

INLEIDING

In deze bijdrage staat de vraag centraal wat uit de relevante literatuur te leren valt over het managen van calamiteiten in de zorg. Deze literatuur biedt de lezer verschillende, deels overlappende, deels aanvullende brillen aan om naar de casuïstiek in dit boekje te kijken.

Los van enkele losstaande artikelen en vele uitgebreide rapporten over casuïstiek is er geen literatuur te vinden over crisismanagement in de zorg. Wel is veel, ook internationale, literatuur beschikbaar over rampen en crisismanagement. Ook over een aanpalend onderwerp in de zorg, (patiënt)veiligheid, is veel gepubliceerd.

Ik sta in deze bijdrage eerst stil bij de vraag wat ik onder een calamiteit in de zorg versta en hoe dat begrip zich verhoudt tot andere, vergelijkbare begrippen in de literatuur. De daarop volgende drie paragrafen geven een overzicht van tips uit de literatuur voor toezichthouders en bestuurders. Ik begin met het maken van enkele opmerkingen over *governance*. Daarna behandel ik het onderwerp

crisismanagement. Ook sta ik stil bij het onderwerp patiëntveiligheid.

De daarop volgende twee paragrafen zien niet zozeer op het handelen in tijden van crisis, maar meer op het daarop reflecteren en zo daarvan leren. Ik begin met mijn eigen vakgebied, de organisatiekunde. Daarbinnen is het nodige gepubliceerd over het fenomeen leren. Daarvan presenteer ik een kleine bloemlezing. Ik eindig met een bijdrage uit de bestuurskunde over het leren van rapporten van onderzoekscommissies.

BEGRIPPENKADER

Ik kies bewust voor het woord *calamiteit* voor de in dit boekje beschreven incidenten. Van Dale definieert dat begrip als grote ramp of: onverwachte gebeurtenis die schade of letsel veroorzaakt. In de literatuur over rampenbestrijding, vooral relevant vanuit het perspectief van het openbaar bestuur, wordt onder een calamiteit het eerste verstaan: een grote ramp. In het kader van dit onderwerp versta ik er het tweede onder: onverwachte gebeurtenis die schade of letsel

Lessen uit de literatuur

veroorzaakt. In geen van de gevallen die in dit boekje beschreven worden is sprake van een ramp in de zin van de Rampenwet. Een ramp wordt trouwens gedefinieerd als een groot, massaal ongeluk. Bekende rampen zijn de Bijlmerramp, de vuurwerkcramp in Enschede en de cafébrand in Volendam. Recent kon de brand in Moerdijk bijna dat predikaat opgeplakt krijgen. De overtreffende trap van een ramp en zelfs van een calamiteit is een *catastrofe* (een grote, algemene ramp), bijvoorbeeld zoals de tsunami in het gebied rond de Indische Oceaan en die bij Japan.

Een meer algemeen gebruikt woord in de literatuur is *crisis*. Van Dale omschrijft het als een kritieke situatie. Het wordt in dit verband vooral gebruikt in de context van crisismanagement en crisiscommunicatie. Je kunt zeggen dat in dit boekje bestuurders vertellen over het crisismanagement van hun calamiteit.

Anderhalf jaar geleden verscheen het boekje *Dit nooit meer. Artsen vertellen over hun incident*. Een *incident* wordt door Van Dale beschreven als storend voorval, onvoorziene gebeurtenis. Als gekeken wordt

naar het onderwerp van het genoemde boekje, dan gaat het over fouten die artsen in hun loopbaan gemaakt hebben, soms met fatale uitkomst.

Natuurlijk maken ook bestuurders fouten. Soms fout op fout. Veelal komt dat naar buiten als sprake is van een combinatie met een calamiteit. Disfunctionerende specialisten worden nieuws als de bestuurders niet op tijd en adequaat ingrijpen. Ook komt het voor dat het gedrag van bestuurders zelf leidt tot schandalen. Een bekend voorbeeld daarvan is de ondergang van ABN AMRO, fraai beschreven door Jeroen Smit in zijn meesterwerk *De Prooi*. Maar ook zorgbestuurders komen op vergelijkbare wijze in het nieuws. In de paragraaf over governance zal ik er iets over zeggen, maar dit boek handelt niet over dergelijke schandalen.

Integendeel, de gemeenschappelijke noemer van de in dit boekje beschreven calamiteiten is dat de betrokken bestuurders niet beticht kunnen worden van verwijtbaarheid. *Shit happens*, zeggen de Amerikanen in dit soort gevallen. Naar mijn oordeel is het de bestuurders in deze situaties bovendien

gelukt om de calamiteit niet uit de hand te laten lopen. In dit hoofdstuk ga ik op zoek naar lessen uit de literatuur die de betrokken bestuurders bewust of onbewust hebben toegepast.

GOVERNANCE

In zijn in 2009 bekroonde boek *Controle is goed, vertrouwen nog beter. Over bestuurders en corporate governance* betoogt Cools (op basis van gesprekken met vijftig CEO's en commissarissen uit het bedrijfsleven) dat niet slechte formele corporate governance, maar zonnekoninggedrag van CEO's, hebzucht en geloof in luchtkastelen de werkelijke oorzaken van de grote fraudeschandalen waren. Hij toont aan dat prestatiebeloning een gevaarlijk wapen is, dat eerder een oorzaak van de problemen dan een mogelijke oplossing blijkt te zijn. Sturen op vertrouwen, door medewerkers meer beslissingsruimte te geven en op zoek te gaan naar succeservaringen, motiveert wél en verhoogt de productiviteit.

Cools concludeert dat bedrijfsprestaties niet gerelateerd zijn aan goede, meetbare corporate governance. Daarnaast is niet overtuigend aangetoond dat meetbaar goed ondernemingsbestuur helpt bij het voorkomen van ongelukken en het verminderen van fraudes. Uiteraard beweert de auteur niet dat écht goed ondernemingsbestuur irrelevant is, of dat goed ondernemingsbestuur tot meer schandalen zou kunnen leiden.

In tegenstelling tot het geven van vertrouwen aan mensen motiveert controle niet. Controle en vertrouwen richten zich beide op het verkleinen van

onzekerheid en het vergroten van voorspelbaarheid van gedrag. Maar vertrouwen werkt motivatie in de hand, controle is juist demotiverend.

Cools pleit ervoor om *control* in te richten voor betere risicobeheersing en het verkrijgen van meer betrouwbare informatie. Maar vertrouwen is nog beter dan controle. Dus geef managers en medewerkers meer beslissingsruimte, dat motiveert medewerkers en stimuleert het ondernemerschap. Tenslotte moet de organisatiecultuur gebaseerd zijn op respect, vertrouwen, samenwerking en ambitie. Voorkom dat zonnekoningen de top bereiken!

De relevantie voor het onderwerp van dit boekje wordt duidelijk als gekeken wordt naar de schandalen in de zorg. In mijn artikel *Lessen van de financiële crisis* in *ZM magazine* heb ik daar ook de vinger bijgelegd. In het geval van een crisis in de instelling komt het er op aan dat de bestuurder geen *cover your ass* gedrag vertoont. Als een leider niet zichtbaar aanwezig is en bereid is om verantwoording af te leggen aan de media, dan kan een veenbrand ontstaan, die uiteindelijk zal leiden tot decompensatie. In het beste geval leidt dat tot afscheid van de disfunctionerende bestuurder, in het slechtste geval raakt een instelling ernstig achterop en raken ook de gezonde delen van de instelling geïnfecteerd.

In een artikel over leiderschap in tijden van crisis wijst Wladawsky-Berger op de verschillende verantwoordelijkheden die topmanagers hebben. In tijden van *going concern* zijn het vooral managementvaardigheden die het succes van de bestuurder bepalen. Als zich een crisis voordoet, komt het aan op leiderschap. Hij citeert de

voormalige CEO van IBM, Lou Gerstner, die gezegd heeft dat management gaat over resultaten en processen, maar dat leiderschap gaat over mensen en cultuur. Waar managementvaardigheden aangeleerd kunnen worden, lijken leiderschapsvaardigheden meer aangeboren te zijn. Althans: niet iedereen heeft er in gelijke mate talent voor. Net zo min als dat iedereen in gelijke mate muzikaal is, of sportief. Wat niet wegneemt dat met hard werken en goede leerstrategieën ook leiderschap ontwikkeld kan worden, aldus Wladawsky-Berger.

Wladawsky-Berger heeft drie eigenschappen waargenomen bij goede leiders:

- bescheidenheid en nederigheid (tegenover arrogantie, trots en hybris);
- een *open mind* (een sensitiviteit voor wat er in de samenleving verandert);
- gericht op samenwerking (om te kunnen voldoen aan de noodzaak te innoveren).

De inhoud van de *Staat van de Gezondheidszorg 2009* sluit naadloos aan bij de bevindingen van Cools en Wladawsky-Berger. De reden voor de IGZ om in 2009 de *Staat van de Gezondheidszorg* te wijden aan het thema veiligheid en kwaliteit is het vóórkomen van diverse calamiteiten in de zorg in de diverse sectoren. De Inspectie stelt dat in een goed werkend systeem de cirkel van verantwoordelijkheid gesloten is: het nemen en delegeren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en het afleggen van verantwoording daarover. Er is begrip voor het feit dat fouten voorkomen, zorg is tenslotte mensenwerk, maar zij

eist wel dat professionals, bestuur en intern toezicht *in control* zijn. Dat wil zeggen: problemen worden tijdig onderkend en opgelost en er wordt geleerd en verbeterd.

Organisaties waarin het goed geregeld is, hebben volgens de *Staat* vijf kenmerken:

- professionals nemen de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteiten en veiligheid op zich, werken goed samen en spreken elkaar daarop aan en leggen er verantwoording over af aan het bestuur;
- bestuurders rekenen kwaliteit en veiligheid tot hun kerntaak, stimuleren professionals, bieden hen faciliteiten en geven zelf het goede voorbeeld;
- Raden van Toezicht bewaken expliciet de kwaliteit en veiligheid van de instelling en leggen daarover maatschappelijk verantwoording af;
- in de verbinding van professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheden ontstaat de meerwaarde die naar beide kanten vrijblijvendheid voorkomt;
- betekenisvolle kwantitatieve en kwalitatieve informatie, ook van patiënten en cliënten, wordt gebruikt om deze samenwerking te faciliteren.

In één van de achtergrondstudies wordt over de goede bestuurder gezegd dat hij of zij:

- eindverantwoordelijkheid neemt, de hygiëne op orde heeft en verantwoording wil afleggen;
- een heldere visie heeft op kwaliteit en veiligheid, deskundig en betrokken is, consistent en zichtbaar en daadkrachtig;
- een goede intuïtie heeft voor *soft signals* en initiatief

- neemt;
- patiëntenbelangen boven organisatiebelang, het financiële belang en het persoonlijke belang stelt;
- de professionals faciliteert, vertrouwen geeft en *best practices* stimuleert;
- werkt volgens de principes van goed management van professionals;
- zorgt voor een uitstekende samenwerking;
- zorgt voor goede systemen en informatie;
- zichzelf en de organisatie verantwoordt naar het toezicht en de maatschappij.

Kort en goed: ook de Inspectie onderkent het belang van het juiste soort bestuurder om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te borgen. Impliciet lijkt de Inspectie naadloos aan te sluiten bij Cools, dat narcisme of hybris een belangrijke voorspeller is van het decompenseren van een instelling in het geval van een calamiteit.

CRISISMANAGEMENT

Tijdens een calamiteit wordt door iedereen naar de leider gekeken. De interne organisatie, de buitenwereld, de slachtoffers en de andere cliënten van de instelling. De calamiteit moet adequaat gemanaged worden, wat ten minste inhoudt dat aan *damage control* gedaan moet worden. En na afloop, als de rook opgetrokken is, willen alle betrokkenen van de leiders horen dat dit nooit meer zal gebeuren.

Veel van de lessen over crisismanagement zijn afkomstig uit de wereld van het openbaar bestuur. Denk aan alle onderzoeksrapporten over de ramp in Enschede, de cafébrand in Volendam of de

Schipholbrand. Maar ook zijn er veel voorbeelden uit het internationale discours. Denk aan de rampen met de beide ruimteveren Challenger en Columbia, maar ook aan evaluatieonderzoeken naar 9/11 en de Britse betrokkenheid bij de oorlog in Irak.

Maar wat wordt nu eigenlijk verstaan onder crises in de relevante literatuur? Boin c.s. laten de definitie afhangen van de context. In de wetenschap wordt onder een crisis verstaan: een fase van discontinuïteit in de overigens normale ontwikkeling van een systeem. En dat systeem kan zowel persoonlijk, institutioneel of zelfs mondiaal zijn. Het zijn transitiefases, tijdens welke de normale gang van zaken niet langer opgeld doet. Boin spreekt van een crisis als 'een serieuze bedreiging van de basisstructuren of de fundamentele waarden en normen van een systeem, die het nodig maakt om onder tijdsdruk en hoogst onzekere omstandigheden vitale beslissingen te nemen'.

In deze definitie zijn drie elementen te onderscheiden: bedreiging, tijdsdruk en onzekerheid. Het gaat om een bedreiging van basale waarden van het systeem: veiligheid, zekerheid, welzijn, gezondheid. In onze voorbeelden is steeds sprake van zo'n situatie. In alle gevallen is sprake van het onverhoopte overlijden van mensen.

Het fenomeen tijdsdruk is vitaal. Talloze serieuze crises bedreigen de zorg. Denk aan thema's als arbeidsmarktproblematiek, tekortschietende patiëntveiligheid en economische teruggang. Toch worden die als minder acuut en daarom bedreigend ervaren dan de calamiteiten waarvan in dit boekje sprake is.

De onzekerheid uit zich in vragen als: wat is er precies gebeurd, wat zijn de consequenties, wat kunnen we doen, wie heeft er schuld?

Belangrijke vraag is hoe bestuurders van zorginstellingen zich kunnen voorbereiden op het managen van een calamiteit. Levenservaring blijkt te helpen. Als het niet je eerste calamiteit is, kun je beter inschatten welke keuzen welke consequenties kunnen hebben. Maar ook je persoonlijkheid is relevant. Hoe ga je om met stress? Hoe kom je over op televisie? Mijn inschatting is dat ook de persoonlijke moraliteit een belangrijke rol speelt: nogal wat bestuurders hebben trekjes van hybris. De schadelijkheid daarvan wordt genadeloos blootgelegd in tijden van crisis. Omdat de organisatie in het volle licht van de publicitaire schijnwerpers staat, komen dergelijke trekjes opeens in het volle licht te staan en worden ze naar hun aard nog eens uitvergroet. Sommige bestuurders lijken wel in de leer te zijn geweest bij de machthebbers van totalitaire regimes: ze ontkennen en onderdrukken, vegen onder het tapijt, maar komen daar in Nederland zelden mee weg. Net zo min trouwens als genoemde machthebbers, zoals we in 2011 inmiddels kunnen waarnemen.

Ook het soort calamiteit maakt een verschil. De calamiteiten in dit boekje zijn op verschillende manieren te onderscheiden. Allereerst is daar het onderscheid tussen bestuurlijke verwijtbaarheid en pure pech. Opvallend is dat de pers altijd uitgaat van het eerste en naar bewijzen daarvan ook soms actief op zoek gaat. In de literatuur wordt gesproken over causaliteit. Dat vind je ook terug in de nasleep. Veel calamiteiten (zeker als ze een grote publiciteitswaarde

blijken te hebben) worden door diverse commissies en organen (zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg) onderzocht. Meestal gaan zij, net als de pers, uit van die casuïstische benadering. Zie ook de aparte paragraaf daarover.

In de tweede plaats gaat het om calamiteiten met verschillende publicitaire impact: het maakt uit of een patiënte levend verbrandt op een operatietafel (nieuws dat jarenlang tot de verbeelding blijft spreken), dan wel wegloopt uit een instelling en doodvriest (een calamiteit waar de landelijke pers nauwelijks aandacht aan besteedt). In zekere zin kan verdedigd worden dat de ernst van calamiteiten bepaald wordt door de rol van de pers.

Ook de omvang van de organisatie speelt een rol. De meeste van de bestuurders die in dit boek aan het woord komen, gaven leiding aan redelijk overzichtelijke organisaties. Het onderzoek naar het effect van probiotica op patiënten met pancreatitis werd echter uitgevoerd in achttien verschillende ziekenhuizen. Bovendien is het een universitair medisch centrum van een omvang die een veelvoud is van de vijf andere instellingen bij elkaar. Dat heeft als voordeel dat beschikt kan worden over een professionele staf van communicatieadviseurs, maar stelt ook hoge eisen aan het managen van het team dat betrokken is.

Tot slot speelt in sommige gevallen het lot een doorslaggevende rol in de ontwikkeling van een calamiteit. De nieuwswaarde van een calamiteit kan plotseling wegsmelten als een catastrofe zich aandient. Maar ook: de familie van het ene slachtoffer reageert veel heftiger dan die van het andere. Daarbij

geholpen door de tijdgeest. Maakbaarheid wordt in Nederland met hoofdletters geschreven en slachtoffer worden van een calamiteit hoort daar niet bij. En als het gaat om de curatieve zorg, dan speelt mee dat we in onze Westerse cultuur een geringe tolerantie hebben voor ook de maakbaarheid van onze gezondheid. Noem het maar de risicosamenleving.

Boin c.s. onderscheiden vijf taken die leiders moeten vervullen bij het managen van crises: zingeving, besluitvorming, betekenisgeving, beëindigen en leren.

In het boekje *Zwaar weer. Crisismanagement als mensenwerk* beschrijven Van der Wall Bake c.s. de ervaring van het bureau Berenschot met verschillende rollen bij rampen en crises. Niet verrassend dat in bijna alle twintig beschreven casus een belangrijke les is dat het helpt om een onafhankelijke derde te betrekken bij de afwikkeling van een crisis. Maar eerst: 'zorg dat je goed bent voorbereid. Maak plannen, ontwikkel en test managementcapaciteiten die in extreme condities onontbeerlijk zijn. Oefen, ontwikkel. Bewaak de afspraken op de onverhoopte momenten waarin het er werkelijk op aan komt. Besef dat crisismanagement mensenwerk is'. En juist die zachte kant, de menselijke factor van crisismanagement blijft onderbelicht. Hun advies is: train mensen daarop en voorkom *groupthink*.

Positief gedrag is:

- blijf kalm in moeilijke situaties;
- behoud het overzicht in stressvolle situaties;
- blijf productief;
- weet adequaat te handelen;

- maak stress en eigen tekortkomingen bespreekbaar;
- vraag hulp aan anderen;
- word niet negatief beïnvloed door tegenvallers;
- ga constructief om met kritiek, weerstand en tegenslagen;
- reageer evenwichtig.

Bij mijn weten is het in de zorg niet gebruikelijk om crisissituaties te oefenen. Wel voldoen veel instellingen aan de eis om ontruimingsplannen te oefenen. Maar het zijn vooral operationele processen die geoefend worden en niet de samenwerking tussen vitale functionarissen die in het geval van een calamiteit aan de beurt zijn. Laat staan dat er calamiteiten simulatoren zijn, zoals die er voor het openbaar bestuur wel zijn.

In een artikel naar aanleiding van de brand in de anesthesiezuil in het Twenteborgziekenhuis in Almelo, één van de in dit boekje besproken casus, wordt veel nadruk gelegd op communicatie als onderdeel van crisismanagement. De lijstjes *do's* en *don'ts* mogen hier niet ontbreken.

Wel doen:

- onderscheid publieke en private feiten. De eerste zijn openbaar, de tweede zijn patiëntgegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen;
- vertel wat je weet, wat je ervan vindt en vooral wat je ervan hebt geleerd;
- neem een voorbeeld aan de industrie: wanneer een product ondeugdelijk of schadelijk blijkt, kondigen fabrikanten dit publiekelijk aan. Zij nemen het product uit de handel;

- realiseer je dat ongelukken erbij horen, maar wees open (en goed voorbereid) wanneer zich in huis iets ernstigs voordoet. Dat scheidt vertrouwen: mijn instelling zit er bovenop;
- maak tevoren ‘crisisprocedures’ en formeer teams met alle betrokkenen;
- maak een feitenrelaas (wat is er wanneer gebeurd?);
- Wees proactief en doortastend.

Niet doen:

- publieke feiten onder de pet houden die schadelijk of gevaarlijk voor patiënten (hadden kunnen) zijn.
- de media en de publieke opinie onderschatten;
- de perswoordvoering overlaten aan iemand die niet terzake kundig is;
- private feiten (medische informatie over patiënten) naar buiten laten komen. Die vallen onder het medisch beroepsgeheim;
- je gek laten maken;
- in een loyaliteitsreflex schieten: ons treft geen blaam;
- verstoppertje spelen.

PATIËNTVEILIGHEID

Er is een belangrijke parallel met recent onderzoek naar patiëntveiligheid. Waar bij het handelen rond een calamiteit gaat om curatie, kun je zeggen dat het bij het vergroten van patiëntveiligheid gaat om preventie. Toch is er wel wat te leren van de recente inzichten rond patiëntveiligheid. In zijn proefschrift uit 2010 met als titel *Patiëntveiligheid. De rol van de bestuurder* toont Leistikow aan dat de bestuurder een steeds grotere verantwoordelijkheid krijgt voor het

functioneren van de professionals. Belangrijke stelling is dat de bestuurder noch op inhoud (de professional is altijd beter geïnformeerd), noch op macht kan sturen als hij de patiëntveiligheid wil verbeteren. Volgens Leistikow werkt uitsluitend de procesmatige aansturing. Daarbij zijn de volgende zes elementen van zijn handelen van belang: zorgen voor voldoende inbreng van alle betrokkenen; deelname van alle betrokkenen moet veilig zijn; er moet een juiste hoeveelheid druk worden georganiseerd om de voortgang te benaderen; de uitkomsten moeten inhoudelijk te verdedigen zijn; de professionals moeten intrinsiek gemotiveerd kunnen worden voor deelname; en het initiatief en de ondersteuning moeten door het bestuur georganiseerd worden. De rol van de bestuurder is bovengenoemde omstandigheden scheppen, processen bewaken, uitkomsten van processen beoordelen en geaccepteerde uitkomsten bekrachtigen en inbedden in de organisatie.

Vertaald naar de rol van de bestuurder bij het omgaan met calamiteiten:

- de bestuurder is verantwoordelijk voor het proces;
- hij of zij moet voldoende voeling met alle betrokkenen houden;
- bij de evaluatie van de calamiteit is de bestuurder gehouden de lessen voor de organisatie te trekken en te implementeren.

ORGANISATIEKUNDE

Bij het kijken naar het handelen van bestuurders in het geval van een calamiteit kan het helpen om door

verschillende brillen te kijken. De organisatieliteratuur biedt verschillende van die brillen aan. Uit de organisatieliteratuur kennen we het bestaan van verschillende paradoxen die bij het optreden van calamiteiten een belangrijke rol spelen. Een daarvan is die tussen bedrijfsmatige en culturele sturing. Bedrijfsmatige sturing ziet op de inrichting van de organisatie en het goed regelen van de bedrijfsactiviteiten. Als deze zaken niet goed geregeld zijn, dan lekt er veel energie weg uit een organisatie. Bovendien is de organisatie dan niet in control en kunnen gemakkelijk financiële problemen ontstaan.

Bij culturele sturing gaat het om de manier van samenwerken in de organisatie en de mate waarin geleerd kan worden. Als de bestuurder er niet in slaagt om deze sturing adequaat in te vullen, dan gaan organisaties ten onder aan stammenstrijd en rigide bureaucratie. Het gaat veelal om vertrouwen en respect.

De link naar het omgaan met calamiteiten zie ik als volgt. In organisaties waarin de bedrijfsmatige sturing niet op orde is kunnen gemakkelijk calamiteiten ontstaan. Het op orde zijn van de bedrijfsmatige sturing is echter geen garantie voor het uitblijven van calamiteiten. Maar als er eenmaal een calamiteit plaatsvindt, dan kan een adequaat op cultuur gestuurde organisatie voorkomen dat zo'n calamiteit ontaardt in decompensatie van de instelling. En tot slot: het is mogelijk van een calamiteit te leren en er door te groeien: *never waste a good crisis*.

Vooraf Argyris en later Senge benadrukken het belang van leren in organisaties. Leren in tijden van crisis is echter geen vanzelfsprekendheid. Van der

Wall Bake c.s. beschrijven hun rol bij het leren van een eerste grote (bijna) ramp in Nederland: Tsjernobyl. Door expliciet een chroniqueur aan te trekken is het de Rijksoverheid gelukt om voluit lering te trekken uit deze bijna-ramp.

Walz en Bartels beschrijven vier niveaus van leren: operationeel, tactisch, strategisch en visionair.

Bij het eerste niveau gaat het om onbewust, niet-intentioneel, automatisch leren. Dat leren is afhankelijk van de toevallige omstandigheden en wordt gevoelsmatig aangestuurd. Oefening baart kunst. Als je als bestuurder eenmaal een calamiteit hebt meegemaakt met alle media-aandacht die daar bij komt kijken, dan weet je beter wat je te wachten staat en tuin je niet meer zomaar in allerlei beginnersfouten.

Op het tweede niveau gaat het om doelgericht leren, het oefenen van vaardigheden. Het is intentioneel, gepland, systematisch en rationeel. Denk aan het volgen van een mediatraining of het oefenen van rampenbestrijding, wat veel voorkomt in de veiligheidswereld.

Bij strategisch leren gaat het om de vraag hoe je tot een andere verhouding tot het omgaan met calamiteiten kunt komen. Ook dit is een bewust proces, maar richt zich meer op de kaders waarbinnen gehandeld wordt. Wat heeft onze cultuur, stijl van leidinggeven bijgedragen aan het ontstaan van deze calamiteit en moeten we daar niet eens kritisch naar kijken?

Op het vierde niveau gaat het om het kritisch onder de loep durven nemen van fundamentele opvattingen en veronderstellingen. Van waarden en

van attitudes. Op dit niveau gaat het ook over het onderzoeken van de eigen leerstrategieën. Visionair leren leidt altijd tot een paradigmashift. Het vergt het zichtbaar maken van de verschillen tussen de *espoused theory* en de *theory in use* (zie Argyris). Nog een keer Tsjernobyl: het Ministerie van Binnenlandse Zaken bleef geheel aan de kant staan. Immers, er was geen sprake van een ramp in de zin van de Rampenwet. De evaluatie daarvan heeft geleid tot een geheel andere, proactieve benadering door dat ministerie van dergelijke situaties, later.

LEREN VAN ONDERZOEKEN

Diverse calamiteiten in de zorg zijn uitgebreid onderzocht. Soms door meer dan één instantie. Sommige instellingen kiezen voor het instellen van een eigen onderzoek, ernstige calamiteiten worden door de bank genomen ook door de Inspectie onderzocht en in een enkel geval doen ook het Openbaar Ministerie en de Onderzoeksraad voor de Veiligheid nog een duit in het zakje.

Helaas wordt er niet instellingsbreed of zorgbreed geleerd van de meeste van dit soort onderzoeken. De Bruijn geeft daar een interessante analyse van. Hij toont aan dat onderzoekers van rampen keer op keer wijzen op vergelijkbare patronen in het handelen van overheden en andere actoren, waarvan op grond van eerdere onderzoeken bekend was dat ze geleid hebben tot rampen en ongevallen. Nederland is daarin niet uniek: als in 2003 het ruimteveer Columbia ontploft, dan concluderen onderzoekers dat NASA onvoldoende geleerd heeft van de ontploffing van de Challenger in 1986.

Vervolgens legt De Bruijn patronen bloot in het betekenisgeven van diverse onderzoekscommissies van de feitenrelazen die iedere commissie natuurlijk ook vastlegt. Hij maakt onderscheid tussen een zogenaamde causale en een contextuele betekenisgeving. Meestal doen onderzoekers, net als de pers, aan causale betekenisgeving. Die gaat ervan uit dat een eenduidige verklaring gevonden moet worden. Dat leidt door de bank genomen tot het soort conclusies dat door deze en gene, daar en daar, die en die fouten zijn gemaakt in de aanloop naar, en de afwikkeling van de calamiteit. Kortom: barbertje moet hangen. Bij de contextuele betekenisgeving wordt niet alleen gekeken naar de vraag wie wat fout deed, maar vooral ook naar de vraag: waarom deden ze dat dan fout?

De causale betekenisgeving leidt tot leren op ten hoogste het tactische niveau. Pas als ook contextueel betekenis wordt gegeven kan leren op een hoger niveau plaatsvinden. De Bruijn toont dat aan op basis van diverse onderzoeksrapporten rond de ontploffingen van de ruimteveren Challenger en Columbia. Pas na de tweede ontploffing ging een onderzoekscommissie uit van contextuele betekenisgeving en werd de vinger gelegd bij de hiërarchische cultuur binnen de NASA.

Een tweede verschil in doen van onderzoekscommissies waar De Bruijn op wijst is casuïstisch versus vergelijkend onderzoek. Daarbij gaat het dus om de aanpak van het onderzoek zelf. In het ene geval wordt uitsluitend de in het geding zijnde casus uitgebreid onderzocht. In het andere geval wordt ook gekeken naar vergelijkbare situaties

die niet tot een vergelijkbare ramp leidden. Veelal komen de handhavers onder vuur te liggen. Wat daarbij niet meegenomen wordt in de casuïstische benadering, is dat in het grootste deel van de gevallen een softe aanpak van handhaving uitstekend werkt, maar door sommige mensen of in sommige situaties tot misbruik, dan wel ongelukken leidt. Terwijl de harde aanpak van handhavers leidt tot een zeker gebrek aan legitimiteit en gebrek aan medewerking.

Een derde patroon bij onderzoekers is dat van de aanbevelingen. Als volgens onderzoekers iets geleid heeft tot de onderzochte gebeurtenis, dan dient het tegenovergestelde te worden gedaan. Is er te weinig handhaving geweest, dan moet er meer gehandhaafd worden. Is sprake van te veel decentrale sturing, dan dient er meer centraal gestuurd te worden. Is er te weinig informatie, dan moet er meer informatie komen. Enzovoorts, enzovoorts. De Bruijn noemt dit 'aanbevelingen à contrario'.

Maar De Bruijn waarschuwt vervolgens voor doorschieten naar beide kanten. De causaal, casuïstische benadering is vaak te gemakkelijk en blokkeert leerprocessen van een hoger niveau. Daar staat tegenover dat de contextueel-vergelijkende benadering het risico in zich heeft dat het proces-zoals-het-is-verlopen altijd gelegitimeerd wordt. Bovendien bestaat het risico dat in deze benadering de onderzoeker verzandt in een marginale toets: fout of goed handelen kan haast niet meer aangewezen worden. De rol van *countervailing power* van de onderzoeker gaat teloor.

De rol van onderzoekscommissies is altijd dubbel: ze doen aan waarheidsvinding en ze spelen een rol

bij het wegnemen van de maatschappelijke onrust en bezorgdheid. En tussen deze twee functies kan een stevige spanning bestaan. De Bruijn stelt dat naarmate de maatschappelijke onrust over de gebeurtenis groter is, de tolerantie voor genuanceerde verklaringen afneemt.

Tot slot doet hij een aantal aanbevelingen aan toekomstige onderzoekscommissies:

- geef ruimte aan alle vier de redeneerpatronen en werk langs de twee daaruit volgende lijnen: terugkijken naar de gebeurtenis (causaal en casuïstisch) en vooruitkijken vanuit het perspectief van de betrokkenen (contextueel en vergelijkend);
- als dit leidt tot ambigue of meerduidige uitkomsten die niet sporen met de rol van een commissie om maatschappelijke onrust weg te nemen, probeer dan in ieder geval weinig ruimte te geven in de formulering van de aanbevelingen;
- wees je bewust van, en transparant over, de verschillende benaderingswijzen die mogelijk zijn. Bijvoorbeeld door het organiseren van openbare hoorzittingen, waarbij verschillende betrokkenen met elkaar in debat gaan over de bevindingen van een onderzoek.

TOT SLOT

De belangrijkste functie van dit boekje is om bestuurders en toezichthouders te laten leren van de afhandeling van calamiteiten in de zorg. Ik hoop natuurlijk op een leerproces van verschillende orden. En nodig de lezer dus uit om te bezien of de in de interviews beschreven casuïstiek congruent

is met de in deze bijdrage beschreven literatuur. Net als in de beschreven literatuur onderscheid ik daarbij twee niveaus: dat van het handelen. Spooft dat met de aanbevelingen die in de literatuur over crisismanagement zijn te vinden? En: dat van het

leren. Welke leerprocessen hebben de betrokken bestuurders en hun organisaties doorgemaakt en welke invloed hebben de eventuele (interne en externe) onderzoekscommissies en -instanties daarbij gehad?

LITERATUUR

Chris Argyris, *Teaching smart people how to learn*. In: Harvard Business Review, May-June 1991

Arjen Boin e.a., *The politics of crisis management. Public leadership under pressure*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005. ISBN 0-521-84537-8

Hans de Bruijn, *Een gemakkelijke waarheid. Waarom we niet leren van onderzoekscommissies*. Den Haag, NSOB, 2007

Kees Cools, *Controle is goed, vertrouwen nog beter. Over bestuurders en corporate governance*. Assen : Van Gorcum, 2005. ISBN 90-232-4176-2

Hein Griffioen, *Lessen van de financiële crisis*. In: ZM magazine, februari 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg*. Den Haag, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009 (De Staat van de Gezondheidszorg, 2009)

Ian Leistikow e.a. (red.), *Dit nooit meer. Artsen vertellen over hun incident*. Utrecht, CBO, 2009. ISBN 978-90-6910-248-1

Ian Leistikow, *Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder*. Amsterdam, Elsevier, 2010. ISBN 978-90-352-3227-3

Peter M. Senge, *De vijfde discipline. De kunst & praktijk van de lerende organisatie*. Schiedam, Scriptum, 1992. ISBN 90-71542-54-8

Jeroen Smit, *De prooi. Blinde trots breekt ABN AMRO*. Amsterdam, Prometheus, 2008. ISBN 978-90-446-1370-4

D.A. van den Wall Bake e.a., *Zwaar weer. Crisismanagement als mensenwerk*. Den Haag, Elsevier, 2005. ISBN 90-5901-696-3

Irving Wladawsky-Berger, *Leadership in a time of crisis*. Op: blog.iringwb.com, 19 januari 2009

Patricia van der Zalm, *Communicatie in tijden van crisis*. Op: www.skipr.nl, 7 juni 2011