

Ont-moeten

Over het bevorderen van cliëntgerichtheid in verzorg- en verpleeghuizen

Masterscriptie aan Universiteit voor Humanistiek

Augustus 2011

Door: Jon Leopold

Begeleider: Harry Kunneman

Meelezer: Wander van der Vaart

Voorwoord

Toen ik zeven maanden geleden startte met mijn afstudeertraject had ik niet gedacht dat dit project zoveel werk, tijd en energie zou vergen. Dag na dag kleine stapjes maken, jezelf disciplineren, geduldig zijn en vaak nog weinig resultaat zien. Maar nu is er een eindproduct, voor u als lezer het begin, voor mij als schrijver het einde van een intensief project. Dit gaat gepaard met trots, verlossing van verkrampde vingers en stijve schouders en gelijktijdig de afsluiting van een periode van zeven jaar studeren aan de Universiteit voor Humanistiek. Hoewel het project grotendeels een individuele activiteit was, had ik het niet voor elkaar gekregen zonder de hulp en ondersteuning van anderen. Daarom wil ik graag een aantal mensen bedanken, in het bijzonder Maud van Tongeren, lief, bedankt voor je zorg, aandacht, mentale ondersteuning en geduld. Mijn begeleider Harry Kunneman, bedankt voor je betrokkenheid, tijd en heldere commentaren. Wander van de Vaart, bedankt voor je ondersteuning op het gebied van onderzoek en vraagstelling. Praktijkdeskundigen; Caroline Nijhuis, Simone van Dijk, Merel van Uden, Desiree Bierlaagh, Lena Hillenga, Peter Hoveling, Gerke de Boer en Ron Groothuis, bedankt voor jullie tijd en inzicht. Tineke van Sprundel, bedankt dat ik gebruik mocht maken van je contacten. Ria van der Horst, bedankt voor het precieze herzien van mijn teksten. Kevin Pijpers, Franka Karsten en Astrid Loes bedankt voor de broodjes, koffie, sigaretten en kletspraat tussen de noeste arbeid door. Marja Leopold, bedankt voor je commentaren en je hulp bij de data-analyse.

En voor ieder die dit leest bedankt voor de aandacht en veel leesplezier!

Inhoudsopgave

Inleiding.....	7
Doelstelling:.....	7
Centrale vraagstelling:.....	8
Samenvatting	9
Afbakening en toelichting van centrale begrippen.....	10

Deel I

Vraag 1.1: Hoe ziet de vraag om meer cliëntgerichtheid eruit?

1.1 De wil tot cliëntgerichtheid	13
--	----

Vraag 1.2: Wat zijn kenmerken van 'het systeem' beschouwd vanuit de klassieke organisatie theorie en het positioneel organiseren?

1.2.1 Klassieke organisatie vormen.....	16
1.2.2 Positioneel organiseren.....	17
1.2.3 Kritiek van Weber.....	17
1.2.4 Zekerheidsprestaties.....	18

Vraag 1.3: Welke gevolgen heeft het positioneel organiseren van vraagstukken rond financiering, verantwoording, kwaliteitsbeleid, veiligheid en aansprakelijkheid op de positie van de cliënt?

1.3.1 Financiering.....	20
1.3.2 Verantwoording	21
1.3.3 Positie cliënt in kwaliteitsmetingen	24
1.3.4 Meten is weten, weten is sturen.....	25
1.3.5 Veiligheid en aansprakelijkheid.....	26

Vraag 1.4: Welke mogelijkheden om het systeem te nuanceren worden aangereikt door Habermas en Wierdsma?

1.4.1 Systeem en leefwereld	28
1.4.2 Kolonisering van de leefwereld.....	29
1.4.3 Leefwereld in systeemcontext	30
1.4.4 Kritiek op Habermas.....	31
1.4.5 Co-creatie.....	32

Deel II

Verantwoording.....	36
Data presentatie.....	40

Vraag 2.1: Welke invloeden worden door de praktijkdeskundige benoemd als zijnde bepalend voor de huidige organisatie van zorg in verzorg- en verpleeghuizen en wat zijn de gevolgen hiervan voor de zorg voor de cliënt?

2.1.1 Medische dominantie.....	41
2.1.2 Protocollen uitvoeren en verantwoording afleggen.....	44
2.1.3 Taakgerichtheid.....	47
2.1.4 Functioneren.....	49
2.1.5 Gebieden buiten de aandacht.....	53

Vraag 2.2: Waar vraagt het vormgeven aan cliëntgerichtheid, op organisatiebreed niveau, in verzorg- en verpleeghuizen om, volgens praktijkdeskundigen?

2.2.1 'Ontzekereren'.....	55
2.2.2 Vastheid	56
2.2.3 Beargumenteerd afwijken	57

2.2.4 Norm handhaven	58
Intermezzo: de vastheid in het beeld van de ander.....	58

Vraag 2.3: Wat wordt door de praktijkdeskundigen, voor de verschillende functionarissen binnen verzorg- en verpleeghuizen, benoemt als de ideale rollen in een cliëntgerichte organisatie? En welke door de praktijkdeskundige benoemde elementen kunnen hierbij (mogelijk) in de weg staan?

2.3.1 Rol van de cliënt.....	60
2.3.2 Verzorgende en verplegende	63
2.3.3 Teamleiders.....	65
2.3.4 Management en bestuur.....	66
2.3.5 Behandelaren.....	68

Vraag 2.4: Met wat voor soort interventies proberen de praktijkdeskundigen een bijdrage te leveren aan een meer cliëntgerichte organisatie van verzorg- en verpleeghuizen?

2.4.1 Algemene kenmerken van interventies.....	69
2.4.2 Werken met verzorgende en verplegende	71
2.4.2.1 Focus op wat er al is.....	71
2.4.2.2 Aansluiten van vorm bij doel.....	71
2.4.2.3 Betrokkenheid op de cliënt.....	72
2.4.2.4 Elkaar kennen.....	73
2.4.2.5 Reflectie, delen, bewust worden.....	74
2.4.2.6 Weerstand.....	75
2.4.3 Behandelaren.....	76
2.4.4 Omgang met management en bestuur.....	76
2.4.5 Ontroesten van de organisatie.....	78

2.4.6 Zorgleefplannen	79
2.4.7 Tegenpositie en discrepanties	81

Hoe kan men cliëntgerichtheid in verzorgings- en verpleeghuizen bevorderen?

Conclusie	84
Bronnen.....	87

Inleiding

Het document voor u is mijn Master-scriptie, ter afronding van de studie Humanistiek, afstudeerrichting Kritische Organisatie en Interventie Studies, aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. Tijdens mijn stageperiode, ten behoeve van dezelfde afstudeerstudierichting, is mijn belangstelling voor het onderwerp ouderenzorg aangewakkerd. Via Stichting Springende Muis heb ik de mogelijkheid gehad om een periode betrokken te zijn bij een organisatie veranderingstraject binnen een verpleeghuis. Binnen dit project heb ik in samenwerking met collega's gewerkt aan zowel een evaluatietraject, als aan bijeenkomsten met bewoners en medewerkers van een specifieke afdeling. Binnen beide interventies was de inzet om bewoners en medewerkers een stem te geven in wat belangrijk is binnen de context waarin ze leven of werken (de afdeling). Het interviewtraject leverde daarnaast veel informatie op over de kwaliteit van de zorg op de afdeling. In de bijeenkomsten die hieruit voortvloeiden, hielden we gesprekken over het leven en werken in de instelling en lieten we medewerkers en bewoners hierover ervaringen uitwisselen. Dit zorgde o.a. voor een hernieuwde interesse in de cliënt en de wil om het handelen op hem of haar af te stemmen. Ik vond het erg mooi om te zien hoe dit traject een bijdrage leverde aan de mate van- en bereidheid tot afstemming op de cliënt. Hierdoor ontstond bij mij interesse naar hoe in ander verzorg- en verpleeghuizen cliëntgerichtheid wordt vormgegeven.

Doelstelling:

Het maatschappelijke doel van deze scriptie is, om zorgorganisaties en de lezer inzicht te geven in hoe cliëntgerichtheid kan worden bevorderd binnen de huidige context. Reden hiervoor is een breed gedragen wil tot cliëntgericht organiseren binnen de sector. Daarnaast is het voor mij persoonlijk relevant. Binnen verschillende verzorg- en verpleeghuizen heb ik gezien dat ouderen een marginale positie innemen en weinig zeggenschap hebben over hun eigen bestaan. Hun verhalen hebben me geraakt en doordrongen van de noodzaak tot een meer cliëntgerichte invulling van zorgorganisaties. Groeiende gerichtheid van de organisatie op de cliënt zie ik als een mogelijkheidsvoorwaarde voor het kunnen (blijven) leiden van een betekenisvol leven binnen deze contexten. Gelijktijdig vindt deze wens tot meer cliëntgerichtheid niet vanzelfsprekend haar weg naar het zorgproces. Een cliëntgerichte organisatie vraagt, vanuit de huidige context bezien, veelal om een ingrijpende verandering binnen een organisatie. Omdat het gaat om een complex, maar in mijn ogen belangrijk proces, hoop ik door middel van mijn scriptie een bijdrage te kunnen leveren aan het succes van dergelijke veranderingen.

Ik tracht dit te bewerkstelligen door een analyse te geven van de huidige situatie, en hiermee zichtbaar te maken waaruit het streven naar cliëntgerichtheid tot stand komt en wat dit betekent voor de organisatie van cliëntgerichtheid. Vervolgens geeft ik vanuit een interviewtraject onder praktijkdeskundigen een beeld van de huidige situatie en worden mogelijke alternatieven en idealen besproken. Deze kunnen mogelijk richtinggevend zijn voor verzorg en verpleeghuizen

die zichzelf cliëntgerichtheid tot doel hebben gesteld. Ik verbindt deze vervolgens met kritische organisatie literatuur die zorgt voor een academische onderbouwing en verdieping van deze initiatieven. Zodoende is het interne doel van mijn scriptie het vergaren en vervolgens weergeven van kennis over het bevorderen van cliëntgerichtheid binnen de huidige cultuur in verzorgings- en verpleeghuizen.

Centrale vraagstelling:

Hoe kan men cliëntgerichtheid in verzorgings- en verpleeghuizen bevorderen?

Deelvragen:

- (1) *Hoe ziet de context van verzorg- en verpleeghuizen in Nederland eruit waarbinnen de vraag om cliëntgerichtheid vorm krijgt?*
 - 1.1 *Hoe ziet de vraag om meer cliëntgerichtheid eruit?*
 - 1.2 *Wat zijn kenmerken van 'het systeem' beschouwd vanuit de klassieke organisatie theorie en het positioneel organiseren?*
 - 1.3 *Welke gevolgen heeft het positioneel organiseren van vraagstukken rond financiering, verantwoording, kwaliteitsbeleid, veiligheid en aansprakelijkheid voor de positie van de cliënt?*
 - 1.4 *Welke mogelijkheden om het systeem te nuanceren worden aangereikt door Habermas en Wierdsma?*
- (2) *Op wat voor manieren worden organisaties door praktijkdeskundigen begeleid bij het vorm geven aan de wens tot cliëntgerichtheid ?*
 - 2.1 *Welke invloeden worden door de praktijkdeskundige benoemd als zijnde bepalend voor de huidige organisatie van zorg in verzorg- en verpleeghuizen en wat zijn de gevolgen hiervan voor de zorg voor de cliënt?*
 - 2.2 *Waar vraagt het vormgeven aan cliëntgerichtheid, op organisatiebreed niveau, in verzorg- en verpleeghuizen om, volgens praktijkdeskundigen?*
 - 2.3 *Wat wordt door de praktijkdeskundigen voor de verschillende functionarissen binnen verzorg- en verpleeghuizen benoemt als de ideale rollen in een cliëntgerichte organisatie? En welke door de praktijkdeskundige benoemde elementen kunnen hierbij (mogelijk) in de weg staan?*
 - 2.4 *Met wat voor soort interventies proberen de praktijkdeskundigen een bijdrage te leveren aan een meer cliëntgerichte organisatie van verzorg- en verpleeghuizen?*

Samenvatting

De scriptie 'Ont-moeten' gaat in op de vraag hoe men cliëntgerichtheid kan bevorderen in verzorg- en verpleeghuizen. Dit onderwerp wordt in het eerste deel van de scriptie besproken vanuit de theorie, waarbij wordt in gezoomd op 'het systeem' en de gevolgen van positioneel organiseren op de positie en mogelijkheden van de cliënt die in de organisatie leeft. Vervolgens wordt, aan de hand van Jürgen Habermas en André Wierdsma, een mogelijke alternatieve weg onderzocht, waarin de nadruk ligt op het bevorderen van communicatieve processen.

Hierna volgt het tweede deel van de scriptie, waar vanuit de ervaring en reflecties van verschillende praktijkdeskundigen wordt in gegaan op; welke elementen in verzorg- en verpleeghuizen cliëntgerichtheid veelal in de weg staan; welke elementen op organisatiebreed niveau spelen; welke houdingen en gedragingen als wenselijk worden gezien voor de verschillende functionarissen en tot slot hoe de praktijkdeskundigen hieraan hun bijdrage denken te leveren. Hiermee ontstaat een gedetailleerd beeld van de veelheid aan invloeden op het streven naar cliëntgerichtheid binnen verzorg- en verpleeghuizen.

Waarbij in zijn algemeenheid kan worden opgemerkt dat in deze scriptie twijfels worden geplaatst bij de mogelijkheid cliëntgerichtheid tot stand te brengen op basis van een uitgemeten stappenplan. Gewezen wordt in de richting van een blijvend zoeken en herdefiniëren van wat wenselijk is. Een proces dat blijft vragen veranderingen en diversiteit toe te laten, waarbij uitgebreid wordt stil gestaan bij dat dit niet iets is wat vanzelfsprekend of gemakkelijk is.

Afbakening en toelichting van centrale begrippen

Cliëntgerichtheid

Het centrale begrip in deze studie is cliëntgerichtheid. In de veelheid van literatuur die op dit onderwerp in gaat, wordt het begrip cliëntgerichtheid veelal vertaald als een situatie waarin sprake is van vraaggerichte- of vraaggestuurde zorg. Vraaggerichte zorg houdt in dat het zorgaanbod is afgestemd op de behoeftes en wensen van de cliënt (Verbeek, 2002). De stem van de cliënt wordt meegenomen in de bepaling van wat wordt aangeboden. De zorg krijgt hierbij vorm vanuit de samenwerking tussen hulpverlener en cliënt, waarin de organisatie een ondersteunde positie inneemt. Daarnaast kenmerkt vraaggerichte zorg zich door een streven naar machtsgelijkheid in de relatie tussen cliënt en hulpverlener (Overbeek,2002). Bij vraaggestuurde zorg neemt de relatie tussen hulpverlener en cliënt ook een centrale positie in. Ook hier wordt gestreefd naar machtsgelijkheid. Daarnaast gaat vraaggestuurde zorg een stap verder dan vraaggerichte zorg in het streven de cliënt een centrale positie te geven. Het zorgaanbod wordt hierbij aangestuurd door de vraag van de cliënt. Hiermee zet vraaggestuurde zorg in meerdere mate in op de autonomie en zelfbeschikking van de cliënt (Steenbergen e.a.,2004, Van der Kraan,2006).

Opvallend in beide gangbare vertalingen van cliëntgerichtheid is dat de focus ligt op *de vraag* van de cliënt. Cliëntgerichtheid wordt *vraagsturing* of *vraaggerichtheid*. De vraag vormt de aanleiding om zorg te organiseren of wordt meegenomen bij het organiseren van de zorg. In beide benaderingen verplaatst de focus op de cliënt, de cliëntgerichtheid, zich naar een focus op de vraag van de cliënt. Hieruit spreekt naar mijn idee de voorliefde van organisaties voor het handelen. Een vraag schept een helder doel voor de organisatie, namelijk de beantwoording van die vraag. Bij gerichtheid op de cliënt (met of zonder vraag) is het minder helder wat de rol van de organisatie is. De aandacht of de betekenis van cliëntgerichtheid, die de organisatie en de mensen daarbinnen, kunnen hebben voor het leven van een specifieke cliënt zal bij een gerichtheid op de cliënt, per cliënt en moment verschillen. In deze scriptie wil ik de betekenis van cliëntgerichtheid dan ook ruimer zien dan een gerichtheid op de cliënt met een vraag, behoefte, wens of wil. Een cliëntgerichtheid die ook aandacht heeft voor de cliënt die is, leeft, lummelt, kletst,voelt, rommelt, betekenis geeft (etc.).

Daarnaast is het van belang om te benadrukken dat Cliëntgerichtheid een gerichtheid is te midden van andere gerichtheden, een belang te midden van andere belangen. Verschillende andere gerichtheden of afleidingen concurreren om de aandacht van mensen binnen organisaties. Cliëntgerichtheid moet zodoende worden opgevat als iets wat tijdelijk en in verschillende mate tot stand komt of tot stand gebracht wordt. Cliëntgerichtheid moet zodoende worden opgevat als het tijdelijke resultaat van gericht zijn op de cliënt van de organisatie of mensen daarbinnen. Hieruit volgt dat een (enkel) cliëntgerichte organisatie niet bestaat. Wanneer een organisatie zich

cliëntgerichtheid tot doel stelt, streeft ze naar het bevorderen van momenten waarin cliëntgerichtheid tot stand komt.

Verzorg- en verpleeghuizen

Als ik het heb over verzorg- en verpleeghuizen, doel ik op plekken waar sprake is van langdurige intramurale ouderenzorg. Dit is het geval binnen verzorg- en verpleeghuizen, die tegenwoordig vaak onderdeel zijn van overkoepelende zorgorganisaties. De focus op verzorg- en verpleeghuizen betekent dat ik niet in ga op tijdelijke zorg, zoals op revalidatie-afdelingen en niet doel op zorg die plaats vindt buiten de muren van de organisatie zoals thuiszorg. Daarnaast richt ik me op ouderenzorg waarmee ik me beperk tot de niet eenvoudig te definiëren categorie 'ouderen' die de populatie uitmaken van verzorg- en verpleeghuizen. Gezien onderzoeken aantonen dat leeftijden beperkt informatief zijn als het gaat om verouderingsprocessen (Baars, 2008 ,8) zal ik hierbij niet pogen een grens te trekken enkel ten behoeve van een grens.

Hoewel er sprake is van overlappings, ligt het onderscheid tussen verzorg- en verpleeghuizen in beginsel in de mate van zorgbehoefte van de cliënt. Bij bewoners van een verzorgingshuis is er veelal een grotere zelfstandigheid, de zorgbehoefte is (meestal) kleiner en de condities zijn van een minder bedreigende of ingrijpende aard. Wanneer er binnen de door mij ingezette bronnen niet expliciet verwezen wordt naar een context, gebruik ik het begrip ouderenzorg.

I

Theoretische benadering van de context van verzorg- en verpleeghuizen

Vraag 1.1: Hoe ziet de vraag om meer cliëntgerichtheid eruit?

1.1 De wil tot cliëntgerichtheid

Zo lang er in Nederland sprake is van zorg is er al in wisselende mate aandacht voor de positie van de zorgontvanger binnen de zorgrelatie. Met de komst van de verzorgingsstaat heeft de zorg zich deels verplaatst van het privé domein naar het publieke domein. Daardoor werd het veld van: het denken over zorg, zorgrelaties en de organisatie hiervan ook geprofessionaliseerd. De term cliënt komt in deze context voort uit een emancipatiebeweging. Deze had tot doel om de zorgontvanger, die hiervoor als 'patiënt' werd benaderd, een sterkere machtspositie te geven binnen de zorgrelatie. De kritiek op de term patiënt was dat deze de omgang aanstuurde vanuit een verticale medische verhouding waarin een onnodige focus lag op de gebreken of onmogelijkheden van de zorgontvanger.

Het laatste decennium is cliëntgerichtheid een van de belangrijkste thema's in het zorgdebat. Vanuit de overheid worden vanaf de jaren 90 pogingen ondernomen tot hervormingen binnen de gezondheidssector. Gelijktijdig heeft de overheid door middel van decentralisatie en privatisering haar rol verschoven van uitvoerder naar toezichthouder. Zodoende vraagt de overheid nu in toenemende mate om transparantie, aansprakelijkheid en informatie over de kwaliteit van de zorg (Koot, 2010, 1). Dit moet er voor zorgen dat de verschillende instellingen beter instaat zijn zichzelf te sturen, gezien dit nu niet langer centraal wordt voor geschreven. Daarnaast vraagt de overheid om informatie op basis waarvan het functioneren van de instellingen beoordeeld kan worden door zowel inspectie als burgers en (potentiële) "klanten". De overheid en de inspectie spelen zodoende een belangrijke rol in het formuleren van de criteria waaraan zorg(instellingen) moet voldoen.

In 2006 verscheen het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid getiteld "*De verzorgingsstaat heroverwogen, over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*". Hierin wordt de verzorgingsstaat heroverwogen. Er komt uit naar voren dat er door zowel toenemende vergrijzing als ontgroening van de samenleving er bezorgdheid bestaat over de beschikbaarheid van kwantitatieve middelen om op lange termijn aan de groeiende zorgvraag te voldoen. Hierbij gaat het zowel om de financiële bekostiging als om de groeiende personeelsbehoefte. "*Het SCP/Timmermans (2005), die een raming van het potentiële zorggebruik over de periode 2000-2020 maakte, komt tot de conclusie dat de potentiële vraag naar verpleging en verzorging – informeel en formeel – met bijna 40 procent zal toenemen. Het RIVM, samen met het SCP, gaat uit van een stijging van 49 procent.*" (WRR-Rapport, 2006, 119). Waar in de media dit vraagstuk met name behandeld wordt omtrent de vraag naar de bekostiging, spreekt het WRR haar zorg vooral uit over het personeelsvraagstuk.

Gelijktijdig spreekt uit het rapport dat er bij de overheid in toenemende mate het besef leeft dat zorg maatwerk is. Dit vindt onder andere haar weg in het nieuwe financieringssysteem wat zich

richt op individueel gespecificeerde budgetten. Deze geven de mogelijkheid om aan te sluiten bij de specifieke zorgbehoefte van het individu. Dit moet leiden tot een eerlijkere verdeling van zorg, minder hospitalisering en een betere afstemming op het individu. Dit streven naar meer zorg op maat komt ook terug in de grote verscheidenheid aan visie documenten die recent in de sector zijn verschenen, dit wordt vaak verwoord als zijnde cliëntgerichtheid. Uit de veelheid aan publicaties en onderzoeken spreekt een brede vernieuwde zoektocht naar kwalitatief hoogwaardige zorg, waarin de cliënt een centrale positie heeft. De gemeenschappelijke deler in veel van deze zorgvisies is de wens om de zorg beter en meer af te stemmen op de ervaring van de cliënt.

Enkele voorbeelden hiervan:

Het WRR roept in het in 2006 verschenen rapport onder andere op tot meer zorg op maat. Waarbij men opmerkt dat er een kloof bestaat *“tussen wat voor zorg gewenst is en wat er beschikbaar is.”* (WRR-Rapport, 2006, 118). Tevens merkt men op dat *“cliënten in deze sector soms letterlijk beter weten wat goed voor hen is dan de hulpverleners met wie ze te maken hebben.”* (WRR-Rapport, 2006, 126) Ook het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg stelt zich als doel aan te sluiten bij een *“vraaggestuurde en cliëntgerichte benadering van zorg, ondersteuning en begeleiding”* (VTT, 2010, 12).

Binnen het veld van de ouderenzorg krijgt het streven naar afstemming op de cliënt in verschillende zorgvisies vertaling. Dit uit zich in o.a; belevingsgerichte zorg, vraaggerichte zorg, vraaggestuurde zorg, waardegerichte zorg, kwalitatief gerichte zorg, leefstijlgerichte zorg, persoonsgerichte zorg, service en hospitality benaderingen van zorg. Hoewel er duidelijk inhoudelijke verschillen bestaan tussen de verschillende benaderingen, lijkt de intentie van de verschillende benaderingen een duidelijke overlap te vertonen. Al deze benaderingen worden gekenmerkt door de ambitie de zorg meer af te stemmen op de cliënt. (De veelheid van verschil in de benaming van bestaande benaderingen is mogelijk toe te schrijven aan de markt die zorgorganisaties stimuleert om onderscheidend te zijn.)

Naast de verschillende visies op cliëntgerichtheid, wordt bij verschillende branche-organisaties, belangengroepen, particuliere adviesorganen of samenwerkingsverbanden tussen deze, gewerkt aan de (door)ontwikkeling van verschillende instrumenten om tot cliëntgerichtheid te komen of om dit beter te meten en verantwoorden. Daarnaast is er een toenemende aandacht voor verschillende soorten van cliënttevredenheids-onderzoeken.

De mate waarin het streven naar cliëntgerichtheid doordringt tot de zorgpraktijk verschilt vanzelfsprekend per context, waarbij opgemerkt mag worden dat de verschillen groot zijn. Dit is onder ander op te maken uit de gegevens www.kiesBeter.nl, de openbare zorgportal van het RIVM, waarin is terug te zien dat de beoordeling door cliënten van verschillende instellingen sterk varieert (onder andere op de vraag in hoeverre de cliënt hun eigen leven kunnen blijven

leiden), terwijl in de verschillende informatie beschrijvingen van de organisaties vrijwel altijd de nadruk wordt gelegd op cliëntgerichtheid, vraagsturing en persoonlijke aandacht. Bij sommige instellingen blijkt de cliëntgerichte visie zodoende beperkt tot papier of tot de externe communicatie. Terwijl er gelijktijdig organisaties zijn waar men de gehele organisatiecultuur poogt te herorganiseren om cliëntgerichtheid tot stand te brengen. Gezien de aangetroffen variëteit op kiesBeter zal de beginsituatie waarin organisaties zich bevinden dus ook in grote mate verschillen. In sommige organisaties vraagt cliëntgericht werken alleen om het expliciet maken van wat er al is, terwijl op andere plekken de cliënt nu volgzzaam meedraait in de planning van de organisatie.

In het brede veld van ouderenzorg wordt daarnaast meer en meer geëxperimenteerd met nieuwe vormen van zorg, die meer aansluiten bij de behoefte van de cliënt of waarin deze behoeftes het uitgangspunt van de organisatie vormen. De inzet is hierbij veelal om ouderen langer zelfstandig te laten wonen en meer beroep te laten doen op (bestaande) sociale netwerken. Dit experimenteren met nieuwe vormen van (ouderen)zorg doet zich voornamelijk voor binnen de thuiszorg en buurtprojecten. In de setting van verzorg- en verpleeghuizen lijkt men meer vast te zitten aan gebruikelijke vormen van organiseren. Dit wil overigens niet zeggen dat er geen sprake van een zoektocht naar nieuwe vormen is of dat er geen initiatieven ontplooid worden. De grote aandacht voor- en de roep om meer cliëntgerichtheid in het huidige denken over ouderenzorg duidt er op dat de huidige organisaties dit niet vanzelfsprekend tot stand brengen.

In verschillende artikelen die ingaan op de huidige organisatie van de ouderenzorg komt men tot de conclusie dat de huidige vormen van organiseren de positie van de cliënt onderdruk zetten. Zo concludeert het Transitieprogramma Langdurige Zorg dat *“het systeem belangrijker is geworden dan de mens, dat beheersen belangrijker is geworden dan leven en dat cijfers belangrijker zijn geworden dan mensen. Het zorgsysteem is – ondanks alle goede bedoelingen – een mooloch op lemen voeten geworden.”* (TB, 2010). Een soortgelijke kritische beschouwing is terug te vinden in het rapport van de Externe Commissie Fundamentele Herbezinning Langdurige Zorg. *“Opleiding, instructie, werkprocessen en sturing zijn echter dominant georganiseerd vanuit een instrumentele wijze van werken. Ook in opleiding en training is een nieuw paradigma nodig. Zodat niet alleen de zorg zelf verbetert, maar ook de beleving van kwaliteit, bij de cliënt”* (ECFHLZ, 2010, 19). Omdat 'het systeem' als belangrijke bron wordt gezien van het ontbreken van een centrale positie van de cliënt zal ik de invloed hiervan in het volgende deel proberen te duiden vanuit de klassieke organisatie theorie.

Vraag 1.2: Wat zijn kenmerken van 'het systeem' beschouwd vanuit de klassieke organisatie theorie en het positioneel organiseren?

1.2.1 Klassieke organisatie vormen

De genoemde focus op het systeem en de instrumentele werkwijze zijn kenmerken die in beginsel voortkomen uit de klassieke organisatie theorie. De klassieke organisatie theorie vindt haar basis bij Frederick Taylor, Max Weber en Henri Fayol, zij hebben een grote rol gespeeld in de huidige beelden van wat organisaties zijn en doen.

Taylor (1856-1915) was Amerikaans werktuigbouwkundig ingenieur. Hij deed empirisch onderzoek naar hoe de productie-industrie, ten tijde van de industriële revolutie, zo efficiënt mogelijk ingericht kon worden. Hiermee was hij de eerste die probeerde, van uit de wetenschap, normen te leveren voor het presteren van organisaties. Hij kwam hierbij tot de conclusie dat door middel van het verdelen- en voorschrijven van repeterende taken en verantwoordelijkheden door het management, de efficiëntie van de productie toeneemt. Daarbij is het in een dergelijke gespecificeerde taakverdeling niet langer nodig, voor de vaak laagopgeleide werknemer, om het gehele productieproces te bevatten. Bijkomend voordeel van deze uitsplitsing van taken is dat werknemers gemakkelijker vervangbaar worden. Met het opdelen van de functies werd ook de zogeheten scheiding tussen hoofd en handen bewerkstelligd. De taak van het management was hierbij om het gehele proces te overzien en dit aan te sturen op basis van kennis (hoofd). De rol van de medewerker beperkt zich tot de uitvoering (handen) van de toegeschreven taken.

Max Weber (1856-1920) was Duits econoom en socioloog. Begin twintigste eeuw ontwikkelde hij zijn beeld van de ideaal typische bureaucratie. In zijn analyse laat hij zien dat een bureaucratie zich kenmerkt door een duidelijke hiërarchie, ver doorgevoerde taakverdeling, veel werkzaamheden met vaste procedures en richtlijnen, promotie op basis van kennis, objectieve criteria voor beloning en bevordering, onpersoonlijke en formele relaties (Robbins e.a., 2006, 35). Door de focus op rationele beslissingen, formele relaties en de hoge mate van handelingsvoorschriften wordt er naar gestreefd persoonlijke voorkeuren uit te schakelen. Dit doet men onder andere door emotionele- en affectieve elementen in hoge mate weg te organiseren, ten dienste van gelijke behandeling voor iedereen.

Henri Fayol (1841-1925) was een Franse directeur van een grote kolenmijn. De door hem ontwikkelde richtlijnen voor management zijn nog steeds van invloed op de taakopvattingen van management. Deels overlappen zijn ideeën met die van Weber en van Taylor, als het gaat om de nadruk op het belang van hiërarchie en volgzaamheid. Hij voegt hier aan toe dat er sprake moet zijn van een eenduidige richting. Individuele belangen en voorkeuren moeten ondergeschikt zijn aan het grotere geheel (Wren e.a., 2002). Dit idee ligt ten grondslag aan de veel gehoorde wens alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. Het gaat uit van het belang van een eenduidige richting. Ook ideeën over het belang van centrale aansturing en dat communicatie altijd via de formele

lijn moet plaatsvinden, vinden hun oorsprong bij Fayol. Daarnaast pleit hij, in tegenstelling tot de onpersoonlijke inhumane aanpak van Taylor, voor een bepaalde mate van zorg voor het personeel. Ook al vormt dit met name een middel is dat ten dienste staat van de saamhorigheid, harmonie en het behoud van goede krachten.

1.2.2 Positioneel organiseren

Vanuit het ideaalbeeld van organiseren, wat zich vormt uit de klassieke organisatietheorie, wordt een organisatie bij voorkeur ingericht naar het beeld van ‘de piramide’ en ‘de machine’. De piramide staat symbool voor een hiërarchische organisatie met bovenin de veelweters (staf) en de meermachtigen (managers) die denken en beslissen. De machine staat symbool voor een geheel van structuren en systemen, bedacht en bediend door enkelen voor een veelheid aan uitvoerenden, die zich als radertjes ondergeschikt maken aan het grote geheel. De geschetste benaderingen van organiseren vormen de ondergrond voor wat Andre Wierdsma, een eigentijds organisatietheoreticus, omschrijft als positioneel organiseren. Positionele organisaties zijn gebouwd op de gedachte van variëteitsreductie, het ideaal van eenduidige doelstellingen, cultuur, structuur en systemen. Hierbij wordt de organisatie zo ingericht dat er op invloeden van buiten een standaard antwoord bestaat. Door het opstellen van regels, procedures en protocollen worden de toelaatbare handelingsmogelijkheden gespecificeerd. Door de mogelijkheid en vorm van contact te organiseren wordt de wijze waarop het buiten wordt binnen gelaten beheerst. Dit staat op gespannen voet met de vraag van de omgeving om in te spelen op de eigen specifieke situatie (Wierdsma,2006,291).

1.2.3 Kritiek van Weber

Begin 1900 ontwikkelt dezelfde Max Weber een cultuurfilosofie waarin hij de onderliggende effecten van het modernisme op de maatschappij optekent, zijn ook van toepassing op het positioneel organiseren. Weber onderscheidt vier typen van handelen, die meestal in mengvormen voorkomen: doelrationeel handelen (een afweging van doelen en middelen), waarderationeel handelen (uit bewust geloof in een waarde of overtuiging), affectief handelen (uit emoties) en traditioneel handelen (uit gewoonte). In doelrationeel handelen ligt de nadruk op het efficiënt inzetten van middelen om tot een doel te komen. Weber zag in de 19e en begin 20e eeuw een sterke toename van het doelrationeel handelen ten opzichte van de andere drie typen. Dit kwam naar zijn idee voort uit het grote vertrouwen wat in de ratio werd gesteld. Wanneer hier sprake van is worden keuzes vanzelfsprekend gemaakt op basis van de rationeel objectief, bepaalbare, meest efficiënte en daarmee meest wenselijke handeling.

De houding van Weber ten opzichte van de gevolgen van het Modernisme waren ambivalent. Aan de ene kant zag hij de enorme intellectuele, wetenschappelijke en artistieke productiviteit en vooruitgang die werd bereikt. Aan de andere kant ontstond, naar zijn idee, in toenemende mate een overheersing van dit doelrationeel handelen, wat ten koste gaat van de oriëntatie op waarden. Hierin schuilt naar zijn idee een belangrijk gevaar van de moderniteit. In het toekomst-schrikbeeld wat hij schetst spreekt hij over de “ijzeren kooi” van rationaliteit. Hierin ziet hij de samenleving gevangen in een eindeloos groeiende bureaucratie gebaseerd op het primaat van de logica. Hierin worden alle beslissingen gedicteerd onder de noemer van het wetenschappelijk(e) onderbouwde beste antwoord, de meeste efficiënte keuze.

Naast de (ver)dringende werking van de wetenschappelijk meest effectieve keuze (ten opzichte van o.a. waardeoriëntaties), laat Weber hier zien dat het modernisme niet de waardevrijheid met zich meebrengt die verondersteld wordt vanuit de wetenschappelijke uitgangspunten. Terwijl de modernistische wetenschap pretendeert objectieve kennis te produceren. Weber signaleert dat het doelrationele handelen niet neutraal is maar zich richt op: efficiëntie, berekenbaarheid, voorspelbaarheid en controleerbaarheid en dat deze waarden (impliciet) leidend worden in keuzes. Deze gerichtheid gaat ten koste van oriëntatie op andere waarden. Weber ziet voor de moderne samenleving geen uitweg uit dit systeem. De “ijzeren kooi” zal zich verdichten wat, naar Weber, zal leiden tot irrationele gevolgen.

1.2.4 Zekerheidsprestaties

Het denken van Peter Sloterdijk (1947), Duits cultuurfilosoof biedt inzicht in de aantrekkingskracht die rationele systemen op ons hebben, ze bieden ons zekerheid. Voor Sloterdijk is het tekenend voor de mens dat we vanuit de baarmoeder in de wereld geboren zijn. De baarmoeder, staat hier voor een plek waarin we in al onze behoeftes werden voorzien, afgeschermd van risico's van het buiten. Volgens zijn antropologie kenmerkt de mens zich zodoende na de geboorte door het verlangen naar soortgelijke beschermende baarmoeder-achtige constructies, *sferen*. Een dergelijke veilige binnenruimte komt tot stand door het buiten, het onvoorspelbare, het onbekende of het onwenselijke, buiten ‘te sluiten’, buiten te organiseren of de binnenkomst ervan te controleren (Sloterdijk, 2006, 96-102). Denk hierbij bijvoorbeeld aan stadsmuren, slotgrachten, huizen, woongroepen, stadsregels, buurtpreventie, sub-groepen, verzekeringen, de verzorgingsstaat.

De positivistische aannames die ten grondslag liggen aan de modernistische cultuur en de klassieke organisatie theorie zoals; dat de werkelijkheid zich volgens oorzaak en gevolgstructuren voltrekt, en dat de mens instaat is deze structuren en zichzelf te doorzien en op basis hiervan de werkelijkheid onder controle heeft en kan aansturen, liggen ten grondslag aan de systeemorganisaties zoals we die terug zagen bij Taylor, Weber en Fayol. Zoals vele latere

denkers aannemelijk hebben gemaakt zijn er op zijn minst vraagtekens te stellen bij deze aannames. Desalniettemin worden de genoemde theorieën of afgeleiden hiervan nog steeds volop gebruikt, veelal zonder kennis te hebben genomen van de kritieken.

De aantrekkingskracht van de positivistische werkelijkheidsopvattingen en de systeemtheorie die hieruit voortvloeit, ligt grotendeels in haar onderbouwing van de mogelijkheden tot controle en beheersing die eruit voortvloeien. De hoge mate van grip op de werkelijkheid die eruit voortkomt vormt de mogelijkhedenvoorwaarde voor de immunoprestaties van onze eigenhandig gebouwde 'baarmoeders' zoals Sloterdijk deze schetst. Zo worden bijvoorbeeld verzekeringen gebouwd op het vertrouwen in de voorspelbaarheid van markten, wat onderbouwd wordt in modelmatige analyses en wiskundige trend voorspellingen. En zo kunnen we zekerheid krijgen over of we bijvoorbeeld de juiste zorg bieden, door dit meetbaar te maken aan de hand van abstracte categorieën en door hierop te controleren en te sturen.

Dit positivisme maakt dat we een theoretisch beeldlaag over de wereld (kunnen) leggen die voorspelbaar, berekenbaar, en controleerbaar is (Sloterdijk, 2006, 36). Althans het onderbouwt ons geloof hierin. Het loslaten van het geloof in onze rationaliteit en de hoge mate van voorspelbaarheid, betekent een verlies van geloof in kenbaarheid en maakbaarheid, een verlies van controle. Het brengt ons direct in contact met risico's, complexiteit en onwetendheid, welke we vaak toch liever weg blijken te organiseren in nummers of routines, dan dat we ze laten bestaan. De systeemlogica produceert vertrouwen in de mogelijkheid tot zekerheid; het is daarom niet eenvoudig los te laten.

Vraag 1.3: Welke gevolgen heeft het positioneel organiseren van vraagstukken rond financiering, verantwoording, kwaliteitsbeleid, veiligheid en aansprakelijkheid op de positie van de cliënt?

In de organisatie van verzorg- in verpleeghuizen zijn op verschillende plekken sporen terug te vinden van het positioneel organiseren, van nadrukkelijke hiërarchie en systeemstructuur en van gerichtheid op voorspelbaarheid, controleerbaarheid, berekenbaarheid en efficiency. Dit is onder meer terug te zien in de omgang met financiering, verantwoording, kwaliteitsbeleid, beleidsvorming en de omgang met risico's en aansprakelijkheid. In het volgende stuk analyseer de effecten van positioneel organiseren in de omgang met de genoemde thema's.

1.3.1 Financiering

De financiering van de zorg is al geruime tijd een terugkomend thema. Om continuïteit te waarborgen is het vanzelfsprekend dat hier aandacht voor is. In algemene zin is hierbij sprake van teruglopende vergoedingen en toenemende vraag, waardoor de zorgdruk toeneemt. Met de invoering van de pakketmaatregel binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 2009 kregen zorginstellingen daarnaast te maken met een grote verandering in hun financiering. Met de maatregel werden verschillende doelen nagestreefd; de invoering van prestatiebekostiging naar zorgzwaarte, de invoering van één taal in de gehele zorgketen voor indicatiestelling, bekostiging en verantwoording, wat moet leiden tot meer transparantie en vereenvoudiging van werkprocessen, en ruimte laten voor de zorgverlener en cliënt bij de invulling van de dagelijkse zorg. (Ministerie VWS, 2007, 3) In de praktijk heeft de nieuwe financiering tot nu toe tot gevolg dat veel instellingen onzeker zijn over wat de gevolgen van het nieuwe stelsel zijn voor hun inkomsten en handelingswijze. Deze onzekerheid vertaalt zich regelmatig in personeelsstoppen of personeelsafvloeiingen, waardoor de bestaande zorgdruk verder toeneemt.

Binnen de financieringsvraagstukken en onzekerheden kan er de angst ontstaan om te veel zorg te bieden in verhouding tot de vergoeding die wordt ontvangen. Om dit voorkomen kan men reageren door zorgtaken vergaand te willen beheersen. De ZZP-indicaties (Zorg Zwaarte Pakket), waarin gespecificeerd is weergegeven wat per indicatie aan zorg kan worden verwacht en wat gefinancierd is, worden dan opgevat als strikte richtlijn. De ZZP-indicatie staat gelijk aan een bepaalde vergoeding en een hiermee samenhangende hoeveelheid zorg. Wanneer de verschillende ZZP-indicaties bekend zijn is er helderheid over welke zorg vergoed wordt. Het 'hoofd' van de organisatie maakt op basis hiervan een planning die de 'handen' voorschrijft welke handelingen in welk tempo uitgevoerd kunnen en moeten worden. Een één op één vertaling van ZZP naar vergoeding, naar zorgtaken, naar planning heeft tot gevolg dat men ongeacht de wensen van de cliënt zich richt naar het kader van wat geïndiceerd is en dit uitvoert.

De toegewezen minuten bieden veelal niet of nauwelijks ruimte voor hetgeen niet binnen de voorgeschreven taak valt maar zich wél voordoet. Dit leidt ertoe dat hetgeen wat buiten de standaard valt, zich voordoet als 'extra' werk waar geen tijd voor is. Veelal zijn het nu de meer cliëntgerichte activiteiten die de verpleging wel wil doen maar buiten de planning vallen. De veelheid aan taken en strakke planing legt een constante druk op de verpleging om de voorgeschreven zorghandelingen in een (te) hoog tempo af te handelen en tussendoor wat tijd te maken voor de wensen van de bewoners die niet direct binnen de bestaande planning passen. Omdat de financiële middelen van verzorg- en verpleeghuizen over het algemeen beperkt zijn bestaat er gelijktijdig een reële noodzaak om de zorg efficiënt te verlenen. Het is echter niet vanzelfsprekend dat een 'op de minuut uit' gepland systeem van geklokte taken leidt tot de meest effectieve zorg.

Jan Baars, Nederlands bijzonder hoogleraar Interpretatieve Gerontologie, haalt in zijn lezing *Van Leeftijd naar Leven in de Tijd*, Duits Amerikaans filosoof Hannah Arendt (1906-1975) aan, zij brengt een klassiek onderscheid tussen soorten handelen onder de aandacht, het verschil tussen '*praxis*' en '*poiesis*'. Waar het bij *poiesis* gaat om activiteiten die versneld kunnen worden, zijn *praxis* handelingen die vanuit hun aard een eigen tijd hebben. Deze kunnen niet worden versneld zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Baars typeert het zorgen als *praxis* waarmee de mate van mogelijke versnelling van de uitvoering beperkt is zonder dat deze ten koste gaat van de kwaliteit (Baars, 2008,12 -14). Het is ook de vraag of een snellere uitvoering van voorgeschreven taken vanzelfsprekend leidt tot meer efficiëntie. Wanneer er ruimte blijft om te zoeken naar de juiste afstemming van zorgverlening en vraag, kan de zorgbehoefte immers ook kleiner worden. Omdat er bijvoorbeeld zicht komt op de onderliggende behoeften, die mogelijk probleemgedragingen veroorzaken of omdat men vanuit betere kennis van de cliënt gebruik kan maken van het sociale netwerk om zorgtaken te behouden of over te nemen. Daarbij bestaan er tussen de verschillende verzorg- en verpleeghuizen relatief grote verschillen in de mate waarin cliëntgerichtheid bereikt wordt terwijl de financiering gelijksoortig is.

1.3.2 Verantwoording

Een gerichtheid op zorgtaken zoals hierboven omschreven kan samenhangen met de bestaande beelden van kwaliteit. Deze beelden worden deels bepaald door de overheid. Binnen een model van toenemende privatisering positioneert de overheid zich als controleur die verpleeg- en verzorgingsinstellingen, in toenemende mate, om verantwoording vraagt. Om hieraan te voldoen maken instellingen vaak gebruik van kwaliteitssystemen en certificering. De doelstelling van de kwaliteitsinstrumenten is de kwaliteit van de instelling zichtbaar maken en deze gelijktijdig te verbeteren. Hierbij is de urgentie van het behalen van een kwaliteitskeurmerk hoog, omdat vrijwel alle zorgverzekeraars dit als eis in hun voorwaarden hebben opgenomen en daaraan

voordelen verbinden bij het toekennen van budgetten (Havenaar, 2008, 212). Het behalen van een certificaat wordt hiermee van groot belang voor de instellingen.

Het inzetten van kwaliteitssystemen en certificeringsprocessen heeft tot gevolg dat de organisatie zichzelf langs een meetlat legt. Dit heeft effect op het gebied van de beeldvorming met betrekking tot wat kwaliteit en wenselijk handelen is binnen de organisatie. Door de kwaliteitssystemen of certificeringsprocessen in- en uit te voeren, geeft de organisatie impliciet aan dat de onderzochte parameters, vertegenwoordigen wat kwaliteit is. Veelal zijn de criteria die hierin gelden ook leidend in waar personeel of afdelingen op afgerekend worden of waarin men probeert verbetering aan te brengen. Met de bepaling van de richtlijnen en de inhoud van de kwaliteitskeurmerken hebben de overheid en certificeringsorganisaties zodoende een grote invloed op zorgorganisaties. Het volgen, monitoren en scoren op de voorgeschreven variabelen geeft een organisatie de formele zekerheid te “voldoen”. De relatie tussen behaalde certificatie of keurmerken en kwaliteit blijkt in de praktijk onduidelijk. Zo concluderen onder ander Jeroen Trommelen en Ellen de Visser op basis van het onderzoek van de Volkskrant naar de kwaliteit van verzorg- en verpleeghuizen dat de relatie tussen objectieve kwaliteitsmetingen en gemeten tevredenheid sterk uit een loopt. *“Twee jaar geleden concludeerden we al dat er nauwelijks een relatie bestaat tussen de objectieve zorgkwaliteit die verpleeg- en verzorgingshuizen leveren, en de tevredenheid daarover van bewoners of familie. Die kloof is onlogisch maar wordt elk jaar dieper, lijkt het.”* (Volkskrant,2010,10-11) Doordat men zich binnen het onderzoek in de cijfers verdiept komt men tot de conclusie dat er meer nodig is dan cijfers. Toch vindt het gebruik van deze instrumenten op grote schaal plaats.

Deze kwaliteitsinstrumenten maken gebruik van verschillende indicatoren, aan de hand van waarvan een beeld wordt gevormd van de kwaliteit van een organisatie. In recent onderzoek naar het gebruik van indicatoren laat Sonja Jerak-Zuiderent, onderzoekster aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, zien dat de indicatoren veelal zonder empirisch fundament gepropagandeerd worden als *het* middel om tot informatie te komen. De indicatoren worden gelijktijdig gebruikt voor: interne leerprocessen, externe controle, transparantie omwille van aansprakelijkheid, transparantie omwille van marktwerking en de preventieve werking van een verwachtingsstandaard (Jerak-Zuiderent, 2010, 226). Door middel van een experiment binnen een ziekenhuis probeert Jerak-Zuiderent de werking van indicatoren in de praktijk te achterhalen. Ze komt hierbij tot de conclusie dat indicatoren niet vanzelfsprekend een afspiegeling zijn van de successen of mislukkingen in organisaties. De verantwoordelijke professionals voor specifieke indicatoren richten zich in de praktijk met name op het verzamelen van de data en maar in beperkte mate op de onderliggende processen. Het gehele project van inventarisatie had wel tot gevolg dat mensen meer onderling gingen uitwisselen, hoewel dit niet per definitie samen blijkt te hangen met de inhoud van de indicatoren (Jerak-Zuiderent, 2010,224-240). Hoewel er dus een

veelheid aan indicatoren gemeten wordt is het niet geheel duidelijk wat deze indicatoren zeggen over de kwaliteit van een instelling.

De onduidelijkheid over de toegevoegde waarde van kwaliteitssystemen komt ook naar voren uit onderzoek van Kees Ahaus, professor Healthcare Management aan de universiteit van Groningen. Uit zijn onderzoek naar de toegevoegde waarde van kwaliteitssystemen, bleek dat 65 instellingen met een kwaliteitssysteem zich niet onderscheidden, op de groep van 18 zorginhoudelijke indicatoren, van de 30 instellingen zonder kwaliteitssysteem. *“Op elk van de 38 indicatoren afzonderlijk was er ook geen verschil tussen de twee groepen van instellingen. Op basis van de data kunnen de onderzoekers stellen dat er geen verschillen zijn”* (Ahaus, 2008, 4).

Ook uit recent onderzoek van organisatieadviesbureau Plexus dat in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd uitgevoerd in 120 verzorgingshuizen, blijkt een keurmerk geen garantie te bieden voor de kwaliteit van zorg. Een woordvoerder van de inspectie merkt op: *“Keurmerken zijn vooral gericht op systemen en de kwaliteit van processen en structuren; heel belangrijk, maar die leiden niet per definitie tot een betere zorg voor patiënten”* (Wennink, 2008, 24) Een potentieel bezwaar van de aandacht die uitgaat naar certificering is dat er (te) veel nadruk wordt gelegd op het beschrijven van procedures en protocollen. *“Er is weinig controle op de feitelijke naleving van deze procedures en protocollen en nog minder op de effecten die deze kwaliteitsinstrumenten hebben op de uitkomsten van de zorg.”* (Havenaar, 2008, 212).

Vanuit het bovenstaande wordt duidelijk dat de kwaliteitsinstrumenten hun doelstelling, (om) de kwaliteit van de instelling zichtbaar te maken en deze gelijktijdig te verbeteren, niet halen. Het is veelal niet duidelijk wat er nu precies gemeten wordt en wat dit dan vervolgens representeert. Hierdoor wordt de toegevoegde waarde van deze systemen onduidelijk. Daarnaast wordt ook betwijfeld of het onderzoeken van de organisatie via deze instrumenten daadwerkelijk bijdraagt aan het gewenste resultaat. Toch heeft een dergelijk proces wel haar invloed op de organisatie. Gezien de onduidelijkheid van de gevolgen van het kwaliteitsbeleid (onduidelijkheid over wat gemeten wordt en wat als gevolg hiervan geldt als belangrijk), is het vrij onduidelijk welke boodschap over kwaliteit hiermee systematisch gecommuniceerd wordt. Globaal gezien zal er uit dit soort meetinstrumenten spreken dat, de aspecten die meetbaar of doelmatig zijn, belangrijk zijn. Deze worden in beeld gehouden. Zodoende ontstaat er dan meer aandacht voor *of en hoe vaak* iets gebeurt ten opzichte van *de manier waarop* deze dingen gebeuren of *het waarom*.

1.3.3 Positie cliënt in kwaliteitsmetingen

De mate waarin kwaliteit van leven wordt meegenomen binnen de verschillende instrumenten, heeft gevolgen voor de aandacht die hiervoor is binnen de organisatie; dit varieert per instrument. Hierbij moet opgemerkt worden dat er onder invloed van de wens tot cliëntgerichtheid, groeiende aandacht is ontstaan voor de kwaliteit van leven van de patiënt/cliënt in kwaliteitsmetingen. De verantwoording is echter vaak enkel gericht naar buiten toe en niet naar de cliënt (ECFHL, 2010). Daarnaast is binnen de huidige hoeveelheid aandacht voor de kwaliteit van leven te zien, dat men zich bij voorkeur vasthoudt aan de wens tot eenduidige cijfermatige informatie.

“Het is echter niet altijd duidelijk wat nu precies met kwaliteit van leven wordt bedoeld. De term wordt op verschillende manieren ingevuld en gebruikt (niet eenduidig). Ook de manieren om kwaliteit van leven te meten zijn verschillend, en de resultaten kunnen dan ook niet altijd met elkaar vergeleken worden.” (NWO: Van Hees, 2010, 1). In het citaat zien we dat vanuit de wens van het vergelijkbaar maken van kwaliteit van leven in verschillende contexten, het zich als probleem voordoet, dat kwaliteit van leven verschillend ingevuld en gebruikt wordt. Terwijl dit “probleem” eerder een kenmerk is van de individualiteit van betekenisgeving; aan wat kwaliteit van leven is. De criteria die hierin een rol spelen zijn vaak individueel, lokaal en veranderlijk hetgeen ze moeilijk kwantificeerbaar en vergelijkbaar maakt.

Binnen onderzoek krijgt, wat onder kwaliteit van leven wordt verstaan, veelal vorm vanuit een praktisch doel. Vanuit dit praktische doel wordt vervolgens bepaald welke aspecten van het leven van de persoon in acht worden genomen (Nordenfelt, 1994, 13). Voor zorgorganisaties betekent dit traditioneel dat kwaliteit van leven teruggebracht wordt tot lichamelijke gezondheid/zorg. In het kader van later ontwikkelde bredere perspectieven zoals Normen Verantwoorde Zorg is hierbij meer ruimte gemaakt voor participatie, wonen en welzijn. Toch blijft ook dit bredere kader, wanneer het wordt voorgelegd, vragen om antwoorden die voor het individu zélf niet van belang hoeven te zijn.

Zo bevat de rubriek Communicatie en Informatie van Normen Verantwoorde Zorg 2010 bijvoorbeeld de volgende vragen .

- ♣ *Wordt er geluisterd naar- en gewerkt aan wensen van cliënten?*
- ♣ *Heeft elke cliënt een vaste contactpersoon?*
- ♣ *Worden cliënten goed bejegend?*
- ♣ *Is de telefonische bereikbaarheid voor vertegenwoordigers en thuiswonende cliënten goed?* (V&VN, 2010)

De kans groot is dat voor het merendeel van de cliënten deze vragen van belang zijn. Echter wanneer er vier keer 'ja' geantwoord wordt is formeel voldaan aan de het kwaliteitskader. Maat wat weten we dan over hoe het proces van de bepaling van de wensen verloopt, of hoe de

omgang met de vaste contactpersoon is en wat men daarin van belang vindt. De vraag is wat de bewoners van belang vinden omtrent communicatie en of informatie en of dit vooraf kan worden ingekaderd. Waarbij ik denk dat men dit moet proberen te voorkomen, wanneer men wil weten wat van belang is voor de individuele cliënt. Vaak wordt zo onder de noemer van het bieden van handvatten wat men van belang kan vinden voorgestructureerd. Binnen metingen naar kwaliteit van leven moeten dan de individuele factoren in kwaliteit van leven plaatsmaken voor (inperkende/voorschrijvende/paternalistische) globale kaders ten behoeve van het onderzoeksgemak en objectiviteitsfantasiën.

Ook hierin lijkt een verschuiving plaats te vinden: *“In het empirisch onderzoek zien we meer steun voor het uitgangspunt dat zowel objectieve- als subjectieve informatie van belang is voor de beoordeling van kwaliteit van leven”* (NWO:Van Hees, 2010, 5). Vaak wordt in deze subjectieve informatie echter nog wel gestreefd naar eenduidige antwoorden. Daarnaast moeten organisaties vaak nog wel wennen aan het andere karakter van de informatie die hieruit naar voren komt.

1.3.4 Meten is weten, weten is sturen

Uit het voorafgaande lijkt te volgen dat kwalitatieve informatie vaker wordt gebruikt maar een ‘probleem’ wat zich hierbij voordoet is dat kwalitatieve kennis meestal minder eenduidige uitspraken doet. Het geeft uitdrukking aan meerdere lokale thema’s en samenhangen en heeft hierbinnen meer oog voor marginale posities. Zo kan het bijvoorbeeld verschillende ervaringen in beeld brengen omtrent de gang van zaken rond het eten. Iemand vindt het vervelend dat hij zelf niet mag opscheppen, een ander vindt het perfect zoals het is maar houdt niet van wachten. Weer een ander vindt dat het te gehaast gaat, hoewel het eten vaak ook niet echt warm meer is. Deze informatie is minder eenduidig maar zegt meer dan een gemiddelde score van 2.8 tevredenheid over het eten.

Vormen van onderzoek waarin meer ruimte is voor kwalitatieve informatie genereren vaak meer inzicht in de onderzochte context, omdat ze o.a. redenen achter de waarderingen inzichtelijk kunnen maken. Toch bestaat er een sterke neiging om meer zeggenschap toe te kennen aan cijfermatige abstracties. Het aanlokkelijke van de meer eenduidige uitkomsten van kwantitatieve vormen is, dat ze de indruk wekken dat er overzicht is. Daarmee is het relatief makkelijker te bepalen wat de aandacht verdient. 2.8 moet minimaal 3.0 worden. Het getal 2.8 laat nog weinig zien van de onderliggende argumenten; het waarom. Toch is het vrij gebruikelijk om te sturen op dit soort cijfers. Ze worden vaak gezien als *de* input voor beleid. Voorbeeld: *“Een belangrijke drijfveer voor het onderzoek naar kwaliteit van leven is de wens betere beleidscriteria te kunnen formuleren. Om daaraan een bijdrage te kunnen leveren zal kwaliteit van leven meetbaar moeten zijn”* (NWO:Van Hees, 2010,12). De aanname die hieruit spreekt is

dat beleid ingegeven dient te zijn door metingen, waar wellicht het bredere begrip ‘onderzoek’ ook volstaat en minder direct verwijst naar kwantitatieve studies.

Omdat de cijfers zich voordoen als harde, feitelijke informatie geven ze houvast, ze bieden waarheden over wat men moet doen en of dit goed is. Echter met name op het gebied van menswetenschappen zijn de positivistische uitgangspunten van dergelijke kwantitatieve studies zoals gezegd omstreden. De dominantie van dit type informatie hangt wellicht samen met de gebruikelijke wijze van organiseren. Doordat het eenduidige informatie oplevert, sluit het aan bij het ideaal van eenduidige doelstellingen en variëteitreductie. Wanneer er centraal wordt gestuurd, wat gebruikelijk is in hiërarchische organisaties (zoals veel verpleeg- en verzorgingshuizen), bestaat de neiging om te zoeken naar een standaard antwoord. Om een standaard antwoord te kunnen laten volstaan, wordt de variëteit in de context gereduceerd tot een standaard probleem. Hiervoor is een kwantitatieve studie een behulpzaam middel. Door de beheersing van de mogelijke antwoorden in de vraagstelling wordt de wijze waarop het “buiten” wordt binnen gelaten een eenduidige categorie(en) waarop een standaard antwoord mogelijk is. Zodoende is het mogelijk om los van de context te sturen, waarmee de scheiding tussen ‘hoofd’ en ‘handen’ mogelijk gemaakt wordt. De optredende variëteitsreductie en standaard antwoorden zorgen er echter voor dat de individuele behoeften, zorgen, waarderingen en verbetervragen van cliënten ongehoord blijven. Daarnaast concentreert de interpretatie- en beslissingsmacht zich bij de beleids- en managementlaag, waardoor het beeld van een hiërarchische organisatie wordt bevestigd.

1.3.5 Veiligheid en aansprakelijkheid

Intramuraal is de organisatie aansprakelijk voor de veiligheid van haar cliënten. Cliënten zijn doorgaans in hoge mate afhankelijk van de organisatie, die zorg draagt voor hun leven en de omstandigheden waarbinnen dit zich afspeelt. Eén van de taken van de organisatie is te zorgen voor de veiligheid van cliënten. Dit vraagt van de mensen binnen de organisatie om grenzen te ontwikkelen met betrekking tot wat toelaatbaar is en hier toezicht op te houden. Mede gezien deze wettelijke aansprakelijkheid van de verzorg- en verpleeghuizen is het van belang om op dit gebied beleid te ontwikkelen. De noodzaak hiertoe wordt versterkt door een groeiende juridisering van de betrekkingen tussen mensen (en organisaties) binnen de samenleving. Hierdoor is het gebruikelijker geworden om bij (verwijtbare) fouten juridische stappen te ondernemen.

Verzorg- en verpleeghuizen ontwikkelen zodoende systemen van gedragsregels, codes en protocollen om de bestaande verantwoordelijkheidsrisico's af te dekken. Hiermee is de organisatie voorbereid op mogelijke problemen of wordt de kans op het ontstaan van problemen gereduceerd. Zo maakt men o.a. gebruik van functieprofielen met bijbehorende opleidingseisen

en gelegitimeerde taken, voorschriften met betrekking tot hygiëne, het gebruik van hulpmiddelen en het toedienen van voedsel. Wanneer er zich uitzonderingen c.q. incidenten voordoen waarop geen (standaard)antwoord bestaat, roept dit al snel de reactie op (al dan niet op aangeven van de inspectie) de uitzondering in de toekomst te voorkomen. Zo leidt dit al snel tot een nieuw voorschrift of een nieuwe regel. Hierdoor is een groeiend systeem van regels, voorschriften en codes ten behoeve van de beheersing van risico's ontstaan. Het ingewikkelde hierin is dat de begrenzing van risico's een belangrijke oogmerk is voor verzorg- en verpleeghuizen, maar dat wanneer dit resulteert in grote hoeveelheden voorschriften codes en protocollen er nieuwe risico's ontstaan.

De gedragsvoorschriften hebben een inperkend karakter, waardoor de ruimte voor handelingen vooraf wordt ingekaderd ,wat ten koste gaat van de ruimte om zorg op maat te bieden. Daarbij zorgt het voorschrijvend karakter ervoor dat de professional afleert om, zélf of in afstemming met de cliënt, een afweging te maken tussen welzijn en risico. Daarnaast kan een hoge mate van voorschriften de indruk wekken dat de professional niet wordt geacht om hierin professionele keuzes te maken. Omdat een belangrijk deel van de risico's betrekking hebben op het voorkomen van lichamelijke- of fysieke schade, bepaalt dat mede dat deze gebieden meer in het aandachtsveld komen te liggen dan bijvoorbeeld het geestelijk welzijn (of wat leuk of lekker is).

Vraag 1.4: Welke mogelijkheden om het systeem te nuanceren worden aangereikt door Habermas en Wierdsma?

1.4.1 Systeem en leefwereld

Uit het voorgaande komt naar voren dat binnen de cultuur van verpleeg- en verzorgingshuizen op verschillende manieren de positie en mogelijkheden van de cliënt onder druk staan door de inzet van systemische middelen. Deze kunnen zorgen voor een gerichtheid op efficiëntie uitvoering van taken, meetbaarheid, voorspelbaarheid, volgzaamheid en eenduidigheid. Daarnaast is er in minder mate aandacht voor *waarom* en *hoe* dingen gebeuren, of mensen in de organisatie iets 'willen'. Wanneer we het perspectief van de eerder behandelde Max Weber blijven volgen, zou dit er toe leiden dat er binnen de 'ijzeren kooi' geen ruimte is voor iets anders dan de gerichtheid op efficiëntie, berekenbaarheid, voorspelbaarheid en controleerbaarheid. Hoewel we een gerichtheid op deze doelrationaliteit zeker kunnen terug zien in de verschillende praktijken, is het de vraag of de toekomst van verzorg- en verpleeghuizen zo zwart is als Weber hem schetst, namelijk een blijvende groei van systeemtechnieken, die de ruimte voor de mens in toenemende mate beperkt. Een belangrijke bijdrage aan deze twijfel is geleverd door Jurgen Habermas, Duist filosoof en socioloog.

In 1981 publiceert Habermas zijn *Theorie des Kommunikativen Handelens*, een kritische diagnose van moderne (westerse) maatschappijen. Habermas maakt hierin een onderscheid tussen technische leerprocessen en communicatieve leerprocessen. De technische leerprocessen kenmerken zich door dat ze leiden tot een grotere beheersing van de natuur en tot verhoging van de productiviteit en arbeid. Bij communicatieve leerprocessen gaat het om verbetering van de communicatieve kwaliteit van relaties. Beide hebben hun eigen logica wat tot gevolg heeft dat vooruitgang op het ene domein niet vanzelfsprekend leidt tot vooruitgang in het andere (Kunneman e.a., 2005, 189). Waar deze leerprocessen vroeger door elkaar heen liepen ziet Habermas in moderne samenlevingen een scheiding tussen de domeinen waar deze leerprocessen vorm krijgen. Hiervoor introduceert hij zijn begrippen 'systeemwereld' en 'leefwereld'.

In zijn algemeenheid kenmerkt de 'leefwereld' zich als de normale niet in twijfel getrokken horizon waarin de alledaagse omgang zich afspeelt. Hiermee doelt Habermas op de vormende onderlaag van culturele kaders en solidariteitsrelaties, die tevens hulpbronnen aanreiken in het proces van communicatieve overeenstemming, zoals gebruikelijke omgangsvormen. Binnen deze leefwerelden schets hij de ontwikkeling, dat in moderne samenlevingen geen werkelijkheidsopvattingen, normen of identiteitsmodellen (meer) bestaan die niet aan twijfel onderworpen kunnen worden. Hierdoor is men voor symbolische reproductie, het ontwikkelen van zin en richtinggevende kaders voor de maatschappij, in toenemende mate afhankelijk van communicatieve kwaliteit (van relaties). We zijn door het ontbreken van absolute waarheden op

elkaar aangewezen om door middel van communicatie een (tijdelijk) gedeeld idee te ontwikkelen van wat waar en wenselijk is.

Naast de symbolische reproductie is (en blijft) ook materiële reproductie via arbeid van doorslaggevend belang voor de maatschappij. Arbeid vindt in moderne maatschappijen niet langer plaats in de leefwereld maar in de systeemwereld. Het domein van de systeemwereld bestaat uit twee subsystemen: *“het economische- en het politieke subsysteem. Kenmerkend voor de omgang tussen mensen in deze subsystemen is volgens Habermas dat zij elkaar hier niet communicatief maar strategisch tegemoet treden”* (Kunneman e.a., 2005, 190). Het handelen krijgt binnen het systeemdomen vorm op basis van doel-rationaliteit (Weber 1.2.3) Habermas splitst die vorm van rationaliteit uit in instrumenteel en strategisch handelen. In het strategisch handelen is de ander een middel in de verwezenlijking van de eigen doelstellingen. Zodoende richt men zich op de effectieve beheersing van de ander. De betrekkingen tussen handelende betrokkenen worden door geld en macht gecoördineerd. Dit is op zichzelf geen probleem, *“binnen de systeemwereld is het strategisch handelen niet te vermijden en legitiem binnen de afspraken van het economische verkeer en complexe besturingsvragen”* (Wierdsma, 2004, 3). Mede door deze scheiding van domeinen ontstaat binnen de systeemwereld de mogelijkheid tot effectievere processen. De leefwereld, met haar symbolische reproductie, vormt de basis voor het functioneren van het systeem. Binnen dit domein worden tevens de kaders bepaald waarbinnen de het systeem moet functioneren, op basis van communicatieve leerprocessen. Zo bestaat er volgens Habermas niet slechts sprake van een alles overheersend systeem (zoals bij Weber) maar bestaat er een spanningsveld tussen systeem en leefwereld waarbinnen de mogelijkheid tot verandering, verbetering of aanpassing van het systeem aanwezig blijft. De vorming van ethische kaders gebeurt op basis van communicatief handelen. Habermas merkt vervolgens op dat onze mogelijkheden hiertoe onder druk staan.

1.4.2 Kolonisering van de leefwereld

Binnen de constellatie van systeem- en leefwereld ziet Habermas een beweging die hij de kolonisering van de leefwereld noemt. Dit is een proces waarbij de leefwereld in toenemende mate wordt beïnvloed door geld en macht. Deze vervangen de gelijkwaardige afstemmingsprocessen van de leefwereld via strategische handelen. Het probleem dat Habermas hierin signaleert is, dat dit ten koste gaat van onmisbare communicatie processen. Hoewel de uitschakeling van deze communicatieve processen ook juist een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan effectiviteit van instrumentele reproductie binnen systeem contexten, leidt dit er toe dat: *“wensen en behoeften gedefinieerd worden in termen van consumptie van materiële goederen en levensproblemen rond geboorte, ziekte en dood, rond werkloosheid en stress, rond relatieproblemen en psychische nood, worden opgevangen en behandeld in het kader van bureaucratisch georganiseerde verzorgingsapparaten, waarbinnen de mogelijkheden tot*

communicatie op symmetrische basis systematisch geblokkeerd zijn” (Kunneman e.a ,2005,191). Door grote invloed van systeemeigenschappen en de bijbehorende strategische omgang wordt de mogelijkheid tot communicatief handelen ingeperkt. Er is hiermee nog slechts een dunne basis waarop de symbolisch reproductie zich vormt, waardoor onze hulpbronnen voor het communicatief handelen opdrogen. Zo is de leefwereld niet voldoende in staat om de omgangsvormen van het systeem communicatief bespreekbaar te maken. Waarmee de normatieve inkadering van de systeemwereld moeizaam of niet tot stand komt. De mogelijke oplossing van de koloniserende werking van de systeemwereld ligt voor Habermas in het tot stand brengen van machtsvrije communicatieprocessen. Hierbinnen wordt op basis van rationele argumenten een (tijdelijke) intersubjectieve waarheid overeengekomen. De overtuigingskracht van het rationele argument is hierbinnen het belangrijkste criterium.

1.4.3 Leefwereld in systeemcontext

De wederzijdse afhankelijkheid van systeem- en leefwereld en de gelijktijdig deels tegenstrijdige logica's van beide domeinen, maakt dat er sprake is van een niet eenvoudig oplosbare spanning. Verzorg- en verpleeghuizen vormen bij uitstek een omgeving waar deze spanning duidelijk zichtbaar is. Er is letterlijk sprake van een leefwereld binnen een systeemwereld, het leven in de zorginstelling. Binnen de systeemcontext vindt het leven van de bewoners plaats, met bijbehorende behoefte aan gelijkwaardige intermenselijke contacten en zinvol leven. Gelijktijdig is er sprake van een organisatie die tracht, op een effectieve wijze, zorg te produceren door middel van instrumenteel en strategisch handelen. Binnen dit spanningsveld kan het streven naar meer cliëntgerichtheid worden opgevat als de wil om de leefwereld van de cliënt meer ruimte te geven ten opzichte van systeeminvloeden. Het is een ethische positie waarin eigen regie (over het leven) en gelijkwaardigheid (binnen contact) de belangrijkste waarden vertegenwoordigen. De strategische systemische omgangsvormen die de leefwereld van de cliënt koloniseren worden hiermee bevraagd.

Een nuance in het denken over systeem- en leefwereld komt van Harry Kunneman, Nederlandse sociaal filosoof. Hij laat zien dat we het begrippenpaar, systeem- en leefwereld, niet zo strikt gescheiden kunnen opvatten als Habermas het stelt. Eerder lijken beide werelden een overgangsgebied. Het denken van Habermas, met aanvulling van Kunneman, biedt hiermee meer zicht op organisaties, verzorg- en verpleeghuisinstellingen, doordat het blikveld niet langer zich enkel richt op de systemische elementen zoals bij o.a. Weber. Zo ontstaat er aandacht voor zowel de formele vorm van de organisatie en het strategische handelen als voor de leefwereld, die zich binnen de organisatie afspeelt. Dit moet niet alleen opgevat worden als het leven van de bewoner wat zich hier afspeelt, maar kan ook bijvoorbeeld worden gezien in de medewerker die zich thuis voelt op de afdeling, of in een informele praatje en vriendschappen die ontstaan tussen mensen, leefwereld elementen die onder invloed staan van systemische elementen.

Doordat Habermas wijst op het belang van symbolische reproductie, ontstaat de vraag in hoeverre dit al plaats vindt binnen de organisatie en hoe deze processen mogelijk versterkt kunnen worden. Habermas waarschuwt er voor dat de systemen die (onbedoeld) worden voorgebracht vanuit het strategisch handelen zorgen voor de verdrinking van gelijkwaardige communicatie processen, die de kaders voor de omgangsvormen, die het systeem met zich meebrengt zouden moeten scheppen. De uitdaging die hierbij naar voren komt voor zorgorganisaties is om deze communicatieve leerprocessen te faciliteren zonder een nieuw systeem aan de leefwereld op te dringen.

Met de aandacht voor de leefwereld elementen wordt ook zichtbaar hoe mensen schipperen tussen de twee aanwezige, deels tegenstrijdige logica's van systeem- en leefwereld. Hiermee wordt het moeilijker houdbaar om 'het systeem' de schuld te geven, als iets oncontroleerbaars buiten onszelf. Doordat de theorie ons wijst op de mogelijkheid tot zowel strategisch als communicatief handelen, wordt zichtbaar dat individuen steeds opnieuw er (bewust of onbewust) voor kiezen om een bepaalde handelingswijze wel of niet bespreekbaar te maken. Habermas wijst ons hierbij zowel op het belang van deze morele leerprocessen als op het inefficiënte- of inefficiënte karakter ervan.

1.4.4 Kritiek op Habermas

Habermas probeert iets van het geloof in vooruitgang en democratie overeind te houden in het postmoderne geweld. Hoewel ik de hoop, die Habermas formuleert ten opzichte van de pessimistische theorie van Weber, zou willen behouden, twijfel ik regelmatig aan de mate van haalbaarheid er van. De moeilijk aanwijsbare machtswerking vanuit het strategisch handelen, die zich concreet bijvoorbeeld uit in de taal en de ruimte waarin we besluiten of 'besloten wordt' waarbinnen al vele uitingen van macht, conventies of gebruiken gelden, kan naar mijn idee niet vanzelfsprekend worden omgezet in het alternatief, communicatief handelen. Zo zal het streven naar openheid ten opzichte van de ander en ruimte bieden om te (blijven) verschillen, naar mijn idee, slechts steeds doorkruist worden door strategische invloeden.

De mogelijkheid tot communicatief handelen wordt gelijktijdig doorkruist door de, in mijn ogen, onhaalbare voorwaarde van communicatief handelen. Ik doel hierbij op de grote nadruk op de waarde en mogelijkheid van rationaliteit. Idealiter zal, op basis van rationele argumentatie, het meest logische- of navolgbare (dwingende) argument de grond zijn voor overeenstemming, die leidt tot een gedragen besluit, wat leidt tot vooruitgang. Het voordeel hiervan is dat er een criterium ontstaat, wat de waarde van de uitkomst kan garanderen. Echter de mogelijkheid tot puur rationele omgang door middel van zelfbewustzijn is, naar mijn idee, beperkt. Zo wordt, op basis van een vrij ondoorzichtig samenspel van individuen, hun kennis, gemoedstoestand, onderlinge relaties en belangen, wellicht iets besloten wat hopelijk gedeeld wordt door (zoveel mogelijk) betrokkenen en mogelijk leidt dat tot verbetering. We zijn in deze situaties, naar mijn

idee, niet totaal overgeleverd aan het lot, maar we beheersen ze ook niet geheel. Dat betekent dat er geen eenvoudige- of zekere oplossingen zijn. We hebben (helaas) te maken met een beperkte hoeveelheid rationaliteit en zelfinzicht.

Het uiteindelijk belang van de theorie van Habermas is dat het mensen zowel positioneert als strategisch handelend, maar ook als morele actoren, die zich kunnen uit te spreken over de context. Hij wijst op het belang om ook binnen een systeemcontext stil te gaan staan en ons uit te laten over de wijze waarop we deze vorm geven. ‘We zijn hier nu met z'n allen, wat nu? Wat vinden we echt van belang? En wie mag hier over meepraten?’ Hierin ligt, naar mijn idee, een belangrijk potentieel tot cliëntgerichtheid. Waarbij we ons, in zoverre als we hier toe in staat blijken, er op moeten richten om het strategische handelen en de effecten hiervan op de communicatieve processen te minimaliseren.

1.4.5 Co-creatie

Wierdsma, die ik al eerder aanhaalde omtrent zijn typering van de klassieke organisatie theorie als positioneel organiseren, (naar het beeld van de ‘machine’ en de ‘piramide’,) baseert zich voor zijn alternatief op Habermas en Kunneman. Hij beschouwt organisaties als overgangsgebied ofwel interferentiezone van systeem- en leefwereld. Hierbij is sprake van een kolonisering van de leefwereld door de systeemwereld én een culturalisering van het systeem door de leefwereld. (Wierdsma, 2000, 8) Wierdsma typeert huidige organisaties als een netwerk. De verbindingen binnen de netwerken komen tot stand door uitwisseling van goederen en diensten, *transacties*, of op basis van samenwerkingsrelaties. Het traditioneel positioneel organiseren kenmerkt zich door dat het, door middel van standarisering, controle en beheersing de interne variëteit reduceert. Een belangrijk kenmerk van het transactioneel organiseren is dat het zich er op richt om met elkaar te leren werken met behoud van verscheidenheid van opvattingen, visies en waarden. Hiermee zet Wierdsma in op een vorm van organiseren die beter kan omgaan met diversiteit, wat leidt tot een grotere tevredenheid bij medewerkers en de klant.

Om transacties mogelijk te maken is het nodig dat er sprake is van een gedeelde werkelijkheidsopvatting. Er moet bijvoorbeeld sprake zijn van een gedeeld doel. De uitdaging ligt er dus in om, ondanks en met behoud van verschil, het eens te worden over een bepaald aspect in de werkelijkheid. Hierbij ligt het primaat bij het handelen, waarmee het niet gaat om ‘gelijk hebben’ of ‘gelijk krijgen’, maar om het eens te worden hoe men, al samenwerkend, situaties gaat verbeteren. *“Dit vraagt om een context waarin betrokkenen de ruimte krijgen om stil te staan bij de bestaande patronen in het denken en handelen”*. (Wiersma, 2006, 261) Waar bij het positioneel organiseren de nadruk ligt op het denken (het hoofd, de planning en systemen), ligt het bij transactioneel organiseren op het handelen, een afwisseling tussen denken en doen. Om te typeren wat handelen is haalt Wierdsma, Hanna Arendt (1906-1975) Duits Amerikaans filosoofe aan. Zij maakt een driedeling tussen arbeid, werk en handelen. Arbeiden

staat voor 'het leven', al het werk dat verricht moet worden ter voorziening in de levensbehoefte, dit is een cyclisch proces. Werken staat voor 'het maken', het streven naar (on)sterfelijkheid door iets te maken wat blijft, dit heeft een richting, het kan af zijn. Handelen kenmerkt zich door pluraliteit en nataliteit. Dit houdt in dat iedere persoon de mogelijkheid heeft om iets nieuws/uniëks te innitieren, door deze handeling in de publiek ruimte uit te voeren, er over te spreken en anderen erbij te betrekken, kan iets nieuws ontstaan. Het handelen heeft wel richting maar deze is; onomkeerbaar, onvoorspelbaar (qua proces en effect), onberekenbaar (men kan steeds iets anders/nieuws doen) en onbepaald (het verloop is niet terug te voeren op een bron/persoon). Het handelen komt hiermee los van maakbaarheid en de koppeling met ego's, leiders en management. Het onbeheersbare karakter dat Arendt aan handelen toeschrijft, wijst op de broosheid van het proces en de interafhankelijkheid, *“je wilt iets met elkaar want je hebt elkaar nodig”* (Wierdsma, 2000, 19). Dit vraagt volgens Wierdsma om een proces van co-creatie, een gezamenlijke (her)bepaling van wenselijk handelen.

Waar grenzen in het positioneel organiseren harde afbakening vormen, zijn in het transactionele organiseren grenzen ‘plaatsen’ waar interactie en verbindingen tot stand komen. Er is hiermee niet langer sprake van één grens of regel, maar een netwerk van langs elkaar schurende ((inter)persoonlijke) grenzen. Hierin wordt, door middel van afstemming, getracht steeds opnieuw te bepalen wat wenselijk is, zodoende ligt er een grote focus op communicatieve leerprocessen. Hiermee is de transactionele organisatie in de kern veranderlijk. De afspraken die er zijn, mede om structuur te behouden, baseren zich echter niet langer op de waarheidsaanspraken. Door niet langer te streven naar contextvrije- en universele waarheden, maar in te zetten op contextgebonden, tijdelijk werkbare overeenstemmingen blijft de mogelijkheid bestaan om op overeenkomsten en regels terug te komen, wanneer de context hierom vraagt. Medewerkers wordt niet langer opgedragen of verteld wat wenselijk is, maar ze worden betrokken en hebben invloed. Zo kunnen zij uitdrukking geven aan hun eigenheid, omdat ze de kans hebben de toekomst mede vorm te geven. Hiermee wordt het resultaat van het handelen (in grote mate) een uiting van persoonlijke betekenis, wat binnen de zorg idealiter ook geldt voor de cliënt.

Om co-creatie te bevorderen kan men er op inzetten op om dialoogplatformen creëren en ontmoeting(en) te bevorderen, zodat veranderingen binnen betekenisvolle relaties vorm kunnen krijgen. Daarnaast is het van belang om de huidige identiteit van de organisatie, teams en individuen bespreekbaar maken. Daartoe dient men zich in te zetten voor de communicatieve en relationele kwaliteit van communicatie. Hierbij tracht men om alle betrokkenen bij de processen te betrekken en tracht men de mate van dwang te reduceren. De tijdelijk werkbare overeenstemmingen die ontstaan dienen vervolgens door de organisatie gedragen te worden. Doordat er minder top-down gezonden en gestuurd wordt ontstaat er binnen co-creatie meer; zelfsturend vermogen, empowerment, besluitvaardigheid in eigen context, en wordt er veelal

vriendelijker opgetreden in interactie met klanten. Wierdsma merkt hierbij op: “*de moeilijkheid zit bij veranderen niet in het ontwikkelen van nieuwe ideeën maar in het ontsnappen aan de verouderde die als bedding ons denken sturen*” (Wierdsma, 2004, 1). Binnen het transactioneel organiseren is hierom herbezinning op de vanzelfsprekendheden van het organiseren van groot belang. Belangrijke vraag is zodoende waaraan de context moet voldoen om verschillen hanteerbaar te maken en vanzelfsprekendheden bespreekbaar.

Wierdsma gaat hierbij in op de werking van taal. Hij ziet dit als ordeningsresultaat dat ontstaat vanuit een ordeningsbehoefte, een gedeelde ambitie of probleemsituatie. Het spanningsveld tussen de orderingsbehoefte en het ordeningsresultaat wordt hierbij de 'Plek der Moeite' genoemd. De duidende werking van taal heeft tot gevolg dat betekenissen stollen en heeft een begrensende/varianteitsreducerende werking. “Door in taal de wekelijkheid te onthullen bestaat het risico dat de werkelijkheid achter taal wordt verhuld...Omdat taal door betekenisgeving het ingeslotene mobiliseert, brengt het het uitgeslotene tot zwijgen omdat er geen geaccepteerde taal voor beschikbaar is. (Wierdsma .e.a., 2007, 299). Zodoende creëren taalspelen een nieuwe/gereduceerde werkelijkheid. Wil een individu geloofwaardig en geaccepteerd blijven dan dient hij/zij binnen de geaccepteerde duiding blijven. “*In deze disciplinerende worden relationele verhoudingen en betekenissen vastgezet*” (Wierdsma, 2007, 301). Hierdoor worden tegen- of andere geluiden steeds minder gehoord. Om met variatie om te kunnen gaan moet zodoende het proces van in- en uitsluiting door taal onderdeel worden van reflectie en gesprek. Het proces waarin de bestaande duidingen/werkelijkheden ter discussie worden gesteld wordt ook wel benoemd als het terug gaan naar de plek der moeite. Hierbinnen is sprake van een confrontatie met het bestaande (zelf)beeld, maar ook de relationele dynamiek zal volgens Wierdsma gehanteerd moeten worden. Dit vraagt om het creëren van ontmoetingsplatformen waarbinnen een verdiepingsslag gemaakt wordt om de plek der moeite te bereiken, wat weer vraagt om tijd voor reflectie, conversatieruimte en open dialoog.

II

Onderzoek onder praktijkdeskundigen

Deel 2: Onderzoek onder praktijkdeskundigen

Verantwoording

In dit tweede deel geef ik de ervaringen weer van praktijkdeskundigen m.b.t. de ondersteuning van verzorg- en verpleeghuizen bij het bevorderen van cliëntgerichtheid. Ik heb hiervoor een verkennend onderzoek naar praktijkervaringen met veranderingsprocessen richting cliëntgerichtheid gedaan. De mensen die aan het woord komen zijn professionals uit het veld. Dit wil zeggen dat het mensen zijn die ervaring hebben bij het ondersteunen van organisaties bij verandertrajecten richting cliëntgerichtheid.

Ik gebruik hun praktijkervaring en reflectie hierop om zicht te krijgen in hoe men tracht cliëntgerichtheid tot stand te brengen in verzorg- en verpleeghuizen. Daarnaast verdiepen de inzichten van praktijkdeskundigen de analyse van de huidige situatie, deze verschijnt als context waarbinnen de gewenste verandering vorm dient te krijgen. Omdat Wierdsma de moeilijkheid van veranderen grotendeels ziet in het ontsnappen aan de verouderde organisatie vormen die als bedding ons denken sturen, wordt het relevant om deze bedding te onderzoeken. In dit onderzoek ontstaat zodoende een beeld van de huidige situatie, kenmerken van de gewenste situatie en de wijze waarop men hier toe probeert te komen.

Schaal van het onderzoek en de zeggenschap van de onderzoeksresultaten

De deskundigheid van de praktijkdeskundigen ligt in hun ervaring met het ondersteunen van organisaties bij het vormgeven van cliëntgericht werken binnen de ouderenzorg. Ik heb acht personen gesproken, hiermee is dit een kleinschalig onderzoek. Zodoende bestaat de kans dat het beeld, dat uit dit onderzoek naar voren komt, niet overeenkomt met de verschillende praktijken of ervaringen van anderen die buiten beschouwing zijn gebleven. Ook kan het zijn dat de onderzochte populatie te weinig divers was, waardoor er sprake is van een eenzijdige beschouwing. De reden om genoeg te nemen met acht respondenten was van praktische aard, ik had simpelweg niet meer tijd om meer respondenten te zoeken en te interviewen zonder dat hierbij de voortgang van het onderzoek en een tijdige afronding hiervan in gevaar kwam. Op basis van de kleine schaal van het onderzoeken moet de zeggenschap van de uitkomsten gezien worden als hypothese vormend, wat betekent dat de uitkomsten hoogstens een richting aan kunnen geven, en door nader onderzoek gestaafd dienen te worden.

Selectie respondenten

Bij de selectie van ervaringsdeskundigen heb ik gebruik gemaakt van de Snowball-methode. Het eerste selectie criterium wat ik heb gehanteerd, bij de selectie van respondenten, is dat de praktijkervaring zich concentreert op de context van verzorg- en verpleeghuizen. Hierbinnen heb ik gezocht naar diversiteit in de methode van werken. Daarnaast heb ik de keuze gebaseerd op

theoretische ideeën van Wierdsma en Habermas die op het belang wijzen van communicatieve relaties. Van hieruit heb ik gezocht naar praktijkdeskundigen van wie de aanpak minimaal deels inzet op deze gebieden. Ik ben dit nagegaan door het lezen van informatie over de praktijken van de deskundigen (op hun internetsite of uit hun methodeomschrijvingen).

Het merendeel van de respondenten zijn externe adviseurs (zes van de acht) ik heb hiervoor gekozen omdat mijn veronderstelling is dat zij meer zicht hebben op procesmatige elementen dan interne medewerkers van verzorg- en verpleeghuizen, gezien hun buitenperspectief. Daarbij is mijn aanname dat zij vanuit verschillende projecten een genuanceerd beeld kunnen formuleren op de thematiek. De andere twee respondenten waren een directrice en een divisie manager, die beide binnen hun organisatie projecten hebben vormgegeven of aan het vormgeven zijn die moeten leiden tot een grote mate van cliëntgerichtheid.

Interview methodiek

Gezien de exploratieve aard van het onderzoek heb ik gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Ik heb hierbij gekozen voor open interviews omdat deze methode de respondenten de ruimte biedt om binnen de onderzoeksgrenzen zoveel mogelijk het eigen perspectief te verwoorden, wat de validiteit van de informatie ten goede komt (als we dit opvatten als recht doen aan het object van studie). Het kader van het interview werd hierbij gevormd door de beginvraag: *“Wat zijn uw ervaringen met de begeleiding van verzorg- of verpleeghuizen in hun wens cliëntgericht te werken?”*

Mogelijke subtiele vertekeningen

In de interviews is vervolgens, binnen de geschetste kaders, door middel van doorvragen onderzocht wat de ervaringen en opvattingen van de respondent zijn. Hoewel men idealiter als interviewer inhoudelijk afwezig blijft en enkel gericht is op het bewerkstelligen van rapport en doorvragen en samenvatten, heb ik me gedurende de interviews af en toe laten verleiden om inhoudelijk te reageren. Binnen deze momenten legde ik verbanden met door andere respondenten uitgedrukte verhalen en opvattingen die ik aan de respondenten voorlegde. Hiermee zijn de respondenten mogelijk beïnvloed. Vanuit een visie waarbij de (zelf)uitdrukking altijd een proces is van co-creatie is er altijd al sprake van deze beïnvloeding. Het inbrengen en testen van perspectieven van een andere respondent kan ook worden gezien als een bijdrage aan de mate van intersubjectiviteit van het onderzoek. Doordat deze momenten associatief tot stand kwamen zijn ze echter weinig systematisch en navolgbaar ingezet.

Hoewel ik er voor gekozen heb om cliëntgerichtheid in de vraagstelling aan respondenten niet expliciet te definiëren, heb ik in mijn uitnodiging naar de respondenten cliëntgerichtheid gekoppeld aan lokaal dynamische kwaliteit. Deze typering kwam voort uit mijn vermoeden dat binnen cliëntgerichtheid blijvende afstemming op de cliënt nodig is. De kwaliteit van zorg wordt lokaal gezien de cliënt deze waardeert binnen een context en dynamisch gezien de persoon en de

omgeving veranderlijk is. Deze definiëring heb ik later los gelaten omdat het teveel focuste op het thema kwaliteit. Echter gezien ik vrijwel direct aan de start van het gehele proces respondenten heb benaderd, om uitloop te voorkomen, bestond er dus een verschil in definitie van cliëntgerichtheid bij benadering en tijdens de interviews met de respondenten. De mate van beïnvloeding van de respondenten die hier uit voortkomt is niet eenduidig aanwijsbaar.

Dit geldt ook voor de effecten van mijn positionering van de respondenten als zijnde praktijkdeskundigen. Dit zou er toe kunnen hebben geleid dat ik de verwachting heb geschapen dat de respondenten, expert zijn en dienen te weten hoe cliëntgerichtheid werkt en moet, terwijl dit niet hun verhaal hoeft te zijn over cliëntgerichtheid. Hierbij kan ook getwijfeld worden aan de keuze voor het type respondenten, gezien het feit dat externe adviseurs er veelal belang bij hebben om een bepaalde mate van inzicht en werkzaamheid van hun aanpak te verkondigen. Dit zou kunnen leiden tot het bekende adviseurs syndroom: *“Wij van Wc-eend, advisereren Wc-eend.”*

Daarnaast heeft mijn eigen gevormdheid waarschijnlijk de grootste invloed op het onderzoek. Zo merkte ik, binnen de interviews, dat ik de neiging had om te laten blijken dat ik ook al een beetje expert begon te worden. Waardoor ik soms positie innam en belangrijker, ik merkte dat het af en toe ten koste ging van mijn onderzoekende houding, waardoor ik niet doorvroeg of een controlevraag stelde. Daarnaast weet ik dat ik een sterke neiging heb om de dingen te problematiseren en te deconstrueren. Dit zal terug te zien zijn in zowel de interviews als in de presentatie van de data. Mogelijk leidde mijn inmenging wel tot interessantere en/of levendigere gesprekken voor de respondenten.

Data selectie en data analyse

Bij het transcriberen van de data uit de interviews vindt de eerste selectie van data plaats. Ik heb er voor gekozen om delen van de interviews niet te transcriberen die in mijn optiek niet samenhangen met de onderzoeksvraag. Hierbij kan gedacht worden aan het onderdeel van kennismaking tussen de respondent en mijzelf, waarbij werd ingegaan op het arbeidsverleden en opleidingen. Daarnaast heb ik 'verstoringen' die geen inhoudelijke betekenis leken te hebben zoals, wc bezoeken, bestellingen etc..weggelaten. In enkele gevallen heb ik delen van een interview samengevat wanneer ik twijfelde over de relevantie. Hierbij heb ik in mijn transcripten gewerkt met tijdsaanduidingen, zodat ik de passages zo nodig weer kon terug zoeken.

Na de transcriptie heb ik de verschillende interviews herhaaldelijk gelezen en opgedeeld in fragmenten op basis van besproken thema's. Vervolgens heb ik de data op thema gebundeld. Veelal zorgden de verschillende posities van de praktijkdeskundigen er voor dat verschillende aspecten van een thema werden belicht. Vervolgens heb ik het beeld wat hieruit ontstond onder woorden gebracht. Hierbij heb ik regelmatig gebruik gemaakt van letterlijke citaten, wanneer deze veelzeggend waren voor het behandelde thema of om te laten zien waar ik me op baseer. Ik heb hierbij getracht om de veelheid aan perspectieven en aspecten van cliëntgerichtheid, die

verwoord werden, helder naar voren te brengen om zo zoveel mogelijk recht te doen aan de ervaringen en duidingen van de respondenten. Dit leidt er toe dat er niet één heldere lijn ontstaat maar een divers beeld met vele kanttekeningen. Deze diversiteit heb ik gekaderd aan de hand van een viertal vragen die worden toegelicht onder de kop 'datapresentatie'

Beperking van het onderzoek

Naast de dataverzameling door middel van interviews had ik gebruik willen maken van observaties. Het idee hier was om een dag(deel) mee te kijken bij de uitvoering van een interventie van de geïnterviewde praktijkdeskundigen. Dit had de bestaande data uit de interviews kunnen aanvullen met concrete voorbeelden. Daarnaast zouden hierbij mogelijk procesmatige kanten oplichten die zich in het onbewuste domein van de respondenten bevinden. Daarnaast had het inzicht kunnen geven in mogelijke discrepanties tussen de *espoused theory* (het verhaal over wat men doet) en de *theory in action* (wat men doet) in het werk van de praktijkdeskundigen. Dit onderzoeksdeel bleek echter binnen de beperkte tijdsspanne niet uitvoerbaar. Hoewel de verschillende geïnterviewde ervaringsdeskundigen beslist hun best hebben gedaan om dit mogelijk te maken, bleek veelal de traagheid van de besluitvorming in zorgorganisaties hierin een struikelblok. Het ontbreken van dit onderzoeksdeel heeft er toe geleid dat de mate van aandacht voor de interventies van de praktijkdeskundigen nu kleiner blijft dan (vooraf) gewenst.

Gebruik van aanvullende data en ervaring

Voor de beantwoording van mijn onderzoeksvraag zal ik op kleine schaal gebruik maken van eerder vergaard onderzoeksmateriaal. Dit zet ik met name in als aanvullende illustratie bij de inzichten van praktijkdeskundigen. Deze data zijn afkomstig uit een onderzoek op een somatische afdeling van een verpleeghuis. Binnen dit onderzoek zijn verschillende interviews afgenomen met zowel cliënten als verzorgers, over de ervaringen met het leven of werken op de afdeling. Wanneer ik deze data inzet worden verwijs ik naar: Stichting Springende Muis [SSM] (2010) *Ervaringen, verslaglegging interviewtraject op afdeling X*. (ongepubliceerd). Daarnaast zijn er in de tekst ook passages terug te vinden waarin ik een bepaald thema belicht van uit mijn eigen ervaring met het werken in een gezinsvervangend tehuis voor mensen met een aangeboren geestelijke handicap, met ernstige gedrag problematiek op het gebied van agressie en/of seksualiteit. Mijn idee hierbij is dat deze passages inzicht kunnen bieden in de werking- en aanwezigheid van de spanningsvelden tijdens het werken in de zorg. Verder maak ik op enkele plekken gebruik van literatuur om de inzichten van de praktijkdeskundigen aan te vullen of te verdiepen.

Data presentatie

In het volgende hoofdstukken bespreek ik de uitkomsten van de interviews met praktijkdeskundigen. Deze bespreek ik aan de hand van vier vragen:

- 2.1 Welke invloeden worden door de praktijkdeskundige benoemd als zijnde bepalend voor de huidige organisatie van zorg in verzorg- en verpleeghuizen en wat zijn de gevolgen hiervan voor de zorg voor de cliënt?
- 2.2 Waar vraagt het vormgeven aan cliëntgerichtheid, op organisatiebreed niveau, in verzorg- en verpleeghuizen om, volgens praktijkdeskundigen?
- 2.3 Wat wordt door de praktijkdeskundigen voor de verschillende functionarissen binnen verzorg- en verpleeghuizen benoemd als de ideale rollen in een cliëntgerichte organisatie? En welke door de praktijkdeskundige benoemde elementen kunnen hierbij (mogelijk) in de weg staan?
- 2.4 Met wat voor soort interventies proberen de praktijkdeskundigen een bijdrage te leveren aan een meer cliëntgerichte organisatie van verzorg- en verpleeghuizen?

Deze vragen zijn geformuleerd op basis herhaalde analyse van de data waaruit de genoemde vierdeling naar voren kwam. Gelijktijdig bestaat er overlap en wederzijdse beïnvloeding tussen elementen uit de verschillende vragen. De reden om deze scheidingen aan te brengen is om helderheid te bieden over wat besproken wordt. Een effect hiervan is dat er soms herhaling nodig is waar het grensoverschrijdende elementen betreft.

De reden om te kiezen voor één verhaal, relatief los van wie wat heeft gezegd, is dat er relatief veel sprake was van overlap tussen de verhalen van individuele respondenten. Daarbij was de diversiteit die ik aantrof in de interviews zelden in strijd met elkaar. De respondenten leggen nadrukkelijk hun eigen accenten binnen de vier gedefinieerde gebieden, maar naar mijn idee vullen de verschillende visies elkaar aan, waardoor er een breder uit meerdere lagen bestaand beeld ontstaat.

Vraag 2.1: Welke invloeden worden door de praktijkdeskundige benoemd als zijnde bepalend voor de huidige organisatie van zorg in verzorg- en verpleeghuizen en wat zijn de gevolgen hiervan voor de zorg voor de cliënt?

In het volgende deel volgt een bespreking van de onderzoeksdata die een antwoord geven op de hierboven gestelde vraag. Hierbij worden de volgende thema's behandeld: medische dominantie, protocollen en verantwoording, taakgerichtheid, functioneren en gebieden die buiten de aandacht liggen. In de bespreking van deze thema's bestaat een gedeeltelijke overlap met de eerdere analyse van de systeemcultuur binnen de sector, echter wordt deze hier vanuit een andere invalshoek behandeld.

2.1.1 Medische dominantie Behandeling en probleemoplossing

In de eerder genoemde emancipatiebeweging van patiënt naar cliënt werd beoogt om een gelijkwaardige relatie te bewerkstelligen tussen verschillende behandelaren en de zorgbehoevende. Daarnaast had dit tot doel om de nadruk op medische aspecten van zorg weg te nemen. In de praktijk heeft de term 'cliënt' inmiddels de term 'patiënt' veelal vervangen. Echter vanuit het beeld, wat door de praktijkdeskundigen geschetst wordt, komt naar voren dat in verzorg- en verpleeghuizen de beoogde emancipatoire werking van de nieuwe categorie, niet of slechts in beperkte mate de beoogde werking heeft. Verschillende praktijkdeskundigen wijzen namelijk in het interview op de problematische kanten van een aanwezige dominantie van het medisch discours binnen verzorg- en verpleeghuizen.

Deze dominantie wordt gesignaleerd in de status van doktoren en in de hoge mate waarin het medische perspectief van invloed is op hoe de zorg vorm krijgt. De behandelingsgerichtheid die hieruit voort komt is volgens verschillende praktijkdeskundigen (nog steeds) typerend voor de ouderenzorg binnen verzorg- en verpleeghuizen.

De praktijkdeskundigen beschrijven hoe vanuit dit medische discours een focus volgt op probleemsignalering en -oplossing. Eén van de praktijkdeskundigen merkt op dat waar de cliënt normaal gesproken zelfstandig bepaalt met welke kwalen en wanneer hij/zij naar een arts gaat, een cliënt in het verpleeghuis veelal onder permanente controle staat van verschillende behandelaren. De praktijkdeskundige vindt dat door de veelheid aan medische ogen het signalerings- en behandelingsperspectief een veelal te grote nadruk op het leven van de cliënt heeft. Waarbij de bekostiging van de veelheid aan medisch personeel ten koste gaat van de mogelijkheid tot andere besteding van de budgetten van cliënten.

Gelijkschakeling kwaliteit van leven en gezond leven

Verschillende praktijkdeskundigen brengen naar voren dat er binnen het medische denken, wat ze aantreffen in verzorg- en verpleeghuizen, de neiging bestaat om kwaliteit van leven gelijk te schakelen aan gezond leven. Wanneer de gelijkschakeling plaatsvindt, voelt men zich al snel gelegitimeerd om vanuit professionele gezondheidsinzichten te beslissen wat goed is voor de ander. Dit paternalisme is volgens verschillende praktijkdeskundigen nog te vaak het geval. De volgende passage uit een van interviews geeft een duidelijk beeld van de dominantie van het medisch denken en de gelijkschakeling van kwaliteit van leven en gezond leven die hierin op kan treden. *“Gisteren zat ik bij de bewonersbespreking daar loopt de verpleging het bloed door de ogen, en de ergotherapeut de fysiotherapeut en de diëtist. Ze nemen een vrouw op van 170 kilo en daar hebben ze zoveel problemen mee. En dan halen ze de echte expert, dan moet ik er bijkomen. Omdat ze denken, ja het is wel een idioot, maar het is wel de verpleegkundig-specialist. En ik zit daar met de hele rataplan, en het gaat alleen maar over tilliften en diëten. Ik heb dan maar een tekst: Waar is de warme bakker? Waar is de keurslager? Deze vrouw is dol op snacks, en op eten en op bier. Waar is de slijter? Dat is wat die vrouw wil. Maar dat staat zo mijlenver van hun opvattingen, hun paradigma. En dan vragen ze me of ik hen voor de gek hou. Die vrouw leidt een leven waarvan wij zeggen, dat is belachelijk. Maar het is wel haar leven. En dan begint die hele treurige bende een zorgplan op te stellen, waar het er langzaam maar zeker op neerkomt dat er vooral geprobeerd gaat worden die vrouw van 170 kilo naar 120 kilo te krijgen. Die moet 50 kilo afvallen. Ze is 78, en als je 170 kilo ben dan heb je de levensverwachting van denk ik 10 of 12 maanden. Dat wordt het dan echt niet. Met 120 kilo heb je een levensverwachting van 14 maanden. Als je aan die vrouw gaat vragen moet het 14 maanden worden met wortels en met bessensap of wordt het zeven maanden met frikadellen speciaal en Heineken. Dan weet ik wel wat die vrouw dan gaat zeggen. En dat is in essentie een probleem waar we op het ogenblik meezitten. We weten dat we het eerste moeten doen, gerichtheid op kwaliteit van leven. Maar we doen het laatste, oplossingsgericht vanuit medisch model werken. De hele identiteit van de instelling hangt vaak ook af van de mate waarin we gezondheidszorg kunnen bieden.”*

Ook volgens andere praktijkdeskundigen zijn de verschillende behandelaren vanuit beroepsmatige professionaliteit al snel alleen gericht op de normen die hieruit naar voren komen. Hierbij worden de goede intenties van de behandelaren (meestal) niet betwijfeld. Ze willen vaak de cliënt zo goed mogelijk genezen, laten revalideren of helpen bij hun geestelijke problemen. Het is echter onduidelijk of de cliënt wel op dit soort aandacht zit te wachten.

Daarnaast verkokert het medisch perspectief het zicht op de cliënt. Dit leidt er volgens praktijkdeskundigen toe dat gedrag snel in de termen van pathologie of vanuit diagnostiek wordt gezien. *“Wij kijken met een doktersblik heel vaak. Ik ben ook als het ware een beetje bang voor*

de dokter in het hoofd van verzorgende. Die kunnen ook heel goed diagnosticeren terwijl ze dat niet mogen. Een cliënt die bij ons wat neerslachtig is heeft gelijk een depressie.”

Onafhankelijk van de betekenis die het gedrag heeft voor de cliënt, moet het dan vanuit professionele optiek verholpen worden. Hiermee ontstaat een spanning tussen de (goede) wil van behandelaren en de zeggenschap over het eigen leven van de cliënt. Waarbij de praktijkdeskundigen signaleren dat er al snel voorbij gegaan wordt aan de zeggenschap van de cliënt over het gebied van zijn/haar individuele levenskwaliteit.

Daarnaast wordt opgemerkt dat de cliënt bij de besprekingen omtrent behandeling vaak eerder geïnformeerd wordt dan gehoord. Ook bestaat de neiging om de cliënt te overtuigen van het belang van gezond leven en gaat men hierover snel in onderhandeling met de cliënt. De focus ligt hierbij eerder op gezondheidsrisico's dan op kwaliteit van leven. Een praktijkdeskundige geeft een voorbeeld van hoe een cliënt wordt geïnformeerd over gezondheidsrisico's van zijn levensstijl en signaleert hierbinnen de machtswerking die uitgaat van het gebruikte jargon: *“Dan krijgt u smet en dan heeft u een grote kans op decubitus, contractuur en dat soort dingen. Dan loopt u de kans op obstipatie met een vasculaire problematiek... De cliënt zie je dan ook altijd doodongelukkig worden als je met dit soort argumenten aankomt. Cliënten hebben er geen verstand van, ze overzien het niet. En ze zitten dus altijd in een onmacht situatie ten opzichte van hulpverleners, ze beheersen het jargon niet.”*

Wie bezit de waarheid?

De dominantie van een medische benadering wordt voor een deel toegeschreven aan de relatief grote hoeveelheid personeel met een medische achtergrond/opleiding. Daarnaast wordt opgemerkt dat doktoren en andere behandelaren *“een maatschappelijke positie hebben verworven die hen het recht geeft om er (over wat goede zorg is) uitspraken over te doen. Maar goede zorg beperkt zich niet langer tot enkel medische aangelegenheden”*. De medische kennis vormt in combinatie met de maatschappelijke status van behandelaren een dwingend kader, doordat deze kennis het stempel 'wetenschappelijk gefundeerd' draagt. De machtspositie van behandelaren en

Teken van medische dominantie

Hoewel dit niet in de interviews werd aangedragen, is de vervlechting van medische kaders en de organisatie van verpleeghuizen ook terug te zien in de dominante categorieën op basis waarvan mensen worden gescheiden binnen deze instellingen. Er bestaat veelal een strikte scheiding tussen somatisch en psychogeriatric. Een afdeling is formeel ofwel een somatische of een psychogeriatric afdeling. Het is dit onderscheid op basis waarvan de mensen die in een instelling wonen primair worden geordend. Aan deze medische classificatie wordt vaak meer belang gehecht dan aan bijvoorbeeld het bestaan van (langdurige)(liefdes) relaties tussen mensen. Zo leidt dit er regelmatig toe dat mensen worden gedwongen om plotseling gescheiden te leven op basis van verschil in indicatie.

doktoren hangt samen met de waardering van een specifieke vorm van kennis, de (medisch) wetenschappelijke. De dominantie van deze kennis heeft tot gevolg dat andere kennisbronnen minder zeggenschap krijgen, zoals bijvoorbeeld de ervaringskennis van verpleegkundigen en verzorgenden over wat voor de cliënt zélf belangrijk is. Hierbij geven verschillende praktijkdeskundigen aan dat verpleegkundigen en verzorgers een laag zelfbeeld hebben in relatie tot hoger opgeleide behandelaren. Ze zijn zich niet altijd bewust van hun kennis of worden overstemd door medisch jargon. Er wordt ook opgemerkt dat veel verpleegkundigen vrij gevoelig blijken te zijn voor de goedkeuring van artsen. Het is zodoende niet vreemd dat de nuancering (van het belang) van het medisch denken veelal uitblijft.

De medische gerichtheid wordt door de praktijkdeskundigen niet getypeerd als een bewuste keuze van de betrokkenen maar als resultaat van zowel vorming door opleiding als normalisatie binnen de organisatie, waarin het gewoon/de norm is vanuit dit perspectief te werken. De behandelaren voelen zich hierbij vanuit de beroepsnorm vaak ook verantwoordelijk, of zelfs (mede)probleemeigenaar. Hieruit komt naar voren dat binnen verpleeg- en verzorghuizen de systemische macht niet alleen werkzaam is via het management maar ook in professionele macht die geformuleerd wordt door het medische model.

Samenvatting

Samenvattend is er een spanningsveld te zien tussen (1) de individuele betekeniswereld van de cliënt met daarin behorende gebruiken, levensvreugden, gedragingen, gewoonten en persoonlijke waarden, en (2) professionele standaarden over wat wenselijk ten aanzien van; wat zelfzorg is, wat normaal en ziek is. Hierbij ontstaat vanuit de interviews het beeld dat de zeggenschap in verzorg- en verpleeghuizen veelal grotendeels bij het tweede ligt. Samenhangend hiermee lijkt ook in de balans van wie er meepraten, over kwaliteit van leven van een cliënt, het zwaartepunt te liggen bij behandelaren, ten opzichte van zowel de verzorgende en de verplegende als t.o.v. de cliënt. Dit draagt bij aan de neiging om kwaliteit van leven op te vatten als gezond leven. Gezond leven krijgt hierbij invulling op basis wetenschappelijke kennis. De medische dominantie leidt in de relatie tussen cliënt en professional tot een focus op oplosbare, behandelbare of geneesbare aspecten in het leven van de cliënt. Hierbij zijn zoals gezegd zowel de cliënt als de verzorgende/verplegende, die hem vertegenwoordigen, niet vanzelfsprekend bewust van deze situatie of in de positie om weerwoord te bieden aan de behandelaren.

2.1.2 Protocollen uitvoeren en verantwoording afleggen

Automatische neiging onzekerheden vast te leggen

De omgang met risico's en verantwoordelijkheid in verzorg- en verpleeghuizen, is voor een aantal praktijkdeskundigen van bepalende invloed op (de mogelijkheid tot) cliëntgerichtheid. Er wordt hierbij door de praktijkdeskundigen gesignaleerd dat men in verzorg- en verpleeghuizen

snel krampachtig omgaat met onzekere of onvoorspelbare factoren. Hierdoor is naar hun idee in verzorg- en verpleeghuizen regelmatig sprake van een overdaad aan protocollen en gedragsvoorschriften. De onzekerheden over hoe te handelen, die als kenmerkend worden gezien in het complexe proces van zorg, worden nu vaak afgedekt met systemische zekerheid. *“Uit handelingsverlegenheid maken we een protocol en wanneer we vervolgens het protocol volgen, dan is het goed”* Of *“Protocollen maken, alles naar buiten brengen. We willen de eigen worsteling kwijt, dus schrijven we een protocol. Het is de tijdsgeest. Je ziet het toch overal?”*

Uit de interviews valt ook op te maken dat het organiseren door middel van regels, in verzorg- en verpleeghuizen veelal een (onbewust) automatisme is. Voorbeelden: *“Tja, hoe zet je zo'n team in de communicatie? Dat een team het niet heeft over regels en procedures tenzij ze moeten veranderen (hier moet dus expliciet voor gezorgd worden) , maar dat ze het hebben over de bewoners en dat ook duidelijk maken bij teamleiders en managers. Of “Het is van belang om eerst met elkaar te onderzoeken, want de 'Normen Verantwoorde Zorg' worden al heel snel weer regels”.*

Geen fouten maken

Omdat de praktijkdeskundigen aangeven dat er binnen verzorg- en verpleeghuizen regelmatig een cultuur heerst waarin weinig ruimte bestaat voor het maken van fouten, ontwikkelen medewerkers wellicht ook de behoefte aan opdrachten of voorschriften. Dit omdat expliciete voorschriften veiligheid bieden aan de werknemers, wanneer ze deze volgen kunnen ze het immers (formeel) niet fout doen. Eenzelfde soort dynamiek is te zien tussen de organisatie en de maatschappij: waar de organisatie haar formele verantwoordelijkheid nakomt is deze juridisch afgedekt. De neiging verantwoordelijkheden te formaliseren tot regels, voorschriften en protocollen wordt hierbij volgens een praktijkdeskundige versterkt door juridisering van de relatie tussen organisaties en individuen in de samenleving, waardoor organisaties vaker aansprakelijk worden gesteld. Dit betekent meer regels en minder ruimte om af te wijken. *“Er wordt geen onderscheid gemaakt in dingen die meer menselijk zijn zoals communicatie. En durf je iets te zeggen, je wordt direct op je fouten afgerekend. Men gaat meteen naar de beheersbaarheid en dat wordt verergerd door dat juridische waardoor je niet meer kunt zeggen dat je fouten maakt.”*

Effecten

Door middel van regels, voorschriften en protocollen worden uitkomsten en gedrag voorspelbaar gemaakt, omdat medewerkers zich binnen de normen van de toelaatbaar geachte risico's begeven. Dit staat op gespannen voet met de ruimte die professionals en cliënt hebben om invulling te geven aan het goede leven uit optiek van de cliënt. De neiging die praktijkdeskundigen signaleren om alles af te dekken leidt er toe dat de ruimte, die vanuit dit systeem toelaatbaar wordt geacht om af te stemmen op de cliënt, kleiner wordt. Door met name in te zetten op een systeem van regels en voorschriften en controle, vertelt de organisatie

daarnaast de werknemer indirect dat zij niet instaat worden geacht om zelfstandig, in samenspraak met de cliënt of op teamniveau onderling, hierin een afweging te maken.

De praktijkdeskundigen signaleren dat de regelzucht er nu op sommige plekken toe leidt dat het interpersoonlijke contact gereguleerd wordt. *“Respectvolle bejegening kan je niet met regels afdekken. Dan moet je naar het proces gaan kijken en aan de mensen zelf gaan vragen.”* Voorschriften staan dan eerder in de weg omdat het een systeem creëert waarin het (mogelijke) handelen van medewerkers al wordt vorm gegeven of begrensd wordt, voordat een specifieke zorgvraag, cliënt of situatie verschijnt.

Dit is ook terug te zien in de wijze waarop mensen van buiten de organisatie een bijdrage kunnen leveren aan de zorg. *“Het verantwoordelijk zijn leidt er nu vaak toe dat we het helemaal professioneel gaan dicht timmeren, terwijl bijvoorbeeld thuis iedereen gewoon zijn vader kan helpen met eten is het niet vanzelfsprekend dat men dit in het verzorg of verpleeghuis kan voortzetten.”* De eerdere relatie tussen vader en zoon/dochter wordt met het betreden van de organisatie een omgang tussen functionarissen; cliënt en mantelzorger. Dit betekent dat men te maken krijgt met een formele regulering van het contact. Het betreden van de logica van de organisatie vraagt dan dat risico's formeel afgedekt moeten zijn. Voor mantelzorgers kan gelden dat zij, veelal ongeacht hun bestaande vaardigheden en ervaring, geschoold moeten zijn op het gebied van bijvoorbeeld slikproblematiek of het rijden van een rolstoel. De informele zorg moet met het betreden van de organisatie voldoen aan de systemische vormen. Hier is terug te zien hoe goedbedoelde zorgvuldigheid samen kan gaan met onbedoelde koloniserende gevolgen.

Samenvatting

Samenvattend wordt gesignaleerd dat onzekerheden en onvoorspelbaarheden niet vaak kunnen blijven bestaan binnen verzorg- en verpleeghuizen. Zo wordt de verantwoordelijkheid die verzorg- en verpleeghuizen dragen voor hun bewoners nu regelmatig vertaald in regels en procedures. Hiermee wordt dan de formele aansprakelijkheid afgedekt. Echter de veelheid aan regels beperkt de mogelijkheden om de zorgrelatie vorm te geven naar de wens van de cliënt. De eenduidigheid van de regels begrenst de handelingsmogelijkheden van de medewerker, wat versterkt wordt doordat er vaak sprake is van een cultuur waar men op fouten wordt afgerekend. Dit heeft tot gevolg dat de medewerker “opgeleid wordt” tot volgzaam uitvoerder. Tevens vertellen de regels hem/haar impliciet, dat hij/zij niet instaat geacht wordt en dat het niet wenselijk is, dat hij/zij zelfstandig (of in samenspraak met de cliënt) afwegingen maakt, in de spanning tussen kwaliteit van leven en de risico's die met leven samenhangen. De regels hebben daarnaast nu ook veelal een inperkend karakter op het leven van de cliënten en familie/mantelzorgers, die niet snel worden toegestaan om activiteiten te ontplooien die risico's met zich meebrengen.

2.1.3 Taakgerichtheid

In de interviews komt naar voren dat in veel verzorg- en verpleeghuizen de zorg wordt ingevuld aan de hand van vastgestelde zorgtaken. Deze taakgerichtheid krijgt voor een deel vorm vanuit het eerder besproken medisch- of behandelingsperspectief, vanuit voorschriften, regels en procedures en vanuit de verschillende functieprofielen. Door functies te koppelen aan taken en verantwoordelijkheden zorgt men er o.a. voor dat relatief duurder personeel geen taken uitvoert die door goedkoper personeel kunnen worden verricht. Naast de functieverdeling op basis van (medische) expertise wordt uit de interviews duidelijk dat er in verzorg- en verpleeghuizen regelmatig gebruik wordt gemaakt van gedetailleerde planning, een Tayloriaanse taakverdeling (zie 1.2.1). De taakgerichtheid die hieruit voortkomt wordt in vrijwel alle interviews benoemd. Deze focus op taken beïnvloedt de wijze waarop de cliënt benaderd wordt. Een praktijkdeskundige typeert de zorg hierbij als *“frietsnijder; iedereen met wie je spreekt ziet maar een klein onderdeelje en niemand de hele aardappel. De zorg ziet ook zo hun eigen taak.”* De omgang vanuit de taak beïnvloedt de relatie tussen cliënt en verzorgende. Iemand is er ter uitvoering van een bepaalde taak niet (direct) voor de cliënt. De vraag “Kan ik even uw kamer schoonmaken?” is van een andere aard dan “Wat kan ik voor u betekenen?”

Ritme van de organisatie

Waar de uitvoering van taken centraal staat, regeert in de organisatie het ritme van planning. Uit de interviews komt herhaaldelijk naar voren dat het ritme van de organisatie vaak niet samenvalt met het ritme van de cliënt. Een voorbeeld: *“Het traditionele verpleeghuis en daar reken ik nu nog 90 % van de verpleeghuizen onder, daar heb je mensen die om acht of negen uur 's ochtends beginnen. Fysiotherapeuten, logopedisten, noem maar op. Omdat een dokter om 08:30 uur begint, wil hij graag om 09:30 uur de doktersroute doen. Dan belt de fysiotherapeute om 09:15 uur; 'He, waar blijft mevrouw Jansen?' De ergotherapeut wil, omdat ze om 10:00 uur gaat vergaderen, toch nog even langs de bewoners vóór die tijd. Hierdoor moeten de mensen 's ochtends vroeg om 07:00 uur uit bed gehaald worden. Negenentachtig jaar oude stakkers, die we een beetje eufemistisch cliënten noemen, worden dan uit hun bed getrokken. En omdat ze dan uit bed komen moeten ze toch rond 08:30 uur aan het ontbijt zitten, dat hebben ze dan om 09:00 uur op. Dan moeten ze van alles en nog wat doen, naar therapieën, een onderzoek of wat dan ook. En dan om 10:00 uur is er de koffie met koek. Om 11:30 uur staat de gebonden tomatensoep op tafel. Laten we zeggen drie uur nadat ze ontbijt hebben gehad. Om 12:45 uur is dat afgeruimd en dan krijgen ze om 14:00 uur thee en om nog is 15:45 uur koffie of thee. Om 17:15 uur is het avondeten. Zo is de gemiddelde 89-jarige oude stakker kapot om zes uur 's avonds en die wil wat graag naar bed. En die ligt dus ook om 18:30 uur op bed. Om 18.30 uur heeft het gemiddelde verzorgingstehuis het karakter van een kerkhof...de bewoners liggen vervolgens van 18:30 uur tot 08:30 uur de volgende dag op bed. Dat is 14 uur, en heel de tijd krijgen ze niks te eten en te drinken en in die andere 8 uur krijgen ze alles. Dus het gevolg is obstipatie en vervolgens ondervoeding, met het risico op valgevaar. En omdat ze om 18:00 uur op bed liggen*

worden ze om 03:00 uur 's nachts wakker. En dan krijgen ze slaapmedicatie want het is heel onhandig als mensen om 03:00 uur 's nachts wakker worden. En omdat ze die medicatie krijgen worden zij heel suf. Daarom blijven ze meer in stoelen zitten en krijgen ze smetten, krijgen ze contracturen, zodat de fysiotherapeut langskomt. Maar omdat de fysiotherapeut er om 9:30 uur moet wezen, moeten ze weer om 7:00 uur uit bed gehaald worden. Et cetera et cetera.” Wat in dit citaat naar voren komt is dat de planning, het ritme van de dag, in veel verzorgingstehuizen een erg sterke invloed heeft op de levens van bewoners. Een andere praktijkdeskundige merkt op: *“Als je niet oppast speelt het eten zich af om 10, 12 en 17 uur daarna is de dag afgelopen”* Of *“Eten is altijd zo'n routine, als je niet oppast is het zo dat om 10:00 uur iemand net zijn ontbijt op heeft en dan wordt er om 12:00 uur geluncht en dan om 17:00 uur wordt er gegeten en dat was het dan. De hele dag is daar op gericht. En dat gaan verzorgende wel meer zien, als ze dan toch echt naar die bewoner kijken. Gewoon veel individueler kijken en ook laten nadenken over regels en routines. Over hoe laat moeten mensen naar bed, moeten ze naar bed? Ik slaap zelf hele nachten niet, zie mij in zo'n verpleeghuis”* waarbij de laatste zin suggereert dat deze praktijkdeskundige er van uitgaat dat zijn eigen ritme niet overeen zou komen met het ritme van het verpleeghuis. Wat terug te zien is, is dat het ritme van de zorg in verzorg- en verpleeghuizen nu vaak vorm krijgt vanuit de werkuren, taken, planning en afspraken van medewerkers, waarin de cliënt weinig zeggenschap heeft. Hetgeen we als gebruikelijke werktijden beschouwen, en vervolgens daarbinnen de planning van de afdeling of behandelaren, bepaalt grotendeels het ritme van de dag van de cliënt. Naast het ritme van de opeenvolging van handelingen en activiteiten, wijst een praktijkdeskundige erop dat er vaak ook sprake is van een hoog tempo binnen de zorghandelingen. Waar de verzorgende 'lekker doorwerkt' geeft de oudere veelal de voorkeur aan een rustiger tempo. Binnen taakgerichte zorg bestaat daarnaast eerder het risico dat er op instrumentele wijze wordt omgegaan met de cliënt. Dit gebeurt wanneer de cliënt wordt behandeld als een middel in het doel: 'taken uitvoeren'. De nadruk ligt er dan op dat de cliënt meewerkt bij het volbrengen van de taak, i.p.v. op de vraag of en hoe deze taak vorm moeten krijgen, zodat deze ten dienste staat van het leven van de cliënt.

De aanname dat een hoge mate van functiedeling en scherpe targets leiden tot het meest efficiënte resultaat wordt door verschillende praktijkdeskundigen in twijfel getrokken. Er wordt geopperd dat door de geringe aandacht voor de persoon er meer probleemgedrag ontstaat en dat cliënten op een andere manier hun aandacht proberen te krijgen. Ook wordt opgemerkt dat het nu vaak zeer onduidelijk is of de uitgevoerde taken van betekenis zijn voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Wanneer er meer geïnvesteerd wordt in de afstemming van de zorg op de persoon, zou zo ook de nu soms overbodige geboden zorg kunnen worden teruggebracht.

Beperkte verantwoordelijkheid

Een praktijkdeskundige wijst erop dat het vergaand opdelen van specifieke taken en verantwoordelijkheden kan leiden tot een afstomping van verantwoordelijkheid van verzorgende

en verplegende voor het bredere zorgproces. *“Men voert taken uit die door de teamleider zijn uitgedeeld en er is een beperkte verantwoordelijkheid: je moet handdoeken verdelen en als er geen handdoeken zijn dan is het niet mijn taak om ze te bestellen. Ik moest ze uitdelen. En dat gaat ook ten opzichte van cliënten zo.”*

Ook wordt opgemerkt dat de op taken georganiseerde zorg al snel tot gevolg heeft dat een cliënt met een groot aantal verschillende mensen te maken heeft op één dag. Er komt eerst iemand voor de handdoeken, de volgende om schoon te maken, weer iemand voor de medicatie en de volgende voor de koffie, etc. Dit leidt er toe dat de privé ruimte van de cliënt herhaaldelijk wordt betreden door een wellicht grotere hoeveelheid verschillende mensen dan nodig. De afwisseling in personen maakt hierin dat contact eerder vluchtig is dan vertrouwd. Deze vertrouwdheid is mede van belang omdat een deel van de zorg bestaat uit handelingen die de intieme levenssfeer van cliënten raken of zelfs daarin binnen breken.

Samenvatting

De praktijkdeskundigen zien samenvattend regelmatig verzorg- en verpleeghuizen, waar de zorg wordt opgevat als het uitvoeren van taken- of zorghandelingen. De bepaling van de nodige taken en de bepaling van het wanneer, ligt niet bij de cliënt. De taakgerichtheid speelt in op een benadering van de cliënt als middel in de uitvoering van taken. De cliënt wordt veelal het ritme van de organisatie opgedrongen. De efficiëntie die hiermee wordt beoogd is, volgens de deskundigen, niet vanzelfsprekend groter dan bij een meer cliëntgerichte benadering. Doordat een cliënt te maken krijgt met een groot aantal verschillende functionarissen is het contact eerder onpersoonlijk en minder vertrouwd.

2.1.4 Functioneren

In functie zijn

Het effect van ‘het functionaris’ zijn van de hulpverlener op de wijze van zorgen, wordt binnen verschillende interviews geproblematiseerd. Bij de invulling van het ‘in functie zijn’, speelt hierbij naast de formele taken en verantwoordelijkheden, het beeld dat professionals hebben van wat hun werk en wat professioneel gedrag is, een grote rol. Sommige praktijkdeskundigen zien de functies als oorzaak van de kloof tussen wat men wil doen (cliëntgerichtheid) en wat men doet. *“De kloof wordt ook gemaakt, het is een kunstmatige kloof. Als je doorvraagt dan doen de mensen het steeds voor de cliënt, in hun hart. De kloof maken we in onze functies. Maar als het lukt om diepgaander contact te maken is het ook bevredigender.”* Vanuit het citaat komt naar voren dat het ‘in functie zijn’ de betrokkenheid (het hart) van mensen op de cliënt beperkt. Dit is gelegen in de bestaande definiëringen van wat (het echte) werk is. De praktijkdeskundigen wijzen hierbij op zowel formele invloeden (functieomschrijvingen) als informele invloeden (normen binnen een team).

De norm is druk zijn met zorghandelingen

Geconstateerd wordt dat verzorgenden veelal praktisch instrumenteel te werk gaan. Dit houdt in dat men doelmatig de taken uitvoert die opdragen of voorgeschreven zijn. *“En de verzorgenden zijn nog vaak heel erg van nou de zuster weet, de zuster komt u wassen en als u er netjes en schoon bij zit dan is het goed en als je de pilletjes in neemt ..danneh.. dus dat is echt verzorgen. Wassen, plassen, verbinden, pilletjes, en als je om 10 uur gepoetst en wel in je rolstoel zit en je eet goed dan is het goed.”* Of *“Als ik even twee minuten een gesprek heb met een cliënt dan is dat geen werken, ik moet rennen op de gang druk, druk, druk. Ik denk dat het een samenloop is van dat mensen intuïtief doen en overnemen”*. Of *“Mensen gaan de zorg in, willen helpen (nadruk) en helpen is dan ook dat hele concrete praktische. En heel erg is er een soort onzichtbare morele cultuur, als je rent ben je druk en als je niet rent ben je niet druk en dan kan ik je vragen nog wat meer te doen, om nog wat harder te rennen.”* Vanuit interviews die ik eerder heb afgenomen onder medewerkers in een verpleeghuis wordt ook het beeld onderschreven dat het 'echte werk' het uitvoeren van zorghandelingen is. Enkele van de geïnterviewde verzorgende gaven aan zich schuldig te voelen wanneer ze rapportage of zorgplannen aan het typen waren achter de computer omdat ze hun collega's niet komen helpen met de echte zorg. Een eerste verantwoordelijk verzorgende merkt op: *“Maar het is ook werk, zieke mensen in de gaten houden, rapporteren, dat is ook werk, en dat zijn dan dingen die hun (verzorgenden) niet mogen, maar wel gedaan moeten worden. Dus ik hoef me, daar voel ik me dan ook niet meer schuldig over. Van hun doen alle vieze klusjes en ik sta hier een beetje niks te doen. Tenminste niks doen, rapporteren een beetje op mijn kont achter die computer zitten, maar daar heb ik het dus helemaal niet meer moeilijk mee dus dat is gewoon, je moet gewoon eventjes hard zijn, van eh, ga dit doen, dat doen.”* (SSM, 2010, 12) Dit maakt zichtbaar dat, naast de formele planning en de functie verdeling die aansturen op taken, er binnen teams beelden bestaan van wat het echte werk is op basis waarvan men zichzelf en elkaar beoordeelt.

Professioneel handelen

Opvattingen over professionaliteit overlappen voor een deel met opvattingen en beelden van wat werk is. Ook hieruit spreekt veelal een norm die het handelen (en de beoordeling hiervan) beïnvloedt. De praktijkdeskundigen signaleren dat het beeld van professionaliteit vaak (te veel) samenhangt met afstand behouden tot het werk of de cliënt. Een praktijkdeskundige verwoordt wat naar haar idee de norm zou moeten zijn: *“Professionaliteit is niet afstand houden, je krijgt het doordat je ziet wat het gewone leven is. Het gewone leven en wat daar waardevol in is. Het contact maken met de ander met daarbij oog te hebben voor de risico's en handicaps van de mensen. En hoe kan je dat combineren. Wat de goede aanpak is ligt daar tussen. Je moet daarbij je vakkennis inzetten en dat multidisciplinair dus collega's betrekken bij vragen van mensen.”*

Een medewerker vertelde hierover het volgende: *“Je probeert een professionele afstand te hebben, en dat lukt niet altijd. Maar dat is wel wat je aangeleerd wordt. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat wij als verzorgende meer staan te huilen als menig familie lid wat euh komt.*

Sommige mensen weten dat het (de dood) eraan komt en zijn er ook bang voor, en dat is ook allemaal begeleiden en dat kan ook heel moeilijk zijn natuurlijk. Om een beetje in te leven dat lijkt me heel menselijk. Je houdt iemand zijn hand vast en denkt er zelf ook over na, dat gaat automatisch. En dan moet je dat wel van je afzetten en weer vrolijk naar de volgende.” (SSM, 2010, 23) Uit het citaat komt naar voren dat afstand wordt toe geschreven aan professionaliteit en de geformuleerde nabijheid aan de categorie menselijk. De uitdrukking van vrolijk verder gaan naar de volgende lijkt vervolgens te suggereren dat het geraakt of kwetsbaar zijn van de professional in zekere zin taboe is. Het is de vraag in hoeverre men als mens mag verschijnen binnen het contact en in hoeverre men professioneel dient te zijn. Gelijktijdig wijst dit citaat op de (omgang met) dood die eigen is aan de ouderenzorg. Om op langer termijn het werk vol te kunnen houden is het wellicht niet vreemd dat men een bepaalde mate van afstand tot de cliënt behoudt. In die lijkt het zinvol om stil te staan bij de vraag in hoeverre men kan verwachten/eisen dat medewerkers diepgaand contact aangaan met cliënten waarvan verwacht kan worden dat ze op relatief korte termijn zullen sterven.

Wat doet professionaliteit met contact?

Tijdens de jaren dat ik in de gehandicaptenzorg werkte voelde ik zo eens in de zoveel tijd de behoefte om met een cliënt bij mij thuis een kopje koffie te drinken. Zodat ze kennis konden maken met mijn vriendin en een beeld zouden hebben bij waar ik leef. Simpele dingen waar sommige cliënten interesse of nieuwsgierigheid naar toonde. Het gebeurde in de 8 jaar dat ik deze mensen kende nooit. Ik voelde me er soms schuldig dat over dat ik deze behoefte had en dan twijfelde ik of het werk niet te dichtbij kwam. Wat doet professionaliteit met contact?

Vaak liep ik met een bepaalde bewoner naar "de geitjes". Hij was geestelijk nogal instabiel en kon stilte slecht verdragen. Gesprekken met hem waren moeilijk te voeren, hij werd hier al snel onrustig van. Bij wijze van experiment begon ik op een avond tijdens het wandelen wat liedjes te neuriën die hij op cd had. Al snel zongen we samen hard over straat "Brasil lala lala lala lala (enz)" gevolgd door andere "klassiekers". In dat moment hadden we het fantastisch naar ons zin. Na een paar liedjes stopte hij plots met lopen en gaf een mij een enorme knuffel. Op dat moment twijfelde ik direct of de intensiteit van het contact wel bij mijn rol paste. Was ik teveel mezelf en te weinig begeleider, hadden was het niet te gezellig voor werk? Wat doet professionaliteit met contact?

Rol van opleiding

De praktijkdeskundigen merken op dat het beeld dat professionals hebben van hun vak voor een deel voorkomt uit hun opleiding en dat deze niet vanzelfsprekend aansluit bij wat de organisatie

voor ogen heeft. Soms leidt dit er toe dat invulling van het vak van verzorgende en verplegende, zoals dit in opleidingen wordt overgebracht, zich nog teveel enkel focust op lichamelijke verzorging. *“Mensen leren gewoon mensen verzorgen. Ze vinden het leuk en fijn om wat voor de mensen te doen. Terwijl als ze hier komen moet ik ze weer afleren om te verzorgen. Ze moeten aandachtig zijn en dat is heel moeilijk. Ze komen met een gek soort professionaliteit, ze hebben geleerd om naar wondjes te kijken naar verbandjes of naar losse dingetjes. Ze moeten zuster spelen en een zuster deelt medicijnen, helpt mensen opstaan en wassen. Dan gaan ze hard aan het werk om zeven uur en dan zijn ze om tien uur klaar. En klaar zijn klaar betekent dan iedereen is gewassen ontbijt heeft gehad en aan tafel zit. Maar ja als je opgestaan bent en je hebt ontbeten, ben je dan klaar? Nee dan begint de dag.”*

Wie mag wie helpen?

Praktijkdeskundigen merken ook op dat cliënten aangeven het vaak prettig te vinden om iets terug te doen voor de verpleging en verzorging. Hierdoor ervaren ze de relatie als gelijkwaardiger. De deskundigen signaleren dat dit binnen een verzorg- of verpleeghuis echter al snel niet de bedoeling is. *“Dus wij maken beter, als u maar... doet wat wij zeggen. Het zijn niet mensen, maar ze zijn cliënten. Daarmee zie je ongelijkheid ontstaan ten opzichte van niet cliënten. Jij bent een cliënt, en ik ben niet een cliënt, en dat geeft onze verhouding al aan. Voortdurend zijn we op zoek naar bevestiging van die verhouding. Als je cliënt bent dan moet je ook zo gedragen en ik moet me als niet cliënt gedragen. Want als die rollen omdraaien hebben we een probleem. Het moet vooral niet zo zijn dat jij voor mij gaat zorgen. Dan krijg je allerlei rol verwarringen.”* Dit duidt er op dat er vaste beelden bestaan over; wie cliënt is en wie hulpverlener, wie kwetsbaar is of mag zijn en wie bijdraagt aan het leven van de ander. Het duidt erop dat de organisatiecontext aanstuurt op een formele omgang vanuit de functies tussen cliënt en hulpverlener, eerder dan die van een gelijkwaardig intermenselijk contact. Praktijkdeskundigen signaleren daarbij dat, doordat het bestaande netwerk van familie en mantelzorg regelmatig buiten wordt gehouden, de zorg wordt over genomen door professionals. Door deze systeemwerking neemt de afhankelijkheid van de cliënt ten opzichte van de verzorgende toe.

Samenvatting

Samenvattend komt naar voren dat de invulling van de kaders 'professionaliteit' en 'werk' die vormgeven aan het handelen van werknemers binnen verzorg- en verpleeghuizen vanuit de huidige normen gericht zijn op de uitvoering van taken en het behouden van afstand. Deze krijgen vorm vanuit zowel de formele kanalen en functieomschrijvingen en opleidingen, als uit de informele normen die gelden tussen mensen in teams. De handelingsrichting die hier nu veelal uit voorkomt lijkt de betrokkenheid van de verzorgende en verplegende op de cliënt te doorkruisen. Daarnaast spelen functieopvattingen een belangrijke rol, in de (machts)verhouding tussen mensen, en lijken de grenzen hierbij bepaald gedrag uit te sluiten.

2.1.5 Gebieden buiten de aandacht

Stilstaan

Vanuit de interviews met praktijkdeskundigen komt naar voren dat, vanuit de organisatie in verzorg- en verpleeghuizen, het gebruik van systemische instrumenten een centrale plaats inneemt. Taken, planning en controle leiden tot een grote gerichtheid op het ‘hoe en wat’ er moet gebeuren of verbeteren. De preoccupatie met de uitvoering en het uitvoerbaar maken van zorg, leidt er toe dat men veelal slecht in staat is stil te staan bij wat er is (i.p.v. wat er gedaan moet worden). *“De cliënt staat centraal bij de gratie dat we er tijd voor hebben, of zin in hebben om hem centraal te zetten. Want eigenlijk gaat het gewoon om dat het bedrijf moet blijven draaien”* De norm in veel verzorg- en verpleeghuizen lijkt te zijn om wat zich voordoet (zo snel mogelijk) op te lossen en weer verder te gaan met de uitvoering van bestaande taken. Naast de inperkende werking van de huidige wijze van organiseren op de mogelijkheden van de cliënt tot vormgeving van een betekenisvol leven, leidt dit er ook toe dat bepaalde gebieden structureel buiten de aandacht van de organisatie liggen.

Onmacht en troost

Een aantal praktijkdeskundigen wijst er op dat juist onoplosbare- of onbehandelbare problemen vaak van groot belang zijn voor de cliënt. Een focus op het oplosbare gaat in die zin voorbij aan de onmacht van het lichamelijk- en of geestelijk verval en de behoefte aan troost die bij veel ouderen wellicht groter is dan de behoefte aan behandeling. *“Ik denk dat het ook te maken heeft met hoe je met emoties omgaat, met onmacht. Gewoon als je maar lekker eet en verder niet zeuren, mond dicht en niet over emoties praten. En het valt ook niet mee om een goed gesprek aan te gaan met iemand wiens hele leven overhoop ligt, die van huis weg is. Met mensen die je niet kiest, met verzorgenden die je niet kiest, met handicaps die je niet kiest, dat is een volslagen omwenteling. En dat geeft pure onmacht natuurlijk, en het is heel moeilijk om daar over te spreken. Dus wat hebben zij (verzorgende) om te helpen? Dat zijn puur de praktische handelingen, goed wassen, verzorgen”.* Of *“Ten diepste denk ik dat mensen die in een verpleeghuis zitten behoefte hebben aan troost, als je een chronische kwaal hebt..Troost zit in dingen die je vertrouwd zijn en als je op gezondheid bent afgestemd in plaats van op troost, dan mag je bijvoorbeeld maar twee bakken koffie op een dag in plaats van de zeven die je gewend was.”* Gezien de huidige focus op oplossingen en behandelbare problemen is de organisatie vaak niet ingericht op de omgang met deze belangrijke aspecten in het leven van de cliënt.

In de gerichtheid op planning voltrekt zich eenzelfde beweging. Hier ziet men vaak niet wat zichzelf organiseert, of hetgeen er al is en de waarde die dit kan hebben voor de cliënt. *“Bijvoorbeeld twee mannen die altijd samen koffie drinken. Ze zeggen eigenlijk verder niets tegen elkaar. Maar het is wel een vast contact en je kan dan ook niet zonder af te zeggen niet gaan koffie drinken. Ook al zeggen ze niks dat maakt niets uit. Dat mensen zelf dit soort waardevolle dingen creëren wordt niet gezien en ook niet gefaciliteerd. Er staat nergens in een*

Zorgleefplan bij participatie, meneer gaat graag koffie drinken met Piet of heeft de wil om in contact te komen. Want je zou best een soort datingbureautje kunnen beginnen, zoeken naar gelijkgestemden of mensen aan elkaar voorstellen.” Zo leiden de gebruikelijke vormen van organiseren in verzorg- en verpleeghuizen dus tot een blindheid voor elementen die hier buiten vallen.

Vraag 2.2: Waar vraagt het vormgeven aan cliëntgerichtheid, op organisatiebreed niveau, in verzorg- en verpleeghuizen om, volgens praktijkdeskundigen?

Op basis van wat de praktijkdeskundigen uitdrukken ontstaat een beeld waar het vormgeven aan cliëntgerichtheid om vraagt. In dit hoofdstuk behandel ik de aspecten die gelden voor de organisatie of in algemeen zin voor mensen binnen de organisatie. Er komt naar voren dat; cliëntgericht veelal vraagt om een grotendeels andere organisatie, het nodig is om de organisatie te 'ontzekeran', dat de huidige vastheid moet worden losgemaakt, dat dit ook op interpersoonlijk gebied nodig is, dat het nodig is om hiertoe actief op te treden en dat als resultaat wordt gezien, datgene waar men actief besluit om af te wijken van de huidige norm.

De verschillende praktijkdeskundigen geven eenduidig aan dat cliëntgericht werken vraagt om een grotendeels andere manier van organiseren. De betekenis die men hier aan geeft is dat er een machtsverschuiving nodig is en een grotere focus op communicatieve- en relationele aspecten ten op zichte van (systemische) structuur. Daarbij moet men *“minder op eilandjes zitten en problemen moeten meer gedeeld worden”*. Daarbij moeten er *“zo min mogelijk regels zijn en moet men zich verantwoorden vanuit de cliënt”*. De genoemde eigenschappen komen grotendeels overeen met het door Wierdsma geformuleerde transactionele organiseren. Die eveneens de wenselijkheid bepleit van onderlinge afstemming ten opzichte van eenduidige regelgeving.

2.2.1 'Ontzekeran'

Uit de interviews met praktijkdeskundigen spreekt veelvuldig: een cliëntgerichtere organisatie vraagt om het 'ontzekeran' van de organisatie. *“Het gaat eigenlijk om het openhouden van de wond. In plaats van het ongemak van het zoekende, niet-wetende af te dekken met protocollen en gedragsvoorschriften”*. In zijn algemeenheid kan dit worden opgevat als een veranderende houding, waarbij de zekerheid die voortkomt uit de systemische middelen, grotendeels wordt losgelaten en vervangen wordt door een meer onderzoekende houding. Het onderzoek richt zich daarbij in eerste instantie op de cliënt, die men tracht te leren kennen. Op basis van de kennis over de cliënt, of liever in samenspraak met de cliënt, onderzoekt men daarnaast, binnen wat mogelijk en wenselijk blijkt, de invulling- en vormgeving van de ondersteuning van de cliënt. Dit betekent dat er een hogere mate van openheid gewenst is. Openheid naar wie de cliënt is en wat voor de persoon in kwestie normaal, vertrouwd, wenselijk en betekenisvol is. Om vervolgens op basis van (deze eigenheid van) de cliënt vorm te geven aan de lokale betekenis van zorgen.

Binnen dit proces zijn risico-, financierings-, organiseerbaarheids- en effectiviteitsvraagstukken nog steeds van belang. Ze kennen echter bij voorkeur niet langer een standaard antwoord. De

begrenzings worden idealiter onderdeel van het gesprek tussen hulpverlener en cliënt (of vertegenwoordigers van de cliënt). Door in gesprek te blijven over deze vraagstukken kunnen verantwoordelijkheden, die nu geheel bij de organisatie liggen, gedeeld worden met de cliënt.

De wil om meer recht te doen aan de cliënt vertaalt zich naar een betrokken, open, onderzoekende houding. Deze leidt onherroepelijk tot een toename van de diversiteit die de bestaande structuur ter discussie stelt. Het doel is hierbij niet het verdwijnen van structuur, maar deze ten dienste laten staan van de cliënt. *“Een bepaalde vorm van ritme of regelmaat is voor sommige dingen heel belangrijk. Maar het is continu kijken of het regelmaat is omdat ik het wil, of omdat die bewoner dat nodig heeft. En om daar over na te denken daar is heel veel voor nodig”*.

2.2.2 Vastheid

Meerdere praktijkdeskundigen wijzen er op dat het veranderen van een organisatie erg moeilijk is. Dit hangt naar hun idee samen met de veelheid aan routines en de zekerheid die de gebruikelijke gang van zaken met zich mee brengt. *“Medewerkers doen alles om houvast te krijgen, want ze moeten tien dingen doen maar ze kunnen er zeven doen. En ze willen dus helderheid over wat ze moeten doen. Ze hebben zo onderling ook vaak de grootste ruzie over ‘niet wat ze wel doen’, maar over ‘wat ze laten liggen’.*” Dit citaat wijst op één van de redenen waarom er behoefte is aan zekerheid, houvast of helderheid. Gezien de hoge zorgdruk kan niet alles gedaan worden, wat men zou willen, en leeft de vraag wat het goede is om te doen? Wanneer men zichzelf niet instaat acht om dit te bepalen, ontstaat de behoefte aan duidelijkheid vanuit de organisatie of leidinggevende. Wanneer de houvast, gegeven door middel van regels, voorschriften en plannings, wegvalt, tast men in het duister over; wat het ‘goede’ is om te doen, waar men zich op moet richten en wanneer het werk ‘klaar’ is.

Naast de behoefte om te weten wat het ‘goede’ is, noemen de praktijkdeskundigen gevestigde belangen, verworven rechten en status hardnekkige factoren. Al deze factoren beïnvloeden de wijze van interactie tussen mensen binnen de organisatie en men is gewend dat het op deze manier gaat. *“Het moeilijkste is vaak niet het nieuwe te denken maar om het oude te los laten. Gevestigde belangen, vakspecialisten, verworven rechten, status, routine, zekerheid. Dat maakt het heel lastig om het oude los te laten. Dat is het moeilijkste van klantgericht werken.”*

De verwoorde moeilijkheid van cliëntgericht werken wordt door de praktijkdeskundigen toe geschreven aan de moeite om het oude los te laten. *“Mensen zijn het gewend, het is hun beeld van werk. Mensen rollen daarin, wat ze om zich heen zien gebeuren, binnen de kortste keren doen ze allemaal op dezelfde manier mee. Het is nooit door iemand bedacht, het is ontstaan, maar het is ontzettend krachtig”*. Dit citaat maakt duidelijk dat de vastheid veelal onbewust is.

Gezien een groot deel van de organisatie zodoende vorm krijgt vanuit de impliciete cultuur, die stuurt op bepaald gedrag, is de verandering op cognitief niveau niet voldoende. Hierom zet men in op bewustwording van deze impliciete cultuur. Hierbij wordt gewezen op de moeilijkheid dat bewustwording niet direct hoeft te leiden tot een structurele verandering van het handelen. Dit omdat bewustwording al snel van tijdelijke aard is, waar de (gedrags)verandering de aandacht verliest. *“Dat zijn van die oude patronen en beelden, en die moet je, die kan je bewust maken. Dat is niet eens zo moeilijk maar het zit in het gedrag, in de reflexen nog ingebakken en met name ook in hoe mensen naar elkaar kijken.”* Ander gedrag vraagt om een bewust blijven en steeds opnieuw kiezen om af te wijken van wat gangbaar is/was. Hiermee vraagt cliëntgericht organiseren, van mensen in de organisatie, om zich actief op een andere manier tot elkaar en de cliënt te verhouden.

De praktijkdeskundigen benoemen dat de benodigde veranderingen veelal makkelijker zijn te formuleren dan in de praktijk te brengen, gezien het feit dat dit veelal betekent dat gedrag- en machtsverhoudingen moeten veranderen, waarmee de huidige omgangsvormen moeten veranderen. Zo moet bijvoorbeeld de harmonische groep collega's elkaar meer aanspreken, en feedback geven op nieuw gedrag. De vraag is in hoe men dit kan bevorderen. Uiteindelijk moet men zelf beslissen om iets anders te willen gaan doen. Hierbij steken de praktijkdeskundigen vaak in op de interne motivaties van mensen. De vraag hierbij is of men voldoende collectief bewustzijn en engagement kan bewerkstelligen, om te zorgen dat betrokkenen waar nodig besluiten iets anders te doen dan men gewend is. Waarbij men elkaar scherp moet houden, wat er om vraagt dat de ‘cultuur’ er naar is dat men elkaar scherp houdt en blijft bevragen.

2.2.3 Beargumenteerd afwijken

Bewust beargumenteerd afwijken komt in de verschillende interviews naar voren als één van de belangrijkste gedragingen om tot cliëntgerichte zorg te komen. Voorbeelden van het succes van dit gedrag liggen op verschillende niveaus binnen de organisatie. Ze kenmerken zich doordat mensen besluiten om richtlijnen, procedures of eisen van hoger te weerstaan, vanuit de overtuiging van hun betrokkenheid óp of overtuiging van een 'lokaal goed'. Naar mijn idee ligt de werkzaamheid hierbij niet op het afwijken, maar in het gaan staan voor een ‘lokaal’ belang. Het voorrang geven aan wat nodig of wenselijk is binnen de context, ten op zichte van wat in algemene zin wenselijk wordt geacht. Dat dit gedrag nu vertaald wordt in termen van afwijken, maakt vooral duidelijk dat dit (vooralsnog) afwijkt van wat normaal is. Het gedrag wat zodoende als afwijken wordt benoemt, kan in potentie bevatten wat normaal zou moeten worden in een cliëntgerichte organisatie. Er wordt hierbij opgemerkt dat de beoordeling van het afwijken binnen de organisatie cultuur van invloed is op de mate waarin dit gedrag tot stand komt. *“Het kan worden vertaald in termen van opstandigheid maar ook in creativiteit of inventiviteit.”* Dit betekent dat dit gedrag binnen gesloten hiërarchische organisaties niet of moeilijker tot stand kan

komen. Daarbij is er ook regelmatig sprake van lokaal territoriumgedrag en kinnesinde binnen organisaties waardoor men elkaar er van weerhoudt tot verandering te komen.

2.2.4 Norm handhaven

Om tot cliëntgerichtheid te kunnen komen moet men zich, volgens de praktijkdeskundigen, communicatiever gedragen. Dit betekent dat ook wat ‘minder goed gaat’ besproken zal moeten worden. De praktijkdeskundigen merken op dat dit binnen veel verzorg- en verpleeghuizen betekent dat er meer gedaan moet worden met mensen binnen de organisatie, die niet in de nieuwe (cliëntgerichte) vorm mee kunnen of willen. Er wordt gesignaleerd dat disfunctioneren, naar cliëntgerichte maatstaven, een sterke invloed heeft op teams. De praktijkdeskundigen formuleren dat het vaak duidelijk is wie disfunctioneert, maar dat hier nu te weinig mee gedaan wordt. *“Ja natuurlijk weten ze dat, maar ze zit al twintig jaar met zo'n medewerker. Maar dat is het beleid in een verpleeghuis, dat is een beetje een softe toestand als iemand niet functioneert... dan tja... moet je een dossier opbouwen en ze functioneert niet, echt niet. Ze doet haar werk, maar in het bedrijfsleven hadden ze haar er allang uitgekierd. Die vrouw is in de vijftig, is er al twintig jaar, ze zal het zelf niet bewust zeggen, maar de pit is er wel uit. Dus die verstoert zo'n team, in elk geval de ontwikkeling.”* Er wordt opgemerkt dat men elkaar individueel, meer of eerder moet aanspreken op de (nieuwe) norm. De praktijkdeskundigen zien het hierbij als wenselijk dat men, in eerste instantie, onderzoekt waar de weerstand bij iemand vandaan komt en hoe iemand alsnog kan aansluiten. Wanneer dit geen zin heeft, merken een aantal praktijkdeskundigen op, de medewerkers die zich uiteindelijk niet blijken te kunnen aanpassen uiteindelijk weg zullen moeten; iets waar, volgens hen, nu vaak een taboe op ligt in de 'zachte' zorgsector. Een andere praktijkdeskundige merkt op dat het veelal ontbreekt aan een individuele benadering van personeelsproblemen. *“Ook bijvoorbeeld dat teams altijd in het geheel op training moeten in plaats van individueel. Waar slaat dat op? De rest kan het al, maar jullie niet. Daarom moet je verschillen in teams zien en durven maken, op individueel niveau insteken. Dat je een beeld vormt van; hoe slim, betrokken, gedreven is iemand?. Waar zit het oud zeer, wat is het perspectief van deze persoon? Probeer te laten zien dat je iemand ook ziet, iemand zijn perspectief. Dan kun je daarna vaak ook best wel kritisch zijn.”*

Intermezzo: de vastheid in het beeld van de ander

Een overgang naar cliëntgericht organiseren kan de heersende verhouding sterk veranderen, dat is in wezen ook het doel. De vraag daarbij is, of de motivatie sterker is dan het ervaren ongemak dat moet worden uitgestaan. Een belangrijk element hierin is, naar mijn idee, of er binnen de bestaande relaties ruimte voor nieuw gedrag en verandering van verhoudingen is. Dit is wellicht de collectieve norm maar gelijktijdig niet vanzelfsprekend. Amerikaans psychoanalytica Jessica Benjamin maakt dit aannemelijk. Ze laat in haar werk zien dat het beeld van de ander een belangrijke rol speelt in onze relaties. Wanneer we in relatie staan tot iemand, vormen we een

beeld van de ander. Op basis van dit beeld vormen we ons gedrag en verwachtingen ten opzichte van de ander. Hiermee vragen we de ander ook om te voldoen aan het beeld van hem/haar, om zich te gedragen zoals we hem/haar kennen. Ten opzichte van de ander, die achter dit beeld ligt, heeft het beeld een statisch karakter. De persoon achter het beeld is anders en meer dan het beeld wat we gevormd hebben. Benjamin concludeert dat in de beschreven menselijke neiging de ander te beheersen in beelden, we elkaar (op subtiele wijze en haast vanzelfsprekend) geweld aan doen, door elkaar vast te zetten en te houden in onze beelden van de ander en de relatie. (Benjamin,1995, 3-7)

De kwaliteit van een relatie wordt, volgens Benjamin, vervolgens bepaald door de mate waarin men in staat is de objectivering door de ander vreedzaam te begrenzen. Dit houdt in dat men durft/in staat is af te wijken van het beeld wat de ander hem/haar oplegt en een andere positie in te nemen en gelijk tijdig aan te geven dat men de ander als persoon waardeert. Hierbij is het steeds de vraag of de ander bereid is zijn beeld bij te stellen. Deze theorie maakt zodoende inzichtelijk dat, wanneer men tot nieuw gedrag of een nieuwe verhouding wil komen, dit vraagt om het doorbreken van de beeldvorming van de ander, het niet samenvallen (met het beeld van de ander), maar verschillen en dat dit ingaat tegen de natuurlijke neiging van de ander om je te vast te houden in het beeld. Bij een verandering, een niet samenvallen van persoon en beeld, komt de relatie op het spel te staan en daarmee ook bijvoorbeeld de mate- en zekerheid van waardering van elkaar. Wat overigens niet wil zeggen dat dit enkel kan verslechteren, vaak kan het juist leiden tot een verdieping van het contact, maar men moet dan wel door het ongemak heen.

Wanneer de verzorgende, die het eigenlijk altijd eens is met de opdrachten van haar teamleider en deze vervolgens stipt uitvoert, op een dag de instructies tegenspreekt, zal de verbazing op het gezicht van de teamleider alleen al vertellen dat dit niet past in de relaties zoals zij bestaan/bestonden. Evenzeer zal de verzorgende zich verbazen, op de dag dat haar plotseling gevraagd wordt wat er gedaan moet worden. Welk vervolg de verbazing krijgt is niet te zeggen. De bestaande ordening (van het contact) wankelt door nieuw/ander gedrag. Wat doet men met deze openheid? Grijpt één van hen, (of beide) in deze onbestemde openheid terug naar de bestaande verhouding of ontdekken ze iets nieuws in de relatie, in zichzelf en de ander? En wat doen ze de volgende keer (of wanneer de coach er niet bij is)? De uitkomst van een veelheid aan dit soort momenten, waarin het nieuwe de bestaande orde bevraagt, in relaties maar ook in structuren, zal zeer bepalend zijn voor de mate waarin de organisatie in staat is om te veranderen. Omdat vanuit de interviews naar voren komt dat er binnen verzorg- en verpleeghuizen relatief vaak sprake is van een nadrukkelijke top-down hiërarchie en cliëntgerichtheid vraagt dat de zeggenschap grotendeels verplaatst naar de cliënt en zijn vertegenwoordigers en ondersteuners, zal dit in in veel gevallen een grote verandering binnen relaties teweeg brengen.

Vraag 2.3: Wat wordt door de praktijkdeskundigen, voor de verschillende functionarissen binnen verzorg- en verpleeghuizen, benoemt als de ideale rollen in een cliëntgerichte organisatie? En welke door de praktijkdeskundige benoemde elementen kunnen hierbij (mogelijk) in de weg staan?

De verschillende praktijkdeskundigen formuleren binnen de interviews ideeën over de vaardigheden en gedragingen die de verschillende functionarissen in de organisatie zouden moeten vertonen en wat dit verhindert of bemoeilijkt. Deze worden in dit hoofdstuk weergegeven. Hierbij wordt ook ingegaan op de positie van de bewoner, dit betekent natuurlijk niet dat er een officiële functieomschrijving voor hem/haar bestaat, maar de praktijkdeskundigen formuleren wel een veranderende positie. Daarnaast wordt stilgestaan bij de positie verzorgende en verplegende, teamleiders, het management en bestuur en er wordt kort stil gestaan bij de positie van behandelaren, waarvan een belangrijk deel reeds besproken is onder de noemer medische dominantie (2.1.1). De verschillen in hoe uitgebreid er bij een rol wordt stil gestaan, volgen rechtstreeks uit de data.

De geformuleerde ideale rollen en machtsposities worden vergezeld door hiermee samenhangende uitspraken van de praktijkdeskundigen omtrent de huidige status van het ideaal en beïnvloedende factoren. Deze vormen een aanvulling op de eerder besproken invloeden in hoofdstuk 2.1. Omdat de in dit hoofdstuk terugkomende invloeden meer samenhangen met specifieke rollen van de betrokkenen heb ik besloten om deze hier te behandelen.

2.3.1 Rol van de cliënt

Binnen de interviews noemen de praktijkdeskundigen meerdere eigenschappen voor de idealiter beoogde positie van de cliënt. Hierin is een tweedeling te zien, waarbij de eerste zich hard maakt voor een organisatie van de vragen en wensen van de cliënt. De rol die hieruit volgt voor de cliënt is die van iemand die iets wil wat organiseerbaar is. De tweede richt zich op de cliënt, die leeft in een organisatie waarbij wordt gestreefd naar het kunnen leven zoals men ‘gewend’ was. Waarbij het de rol van de cliënt is om te benoemen welke elementen hierin voor hem of haar een (belangrijke) rol spelen. Een vraag die bij mij opkomt is of er met de focus op ‘hoe men het gewend was’ er voldoende aandacht is voor de ervaring dat het leven in een instelling fundamenteel anders is (of kan zijn).

Voor beide opvattingen worden de volgende aspecten als nastrevenswaardig benoemd. De praktijkdeskundigen zijn van mening dat er binnen de zorgrelatie meer aandacht moet zijn voor wie de cliënt als persoon is. Idealiter kent de cliënt zijn/haar hulpverlener (en andersom) en is er sprake van een gelijkwaardige relatie. Binnen deze relatie wordt onderzocht en afgestemd welke

zorg gewenst is en wat er mogelijk blijkt. De cliënt heeft (hiermee) de belangrijkste stem in de bepaling van de zorg die hij/zij krijgt en is daarnaast de belangrijkste bron in de waardering van de kwaliteit hiervan.

Vanuit de eerder behandelde thema's (2.1.1 tot en met 2.1.5) werd het volgende duidelijk: Door de dominantie van het medische denken staan professionele normen eerder centraal dan de betekenis of waarde die de cliënt aan die elementen in het leven geeft. De cliënt wordt weinig gehoord en gevraagd, maar eerder geïnformeerd, uitgelegd of overtuigt. Taakgerichtheid en planning zorgen ervoor dat het leven van de cliënt in hoge mate gedomineerd wordt door het ritme van de organisatie, de normen van de organisatie en professionals daarbinnen. Zoals de ervaringsdeskundigen aangeven wordt de cliënt nu niet vaak bij besprekingen, die over hem of haar gaan, betrokken, maar wordt iemand op zulke momenten voornamelijk geïnformeerd over de gemaakte plannen. Ook wordt men, vanuit medische hoek, snel op risico's gewezen van mogelijk ongezond gedrag. Daarnaast heeft de wijze van beleidsvoering en het gebruik van protocollen en handelingsvoorschriften tot gevolg dat de organisatie niet of moeizaam aansluit bij de variërende context van verschillende bewoners met (ook) veranderlijke levens en behoeftes.

Waar ligt de beslissing?

Eén van de praktijkdeskundigen benoemt drie mogelijke verhoudingen die uitdrukking geven aan de mogelijke verschillen in machtsposities van de cliënt binnen verzorg- en verpleeghuizen. *“Je hebt een paar gradaties. Of je leeft in een instelling, of de hulpverleners laten je leven in een instelling, of je wordt verpleegd in een instelling. In de instelling waar mensen leven, daar bepaalt de cliënt zelf wat hij of zij doet. Waar ze de mensen laten leven, daar bepaalt de hulpverlener meer de norm, dat is een ander machtsevenwicht. Ergens leven en daarbij geholpen worden geeft een ander soort gewicht, dan een organisatie waar mensen vragen, ik wil eigenlijk zus of zo leven mag dat? Daar ligt het zwaartepunt van de beslissingsbevoegdheid niet meer bij de klant maar bij hulpverleners, die willen dat vervolgens wel delen met de klant. Waar mensen verpleegd worden, daar ligt echt het zwaartepunt van de macht bij de hulpverleners. Daar ondergaan de klanten in principe een behandeling en zijn ze hun leven kwijt. En soms probeert men er nog wat leven achter aan te gooien, door diaprojectie te houden op donderdagavond, of door in het weekend om tien uur een advocaatje met slagroom te schenken. Leven, laten leven en geleefd worden, dat is zo een beetje het onderscheid en dat verschilt per locatie zeer, per organisatie.”*

Aangezien in een meer cliëntgerichte organisatie ook de rol van de bewoner verandert, merkt een praktijkdeskundige op, zal wellicht de cliënt getraind of ondersteund moeten worden in de mate waarin hij/zij instaat is om zijn wil te verwoorden. De bewoner is nu veelal getraind om mee te draaien in het plan van de organisatie. *“Het feit dat bewoners gehospitaliseerd zijn maakt ook dat het wel 5 jaar duurt, want die mensen krijg je ook niet meer zo makkelijk in eigen regie.”* Uit

het eerdere onderzoek wat ik deed binnen een verpleeghuis kwam dit ook sterk naar voren. Hierbij moet opgemerkt worden dat betwijfeld kan worden hoe representatief deze data zijn voor andere verzorg- en verpleeghuizen, dan degene waar de data verzameld werden. Ik citeer twee passages waaruit naar komt voren dat de cliënten afleren om in contact te staan met hun behoeftes en hun wil, wanneer ze nooit of zelden hierop worden bevraagd: *“Komen ze me vroeg uit bed halen of niet? Hebben ze weinig mensen, dan gaat het op z'n Jan-boeren-fluitjes en dan lig je te wachten. Het is misschien kinderachtig maar ik kan daar niet tegen. Dan hoor je voetstappen, komen ze? Nee, ze komen weer niet. Zuster! Ja, ik kom, even geduld mevrouw... Wat ik hier geleerd heb is om je mond maar te houden en af te wachten tot ze komen.”*. Of een respondent vertelt over Zwarte Piet, die was bij haar in bed gekropen en daar was een foto van gemaakt. *“cliënt: Het was een gekkigheid van die man, daar moet je tegen kunnen.. want ja zo is het. Interviewer: Want wilde hij iets anders dan u zelf wilde? C: Wat ik zelf wilde... ja dat is moeilijk, ik ben al jaren afgesloten van wat ik zelf wil. Al heel wat jaren ben ik hier. I: Dus u komt niet echt toe aan iets van een eigen wil? C: Nee, weetje wat het is? Daar zitten ze hier niet op te wachten. Ze hebben geen tijd en plek voor activiteiten, zeggen ze.”*

Van wie is de ruimte?

De positie van de cliënt wordt ook vormgegeven in de taal. De praktijkdeskundigen signaleren dat door te spreken over cliënten er al machtsverschillen en in- en uitsluitingsprincipes in werking treden. De machtswerking van taal zagen we bij de werking van het medisch jargon, maar is ook terug te zien in andere subtiele taalwerkingen zoals in het volgende fragment: *“Je ziet een verschil tussen verzorgings- en verpleeghuizen. In verzorgingshuizen hebben de meeste mensen een eigen kamer, of een heel appartement. En dan is het in de taal, het is verpleeghuistaal. Dus iemand komt bij ons wonen. Dus niet iemand verhuist naar zijn eigen appartement, en wij komen daar. En dat is heel hardnekkig, ik probeer daar altijd aandacht aan te besteden als ik ergens ben. ... dus dan hebben ze het over een opnamesprek of een cliënt krijgt een bloemetjes met ‘hartelijk welkom bij ons’ in plaats van ‘hartelijk welkom in uw nieuwe huis’ Dat zijn mechanismen die macht maken.”* Met de nadruk op het ons wordt de cliënt duidelijk gemaakt dat de nieuwe plek, waar de cliënt leeft, toebehoort aan de organisatie. De cliënt wordt verwelkomd, wordt hiermee in de rol van gast geplaatst. Een praktijkdeskundige merkt op: *“zodra verzorgenden of verplegenden voor de buurtzorg werken, ze het goede doen. De competenties hebben ze, de context is een zo andere. En daarin speelt ruimte denk ik een belangrijke rol, je hebt de ruimte om met een cliënt zelf afspraken te maken, je komt bij iemand thuis en de opdracht is om te doen wat je denkt dat nodig is. Waardoor je ontzettend gaat zitten luisteren en afstemmen.”* Dit laat zien dat de aan- of afwezigheid van (gevoelsmatig) eigenaarschap over de ruimte waar je leeft/bent, een sterk vormende invloed heeft op de zorgrelatie. Met name in verpleeghuizen lijkt regelmatig de afdeling, of zelfs de kamers eerder toe te behoren aan het personeel dan aan de cliënt(en).

2.3.2 Verzorgende en verplegende

Rol vanuit theorie

Wanneer we de situatie van veel cliënten in verzorg- en verpleeghuizen spiegelen aan de theorie van Habermas zien we dat de systeeminvloeden een belangrijke rol hebben in de organisatie van de zorg in veel verzorg- en verpleeghuizen. De organisatie van de zorg zet, vanuit systemen en dominante theoretische kaders, de leefwereld van de cliënt onderdruk. Vanuit Habermas opent zich de mogelijkheid tot bijsturing van deze invloeden, op basis van communicatieve leerprocessen, waar binnen een normatief kader tot stand komt. Cliëntgerichtheid kan hierbij worden gezien als een middel, wat de positie van de cliënt en de zeggenschap van de cliënt wil bevorderen, ten opzichte van de systeeminvloeden. Communicatieve leerprocessen waarin de cliënt een centrale positie heeft zouden hierbinnen invloed moeten hebben op de systeemwerking en de wenselijkheid van de wijze waarop deze de leefwereld van cliënt beïnvloeden. Oftewel de cliënt krijgt een stem in de wijze van organisatie van de zorg. Echter, gezien de cliënt op vele manieren in afhankelijkheidspositie verkeerd en in zekere zin ook geleerd heeft mee te werken aan de zorg zoals hij wordt geleverd, komt de interne nuancering niet uit zichzelf tot stand. Veel van de huidige cliënten heeft zodoende de organisatie, een structuur of mensen daarbinnen nodig, die hem/haar in positie brengen, om de belangen van zijn/haar leefwereld een stem te geven.

Rol van uit praktijkdeskundigen

De rolomschrijving van uit het denken van Habermas en de visie van de praktijkdeskundigen op de rol van verzorgende en verplegende vertoont veel overeenkomsten. Alle praktijkdeskundigen zien een belangrijke rol weggelegd voor de verplegende en de verzorgende als vertegenwoordiger van de belangen van de cliënt. *“Idealiter zou de verzorgende het hulpje zijn van de bewoners en niet van de doktoren, fysiotherapeuten of psychologen”*. Hiervoor beoogt men voor de verzorgende of verplegende een positie als expert op het gebied van de kenmerken van kwaliteit van leven voor de individuele cliënt.

De praktijkdeskundigen wijzen erop dat het binnen deze (nieuwe) rol van de professional belangrijker wordt om de cliënt echt goed te kennen, waarmee de kwaliteit van de relatie tussen verzorgende en cliënt een centrale positie krijgt in de zorg. In deze relatie tracht de professional de cliënt zoveel mogelijk de auteur te laten zijn van de zorghandelingen, binnen de kaders van wat mogelijk blijkt. De relatie wordt hierbij idealiter een doel in zichzelf, naast dat deze tot doel heeft input te genereren op basis waarvan de zorg richting krijgt.

Verschillende praktijkdeskundigen signaleren hiernaast dat de verzorgende zich meer zou moeten richten op het coördineren van de zorg, het onderzoeken hoe de wens van de cliënt organiseerbaar is. In deze opvatting worden zorgtaken enkel uitgevoerd, wanneer er geen alternatief is binnen het sociaal netwerk van de cliënt. Het doel is om het netwerk in toenemende mate te behouden en in te zetten om een bijdrage te leveren aan het leven van de cliënt. Daarbij geldt ook hier, dat de relatie tussen verzorgende en cliënt in toenemende mate van belang is.

Huidige positie

De huidige positie van verzorgende en verplegende kenmerkt zich veelal door een beperkte ruimte om een bijdrage te leveren aan het leven van de cliënt. De zorg dient in eerste instantie te passen in de planning, de mogelijke taken, de behandeling, en gezond leven en normaliteit, daarbinnen is er ruimte voor de cliënt. Van de verzorgende wordt in de (nieuwe) cliëntgerichte rol gevraagd om binnen, maar ook tegenover deze kaders, kennis te nemen van betekenis/belevingswereld van de cliënt en dit te vertegenwoordigen en hier aan bij te dragen. Ze moeten (leren om), ten opzichte van de aanwezige kaders, zelfstandig (of in samenspraak) beargumenteerd vorm te geven aan hun handelen.

De nieuwe rol vraagt van de verzorgende en verplegende om positie in te nemen. De praktijkdeskundigen merken op dat er veelal sprake is van een grote discrepantie tussen de huidige machtspositie van de verzorgende en verplegende in contrast met de gewenste nieuwe positie. De nieuwe positie van verzorgende en verplegende heeft tot gevolg dat er veel meer verantwoordelijkheid moet komen te liggen bij de verzorgende om de zorg vorm te kunnen geven vanuit de wensen van de cliënt. Wanneer de organisatie hierin niet de nodige ruimte maakt, is bij de medewerker de kans van slagen klein. *“Wanneer je een medewerker geen eigen regie geeft, maar dan wel vraagt om uit te voeren wat de cliënt wil, dan stel je hem/haar voor een onmogelijke opdracht”*. Deze ruimte moet worden gemaakt binnen de formele structuur van de organisatie maar ook binnen de meer informele machtsposities.

Uit alle interviews spreekt hierbij de noodzaak uit tot emancipatie van de verzorgende en verplegende, die er toe moet leiden dan men zich gelegitimeerd, welkom en in staat voelt de eigen expertise in te zetten. Daarnaast moet hiermee de nu vaak volgzame houding van de verzorgende en verplegende afnemen. Deze wordt nu veelal binnen de organisatie, zowel systemisch als in menselijke interactie, gemaakt of in stand gehouden. Zodoende vraagt een beweging naar cliëntgerichtheid volgens de praktijkdeskundigen erom dat de hele organisatie cliëntgericht gaat werken, of dat er minimaal draagvlak en ondersteuning is voor het proces. Hierbij kan worden opgemerkt dat wanneer men cliëntgericht gaat werken hier vanzelfsprekend op alle niveaus de gevolgen van merkbaar zullen zijn aangezien; men te maken krijgt met andersoortige vragen en er een andere omgang met vragen gewenst is.

Afstemming binnen het team

Wanneer de cliënt centraal komt te staan ontstaat er meer diversiteit op de afdeling in wat er gebeuren kan gebeuren. Eén van de praktijkdeskundigen merkt op dat de afstemming binnen teams hierdoor van groter belang wordt. Er is minder sprake van een standaard en vaker van interpersoonlijke afspraken. Zo moet men vaker uitvoeren wat af gesproken is tussen cliënt en een andere specifieke medewerker. Hierbij wordt gesignaleerd dat zowel de onderlinge afstemming als loyaliteit in toenemende mate van belang is. Men moet onderschrijven of aannemen dat de ander de juiste keuze gemaakt heeft, in wat de cliënt wilde.

2.3.3 Teamleiders

Nieuwe rol

In verzorg- en verpleeghuizen bestaan er verschillende benamingen voor de direct leidinggevende van verzorgende en verplegende. Ik zal, ten behoeve van de leesbaarheid, in dit hoofdstuk spreken over teamleiders, waar dit ook de rol van een locatiehoofd of afdelingshoofd kan betreffen (binnen citaten pas ik dit vanzelfsprekend niet aan). De ervaringsdeskundigen zijn veelal van mening dat de positie van de teamleider een cruciale positie is. Om de verzorgende en verplegende in staat te stellen om cliëntgericht te werken, moeten zij de randvoorwaarden scheppen op afdelingsniveau. De teamleider moet de ruimte bieden voor (de nieuwe manier van) cliëntgericht werken, ook wanneer deze ingaat tegen de bestaande structuur in de organisatie. Daarbij zien veel praktijkdeskundigen het als taak van de teamleider om een deel van de benodigde cultuurveranderingen in het team te bewerkstelligen. Er wordt opgemerkt dat ze een grote rol spelen in hoe de verandering in hun team wordt opgevat. *“Het is daarom van belang dat de teamleider gaat staan voor de nieuwe visie in plaats van te zeggen, we moeten weer wat nieuws.”* Daarnaast wordt opgemerkt dat het belangrijk is dat de teamleider helder communiceert over de nieuwe richting en bijbehorende verwachtingen en grenzen naar het personeel. De teamleider moet zowel inhoudelijk als in houding en gedrag de (nieuwe) richting van cliëntgerichtheid over weten te brengen. Daarnaast vormt cliëntgerichtheid in de nieuwe rol (voortaan) het oogmerk van waaruit men het gedrag van medewerkers beoordeeld en besproken wordt.

Coachen en leerklimaat

De praktijkdeskundigen merken op dat in een cliëntgerichte organisatie de rol van de teamleider meer coachend zal worden. Het zal per teamleider verschillen in hoeverre deze coachende rol om verandering vraagt. *“De teamleider zal zich ook moeten richten op het empoweren van medewerkers door hen te stimuleren om zelf, of gezamenlijk antwoorden te zoeken. Nu komt men al snel met oplossingen of advies wat een disciplinerende werking heeft. Dit verhindert dat verplegenden serieus worden genomen en aangesproken op hun professionele inzicht.”* Voor de teamleider is het de taak om bij te dragen en vorm te geven aan een teamcultuur waar een leerklimaat heerst. In dit leerklimaat moet er volgens praktijkdeskundigen ruimte zijn om fouten te maken of het ‘niet te weten’. Er wordt (door middel van reflectie en intervisie) geleerd van elkaars expertise en ervaringen. Het doel is om de werknemer zich in hogere mate te laten richten op de cliënt. Hiervoor is nodig dat teamleden een open volgzaam en onderzoekende houding ontwikkelen/innemen naar de cliënt. Hiertoe probeert de teamleider een cultuur te bevorderen die bijdraagt aan ontwikkeling van de zelfstandigheid en expertise van werknemers. In wezen probeert de leidinggevende de reflectieprocessen die door de praktijkdeskundigen zijn opgestart te continueren. Daarnaast wordt opgemerkt dat om de benodigde zelfstandigheid van de werknemers te bevorderen, de teamleiders of afdelingshoofden over het algemeen minder moeten (aan)sturen. Nu komt men al snel met oplossingen of advies wat een disciplinerende

werking heeft. Dit verhindert dat verplegende zich serieus genomen voelen en worden aangesproken op hun professionele inzicht.

Afdeling als primair doel

Om ruimte te maken voor zowel cliëntgerichte zorg als voor een leerklimaat, is het nodig dat de teamleiders voorschrijvende systeeminvloeden bij voorkeur weg zouden moeten houden uit het zorgproces. *“Wat ze daarin tegenkomen is het spanningsveld tussen het loslaten van mensen en hun ontwikkelen en de druk van boven af om te voldoen aan systeem eisen zoals ZZP-proof zijn.”*. Dit vereist een assertieve houding ten opzichte van andersoortig management. Praktijkdeskundigen merken hierbij op dat veel teamleiders een voorliefde hebben voor management-achtige taken, zoals werk- of beleidsgroepen. *“En het wordt ook dankbaar bij hem of haar neergelegd door anderen. Maar een goeie leidinggevende zegt:” daar heb ik niets mee te maken. Ik moet me met die medewerkers bemoeien”*. *In een organisatie waar dat het geval is veranderen veel sneller dingen, dan in een organisatie waar ze zeggen: “ morgen is er managementteam”, “de HKZ moet wel op orde”, en dat soort enge dingen meer”*. Het probleem wat zich hierbij lijkt voor te doen is dat de loyaliteit zich (vanzelfsprekender) richt naar boven in plaats van naar beneden. Voor de nieuwe rol is het noodzakelijk dat de aandacht grotendeels gericht wordt op het ondersteunen van het personeel en hun leerproces. Concreet gezien wordt van hen gevraagd om zich ook relatie- gericht op te stellen. Een praktijkdeskundige merkt op dat het veelal niet alleen aan gerichtheid ontbreekt maar dat de gewenste vaardigheden voor teamleiders niet vanzelfsprekend zijn. Hij typeert veel van hen als ex-verzorgende en ex-verplegende, die veel verstand hebben van de zorg, en niet zozeer van het ondersteunen van leerprocessen van hun medewerkers.

2.3.4 Management en bestuur

Belang van visie

De praktijkdeskundigen merken op dat het niveau van de managementlagen in het bestuur, een grote invloed heeft op het wel of niet tot stand komen van een cliëntgerichte organisatie. Het belang van het hebben van een duidelijke visie wordt in verschillende interviews genoemd. *“Zonder verhaal van waar men naar toe wil is het gedoemd om te mislukken. Het wordt stuurloos.”* Of *“Ik vind dat het management echt een goede visie moet hebben van waar het heen moet. Soms hebben mensen een gebrek aan verhaal waar ze naar toe willen, wat zij goede zorg vinden en ook gebrek aan een motto waar mensen zich tot kunnen verhouden, waar een handelingsrichting uitspreekt.”* De genoemde handelingsrichting vat ik op als het expliciet maken van een normatief ideaal waar het handelen aan kan worden gespiegeld. Een aantal praktijkdeskundigen werken hierbij met een eenduidig slogan zoals; *“Gewoon leven zoals u gewend bent”* of *“Bij ons kunt u leven zoals u dat prettig vindt”*. Hierbij wordt opgemerkt dat het taalgebruik niet te abstract moet zijn, verzorgende en verplegende haken hier snel op af.

Ook wordt er opgemerkt dat er in verzorg- en verpleeghuizen soms ook sprake is van teveel aan verhaal, een te ingewikkeld verhaal of te veel verhalen tegelijk. In veel verzorg- en verpleeghuizen kiest men niet zozeer voor een specifiek project of richting, maar probeert aan te haken bij een veelheid aan mogelijke ontwikkelingen en projecten die de markt van zorgadvies en ondersteuning produceert. De boodschap vanuit verschillende projecten die gelijktijdig worden ingevoerd, wordt dan al snel warrig en soms ook tegenstrijdig. Hierdoor is het voor medewerkers binnen de organisatie niet duidelijk wat men van hen verwacht en ontbreekt het aan focus om de beoogde (gedrags)verandering langdurig tot stand te brengen.

Verzorgende en verplegende verwachten zoals eerder weergegeven veelal van de organisatie dat er wordt voorgeschreven hoe men moet handelen. *“En als niet duidelijk gezegd wordt dat of dat, dan gaan ze hetgeen doen waarvan ze denken dat het van hen verwacht wordt. Namelijk iedereen om 22.00 uur 's avonds op bed en dat er achter alles een vinkje staat.”* Daarom is het van belang om expliciet te communiceren over wat de (nieuwe) verwachting is naar medewerkers. Om aan te zetten wat er verwacht wordt van medewerkers, geven praktijkdeskundigen aan dat organisaties liefst moet juichen bij ieder klein succesje. Door praktijkvoorbeelden te gebruiken worden de werknemers hiermee tevens bevestigd in het idee dat zij de norm mee kunnen bepalen. Verschillende praktijkdeskundigen raden organisaties hierbij aan voorbeelden van het gewenste (nieuwe) gedrag te delen en te verspreiden door de organisatie.

Voor leven

Een andere reden, die praktijkdeskundigen aandragen voor het van belang van een concrete visie, is dat hiermee de ontwikkeling gemakkelijk uit- en overgedragen kan worden naar de verschillende niveaus in de organisatie. Hierbij wordt opgemerkt dat het belangrijk is dat men gaat staan voor de nieuwe visie. Dit betekent niet alleen dan men dit veel moet blijven herhalen en expliciet bevestigen wat (al) voldoet, maar ook dat men zelf een cliëntgerichte houding tracht aan te nemen en hierop aanspreekbaar is. In die zin wordt ‘zenden’ minder wenselijk dan een dialogische onderzoekende houding die ook van de medewerkers naar de cliënt verwacht wordt. Er wordt opgemerkt dat *“als je zelf geen vraaggerichtheid uitstraalt als directie naar al jouw lagen toe dan werkt het niet”* of *“als de directeur alleen maar zendt, dan is het met oude patronen nieuwe vormen sturen, dus dan krijgt je uiteindelijk meer van het zelfde”*. Soms ontbreekt op het hogere niveau hierbij het besef dat de visie ook hier vraagt om ander gedrag, of blijkt men niet in staat te zijn om in de bestaande onderlinge dynamiek, zich anders te gedragen of gedrag bespreekbaar te maken. Enkele praktijkdeskundigen signaleren dat er binnen management en bestuurslagen regelmatig een taboe ligt op het ‘niet weten’. De norm is om ‘te weten wat je doet’ en ‘wat er gedaan moet worden’. Er wordt opgemerkt dat ook deze lagen van de organisatie meer zullen moeten luisteren naar het uitvoerende personeel en cliënten. Zodat ze op basis van de praktijkkennis van hen, de randvoorwaarden kunnen creëren die aansluiten bij

een cliëntgerichte organisatie. Waarbij opgemerkt kan worden dat een norm van ‘alwetendheid’ niet uitnodigt tot het stellen van vragen.

Toelichting op het belang van voor leven

Ik woonde enige tijd geleden een bijeenkomst bij, waarin het management van een zorgorganisatie haar personeel informeerde over de nieuwe cliëntgerichte (vraaggestuurde) werkwijze. Door middel van verschillende presentaties en praktijkvoorbeelden werd de medewerkers twee uur lang verteld wat vraaggerichtheid is en waarom dit een goede ontwikkeling was. Aan het eind was er ruimte voor vragen, maar het bleef stil. Men leek zich er niet van bewust te zijn, dat de voorgaande twee uur was dichtgetimmerd en voorgeschreven werd wat vraaggerichtheid was. Waarmee het beeld werd geschetst dat men al wist wat er moest gebeuren. Men vergat zichzelf vraaggericht op te stellen. Hierdoor haakte het publiek eerder af dan dat het idee ontstond dat men betrokken werd bij een ontwikkeling. Omdat dit wel gezegd werd maar vervolgens niet uit de houding en het gedrag bleek.

2.3.5 Behandelaren

Als het gaat over de rol van behandelaren wordt door praktijkdeskundigen ook hier de nadruk gelegd op een veranderende machtspositie. In plaats van de het aansturen van een gezondheidspraktijk, wordt er in de nieuwe rol samengewerkt met verplegende en verzorgende en de cliënt en andere betrokkenen, aan de kwaliteit van leven, zoals dit door de cliënt wordt gedefinieerd. Dit vraagt van behandelaren veelal dat ze meer ruimte geven aan verzorgende en verplegende binnen besprekingen. Ook betekent dit dat behandelaren in hun contact met de cliënt de wenselijkheid van behandelingen minder af laten hangen van professionele standaarden en meer van de cliënt. Een van de praktijkdeskundigen oppert om het aantal behandelaren, en daarmee de mate van een medische blik op kwaliteit van leven, terug te brengen.

Een van de praktijkdeskundigen merkt daarbij op, dat de beroepssfeer en de verantwoordelijkheid van de behandelaren in het geding kan komen binnen de nieuwe rol. *“Mensen vinden het moeilijk om voor kwaliteit van leven te kiezen wanneer ze het idee hebben dat het tegen hun professionele verantwoordelijkheid ingaat. Ze claimen soms een probleem door te zeggen:” het is ook mijn probleem, want ik ben er verantwoordelijk voor”. Men zit economisch met handen en voeten aan de klant vast; die hulpverleners moeten de klanten houden anders zijn ze hun werk kwijt. Aan die kant moet je veel aandacht hebben voor hulpverleners... De argumenten zijn vaak wel integer, dat maakt het zo lastig omdat mensen zich echt in hun beroepseer aangetast voelen. Ze hebben vaak het beste met de ander voor. Maar de vraag is wat het beste is en wie het beste definieert.”*

Vraag 2.4: Met wat voor soort interventies proberen de praktijkdeskundigen een bijdrage te leveren aan een meer cliëntgerichte organisatie van verzorg- en verpleeghuizen?

In het volgende deel worden de interventies van de praktijkdeskundigen besproken. Deze interventies spelen in op de eerder besproken ideale rollen en posities. De meeste interventies richten zich op verzorgende en verplegende. Gelijktijdig er is naar voren gekomen dat er in de rest van de organisatie ook ontwikkeling gewenst is. De mate waarin de praktijkdeskundigen hieraan vormgeven verschilt per individu. Omdat er veelal overeenkomsten bestaan in de methoden, die de praktijkdeskundigen gebruiken, bespreek ik deze niet per individu maar thematisch, tenzij er sprake is van een geheel eigen interventiewijze.

2.4.1 Algemene kenmerken van interventies

Contextualiteit

In zijn algemeenheid leggen de praktijkdeskundigen, die werken als externen wanneer zij spreken over ‘wat ze doen’, veel nadruk op de contextualiteit van hun interventies. Ze laten hun werkzaamheden in grote mate afhangen van de organisatie waar ze zijn. *“Je strategie moet je af laten hangen van de beginsituatie, van de organisatie waarvoor je voor gevraagd wordt. In de ene organisatie is dat de botte bijl en in de andere organisatie is het helemaal niks doen. Je kijkt hoe ver mensen zijn, wat ze willen of het bij hem/haar past of ze het echt willen.”* Dit betekent overigens niet dat ze zich zonder meer voegen naar wat hen gevraagd wordt. Het resulteert er veelal in dat ze termen proberen overeen te komen, waarbinnen de doelen van de organisatie kunnen worden gerealiseerd, op een wijze die aansluit bij de werkwijze van de deskundige en welke aansluit op de aangetroffen context. De hoge mate van afstemming op de context houdt daarnaast in dat er regelmatig overleg/uitwisseling nodig is tussen de opdrachtgever en de externe deskundige om te kunnen anticiperen op wat wordt aangetroffen. Binnen de interviews leidde de contextualiteit van de interventies van de praktijkdeskundigen er in sommige gevallen toe, dat de verwoording van de werkwijze weinig concreet werd.

Tijdelijke waarde van interventies

“Je kunt best aan de slag gaan met een verzorgend team maar de gelaagdheid van de gedragsverandering heeft dus effect op de stijl van leiding geven maar ook op alle ondersteunende processen en samenwerking. Dus dat betekent dat je niet zomaar met een team kan trainen als je niet weet dat er van uit de organisatie die transfer naar de dagelijkse praktijk goed begeleid wordt. Want dan verdwijnt wat je getraind hebt, verdwijnt ja binnen de kortste keren.”

Naast het inzicht dat een verandering richting cliëntgerichtheid vraagt om een grootschalige cultuurverandering wijst een groot deel van de praktijkdeskundigen op de geringe invloed die men hierin in heeft. *“Het moeilijke aan de positie van externe is dat je een passant bent en je probeert iets goeds tot stand te brengen. Maar het wordt pas echt iets goed, als het daarna ook gecontinueerd wordt.”* Om deze reden maken sommige praktijkdeskundigen van begin af aan duidelijk dat ze het niet alleen kunnen. De (mensen binnen de) organisatie zelf zullen de grootste invloed hebben op het succes en de duurzaamheid van het proces. Sommige praktijkdeskundigen kiezen er hierom voor om tijdens het traject gezamenlijk op te trekken met intern verantwoordelijken, zodat het proces kan worden overgedragen. De externe praktijkdeskundigen zijn, gezien de vaak krappe budgetten van de organisaties, veelal slecht in staat om een begin te maken met een verandertraject. Hierom richten ze zich er vaak op om vaardigheden over te brengen en bewustwordingsprocessen te starten, zodat men handvatten heeft om het traject vervolgens zelfstandig(er) voort te zetten. Ook wordt er nagegaan wat mogelijke vervolgstappen zijn voordat men de organisatie verlaat. De praktijkdeskundigen proberen betrokkenen veelal ook bewust te maken van de eigen rol in en verantwoordelijkheid vóór het proces. *“Dat zorgt ook nog wel eens voor verwarring als ik binnen kom, want dan denken ze daar is de expert, we gaan lekker in de consumeer stand”* terwijl er om actieve betrokkenheid gevraagd wordt.

Rol bewoner bij interventies

Hoewel er door een enkele praktijkdeskundige wordt nagedacht over het direct ondersteunen en betrekken van de bewoner bij het veranderingstraject kan gesignaleerd worden dat, ongeacht de uitkomsten van mogelijke discussies over de wenselijkheid hiervan, de cliënt binnen de interventies van de praktijkdeskundigen nu zelden direct betrokken is. In de meeste gevallen ligt de nadruk binnen interventies op de verplegende en de verzorgende.

De afwezigheid van de teamleider

Hoewel er in het voorgaande hoofdstuk (2.3.3) een belangrijke rol wordt toegedicht aan teamleiders in het faciliteren van een leerklimaat en het coachen van medewerkers komt er uit de interviews niet naar voren dat de praktijkdeskundigen specifieke interventies inzetten om de teamleiders hiervoor vaardigheden aan te leren. Dit terwijl een van praktijkdeskundige opmerkt dat de benodigde vaardigheden vaak nog ontbreken. (Ik herhaal: Hij typeert veel van hen als ex-verzorgende en ex-verplegende, die veel verstand hebben van de zorg, en niet zozeer van het ondersteunen van leerprocessen van hun medewerkers.) De afwezigheid van deze interventies binnen de interviews hoeft niet te betekenen dat deze in de praktijk niet uitgevoerd worden. Het wijst wel in de richting dat de ondersteuning van teamleiders, voor wie wel een aantal belangrijke (nieuwe) vaardigheden worden geformuleerd, niet direct in de aandacht liggen bij de praktijkdeskundigen. Naar voren komt wel, dat de sommige praktijkdeskundigen de teamleiders ondersteunen bij het denken over waar de verandering om vraagt .

2.4.2 Werken met verzorgende en verplegende

2.4.2.1 Focus op wat er al is

In verschillende interviews komt naar voren dat een deel van de gewenste houding, vaardigheden en gedrag al aanwezig is bij het personeel. De praktijkdeskundigen zien de verschillende professionals al dingen doen voor cliënten waar zorg en aandacht uitspreekt. Vaak bevindt dit gedrag zich in het onbewuste domein. Dit leidt er toe dat de kennis van de cliënt, die hierin naar voren komt en vaardigheden op het gebied van de zorgrelatie die hierbij ingezet worden, niet of nauwelijks worden uitgewisseld of bewust worden ingezet.

Verschillende praktijkdeskundigen kiezen er in eerste instantie zeer bewust voor om zich te richten op wat er al is, en op wat goed gaat. Dit heeft verschillende redenen. (1) Het maakt medewerkers bewust dat ze niet iets nieuws moeten doen en dat het oude fout was, zodoende ontstaat er zicht op aanknopingspunten binnen de praktijk. (2) Door te focussen op wat goed gaat en dit expliciet te benoemen als zijnde goed gedrag wordt daarnaast tevens impliciet een norm gesteld. Deze norm bevestigt mensen in de wenselijkheid van het maken van contact of het nadenken over hoe gedrag of een wens van de cliënt geïnterpreteerd kan worden, hiermee wordt gedrag dat een uiting is van cliëntgerichtheid tot norm gemaakt. (3) Tevens biedt het veiligheid voor de mensen wanneer hun vaardigheden en handelingen worden gewaardeerd. Veelal ontstaat hiermee ook de ruimte om te praten over wat minder goed gaat.

2.4.2.2 Aansluiten van vorm bij doel

Omdat emancipatie een van de belangrijkste doelen is, merken sommige praktijkdeskundigen op dat een traditionele training veelal geen wenselijk middel is. Het probleem hiervan is dat deze een structuur kennen waarin de deelnemers wordt verteld wat ze zouden moeten doen. Het speelt hiermee met name in op wat ontbreekt of anders moet. Dit geeft deelnemende verzorgende en verplegende het signaal dat ze onwetend zijn en 'het' (nog) niet kunnen. Daarnaast doet het voorschrijven van wenselijke vaardigheden een aanspraak op volgzzaamheid, men moet gaan doen wat hun geleerd wordt, terwijl men juist meer zelfsturing (ten behoeve van de cliënt) tracht te bewerkstelligen. Wil men het geloof in eigen kunnen vergroten bij de verzorgende en verplegende en gelijktijdig hen bewuster maken van hun expertise en deze verder ontwikkelen, dan is volgens de praktijkdeskundigen een andere insteek vereist. *“Het gaat altijd om het bevorderen van de deskundigheid van de verzorgende, die moeten iets leren, en volgens mij is dat totaal het antwoord niet. Vanuit het gegeven dat ze het kunnen als de context anders is. En als je het giet in de vorm van cursussen dan krijgen die verzorgende er eigenlijk een probleem bij. Als ze begrijpen dat het (contact met de cliënt) leuk is en goed. Gaan ze zich realiseren wat wij doen is bijna niets. Dus dan voldoen ze niet aan hun eigen normen en dat roept gemakkelijk frustratie op. Waardoor mensen afstompen en de zorg verlaten ook en dan gaan plotseling ook allemaal vaardigheden een rol spelen; bijvoorbeeld er komen cursussen over het in gesprek gaan met de cliënt over hoe hij/zij wil leven en dan moet je open vragen stellen. En dat blijken*

verzorgende dan heel niet te doen en dan wordt dat het cursusdoel en dan gaat het daar nog vijf keer over. Terwijl, open vragen stellen brengt die totale context helemaal niet verder. En verzorgende gaan roepen dat ze het niet kunnen en dat ze het nooit geleerd hebben. Verzorgende verliezen heel snel het gevoel grip te hebben op hun vaardigheden en werk. Dus je moet heel voorzichtig zijn met kritiek. Verzorgende doen... verzorgende laten het liefst geen zwakke kanten van zichzelf zien omdat... Er is ook een cultuur waarin ze erop afgerekend worden. Zelden een cultuur van kijken uit kwaliteiten en kwaliteiten benoemen en mensen doen groeien maar heel vaak is het glas half leeg. Dat gaat nog niet goed en dat gaat nog niet goed. Cursussen dragen daar min of meer aan bij en dan krijg je bijna, bijna altijd is de vraag aan mij: "Ik wil een cursus zorgleefplan en SMART formuleren van doelen op papier." Daar schiet een cliënt ook niet mee op. De verzorgende wordt er heel zenuwachtig van. Je krijgt standaard doelen.

2.4.2.3 Betrokkenheid op de cliënt

Meerdere praktijkdeskundigen merken op dat de verzorgende of verplegende van nature gericht zijn op de cliënt. *"Als je vaak aan verzorgende vraagt wat is voor jou urgent gaat het altijd over dat het goed is voor de cliënt, altijd.. Ze hebben het nooit over hun arbeidsvoorwaarde of ehh.. Zij willen echt het goede voor de cliënt."* Of *"De kloof tussen visie en praktijk is expliciet veel groter dan impliciet. Mensen hebben hart voor de zorg, ze gaan er niet voor het geld werken. Maar de vele formele eisen hebben zo een kleilaag opgeleverd dat het expliciet dus heel ver uit elkaar ligt."*

Hoewel er mijns inziens zeker sprake kan zijn een bepaalde natuurlijke gerichtheid wordt gelijktijdig op gedragsniveau, zoals in elke relatie, de betrokkenheid op de ander ook bepaald door de stemming, persoonlijke grenzen en voorkeuren, klik, gedeelde interesses etc. Een professional kan door middel van o.a. zelfzorg en bewustwording van persoonlijk grenzen zijn/haar eigen behoeften in contact in een bepaalde mate leren uitstellen. Het is echter van belang om in te zien dat de grote focus die het streven naar cliëntgerichtheid legt op betrokkenheid op de ander en de kwaliteit van relaties, beperkt wordt door de mate waarin het opgebracht kan worden. Ik baseer me hier op mijn eerder onderzoek onder verzorgende, waarbij het volgende citaat zichtbaar maakt dat er minimaal grenzen zijn aan de mate van betrokkenheid op cliënt. *"Meestal is er een reden voor maar soms heb je ook een baaldag, dat je er niet zo'n zin in hebt, tja. Je weet bij sommige mensen wat ze gaan vragen. We hebben een bewoner die is heel erg in de war en elke keer als ik langsliep roept hij mij. Soms loop je dan gewoon door en doe je of je doof bent. Omdat je weet wat hij gaat vragen, of je weet... De ene keer heb je daar alle geduld voor en soms heb je er gewoon even geen zin in. Dan denk ik ach hou op, het is net hoe je dag is."*(SSM,2010,34)

De betrokkenheid van de verzorgende en verplegende op de cliënt vormt een belangrijke drijfveer waar de praktijkdeskundigen gebruik van maken in hun interventies. *"Oog hebben voor*

de betrokkenheid die ze al hebben. Want die wordt heel vaak onderschat. Oké, mensen doen ook weleens dom maar dat neemt niet weg dat betrokkenheid de basis is waarom zij zorgen voor de mensen.” Deze betrokkenheid proberen de praktijkdeskundigen bewust te (her)activeren als middel ter engagement met het proces, maar ook als doel op zich. Immers deze betrokkenheid op de cliënt vormt de mogelijkhedenvoorwaarde om de blijvende motivatie op te brengen om af te stemmen op de ander en op te komen voor zijn/haar belangen.

2.4.2.4 Elkaar kennen

Gezien het belang van deze betrokkenheid zetten een aantal praktijkdeskundigen in hun interventies in op de relatie tussen de verzorgende/verplegende en de cliënt. Hiermee krijgt het elkaar kennen naast een inhoudelijk betekenis, in weten wat belangrijk is, ook een affectieve kant. In de affectieve verhouding ligt een grote motiverende kracht, waarin mensen iets willen met elkaar. De betrokkenheid vergroot de zin om rekening te houden met elkaar en maakt het vanzelfsprekender om op elkaar af te stemmen. Het soort interventies die hierbij horen is de organisatie van momenten, bijeenkomsten waarin wordt ingezet op het leren kennen van elkaar en het ontdekken van raakvlakken en gedeelde interesses.

Daarnaast wordt opgemerkt dat organisaties de mate van contact en vertrouwen tussen mensen bevorderen door te werken met kleinere teams, gekoppeld aan cliënten (in plaats van aan handelingen). Persoonlijke voorkeuren voor en tussen mensen zouden hierbij ook bewust ingezet kunnen worden, waar deze nu nog vaak impliciet een rol spelen en de norm is dat de verzorgende geen voorkeur heeft voor bepaalde cliënten.

Eén van de praktijkdeskundigen gebruikt in deze thematiek regelmatig de uitspraak *“Je moet de cliënt een smoel geven”*. Dit doet denken aan de morele theorie van Emanuel Levinas (1902-1995) Frans filosoof van Litouwse afkomst, die optekent dat het weerloze afhankelijke gezicht van de ander ons oproept tot verantwoordelijkheid. De blik van de ander zou vanuit dit denken oproepen tot verantwoordelijkheid (Levinas,1978,51). Niet voor niets kijken de meeste mensen weg wanneer ze liegen. Of kunnen we een bekende niet meer negeren wanneer ons blikken elkaar dan toch treffen. Daar waar we mee in contact staan of contact mee maken voelen we ons (in meerdere mate) verantwoordelijk voor. Dit wijst ook op een verschil in uitkomst tussen praten/beslissen *over* cliënten of *met* cliënten.

Een van de praktijk deskundige gaf een mooi praktijkvoorbeeld van hoe men op andere wijze probeert om de afstand tussen cliënt en verzorgende te verkleinen. *“We hebben ontdekt dat wanneer er in de u-vorm wordt gerapporteerd dat, dat veel meer leidt tot activiteit bij de ander. Als ik over jou schrijf 'meneer zit graag in de zon', of 'je/u zit graag in de zon', zul je je makkelijker identificeren dan met dat meneer of de heer. Heel afstandelijk is dat. Je wordt geobjectiveerd en zelfs al zet je je handtekening eronder, is het uh... tja, over wie gaat het eigenlijk? Terwijl als er staat 'u zit graag in de zon', u kunt zich moeilijk verplaatsen, dus op uw*

verzoek helpen we u', dan staat ook in de taal de ander centraal. En dan ziet iemand ook dat hij/zij gezien is."

2.4.2.5 Reflectie, delen, bewust worden

Voor een deel van de praktijkdeskundigen ligt in hun werk de nadruk op het bevorderen van de vaardigheden van het verzorgende en verplegende om vorm te kunnen geven aan hun nieuwe rol. Zoals eerder opgemerkt wordt hierbij vaak in eerste instantie ingestoken op wat er al is en wat goed gaat. Eén van de redenen hiervoor is het bewerkstelligen van veiligheid wat door vrijwel alle externen wordt opgemerkt als belangrijk element in hun bijeenkomsten. Ook is zoals gezegd de betrokkenheid van de verzorgende /verplegende op de cliënt vaak een belangrijk uitgangspunt en doel hierbinnen. Getracht wordt om momenten van zorgzaamheid, aandacht gezamenlijk te expliciteren en onderzoeken. Door de uitwisseling op gang te brengen over de omgang met specifieke cliënten in specifieke situaties wordt het eigen handelen en de consequenties hiervan bewuster gemaakt. Er ontstaat zodoende een grotere gevoeligheid voor cliëntgerichte elementen. Hierbij is de uitwisseling over wat men doet ook een doel, zodat men leert van elkaars inzichten.

Een van de praktijkdeskundigen merkt hierbij op dat de taal waarin de kennis van de verzorgende en verplegende naar voor voren komt in eerste instantie soms nogal ongenueanceerde uitingen zijn. *"En met laag opgeleide, die kunnen dat ook zeker (reflecteren) maar doen dat op een heel andere manier. En hebben daar ook wel ondersteuning bij nodig. Je herkent het soms niet direct als reflectie om dat het zo puur is in de uitspraak. Dus het is soms wat minder genuanceerd en moet je door middel van doorvragen proberen tot de kern te komen van wat het is. Soms werkt het dan ook niet zo goed om te vragen, maar werkt het beter om te werken met beelden of een concrete praktijk situatie, en dan door middel van samenvatten, er dan achter te komen wat het betekent. Het overstijgende denken en daar woorden aangeven dat vindt op een andere manier plaats. Dat probeer ik te faciliteren en te waarderen want dat vind ik soms ook echt ontbreken, waardoor mensen zich ook minder er toe uitgenodigd voelen. Door middel van doorvragen blijkt dat hier veelal wel praktijkinzichten achter liggen."* Bij sommige praktijkdeskundigen ligt er in de werkvormen naast reflectie op het zorgproces, ook nadruk op bewustwording van de eigen gevormdheid en aannames en het aan leren van (open)communicatie vaardigheden. Inzet hierop heeft tot doel een meer open onderzoekende houding ten op zichte van de cliënt aan te leren. In sommige interventies wordt daarbij ook ingezet om de verzorgende en verplegende gedeeltelijk verantwoordelijk te maken voor de verandering, onder andere door het wijzen op de belangrijke rol die ze hebben en te laten zien wat de gevolgen zijn van hun eigen gedrag. Daarnaast wordt een onderzoekende (nieuwe) houding geactiveerd. *"Er was een vrouw die wilde graag elke ochtend een warme douche, dan reageren mensen: 'dat doen we hier niet, dat kan niet'. Maar wat bleek nou bij doorvragen die vrouw had het koud 's ochtends en nu krijgt ze een extra dekentje. Als je hier een paar voorbeelden van geeft, dan hebben de verzorgende vaak zoveel*

praktisch inzicht, en als zij het mogen uitvoeren en als ze er voor beloond worden dan gaat het balletje rollen.”

2.4.2.6 Weerstand

De praktijkdeskundigen komen regelmatig tegen dat er sprake is van verandermoedigheid of weerstand onder verpleegkundige en verzorgende. Een project of een organisatieverandering is veelal 'het volgende' verandertraject. Regelmatig komt men de verwachting tegen dat er uiteindelijk weer niets veranderd. Vaak verwijzen ze naar het belang wat verzorgende en verplegende hechten aan de zorg voor de bewoner. Een bijeenkomst zit in de weg omdat deze hen weerhoudt van hun belangrijkere taak, het zorgen voor. Gelijktijdig wijst de weerstand of verandermoedigheid op de gebrekkige duurzaamheid van of afwezigheid van resultaten in eerdere projecten. Een praktijkdeskundige merkt op dat de initiatoren van het proces zich ervan bewust zijn dat *“wanneer je mensen enorm motiveert met bijvoorbeeld een trainingstraject en daarna zien ze het verdwijnen, dan geeft het een machteloos gevoel. En dat is ook wel wat je vaak hoort, dat mensen daar al verschillende ervaringen mee hebben.”* Hiermee wordt gewezen op de verantwoordelijkheid van de organisatie om er voor te zorgen dat er (1) expliciet tijd en ruimte is voor nieuwe gedrag, (2) dit gewaardeerd wordt/blijft worden, en (3) dat de gevolgen of uitkomsten van het nieuwe gedrag de organisatie kunnen aanpassen. Gebeurt dit niet, dan is de kans van slagen minimaal en draagt het traject bij aan machteloosheid, die het probeert op te heffen.

2.4.3 Behandelaren

De praktijkdeskundigen die binnen hun interventies werken met behandelaren zetten er veelal op in om de keuzes die behandelaren maken te problematiseren. Waar vanuit professionele medische normen veelal een bepaald handelen vanzelfsprekend wordt geacht, wordt dit vaak minder vanzelfsprekend wanneer men meer inzoomt op het cliëntenperspectief. De praktijkdeskundigen zetten hierbij vaak het cliëntenperspectief vrij sterk neer. Door het verschil tussen kwaliteit van leven en gezond leven zichtbaar te maken, wordt de behandelaren een spiegel voorgehouden. Hierdoor wordt hun handelen geproblematiseerd en worden de nu impliciete keuzes tot expliciet gemaakt. Binnen deze setting wordt opgemerkt dat wanneer de behandelaren hun baan gegarandeerd wordt, er veelal sprake is van meer veiligheid, en ook meer ruimte in het denken.

Eén van de praktijkdeskundigen zet zoals gezegd in op het overtuigen van organisaties om de noodzaak van het aantal behandelaren terug te brengen. *“In principe zouden zij helemaal weg moeten en als ze nodig zijn worden ze ingeroepen. En dan zul je zien dat je tien keer zo weinig nodig hebt en dat klanten er ook niet om vragen. En dat het ook niet meer nodig is. Waarom zou je nog een diëtist hebben als mensen goed eten? En waarom zou je nog een fysiotherapeut hebben als mensen aan sport en spel doen?”* Dit komt voort uit de overtuiging dat er een grotere focus moet komen op 'wonen' ten opzichte van behandeling. *“Als je gaat wonen krijg je een heel ander ritme. Je krijgt heel andere patronen dan wanneer je mensen verpleegt en behandelt. Dat idee probeer ik in het gemiddelde traditionele verpleeghuis te slijten, waarvan de gemiddelde bestuurder weet, ja eigenlijk moet het zo. Maar die zit met een enorm probleem. Hoe ontsla ik in godsnaam fysiotherapeuten, dokters, logopedisten? Want die club is buitengewoon goed georganiseerd. Daar zitten de verworven rechten, dat is de gevestigde orde, daar zit de intellectuele elite van het verpleeghuis. Die in de tijd van de baas hun verzet kunnen organiseren middels vergaderingen en werkgroepen. Dus dit is een bliksems probleem, waar we zo één, twee, drie niet van af zijn. Maar als je mensen lekker wil laten wonen moet dat wel. Ik ben bezig met die hopeloze missie.”*

2.4.4 Omgang met management en bestuur

De praktijkdeskundigen komen in hun werk binnen verzorg- en verpleeghuizen tegen dat managementlagen geen reëel beeld hebben van de betekenis van cliëntgericht werken voor hun organisatie. De externe praktijkdeskundigen proberen bij voorbaat de organisatie bewust te maken van de ingrijpende gevolgen van cliëntgericht werken. Daarbij zijn de verwachtingen die hun opdrachtgevers hebben van hun interventies vrij groot, terwijl de budgettaire mogelijkheden om iets te doen vaak klein zijn. Een aantal deskundigen probeert deze verwachtingen al snel te temperen.

Soms is er ook sprake van een onvoldoende mate van betrokkenheid bij de bovenlaag van de organisatie voor cliëntgericht werken. Dit leidt er toe dat praktijkdeskundigen besluiten opdrachten af te slaan. Soms resulteert dit er in dat men gedurende een traject tot de conclusie komt dat bepaalde sleutelspelers niet op een andere manier kunnen of willen organiseren en zodoende teniet doen wat de deskundigen proberen te bewerkstelligen. Binnen verschillende interviews kwam naar voren dat trajecten van de praktijkdeskundigen mislukken door de vasthoudendheid van managers of bestuurders aan gebruikelijke vormen. Men lijkt soms moeilijk te kunnen ontsnappen aan de neiging om zaken vast te leggen en te controleren, voor te schrijven en te sturen. *“Mensen zitten op hun positie en richten zich op korte termijn scores en proberen zichzelf in te dekken, angst, angst, angst. Als ik maar kan aantonen dat.... Maar ze beseffen niet dat communiceren en openstaan voor de ander... Ze hebben helemaal geen besef wat voor consequenties dat heeft. Het is geen onwil maar onbenul.”* Dit heeft volgens de praktijkdeskundigen nog regelmatig tot gevolg dat de kwetsbare emancipatieprocessen of tot stand gekomen zelfstandigheid bij het uitvoerend personeel teniet wordt gedaan. De emancipatie van de medewerker is in die zin ook afhankelijk van de mate waarin management en bestuur in staat zijn minder aanspraak te doen op hun machtspositie.

Een aantal praktijkdeskundigen probeert de vasthoudendheid van het management te doorbreken door hen een spiegel voor te houden. Ze signaleren regelmatig dat men zeer vaststaande beelden heeft. Deze zorgen ervoor dat men stopt met nadenken. *“Kunnen mensen zo laat opstaan als ze willen? (reactie manager:) Nou dat kan echt niet, dat is niet te organiseren. En daarmee is dan het doel ook meteen weg, het kan niet. Terwijl het op andere plekken wel georganiseerd wordt. Je moet roosters veranderen, andere werktijden, men werk al jaren op maandag en donderdag, en plotseling moeten ze elke dag alleen in de ochtend komen, dat is heel ingrijpend.”* Door dit soort aannames te bevragen en te laten zien dat het ook anders kan proberen praktijkdeskundigen meer ruimte te krijgen in het denken van het management. Daarbij vertellen praktijkdeskundigen dat ze hoger in de organisatie veelal werken met concretere oefeningen om betrokken te laten nadenken over de betekenis en gevolgen van cliëntgerichtheid. De externe deskundigen houden mensen in deze lagen van de organisatie dan een spiegel voor of vragen hen om door middel van oefeningen te laten denken vanuit een cliëntenperspectief: *“Als je vader of moeder hier morgen zou worden opgenomen wat moet er dan veranderen?”*.

Voor de ondersteuning van management valt, even als voor de teamleiders, op te merken dat er door de praktijkdeskundigen niet gesproken wordt over het overbrengen van vaardigheden. Ook hier geldt dat het niet duidelijk is of dat er niet over gesproken is ook betekent dat het in de praktijk niet plaats vindt. Mogelijk heeft het er ook mee te maken dat het in een positionele organisatie gebruikelijk is dat de bovenlaag, 'het hoofd', de plannen maakt en werknemers, 'de handen', deze uitvoeren. Hier blijft de bovenlaag dus buitschot als het om de uitvoering van plannen gaat. Slaagt het plan krijgen zij de credit, mislukt het dan is het niet goed uitgevoerd.

Het kan zo zijn dat men gewend is aan deze onkwetsbare positie en dat deze onkwetsbaarheid de norm is. De vraag is of er door management en bestuurders (tevens veelal de opdrachtgevers van de praktijkdeskundigen) voldoende kritisch naar de eigen rol en vaardigheden gekeken wordt.

2.4.5 Ontroesten van de organisatie

Een van de praktijkdeskundigen heeft een aanpak ontwikkelt die zich in grote mate inzet op het ontroesten van de bestaande cultuur. Dit begint door een complete afdeling te benoemen tot leerafdeling. Dit betekent dat op deze afdeling alle functies één tot twee jaar worden ingevuld door leerlingen. Het aanwezige personeel wordt in deze tijd bijgeschoold, werkt aan persoonlijke ontwikkeling, heeft een strikt coachende rol en/of werkt (deels) op een andere afdeling.

Doordat de verschillende personeelsleden een tijd lang meer afstand hebben van het werk en voornamelijk toekijken ontstaat een langdurige reflectie op het eigen handelen. Omdat de leerlingen de bewoners nog niet kennen en nog weinig routines hebben zijn ze meer geneigd om af te stemmen op de cliënten en vragen te stellen aan de cliënten. De cliënten worden betrokken bij het proces en actief uitgenodigd om de leerlingen te leren voor hen te zorgen. Hiermee hebben ze de mogelijkheid om iets terug te doen en kunnen ze van betekenis zijn voor de ander. *“Omdat iedereen aan het leren is, is er een permanent leerklimaat. Dus je staat niet naast een ervaren verzorgende met 20 jaar ervaring die alles beter weet dan jij, waardoor je je alleen maar kleiner en kleiner voelt. Maar je staat naast een hbo-leerling die het ook nog maar net kan. Dus het is samen leren en het voortdurend met leren bezig zijn.”*

De praktijkdeskundige merkt op dat het tempo van de leerlingen vaak wat lager ligt maar ook beter aansluit bij het tempo van de cliënt en dat de zorg hoger gewaardeerd wordt. Het effect na de afsluiting van het project is volgens de praktijkdeskundige dat *“de afdeling nooit meer hetzelfde is als daarvoor. Mensen hebben een jaar lang gecoacht en op een andere manier naar hun eigen vak gekeken en moeten de leerlingen vertellen hoe het moet. Vooral met de handen op de rug, kijken hoe het gaat en daarop reflecteren. Dat is een vaardigheid die je gedurende een jaar ontwikkelt, die je vasthoudt na dat het leerteam vertrokken is. En dat maakt dat zo'n afdeling daarna beter functioneert, meer samenhang heeft, maar ook veel meer leert van situaties die ze tegenkomen, minder verondersteld, minder poneert, meer beweegt met de cliënt.”*

Zo biedt deze vorm inzicht in hoe een leercultuur tot stand kan komen waarbinnen meer openheid ontstaat naar de cliënt. Uit de gehanteerde vorm komt daarnaast naar voren dat het bij het losmaken van een vaste cultuur het wellicht kan helpen om de betrokken medewerkers (tijdelijk) weg te halen uit hun (vertrouwde) omgeving en rol. De mogelijke keerzijde hiervan kan zijn dat ook verdwijnt wat goed was: er worden bijvoorbeeld bestaande (door de cliënt gewaardeerde) vertrouwen relaties doorbroken.

2.4.6 Zorgleefplannen

Ondersteunen (nieuwe) denkrichting

Van de praktijkdeskundigen die ik heb geïnterviewd had de helft ervaring met het ondersteunen van organisaties richting cliëntgerichtheid op basis van het Zorgleefplan van Actiz een organisatie van zorgondernemers. *“Het Zorgleefplan is een instrument waarmee medewerkers verantwoorde zorg in de dagelijkse praktijk kunnen verankeren, in samenspraak met cliënt en mantelzorgers... Het model leidt de gebruiker langs onderwerpen die aan de orde moeten komen zijn om kwaliteit van leven bespreekbaar te maken en daarbij voldoende aandacht te besteden aan gezondheidsrisico's”*(Actiz 2006, 4).

Aan de hand van een uitgebreide vragenlijst die zich uit splitst over de 4 domeinen; woon- en leefomstandigheden, participatie, mentaal welbevinden en autonomie en lichamelijk welbevinden en gezondheid, wordt een beeld gevormd van wat voor cliënt van betekenis is. Verschillende praktijkdeskundigen werken regelmatig voor Actiz om de ontwikkelde methode in organisaties te zetten. Ze zien het zorgleefplan veelal als een behulpzaam middel omdat het de organisatie wijst op een andere manier van denken. *“Ze denken dat ze een nieuw dossier invoeren. Ik breng het in de organisatie en kijk hoe men er op reageert. dat koppel ik terug naar het management en vervolgens moet er een lijn ontstaan, dat ze het zelf terugkoppelen . Want het moet niet allemaal via de adviseurs gaan. Dan ga ik met management in overleg en vraag hun in hoeverre het bij hen bekend is. Hoe doen jullie dat in de lijn hoe communiceren jullie. En dan stimuleer ik het management om de communicatie open te zetten.”* Of *“Het midden kader en opleiding moeten dan allemaal nog de vertaling maken van wat is dat dan eigenlijk? En het zorgleefplan is daarin een hulpmiddel waarbij je echt op de hamvragen komt, van wat is voor u nou belangrijk in uw leven, hoe wilt u uw leven voort zetten?, en wat is op dit moment belangrijk daarin? en zo wordt er nooit gekeken. Nou ja even heel kort door de bocht want, nooit bewust gekeken, het zit niet in het systeem om zo te kijken”*.

Het is een instrument geen doel

De praktijkdeskundigen zetten er primair op in om cliëntgerichtheid te bevorderen, dit doen ze onder de noemer van het Zorgleefplan maar ze geven aan dat dit voor hen niet meer dan een hulpmiddel, terwijl men in organisaties het als snel als doel beschouwd. Tijdens mijn bezoek aan een instelling merkte een directrice trots op: *“We hebben hier de officiële Zorgleefplannen die ook door Actiz zijn goedgekeurd zeg maar, die zijn we aan het invoeren.”* Hieruit spreekt naar mijn idee, dat de goedkeuring van Actiz rede is om Zorgleefplannen in te voeren. Het is goed om te doen omdat Actiz het zegt. De praktijkdeskundigen merken op dat de wijze waarop er met de plannen wordt omgegaan bepaald is voor het succes.

Ook in de omgang met het Zorgleefplan komen de praktijkdeskundigen regelmatig de verwachting tegen dat wanneer men de zorgleefplannen heeft ingevuld er sprake is van cliëntgerichte zorg. Het lijkt er op dat men in verzorghiuzen de verwachting heeft dat het een

middel is wat geïmplementeerd moet worden. Dit ziet er dan ongeveer zo uit: men roostert tijd in voor medewerkers om de vragenlijsten door te nemen, deze worden ingevuld, zo weten we wat de wensen zijn, en kunnen we een planning maken om deze uit te voeren, dan hebben we cliëntgerichte zorg, goedgekeurd door Actiz.

Opvallend is dat het Zorgleefplan al snel als middel wordt ingezet om de zorg te organiseren, in plaats van een middel wat een blijvende gerichtheid op de cliënt als doel heeft. *“Mensen zien al snel het zorgleefplan als een start van het zorgproces maar voor mij is het een resultaat van een zorgproces en van een heleboel gesprekken. Dus je moet voortdurend vertellen dat zo'n zorgleefplan het resultaat moet zijn en niet een reden om in gesprek te gaan met de cliënt.”* De praktijkdeskundige merken op dat het Zorgleefplan op zichzelf niet genoeg is om tot verandering te komen. *“Het echte afstemmen op de cliënt door middel van open vragen stellen en het terughoudend zijn met het inbrengen van je eigen normen, dat leer je niet in het werken met het zorgleefplan.”* Wel wordt opgemerkt dat het zorgleefplan ruimte maakt voor dit gesprek doordat het zegt dit is werk (het leren kennen van de cliënt en wat voor hem haar betekenisvol is). Problematisch bij de inzet van een dergelijk middel kan mijns inziens ook zijn dat het afstemming formeel afdekt. Dit kan er toe leiden dat omdat afstemming met de invoering van Zorgleefplannen plaats vindt in de Zorgleefplanbespreking, dat wordt daarmee de plek hiervoor waarmee het niet in het reguliere zorgproces hoeft ingebed te worden.

Vragen richten

Wat opvalt bij verder bestudering van de in het zorgleefplan gehanteerde vragenlijst is dat in de vraagstelling de nadruk ligt op het inventariseren van de nodige/gewenste zorg of materiële ondersteuning. Bijvoorbeeld; *“Wat vindt u belangrijk voor het beleven van uw religie/levensovertuiging?”* of *“Wat hebt u nodig aan kussen, extra steuntjes, beugel, handvat, papegaai om u aan op te trekken?”* Het gaat hierbij veel in op specifieke voorkeuren voor dingen of activiteiten. Daarnaast zijn meerdere vragen gericht op een beeld vormen van de cliënt, Bijvoorbeeld; *“Bent u een gezelschapsmens? Houdt u ook van rustig op uzelf zijn?”* of *“Heeft u vanuit uw cultuur of uw religie een bepaalde kijk op uw leven, en op deze levensfase?”* Het aantal procesgerichte vragen in de vragenlijst is klein of wel richt zich veelal op materiële aspecten. Bijvoorbeeld; *bij incontinentie: hoe vindt u dat het gaat met verschonen (vaak genoeg)? Wat vindt u van het materiaal? > Denk ook aan: stoma, katheter, verzorging overdag/s nachts, irritatie, pijn bij de verzorging daarvan?”*) De inter-persoonlijke dimensie is hierin in de vragen weinig aanwezig terwijl de manier waarop zorghandelingen worden uitgevoerd van sterke invloed kan zijn op de ervaring van kwaliteit.

Globaler bezien rijst de vraag op welke van (al) deze vragen in het model een rol spelen in de alledaagse beleving van de cliënt? Het ontbreekt aan weging ofwel aan ruimte voor de cliënt om sturing te geven aan de categorieën die een rol spelen binnen zijn/haar ervaring. Hierdoor ontstaat het risico dat op basis van de informatie die verzameld wordt het zorgproces wordt

afgestemd op voorkeuren terwijl het over belang van de verschillende voorkeuren voor de cliënt weinig bekend is..

Een praktijkdeskundige merkt op dat ze bij de invoering van het Zorgleefplan expliciet stil staat bij wijze waarop het Zorgleefplan de vragen van de cliënt kan sturen en waar het aan ontbreekt. Ze merkt op dat vaak verzorgende ook met dit soort vragen komen. De verzorgende volgens deze deskundige merken vaak op dat het middel erg statisch is. De officiële richtlijn is om twee keer per jaar het plan door te nemen met een cliënt, terwijl wat iemand wil per dag kan verschillen. De praktijkdeskundige wijst op het belang om de grenzen, werking en beperkingen van het Zorgleefplan bespreekbaar te maken vanuit het oogpunt cliëntgerichtheid.

2.4.7 Tegenpositie en discrepanties

Gewoon beginnen

Vanuit uit de voorgaande bespreking volgt een vrij gedetailleerd beeld van waar een gerichtheid op de cliënt om vraagt bij de functionarissen in de organisatie en bij de organisatie van de organisatie. In de omgang met deze ideaalbeelden betwijfelen een aantal praktijkdeskundigen de zin van een gedetailleerde stapsgewijze planning. Ze signaleren dat veel verzorg- en verpleeghuizen veel te lang blijven hangen in het plannen van de organisatieveranderingen, ze willen de verandering beheersen. *“Dit soort veranderprocessen die kun je ook niet helemaal project matig aanvliegen.”* Of *“Op zich is het goed wanneer het in redelijke chaos tot stand mag komen.”* Een minder voorgestructureerde vorm lijkt aan te sluiten bij het streven naar een normaler, alledaags leven. *“Ik het voor mezelf als taak om er voor te zorgen dat het gewone alledaagse leven plaats vindt, en op een gewone manier betekent dat het niet op rolletjes loopt. wat het gewone leven loopt niet op rolletjes. Dus ook hier laten we het dus ook maar een beetje gebeuren. Dat geeft ook af en toe gedoe, dat hoort bij het leven.”*

Omdat de precieze gevolgen voor de organisatie veelal nauwelijks te voorzien zijn, zorgt een uitgestippeld pad naar het ideaal volgens de praktijkdeskundigen niet vanzelfsprekend voor meer resultaat. Zinvoller is het volgens deze praktijkdeskundigen om gewoon te beginnen met een duidelijk hoofddoel, cliëntgerichtheid. Of een vertaling hiervan, zoals “Leven zoals u gewend was”. Men begint dan te luisteren naar de cliënt en onderzoekt gaande weg hoe de organisatie aangepast moet worden om beter vorm te geven aan cliëntgerichtheid. Vereiste hierbinnen is dat de zoektocht leidend is ten opzichte van de bestaande structuur en deze steeds opnieuw aangepast kan worden. Binnen deze vorm ligt de nadruk van meet af aan bij de cliënt, in plaats van op de organiseerbaarheid van cliëntgerichtheid. Hiermee zet het de kaders van de organisatie permanent ter discussie dit lijkt van belang omdat cliëntgerichtheid vraagt om een blijvend veranderende organisatie gezien deze zich richt op een veranderende cliënt. Wanneer men met een gedetailleerd stappenplan werkt bestaat het risico dat het plan belangrijker wordt dan het

doel. *“Je komt dingen tegen die je niet gepland hebt, informele leiders die niet mee willen, of dat men vooral de privésituatie voorrang geeft ten opzichte van de cliënt, leidinggevend die niet geaccepteerd worden et cetera. Ik zoek daar ook wel bewust naar. Omdat ik er van overtuigd ben dat als ik een training maak die van voor tot eind dichtgetimmerd zit. Dan weet ik dat iedereen achteraf tevreden is dat er precies... maar uiteindelijk veranderd er niets.”*

Het labyrint

De voorgestelde vorm van permanent zoeken vertoont veel gelijkenis met het pleidooi wat Rene ten Bos houdt in “Spookrijder, een reflectie over de onschuld van desorganisatie.” Een belangrijke metafoer die hij hierin gebruikt is die van het labyrint. Het labyrint staat symbool voor de complexe meervoudige werkelijkheid waarin het leven zich afspeelt. *“En wat heeft dit labyrint te maken met organisatie en management? Alles. We vinden dat we een weg nodig hebben om door een labyrintische wereld te gaan. We moeten ons wapenen tegen de monsters, de wolven en stieren die zich in dat labyrint schuilhouden. Onze wapens zijn wegebouw en organisatie. Maar we bouwen zoveel wegen en we organiseren zo intensief dat we misschien alleen maar nieuwe labyrinten creëren. Steeds maar weer. Steeds maar weer is er die organisatie honger”* (Ten Bos, 2003,21).

Ten Bos pleit ervoor om de bewegelijke complexiteit waarmee we te maken hebben niet enkel door middel van rationele rechte wegen (planning) moeten proberen te bedwingen. We moeten het monster, de veelheid aan mogelijkheden en beelden durven zien, en de alwetendheid verlaten. Dit betekent dat het onderscheid tussen wat de weg is en wat 'niet-weg' is vervaagt. De weg kan immers niet meer dan een dwaalspoor blijken wanneer men er krampachtig aan vasthoudt zonder oog voor de omgeving. Ten Bos wijst hiermee op de vraag hoeveel niet-weg men wil toestaan op de weg. Hoeveel ruimte er is voor mensen hun eigen weg te zoeken en te dwalen richting een idee? Hij bepleit de zin van het dwalen en zoeken omdat het de vraag is of er überhaupt een eindpunt is wanneer men streeft naar een ideaal.

Het ontbreken van een vaststaand eindpunt in cliëntgerichtheid is naar mijn idee zichtbaar in het streven naar eigen regievoering en zeggenschap wat vaak een belangrijke rol speelt binnen ideeën over cliëntgerichtheid. Zo wordt het streven om de paternalistische kaders verlaten en de ruimte te geven aan de mens met zijn/haar eigen normen. Maar gelijktijdig zijn er op psychogeriatrische afdelingen ook genoeg cliënten te vinden voor wie de eigen regie juist problematisch is. Mensen wie juist een bepaalde mate van sturing, grenzen en/of structuur nodig hebben als basis voor hun geestelijke stabiliteit. Hiermee wordt zichtbaar dat de inhoud van cliëntgerichtheid eerder een zoeken en afstemmen betreft dan het uitvoeren van een nieuwe lijn.

Wanneer men zich rekenschap geeft van de consequenties van het advies van praktijkdeskundigen om gewoon te beginnen, zal men de uitgewerkte ideaalbeelden (zoals deze

in dit hoofdstuk worden geformuleerd) over de invulling van (verschillende rollen binnen) de organisatie bij voorkeur kritisch benaderen als het gaat om de vanzelfsprekendheid waarmee deze geldig zijn binnen de specifieke context. Gelijktijdig is de weg of zijn de wegen naar cliëntgerichtheid die uit de ervaringen van de praktijkdeskundigen spreken, gebaseerd op ervaringen van eerdere dwaaltochten door gelijksoortige labyrinten.

Conclusie

Hoe kan men cliëntgerichtheid in verzorgings- en verpleeghuizen bevorderen?

Het zou van weinig inzicht getuigen wanneer ik, op basis van alles wat voorbij is gekomen, zou beweren dat ik nu de weg ken. Er is ingezoomd op 'het systeem' wat wordt aangeduid als dé bron van het ontbreken van cliëntgerichtheid. Wanneer we de gevolgen van organiseren, op basis van systemen, onder de loep nemen komt naar voren dat deze op verschillende, aanwijsbare manieren kunnen maken, dat 'het systeem' de positie van de cliënt onderdruk zet. Het abstracte begrip 'systeem' wordt daarmee concreter. Daarbij wordt zichtbaar hoe positioneel organiseren in hoge mate de context beheerst en begrenst, door middel van opdrachten, voorschriften en waarheidsclaims. Hiermee doet het in hoge mate een aanspraak op de volgzzaamheid van medewerkers en ook cliënten, die zich voegen naar de positie die van hen verwacht wordt. Zij hebben veelal een bepaalde mate van gehechtheid aan deze duidelijkheid. Dit geldt eveneens voor de verhouding tussen de zorgorganisaties en de overheid. De verwachte volgzzaamheid heeft tot gevolg dat medewerkers wordt afgeleerd om zelfstandig te functioneren en dat cliënten afleren iets te willen. Medewerkers wordt vanuit verschillende bronnen impliciet of expliciet verteld dat zorgtaken uitvoeren het 'werk' is. Gezien men in veel organisaties gericht is op het plannen- en uitvoeren van zorgtaken, of het opsporen-en oplossen van voornamelijk gezondheidsproblemen en hierbij geen of weinig rekenschap wordt geven aan de normen van de cliënt, leeft de cliënt in het ritme van de organisatie en volgens de normen van de organisatie ('veilig en gezond leven en normaal doen'). Ook zorgen deze gerichtheden er voor dat onoplosbare aspecten in het leven van de cliënt niet voldoende worden gezien.

Globaal betekent cliëntgerichtheid, dat er meer ruimte voor contextuele antwoorden komt binnen een verzorg- of verpleeghuis. Habermas en Wierdsma wijzen, voor de nuancering van de systeeminvloeden en toename van de diversiteit, in de richting van een organisatie waarin communicatieve leerprocessen een belangrijke rol spelen. Wat wenselijk is zal hiermee minder vanzelfsprekend worden, maar in onderlinge afstemming worden bepaald (met tijdelijke houdbaarheid) door een groter aantal betrokkenen. Dit vraagt om meer momenten van afstemming binnen het zorgproces en vanuit het zorgproces naar de organisatie. Het belang van meer context gebonden (of op de individuele cliëntgerichte) antwoorden, van deze communicatieve richting, komt ook naar voren uit de rollen en interventies van de verschillende functionarissen, zoals deze worden verwoord door de praktijkdeskundigen.

Voor teamleiders ligt dit in de coachende rol en het belang van het scheppen van een permanent leerklimaat en meer uitwisseling binnen het team. Voor bestuurders en management ligt de nadruk op het belang van het voorleven van nieuw gedrag en houding. Daarnaast moet men

communicatief gedrag bevorderen door hier de voorwaarden voor te scheppen. Voor behandelaren ligt het in het accepteren van de afname van de zeggenschap van hun professionele waarheid. Bij verzorgende- en verplegende probeert men vorm te geven aan een gerichtheid op de context, door cliëntgerichtheid een vast oogmerk te maken van de verzorgende, door vaardigheden en inzichten die hier aan bijdragen expliciet te maken en te delen. Daarnaast zet men in op de betrokkenheid van de verzorgende bij de cliënt en probeert men deze betrokkenheid te heractiveren en te vergroten door de relatie en het elkaar (leren) kennen belangrijker te maken, dit lijkt van groot belang voor de kwaliteit van de zorgrelatie, alsmede dat het een stevigere ondergrond biedt voor de motivatie tot ander gedrag. Vragen die worden opgeroepen zijn; of de cliënt binnen de interventies voldoende aanwezig is en of er voldoende ondersteuning is voor management, bestuurders en teamleiders, voor wie veelal ook andere houdingen en gedragingen wenselijk zijn.

Hiernaast wordt gewezen op de noodzaak tot het ‘ontzekerden van de organisatie’ om tot een grotere afstemming op de cliënt/context te kunnen komen en minder voor te schrijven. Dit komt overeen met Wierdsma die er voor pleit dat grenzen geen vaste waarheden meer zijn maar plekken waar ontmoetingen tot stand komen. Gelijktijdig komt naar voren dat loslaten van deze zekerheden vraagt om bewustwording- en aanpassing van de huidige beelden van wat zorg inhoud, wat kan en niet kan, en hoe men gewend is met elkaar om te gaan. Dit betekent dat men op zoek moet naar ‘plekken der moeite’ om de aanpassing van gedrag en omgang mogelijk te maken. Hierbij is voldoende veiligheid en openheid gewenst. De machtsverhoudingen moeten veelal verschuiven, waarbij vele belangen en gewenningen op het spel komen te staan. Een vraag hierbij is in hoeverre meermachtigen bereid zijn om de eigen positie en gedragingen aan te passen. Daarnaast is het de vraag in hoeverre verzorgenden in staat zullen zijn om de veelal aanwezige volgzzaamheid te vervangen door een hogere mate van zelfsturing. Mede hierom wordt naar voren gebracht dat het van belang is dat men gaat staan voor de (nieuwe) cliëntgerichte norm, dat men deze zichtbaar maakt en mensen hier op beoordeelt, maar ook vooral hierin bevestigt.

Tevens is duidelijk geworden dat de neiging te plannen en het handelen voor te schrijven vaak groot is in verzorg- en verpleeghuizen. Dit kan voor de omgang met de verandering betekenen, dat ook hier deze strategieën/neigingen terugkomen. Het vooraf bepalen wat wenselijk is, lijkt hiermee eerder in de weg te staan van (de ontwikkeling van) een onderzoekende open- en afstemmende houding. Gezien men er echter op uit is om een context gevoeliger- en zelfsturende organisatie te bewerkstelligen ben ik geneigd om te adviseren dat ook het verandertraject eerder op gelijksoortige wijze aangevlogen dient te worden. Hiermee sluit ik aan bij de opvatting dat Cliëntgerichtheid een streven is zonder eindpunt. Gezien de veranderlijke- en individuele aard van de cliënt vraagt het om een veranderlijke organisatie, die op basis van betrokkenheid, steeds opnieuw blijft zoeken en afstemmen, waarbij grenzen onderwerp zijn van

gesprek in plaats van harde regels. Dit sluit aan bij de transactionele organisatie van Wierdsma, waarin men er naar streeft veranderlijk te zijn. Zo is vrij duidelijk geworden waar een cliëntgerichte organisatie idealer om vraagt, qua structuur en ideale vaardigheden en houdingen. Echter de vastheid van de organisatie is niet simpelweg veranderbaar. Daarnaast is er voor de zoektocht richting het ideaal geen eenduidige weg of planning. Het bevorderen van cliëntgerichtheid is daarmee bijzonder afhankelijk van al de betrokkenen in de organisatie. Hierbij kan worden opmerkt dat bewustwordingsprocessen en communicatieve platformen qua vormen wenselijk blijken. Echter de uitkomsten van de interventies zijn niet voorspelbaar. Daarnaast is het ook van belang dat deze afstemmingsprocessen deel uit gaan/blijven maken van het zorgproces zélf en zodoende zich niet beperken tot enkel de geformaliseerde platformen.

Door de concretisering van de gehanteerde theoretische kaders Habermas en Wierdsma wordt duidelijk dat de oplossingen die zij aandragen grotendeels overlappen met de ideaalbeelden die vanuit de ervaringen van praktijkdeskundigen naar voren komen. Echter de wijze waarop deze theorieën worden geformuleerd doen soms vermoeden dat deze condities relatief eenvoudig te bewerkstelligen zijn; deze studie maakt vanuit praktijken inzichtelijk dat dit meestal niet het geval is. In die zin spreekt de theorie wellicht ook nog teveel van uit het 'weten', waaruit volgt dat een transactionele organisatie geïmplementeerd wordt. De nadruk komt daarmee te liggen op de voorwaarden, waaraan de organisatie en mensen hierbinnen moeten voldoen. Zijn er dialoogplatformen? Is men op de 'plek der moeite' geweest? Kan men open vragen stellen? Etc. Deze voorwaarden vormen slecht een mogelijke bijdrage leveren aan het bereiken van cliëntgerichtheid. Centrale aspecten van cliëntgerichtheid liggen in de afstemming op, betrokkenheid bij en wil om recht te doen aan de cliënt. Of de organisatie aan de 'juiste' voorwaarden voldoet is daar aan ondergeschikt, maar gelijktijdig op van invloed.

In die zin hoop ik uiteindelijk vooral dat men steeds opnieuw de moeite wil blijven doen om zichzelf en de organisatie af te stemmen op de cliënt.

Bronnen

Actiz (2006) *Modelzorgleefplan, verantwoorde zorg, een korte handleiding voor gebruik*. Actiz, Utrecht

Abel E.K. Nelson M.K. (1990) *Circles of Care, Work and Identity in Women's Lives* New York: State University of New York. Hoofdstuk 7 & 8

Baars A.(2004) *Aandacht, etudes in presentie*. Uitgeverij LEMMA Utrecht.

Benjamin J. (1995) *Recognition and Destruction: An Outline of Intersubjectivity* In: Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference. New Haven: Yale University.

Externe Commissie Fundamentele Herbezinning Langdurige Zorg [ECFHL](2010). *Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven, een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg*. In opdracht van Actiz.

Frederick W. T. (1911) *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper Bros. 5-29

Foucault M. (2004) *Breekbare Vrijheid, teksten en interviews*. Boom/Parresia Amsterdam

Gadamer H.G. (1989) *Truth and Method (Wahrheit und Methode)*, 2nd edition vertaald door Sheed en Ward, London.

Heuvel, van den W. (1997) *Policy towards the elderly, twenty-five years of Dutch Experience*. In: Journal of Aging studies, volume 11 nummer 3 p 251-258. JAI Press Inc.

Havenaar, J. Van Splunteren, P. Wennink J. (2008) *Beter maken: Kwaliteitsverbetering in dienst van de cliënt in: Koersen op kwaliteit in de GGz*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Kanigel D.(1997) *Taylor-made. (19th-century efficiency expert Fredrick Taylor)* In: The Sciences v37i3p18

Kraan, van der W.G.N. 2006. *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam

Kunneman H.(2005) *Voorbij het Dikke Ik*. Uitgeverij SWP Amsterdam

Kunneman H., Munnichs G., Van Gelder F. (2005) *Jürgen Habermas* In: Denkers van nu

Lévinas, E., (1978) *Het menselijk gelaat*, gekozen en ingeleid door Ad Peperzak. Ambo, Baarn.

- Maso I., Andringa G., Heusèr S. (2004) *De rijkdom van ervaringen, theorie en praktijk van empirisch fenomenologisch handelen*. Uitgeverij LEMMA Utrecht.
- Max Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, part III, chap. 6, pp. 650-78.
- Nancy J.L. (2000) *Being Singular Plural*. Stanford: Stanford University Press.
- Nordenfelt, L. (1994) *Concepts and measurement of quality of life in Health Care* Philosophy and medicine 47 Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Nordenfelt, L. (1994) *Introduction: The Concept Quality of Life* in: Philosophy and medicine 47 Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Overbeek, R. van (2002) *Vraagverheldering in relatie tot vraaggerichte en vraaggestuurde zorg* Utrecht, NIZW,
- Pijnenburg M. Leget C. Berden B. (2010) *Menslievende zorg, management en kwaliteit*. Nijmegen: Uitgeverij DAMON Budel.
- Sloterdijk P. (2006) *Het Kristalpaleis* (Nederlandse vertaling). Boom/Sun Amsterdam.
- Steenbergen, B. Van den Hout, T. (2004). 'Sturing vanuit de zorgvraag'. In: ZM magazine 7/8/2004.
- Staveren A. van (2007) *Zonder wrijving geen glans : leren samenwerken bij veranderen en innoveren*. Amsterdam: Faculty of Social and Behavioural Sciences
- Stichting Springende Muis [SSM] (2010) *Ervaringen, verslaglegging interviewtraject op afdeling X*. (ongepubliceerd)
- Robbins S.P., Coulter M., (2006) *Management* Pearson Education Inc. Amsterdam
- Roekel-Kolkhuis Tanke, van I., Wierdsma A. (2003) *Het verlangen naar de maakbare medewerker* In: M&O 12-03-2003
- Verbeek, G. 2002. *Het spel van kwaliteit en zorg*. Vierde druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Verschuren P.J.M. (1991) *De probleemstelling voor een onderzoek*. Hentenaar B.V. Wijk bij Duurstede.
- Weber, M. (1930) *chapter I t/m V*. Uit: The protestant ethic and the spirit of capitalism. London & Boston: Unwin Hyman.

Wren D., Bedeian A., Abreeze J. (2002) *The foundations of Henri Fayol's administrative theory*
In: Management Decision 40/9 2002 pg 906-918

Wennink J. (2008) *Meten en verbeteren van prestaties in de GGz: nieuwe trends in de kwaliteitszorg* in: Koersen op kwaliteit in de GGz. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Wierdsma A. (2000). *Leidinggeven aan co-creërend veranderen : balanceren tussen broosheid en maakbaarheid*. Nyenrode University Press, The Netherlands Business School

Wierdsma, A.F.M. (2000) *Co-creatie van samenwerking : handelen met behoud van verscheidenheid*. In: Vraagsturing & zorgketens Amstelveen: Stichting Sympoz. 2000.

Wierdsma, A.F.M. (2004) . "*Balanceren tussen broosheid en maakbaarheid : co-creatie van verandering.*" In: Filosofie in Bedrijf : Tijdschrift voor Strategie en Organisatie 15/3/2004:1-12.

Wierdsma, A.F.M. (2006) *Methodiek voor collectieve competentieverhoging : een context voor cocreërend veranderen*. In: M & O : Tijdschrift voor Management en Organisatie 3/4/2006: 251-269.

WRR-Rapport (2006) *De verzorgingsstaat heroverwogen, over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. WRR-Rapport r76 okt 06. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Kranten

Volkskrant op 23-12-2010. *Ja er zijn cijfers maar is dat genoeg?* Pagina 10-11

Internetbronnen

Ahaus C.T.B (2008). *De waarde van certificatie en accreditatie*. Op 21-04-2011 op

http://www.certificatieinzorg.nl/isovoordezorg/De%20waarde%20van%20certificatie%20en%20accreditatie_Ahaus.pdf

Baars J. (2008) *Van Leeftijd naar Leven in de Tijd*, Plenaire lezing HOVO Boekenweek Symposium op 15 maart 2008. Op 26-02-2011 op <http://www.janbaars.nl/pdf/080315-Jan-Baars-Van-Leeftijd-Naar-Leven-In-De-Tijd.pdf>

Koot J. (2010) Performance Indicators in Health Care MD MBA
op: [http://www.allamreform.hu/letoltheto/egeszsegugy/kulfoldi/J_Koot_Teljesitmenymutatok_az_egeszsegugyben_\(angolul\).pdf](http://www.allamreform.hu/letoltheto/egeszsegugy/kulfoldi/J_Koot_Teljesitmenymutatok_az_egeszsegugyben_(angolul).pdf).

Ministerie van VWS (2007) *Invoering zorgzwaartebekostiging, plan van aanpak 2007-2008 versie 2.0*. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2007/03/30/invoering-zorgzwaartebekostiging-plan-van-aanpak-2007-2008.html>

Transitiebeweging [TB], (2010) *Mensenzorg* [www.transitiepraktijk.nl/files/brochure
%mensenzorg.pdf](http://www.transitiepraktijk.nl/files/brochure%20mensenzorg.pdf), op 12-04-2011

Van Hees, M.V.B.P.M. Robeyns I.A.M. (2010) *Kwaliteit van Leven*. Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek op http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOA_7U6B57.

www.kiesBeter.nl [http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/verpleging-en-
verzorging/detail/avondrust,makkum/abc,meppel/agnes,voorhout/](http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/verpleging-en-verzorging/detail/avondrust,makkum/abc,meppel/agnes,voorhout/) op 6-08-2011