaan kan worden of bepaalde interdependenties van die aard zijn, dat ze in besluitvormingsprocessen gescheiden kunnen worden. Dat betekent dat alleen al diagnose van interdependenties de kans op effectieve oplossingen verhoogt (Chisholm, 1981: 53-54). Relevante aspecten van interdependentie in zo'n diagnose zijn: het aantal partijen dat zich in het systeem bevindt, de aard van de interdependenties (bilateraal of multilateraal), de omstandigheden waarin interdependenties zich voordoen en de vorm van interdependenties.⁶⁰

⁶⁰ Chisholm onderscheidt drie vormen van interdependentie: 'natural interdependence', 'artificial interdependence' en 'voluntary interdependence'.

'Natural interdependence' bestaat als er krachten zijn buiten de organisatie om die ze dwingen samen te komen (als bijvoorbeeld een ziekhuispatiënt verwacht dat hij meteen na verlaten van het ziekenhuis thuiszorg kan krijgen);

'Artificial interdependence' is als een derde organisatie doelbewust twee organisaties met elkaar verbindt (bijvoorbeeld als het aanvragen van middelen verantwoord moet worden naar een derde organisatie toe); 'Voluntary interdependence' is als organisaties vrijwillig relaties aangaan om iets gemeenschappelijk te bereiken (de ene doet wat voor de andere (catering) of ze doen samen wat) (Chisholm 1981: 58-59).

Op het niveau van de individuele organisatie zou de mate van interdependentie kunnen worden gemeten als het percentage van beslissingen waarbij rekening moet gehouden worden met andere organisaties (Chisholm 1981: 190-191).

Met behulp van de netwerkanalyse kunnen dergelijke interdependentie-structuren in kaart worden gebracht en geanalyseerd (zie Kenis en Knoke, 2002; Scott, 2000; Brandes e.a. 1999). Op basis van zo'n diagnose kunnen twee dingen worden gedaan: 'decomposing' (ontleding) van het systeem en op basis hiervan spuurwerk naar eenvoudigere vormen van coördinatie. Een dergelijke aanpak beoogt de cognitieve complexiteit van het probleem te reduceren (zie stelling 1), waardoor vaak ook het aantal partijen, dat nodig is om tot een bevredigende oplossing te komen, afneemt (zie stelling 3). Aldus wordt in potentie het aantal belangentegenstellingen ook minder (Chisholm, 1989: 54).⁶¹

Binnen de context van dit bestek is het uiteraard onmogelijk de interdependenties met betrekking tot de wachtlijstaanpak in kaart te brengen. Dat vergt empirisch onderzoek. Op basis van de beschrijvingen in stellingen 1, 2 en 3 moge duidelijk geworden zijn dat de vormen van interdependentie omvangrijk zijn. Denk maar aan de 'schotten in de ABWZ', het 'boter-bij-de-vis-principe', 'productieafspraken', etc. (voor een zeer mooi overzicht van zulke interdependenties omtrent wachtlijsten, zie Breedveld e.a., 2000)⁶². Ook het feit dat 'Geld voor wachtlijsten in de zorg blijft liggen' (de Volkskrant, 31/7/2001; zie ook NRC Handelsblad, 31/7/2001) kan ermee te maken hebben dat de mate van interdependentie van het systeem niet toelaat om het geld uit te geven.

Ter concretisering van het bovengenoemde argument zal ik in wat volgt enkele wachtlijstmaatregelen presenteren die (onbewust) van zo'n interdependentie-aanpak uitgaan:

- Eén van de successen in de aanpak van de wachtlijstproblematiek was het wegwerken van de wachtlijsten bij de RIO's (Regionale Indicatie

⁶¹ Dit is overigens consistent met de positie van het 'radicaal-institutionalisme' waar ook gesteld wordt dat het niet noodzakelijk voordelig is dat partijen interdependent zijn. Zo bijvoorbeeld Brunsson: 'If managers (VWS, P.K.) and 'actors' (uitvoeringsveld, P.K.) are kept apart, life is easier for both parties'. Vanuit dit perspectief zou een probleem kunnen zijn dat VWS weliswaar een politieke organisatie is, maar als een actie-organisatie handelt: '...to change products is a difficult organizational action, and action is the weakness of organizations whose main strength is politics' (Brunsson, 1989: 230).

⁶² Zelf spreekt deze studie niet van 'interdependenties' maar van regels en gedragingen. In principe gaat het hier echter om hetzelfde.

Organen)⁶⁴. Wachtlijsten voor indicatieaanvragen zijn in korte tijd drastisch weggewerkt (Bakker e.a., 2001). Vergeleken met andere organisaties binnen de zorg blijken de RIO's aan een relatief lage mate van interdependentie te zijn onderworpen. Ze zijn afhankelijk van het aantal indicatieaanvragen en de middelen (financiën en personeel). Er moeten dus, in principe, alleen voldoende middelen ter beschikking worden gesteld om de bestaande aanvragen te kunnen wegwerken. Als RIO's hiervoor extra middelen krijgen en dan ook nog mogen kiezen welke vorm van steun ze hiervoor willen ontvangen (eenmalige stimuleringsbijdrage, 'zorg in natura', en mee kunnen bepalen wat het tarief per indicatie is) zijn dat vanuit een interdependentieperspectief goede voorwaarden voor het wegwerken van de wachtlijsten bij de RIO's. Anderzijds is het natuurlijk zo dat door het inschakelen van RIO's weer andere interdependenties ontstaan die ook nadelen met zich mee kunnen brengen. Patiënten blijken langer in het ziekenhuis te blijven omdat doorverwijzing naar bijvoorbeeld de thuiszorg vertraging oploopt (zie ook Breedveld e.a., 2000).

- Eén van de vaak gehoorde reacties op de wachtlijstproblematiek is het 'omzeilen van regels'. Regels omzeilen is in principe vaak niets anders dan het verlagen van de interdependentie. Neem het voorbeeld dat in het artikel in de Volkskrant met de titel 'Ziekenzorg is toe aan 'burgerlijke ongehoorzaamheid' staat: 'Patiënten moeten vaak voor 10 uur 's morgens gewassen zijn en hun ontbijt hebben gekregen. ... Dat brengt een enorme piekbelasting met zich mee. Als je een patiënt uitlegt dat een rehuis het verplegend personeel beter aan zich kan binden door wat flexibeler met zorgtijden om te gaan, wil hij best accepteren dat hij zijn boterhammetje wat later krijgt' (de Volkskrant, 22/2/2001). Een ander voorbeeld is de 'brutale manier van zorgtoewijzing' in Flevoland: 'Zo'n zorgtoewijzingsteam is een meest effectieve manier om wachtlijsten aan te pakken. ... Ze zoeken naar lege plekken en de lege uren, en als de geïndiceerde zorg op dat moment

⁶⁴ De 85 Regionale Indicatie Organen (RIO's) vormen sinds 1 januari 1998 de poort tot de zorg die wordt gefinancierd vanuit de AWBZ. Cliënten moeten zich met een zorgvraag melden bij het RIO. Voorlopig doen de RIO's dit alleen nog voor de sector verpleging en verzorging.

niet te vinden is, dan kijken ze welke zorg wel voorhanden is. ... In de regio Flevoland zegt men zelfs: we geven de zorg die nodig is en dan kijken we later wel uit welk potje het betaald moet worden' (Interview met Van Dam in Nieuwsbrief aanpak wachtlijsten, nummer 8, 21/3/2001).

- Ook 'Het paradepaardje van Minister Borst' (NRC Handelsblad, 25/1/2001) kenmerkt zich in de eerste plaats door diepgaande ingrepen in de interdependentiestructuren (al wordt dit niet op die wijze gepresenteerd). Het gaat hier om de deelname van de regio Gorinchem en Leerdam in het Transcompartimentaal Experiment (TEX). De betrokken instellingen hebben de toestemming gekregen van de Minister zorg te bieden zonder dat ze rekening moeten houden met financiële problemen die voortvloeien uit de gecompartmenteerde structuur van het zorgstelsel. Het gaat om een waaier van zorginstellingen die slechts één begroting en één beleidsplan hebben en niet meer per instelling met de verzekeraar afspraken moeten maken. Het blijkt dat daardoor het systeem 'ontlast' wordt en de zorg verbeterd wordt.

Uit deze stelling moge duidelijk zijn dat de effectiviteit van de aanpak van wachtlijsten minder afhangt van de 'epidemiology' van de wachtenden dan van de 'epidemiology' van de interdependenties. Als we ervan uitgaan dat deze stelling klopt, dan is het van groot belang maatregelen en hervormingen in de eerste plaats op hun interdependentie-effecten te toetsen. Afgezien van het feit dat het methodologisch zo goed als onmogelijk is om nieuwe maatregelen⁶⁴ te toetsen op de gevolgen voor de lengte van de wachtlijsten, is het belangrijker om het plan te toetsen op de aard en mate van interdependenties die hierdoor gecreëerd worden⁶⁵. Hetzelfde kan worden gedaan voor de verschillende plannen van aanpak van de wachtlijsten. Het zou ook interessant zijn na te gaan of een toename in de vraaggerichtheid een toename of afname van de interdependentie tot gevolg heeft (dat dit niet per definitie zo is, blijkt uit het schema over het PGB (Persoonsgebonden budget) dat op de omslag van deze publicatie staat afgedrukt).

⁶⁴ Zoals bijvoorbeeld het beleidsplan 'Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel' (Ministerie van VWS, 2001).

⁶⁵ Interessant is bijvoorbeeld dat het bezwaar van de sociale partners tegen het plan zich richt op het feit dat door middel van het plan nieuwe interdependenties worden gecreëerd: de burger wordt afhankelijk van een voorgeschreven basispakket en de premie van de basispolis wordt afhankelijk gemaakt van het inkomen ('Daardoor wordt binnen zorgbeleid inkomensbeleid gevoerd wat onnodig complicerend werkt, ...', NRC Handelsblad, 1/8/2001).

Conclusie en consequenties

Naar ik hoop is mijn eerder geformuleerde doelstelling gerealiseerd, te weten: aan de hand van de organisatiewetenschappen meer inzicht verkrijgen in de zogenaamde wachtlijstproblematiek. Het moge u duidelijk zijn, dat het hier gaat om een complex fenomeen. Die complexiteit komt echter niet uit de lucht vallen, maar heeft in belangrijke mate te maken met hoe organisaties zich gedragen en hoe anderen op gedragingen van organisaties reageren. Daardoor ontstaat een hoge mate van interdependentie die nauwelijks aan te sturen is en ook ongewenste neveneffecten sorteert. Zo'n interdependentie negeren of trachten te overwinnen maakt de zaak er meestal alleen nog maar erger op.

Ik stel voor om complexe interorganisatorische verbanden, zoals het zorgveld, op hun mate en aard van interdependentie te evalueren. Zonder een dergelijk inzicht wordt het komen tot een effectieve coördinatie en aansturing, een tasten in het duister.

Een dergelijk voorstel is representatief voor het onderzoeksprogramma dat het Departement Beleids- en Organiseringswetenschappen (BOW) aan het ontwikkelen is. In dit programma zal het er om gaan, een beter inzicht te krijgen in de gevolgen van intra- en interorganisatorische verbanden. Dit is trouwens ook één van de centrale aandachtsgebieden van het TRANZO-programma, dat onder leiding van Henk Garretsen en Aad de Roo wordt uitgevoerd en waarin BOW met groot enthousiasme participeert. Deze vraagstelling is ook relevant in andere sectoren dan zorg. Wat zijn bijvoorbeeld de gevolgen van samenwerkingsverbanden tussen bedrijven voor de mensen die er werken, voor het bedrijf, voor de sector en voor de gemeenschap? Dit zijn vragen die ook in de privé-sector steeds belangrijker worden en meer aandacht verdienen. Dit vraagt om een andere kijk dan één waarin samenwerking per definitie als iets positiefs wordt gezien. Wat nodig is, is een benadering waarin meer oog is voor de relaties tussen organisaties dan voor de organisaties zelf.

Een woord van dank

Mijnheer de Rector, dames en heren,

Aan het einde van deze oratie wil ik graag een dankwoord uitspreken.

Ik dank het College van Bestuur en het Stichtingsbestuur van harte voor het in mij gestelde vertrouwen bij het aanbieden van de leerstoel en voor het vertrouwen in het Departement Beleids- en Organisationswetenschappen.

Dank ben ik ook verschuldigd aan mijn leermeesters en collega's die op mij hun wetenschappelijke gedrevenheid overbrachten. Ik noem Wim Dubbink, Mark Elchardus, Adalbert Evers, Fred Fleurke, Frank den Hond, Leo Huberts, Hans Keman, Jan Kleinnijenhuis, David Knoke, Cor Lammers, Bernd Marin, Renate Mayntz, Brint Milward, Christiane Nöstlinger, Charles Perrow, Jörg Raab, Philippe Schmitter, Volker Schneider, Wolfgang Seibel en Wolfgang Streek.

Ik kijk uit naar de samenwerking met mijn nieuwe collega's aan de Katholieke Universiteit Brabant (KUB). Ik spreek de hoop uit dat we samen, maar elk op zijn eigen manier, 'organisatiewetenschap' tot één van de kerncompetenties van de KUB kunnen laten uitgroeien. Ik denk hier in het bijzonder aan de collega's van Bestuurskunde (Paul Frissen, Wim van den Donck en Pieter Tops) en collega's van de Economische Faculteit (Sjoerd Romme en Niels Noorderhaven). Ook kijk ik uit naar verdere samenwerking met het IVA (Jac Geurts), de KMA (Sjo Soeters) en het TIAS (Jules van Dijck, Theo Camps en Aad de Roo).

Ik dank het bestuur van de Faculteit Sociale Wetenschappen en heel in het bijzonder Arie de Ruyter en Marius Bassie voor zijn enthousiasme en strijdvvaardigheid om van FSW een slagvaardige faculteit te maken. Dank ook aan Wil Arts voor het coachen nadat hij het voorzitterschap van BOW aan mij had overgedragen.

Ik dank Cisca Joldersma, Margreet Morren, Ineke Merks, Pieter van Harberden en Tobias Gössling. Jullie hebben me bij BOW met open armen

ontvangen. Iemand die iets weet over organisaties en weet wat BOW vóór mijn komst heeft doorgemaakt, weet dat te appreciëren.

Naar de samenwerking met jullie en met alle nieuwe collega's die er het afgelopen jaar zijn bijgekomen (René Schalk, Dian-Marie Hosking, Joost Niederer, Roel Rutten en alle TRANZO collega's) kijk ik uit.

Ik dank Bart de Mooij en Denise Theunissen voor hun hulp bij de literatuurrecherche voor deze oratie en Pieter van Harberden, Margreet Morren en Wim Kramer voor hun enorme inzet bij het nakijken van deze tekst.

Dank ook aan de studenten BOW voor hun enthousiasme en de uitdagingen die van hen blijven uitgaan.

Lieve ouders, het verheugt me dat jullie allebei deze gebeurtenis mogen meemaken. Mede door jullie ben ik geworden tot wie ik ben. Daar ben ik jullie zeer dankbaar voor.

Lieve Nette en Nando, dankzij jullie is thuis Thuis en niet organisatie. Dat vind ik geweldig.

Lieve Christiane, dank zij jou ...

Ik heb gezegd.

Literatuurlijst

- Algemeen Dagblad (9/4/2001) Wachtlijsten: Wie doet er wat aan? Geef de zorg terug aan de mensen.
- Bakker, e.a. (2001) Inventarisatie achterstanden RIO's per 1 maart 2001. Rapport.
- Beker, M. (2001) 'Hans Blokland. De ontsporing van maatschappij, politiek en wetenschap' Facta. April: 20-23.
- Boyne, G. en J. Gould-Williams (2001) Planning and performance in public organisations: an empirical analysis. Paper presented at the Fifth International Research Symposium in Public Management. Barcelona.
- Brabants Dagblad (17/3/2001) Wachtlijsten zorg niet op te lossen.
- Brandes, U., P. Kenis en D. Wagner (1999) 'Centrality in Policy Network Drawings', Proceedings of the 7th Symposium on Graph Drawing (GD'99), Lecture Notes in Computer Science, 1731. Springer Verlag.
- X Brauw, M. de. (2001) De wachtlijst en andere gezondheidszorgen. Amsterdam: Uitgeverij G. A. van Oorschot.
- Breedveld e.a. (2000) Invloed op de wachtlijst. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- X Brunsson, N. (1985) The irrational organization. Chichester: John Wiley & Sons.
- Brunsson, N. (1989) The organization of hypocrisy. Chichester: John Wiley & Sons.
- X Chisholm, D.W. (1989) Coordination without hierarchy; Informal structures in multiorganizational systems. Berkeley e.a. : University of California Press.
- Cohen, M., J.G. March, J.P. Olsen (1972) 'A garbage can model of rational choice', Administrative Science Quarterly, 17 (1): 1-25.
- College voor Zorgkantoren (2000) Vervolg uitvoeringstoets zorgkantoren. Rapport 00/26. Amstelveen.
- Czwartosz, Z. (2001) 'On Queuing', Archives Europeennes de Sociologie 42 (1): 177-185.
- Dalen, van I.V. (2001) Second Opinions in Orthopaedic Surgery: Extent, Motives and Consequences. Proefschrift RUG.

- de Volkskrant (10/6/2000) Schaarste in de zorg is geen natuurwet.
- de Volkskrant (22/2/2001) Ziekenzorg is toe aan 'burgerlijke ongehoorzaamheid'
- de Volkskrant (19/6/2001) Bond zoekt opnieuw wachtlijst-patiënten.
- de Volkskrant (31/7/2001) Geld voor wachtlijsten in de zorg blijft liggen.
- de Volkskrant (6/8/2001) Wachtlijsten slinken amper.
- Derksen, W. (2001) 'WAO-rapport Donner miskent werkelijkheid' NRC Handelsblad. 5 juli.
- FEM / DeWeek (5/7/2000) De rugzakpatiënt.
- Frankel, S. (1991) 'Health needs, health-care requirements, and the myth of infinite demand', *Lancet* 337: 1588-1590.
- Frissen, P. en W. van der Meeren (2000) 'Gezondheidszorg is gebaat bij ontregeling', de Volkskrant. 20 mei.
- Ganz, M. (2000) 'Resources and Resourcefulness: Strategic Capacity in the Unionization of California Agriculture, 1959-1966', *American Journal of Sociology*, 105 (4): 1003-1062.
- Globerman, S. (1991) 'A Policy Analysis of Hospital Waiting Lists', *Journal of Policy Analysis and Management* 10 (2): 247-262.
- Groot, W. (2001) 'Gezondheidszorg presteert ver beneden beschikbare capaciteit'. de Volkskrant. 2 augustus.
- Hoeksma, Homans en Menting (2000) Landelijke rapportage. Resultaten wachtlijstinventarisatie Sector Verpleging & Verzorging per 15 mei 2000. Rapport. HHM: Enschede.
- Ingraham W. P. en D.P. Moynihan (2001) Comparing Management Systems and Capacity: The Benefits of a Criteria-Based Approach. Paper prepared for the Fifth International Research Symposium in Public Management. Barcelona.
- Kenis, P. (2000) 'Why do community-based AIDS organizations coordinate at the global level?' p. 124-145 in K. Ronit en V. Schneider (red.), *Private Organizations in Global Politics*. London en New York: Routledge.
- Kenis, P. (2001) 'The Case of HIV and Blood Supply in Germany'. in: M. Bovens, P. t'Hart en G. Peters (red.) *Success and Failure in Public Governance: A Comparative Analysis*. Edward Elgar Publishers.
- Kenis, P. en D. Knoke (2002) 'How Organizational Field Networks

- Shape Interorganizational Tie-Formation Rates'. Forthcoming in the Academy of Management Review. April.
- Kenis, P. en V. Schneider (1991) 'Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox', p. 25-59 in B. Marin en R. Mayntz (red.), Policy Networks: Empirical Evidence and Theoretical Considerations. Frankfurt am Main/New York: Campus/Westview.
 - Kenis, P. en V. Schneider red. (1996) *Netzwerk und Organisation*. Frankfurt am Main: Campus.
 - Kent, H. (1999) 'Waiting-list web site "inaccurate" and "misleading", bc doctors complain', Canadian Medical Association Journal 161 (2): 181
 - Kerseboom, J. en K. Geelen (2000) 'Ik voel me, zeg maar, machtiger' *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 55 (1): 27-39.
 - Kneissler, T. (1996) *Verwaltungen jenseits der Zweckrationalität*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
 - Kullberg, J. (1997) 'From waiting lists to adverts: the allocation of social rental dwellings in the Netherlands' *Housing Studies* 12 (3): 393-404.
 - X Laeven, A.M.W. e.a. (2000a) *De achterkant van de wachtlijst. Een verkennend onderzoek naar de achterliggende factoren van de wachtlijstproblematiek*. Utrecht: Prismant.
 - Laeven, A.M.W. e.a. (2000b) *Het wachtlijstfonds 1999. De derde inhaalslag*. Utrecht: Prismant.
 - Laeven, A.M.W. en P.M. van Rooij (1999) *Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen. Resultaten van de landelijke enquête patiëntenwachtlijsten per 1 maart 1999*. Utrecht: Nzi.
 - Lammers, C.J. (1993) *Organiseren van bovenaf en van onderop*. Utrecht: Het Spectrum B.V.
 - Leeuw, F.L. (2001) 'Over rankings in het hoger onderwijs', *Facta*. april: 16-18.
 - Lindblom, C.E. (1959) 'The science of "muddling through"', *Public Administration Review* 19: 79-99.
 - Lindblom, C.E. (1965) *The intelligence of democracy. Decision making through mutual adjustment*. New York: Free Press.
 - March, J.G. en H.A. Simon (1958) *Organizations*. New York: John Wiley & Sons.

- March, J.G. en J.P. Olsen (1984) 'Organizing political life: What administrative reorganization tells us about government', *American Political Science Review*. 88: 281-296.
- Martin, S. en P.C. Smith, (1999) 'Rationing by waiting lists: an empirical investigation' *Journal of Public Economics* 71: 141-164.
- Mayntz, R. (1993) 'Governing Failures and the Problem of Governability: Some Comments on a Theoretical Paradigm', p. 9-20 in: J. Kooiman (red.) *Modern Governance. New Government-Society Interactions*. Sage: London e.a.
- McKevitt, D. en A. Lawton, (1996), 'The manager, the citizen, the politician and performance measures'. *Public Money & Management*. 16 (3): 49-54.
- Metro (20/3/2000), Onderzoek: thuiszorg voor veel verbetering vatbaar.
- Meyer, J.W. en B. Rowan (1977), 'Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony', *American Journal of Sociology*. 83: 340-363.
- Ministerie van VWS (1999) Plan van aanpak. Wachtlijsten in de verpleging en verzorging. Brochure. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2001) Jaarbeeld Zorg 2000. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2001) Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag.
- Mintzberg, H. (1979) *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (1987) 'The strategy concept II: another look at why organizations need strategies'. *California Management Review*. 16: 44-53.
- Newton, J.N., e.a. (1996) 'Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding' *British Medical Journal* 311: 783-785.
- NIZW (2000) *Thesaurus zorg en welzijn 2001*. NIZW. Utrecht.
- NRC Handelsblad (26/9/2000) Wachtlijsten zijn een treurig kwaad.
- NRC Handelsblad (10/1/2001) Wachtlijst langer door wegwerken zorgachterstand.
- NRC Handelsblad (25/1/2001) Geen muren in de zorg.
- NRC Handelsblad (30/1/2001) Zorgstelsels lossen geen wachttijden op.

- NRC Handelsblad (19/4/2001) Onderzoek: 72.000 mensen wachten op geestelijke zorg.
- NRC Handelsblad (2/6/2001) Overheid niet verantwoordelijk voor wachttijd.
- NRC Handelsblad (18/6/2001) De Haagse staat.
- NRC Handelsblad (13/7/2001) Patiënt mag ook in een ander EU-land naar ziekenhuis.
- NRC Handelsblad (14/7/2001) Hoe de wachtlijsten artsen dwingen voor God te spelen.
- NRC Handelsblad (25/7/2001) Gehandicapte kind mist adequate zorg.
- NRC Handelsblad (31/7/2001) Geld tegen wachtlijsten niet gebruikt.
- NRC Handelsblad (1/8/2001) Bezwaar sociale partners tegen plan zorgstelsel.
- NRC Handelsblad (1/8/2001) Wachtlijsten in ziekenhuizen nog altijd niet kleiner.
- NRC Handelsblad (7/8/2001) Verzekering voor snelle thuiszorg.
- OESO (1997) In Search of Results: Performance Management Practices. Parijs: OESO.
- Ostendorf, M. (2000) 'Wachten op een heup', Medisch Contact. 12: maart.
- Perrow, C. (1986) Complex Organizations, A Critical Essay. New York: Random House.
- Pickin, M. e.a. (2001) 'General practitioners' reasons for removing patients from their lists: postal survey in England and Wales', British Medical Journal 322 (12.5): 1158-1159.
- Platform aanpak wachttijden (2001) Aanpak van wachtlijsten: Het resultaat telt. Rapport. Zeist.
- Powell, W.W. en P.J. DiMaggio (1991) The new institutionalism in organizational analysis. Chicago: The University of Chicago Press.
- Propper, C. (1995) 'The disutility of time spent on the United Kingdom's National Health waiting lists', Journal of Human Resources 30 (4): 667-691.
- Provan, K.G. en H.B. Milward, (1995) 'A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems, Administrative Science Quarterly 40: 1-33.

- Rooij, P.M. van, e.a. (1999) Het wachtlijstfonds 1998. Prikkel tot verandering. Utrecht: Nzi.
- X Sanderson, I. (2000) Complexity, Evaluation and Evidence-Based Policy. Paper for the European Evaluation Society Conference. Lausanne.
- Scharpf, F.W. (1994) 'Politiknetzwerke als steuerungssubjekte', p. 381-407, in: H. Derlien. e.a. Systemrationalität und Partialinteresse. Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- School, M.A.A. (2000) Openbaarmaking wachttijden via kabeltelevisie. Utrecht: Prismant.
- Scott, J. (2000) Social network analysis. A Handbook. London e.a.: Sage.
- Simon, H.A. (1962) 'The Architecture of Complexity', Proceedings of the American Philosophical Society. 106: 467-482.
- Simon, H.A. (1965) Administrative Behavior. New York: Free Press.
- Simon, H.A. (1969) The Sciences of the Artificial. Cambridge: M.I.T. Press.
- Simon, H.A. (1973) 'The Structure of Ill Structured Problems', Artificial Intelligence 4: 181-201.
- Simon, H.A. (1983) Reason in Human Affairs. Stanford: Stanford University Press.
- Sloterdijk, P. (1993) Im selben Boot. Versuch über die Hyperpolitik. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Smethurst D.P. en H.C. Williams, (2001) 'Power laws: Are hospital Waiting lists self-regulating?', Nature 410: 652-653.
- Taskforce aanpak wachtlijsten (2000) Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens verpleging en verzorging. Rapport. Den Haag.
- Taskforce aanpak wachtlijsten (2001) Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens verpleging en verzorging. Rapport. Den Haag.
- The Economist (28/4/2001a) Missing the point.
- The Economist (28/4/2001b) The trouble with targets.
- Trouw (21/9/2000), Hogere dosis bestraling om wachtlijsten te bekorten.
- Vissers, J. (2000) 'Ketengericht wachtlijstmanagement', p. 89-96, in L. Boon, Ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Vraagsturing en zorgketens. Amstelveen: Stichting Sympoz.
- Wachtlijstbrigade (2000) Bevindingen van de wachtlijstbrigade.

Rapport.

- Weick, K.E. (1979) *The social psychology of organizing*. Reading: Addison-Wesley.
- WHO (1999) *1997-1999 World Health Statistical*. WHO.
- Wildavsky, A. (1973) 'If Planning Is Everything, Maybe Its Nothing' *Policy Sciences* 4: 127-153.
- Wood, T.J. en S.C. Thomas (1985) 'Waiting Lists – an Overview', *Australian Health Review* 8 (2): 88-95.
- Yates, J. (1991) 'Lies, damned lies and waiting lists', *British Medical Journal* 303: 802.



De laatste vijf jaar zijn de wachtlijsten in de Nederlandse zorg nauwelijks korter geworden, dit ondanks de inzet van extra middelen. Een onaangename verrassing voor de bewindslieden, doch geen verrassing voor wie met een organisatie-wetenschappelijke blik naar het fenomeen wachtlijst kijkt. Patrick Kenis betoogt dat de wachtlijstaanpak op een aantal onrealistische assumpties over het gedrag van organisaties is gebaseerd. Het gevolg is dat het beleid nauwelijks de beoogde resultaten oplevert en vaak ook tot ongewenste neveneffecten leidt. De auteur stelt dat uitkomsten van het zorgveld de resultante zijn van complexe en interdependentie factoren. Wil beleid effectief zijn, dan dient het deze complexiteit als uitgangspunt te nemen; dit in plaats van die te negeren of op te voeren door steeds meer regelgeving. Beleid dient geënt te zijn op een 'epidemiologie' van interdependenties van het zorgsysteem en niet op een 'epidemiologie' van de wachtenden.

Patrick Kenis is als hoogleraar Beleids- en Organisatie-wetenschappen verbonden aan de Katholieke Universiteit Brabant. Hij studeerde sociologie aan de Vrije Universiteit Brussel en promoveerde aan het European University Institute in Florence. Hij werkte aan het European Centre for Social Welfare Policy and Research (Wenen), aan de Fakultät für Verwaltungswissenschaft (Universität Konstanz) en de Vrije Universiteit (Amsterdam).