

Waarde-volle zorg als veiligheidsgordel



Hoe we de route vinden naar
waarde-volle en veilige zorg

WAARDE-VOLLE ZORG ALS VEILIGHEIDSGORDEL

De veiligheid van veel verpleeghuisbewoners is zorgwekkend. De bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) laten een dramatisch beeld zien. Mensen in de onderzochte instellingen krijgen onvoldoende veilige zorg, waardoor zij het risico lopen eerder te overlijden. Zeer ernstig is bovendien dat, ondanks jarenlange pogingen via verbeterprogramma's, veel instellingen er niet in slagen vooruitgang te boeken. Sterker nog: zelfs bij instellingen die volgens de Inspectie voldoende scores, zijn verbeteringen niet blijvend. Er zijn problemen in de basiszorg die jaar na jaar terugkomen en permanent lijken. De aanbevelingen van IGZ kennen we al jaren en zijn wederom dezelfde. IGZ laat met dit rapport zien dat ze niet werken. Verwacht moet worden dat volgend jaar dezelfde constatering kunnen worden gedaan, omdat er niets structureel verbeterd zal zijn. De tot nu toe gekozen weg om te verbeteren is niet de oplossing.

In deze notitie leggen we bloot hoe dat komt. En we geven de route naar waarde-volle en veilige zorg.

WAT IS ER MIS MET OUDERENZORG?

Medicijnen

Uit onderzoek in 2010 blijkt dat zorginstelling Z slecht scoort op medicijnincidenten. Geregeld krijgen mensen verkeerde medicijnen of een foute dosis. Het management ziet dat ook en doet er alles aan de situatie te verbeteren. Besloten wordt de in het landelijke verbeterprogramma 'Zorg voor beter' ontwikkelde methoden te implementeren en uit te rollen in de hele organisatie. Medewerkers krijgen scholing en richtlijnen/protocollen hoe zij met de medicijnverstrekking moeten omgaan. Jaarlijks volgt bijscholing. De organisatie draait mee in een landelijk leernetwerk 'terugdringing medicijnincidenten'. In 2014 is er een nieuw onderzoek naar de veiligheid in de zorg. In grote lijnen blijkt de situatie niet verbeterd. Op sommige afdelingen is een verbetering zichtbaar, maar op andere afdelingen een verslechtering. En de verbeteringen beklijven niet. Na een jaar lijkt het of je opnieuw kunt beginnen. Het management weet niet meer wat verder te doen. Er is veel energie, geld en tijd gaan zitten in verbetering, maar het lukt niet. Hoe verder?

Om die vraag te beantwoorden moeten we naar de kern. Waar gaat het om bij medicijngebruik?

Medicatie is altijd specifiek, voor een bepaalde persoon, en dient die persoon in een betere conditie te brengen. De medewerker die in staat is een bepaald medicijn in een bepaalde dosis te geven, geeft goede zorg als die merkt of medicijnen ook echt helpen. Om de werking te beoordelen zou de medewerker geïnteresseerd moeten zijn in de persoon en moet de verwachting kennen hoe een medicijn bij die persoon uitwerkt. Hij/zij leest en beoordeelt het medicijnvoorschrift daarop.

Vanuit dat oogpunt zijn vragen van de persoon (of een familielid): 'Welk medicijn krijg ik, waar is het voor, waarom is het vandaag anders dan gisteren, waarom vandaag meer of minder dan gisteren, waarom weet ik niet dat het veranderd is, wat mag ik verwachten?', helpende vragen om het medicijngebruik te beoordelen. Zo ontstaat extra controle op gebruik en uitwerkingen.

Hoe de persoon zich voelt is ook belangrijk, omdat het een indicatie kan zijn van te veel of verkeerd medicijngebruik, verkeerd eten, of.... Een protocol speelt daar hooguit een ondersteunende rol in maar vormt niet de centrale spil van zorg. Wil een medewerker in staat zijn tot een oordeel te komen dan moet hij of zij betrokken zijn op de persoon in kwestie, die (leren) kennen, hoe die zich vandaag voelt vergeleken bij gisteren, patronen kunnen herkennen die belangrijk zijn. Als de persoon zich beter voelt of blij is met de hulp, geniet de medewerker daarvan en weet dat dit mede door eigen oordeel en zorg komt.

We zijn nu in staat te zeggen wat er is misgegaan.

Scholing ten behoeve van medicijnverstrekking zoals in het voorbeeld gaat uit van protocollen en richtlijnen die gevolgd moeten worden. Het onmiddellijke gevolg is dat betrokkenheid van de arts, verpleegkundige of verzorgende bij een bepaalde persoon wordt vervangen door generalisatie of standaardisatie van een systeem. Het specifieke van de persoon zit alleen nog in de samenstelling van de medicatie, niet meer hoe die persoon de medicatie gebruikt. Daarmee zijn controle en observaties van de persoon of van mensen uit zijn of haar omgeving onbereikbaar geworden. Vragen over medicijngebruik en veranderingen zijn dan bovendien lastig en vervelend, want ze belemmeren of leiden af van de uitvoer van het protocol of richtlijn. Of de betreffende medewerker bijdraagt aan kwaliteit van leven, zal de persoon in kwestie alleen ervaren als de medewerker langdurig met hem of haar verbonden en betrokken is. Dan krijgt die medewerker het wel aan de stok met de leiding wanneer die erop focust dat werken volgens het protocol de kern van veilige zorg zou zijn.

Een overheid die helpt met deskundigheid bevorderende scholing die afleidt van het specifieke van iedere persoon in de zorg, is zelf een probleem geworden. Het verhoogt de kosten bovendien enorm. Dat is gemakkelijk in te zien als je medicijngebruik per persoon toetst op wat echt helpend en nodig is. Een ander gevolg is dat iedereen die kan bijdragen aan verbetering van kwaliteit wordt buitengesloten. Het systeem moet het immers doen. Waartoe dat kan leiden is in de volgende situatie zichtbaar.

Met de rolstoel naar buiten

Veel ouderen in het verpleeghuis willen graag vaker naar buiten om van de frisse lucht en de natuur te genieten. Vlak bij de zorginstelling is een scholengemeenschap. Diverse scholieren horen dat de ouderen weinig buiten komen, omdat er te weinig menskracht is. Zij hebben een idee: laten we met de ouderen gaan wandelen. De medewerkers in de zorginstelling zijn enthousiast. En zo wordt het plan werkelijkheid. Tot ieders tevredenheid: de jongeren vinden het leuk om nuttig te zijn en de denkbeelden van de oudere generatie te horen. De ouderen zijn erg blij dat ze vaker naar buiten kunnen in de rolstoel. En vinden het heerlijk om weer eens andere verhalen te horen.

Tijdens de MT-vergadering komt er een kritisch geluid. Wat zouden de gevolgen zijn als één van de jongeren iets te wild is? En daardoor een ongeluk zou gebeuren, waar de oudere bij betrokken raakt? Wat zou dat betekenen voor de reputatie van de zorginstelling? En hoe zou de Inspectie reageren? Het MT acht de risico's te groot en stopt de samenwerking met de jongeren. Gevolg is dat de ouderen nu veel minder buiten komen en het contact met de jongere generatie missen. Zij en hun familie zijn teleurgesteld. De medewerkers ervaren werkdruk en hebben geen tijd om het over te nemen. De leiding is er ook niet gelukkig mee, maar wil geen gedoe met externe toezichthouders en de pers.

Wat is de kern van dit voorbeeld?

Mensen die ouder worden, raken zelfstandig tot minder in staat.

Is ouderenzorg dan:

- a) hun beperkingen compenseren door ervoor te zorgen dat ze met allerlei hulpen nog zoveel mogelijk kunnen deelnemen aan de wisselwerking met de omgeving en daarin bovendien ontdekken wat ze nog zelfstandig, met anderen kunnen doen? Ze leren andere mensen kennen, nemen kennis van wat er om hen heen mogelijk is, anderen leren hen kennen. Familie kan een grote rol blijven spelen in hun leven, mantelzorgers kunnen én weer een eigen leven leiden én tegelijkertijd op een aangepaste manier zorgen voor degene op wie ze betrokken zijn. De inbreng van de zorginstelling is: mogelijk maken in plaats van onmogelijk maken.

Of is ouderenzorg:

- b) hun beperkingen bevestigen door hen zoveel mogelijk te onttrekken aan wisselwerking met de omgeving? Elke beperking of stillegging van een activiteit kan uitgelegd worden als vermindering van risico. De inbreng van de zorginstelling is: bij elke activiteit voor ouderen aangeven of er vanuit de instelling tijd en geld voor is en wat de risico's zijn. Daarmee ligt de nadruk meer op de organisatie dan op de ouderen, en het steeds kleiner worden van hun wereld.

De positie die de zorginstelling in de rolstoelsituatie inneemt, suggereert dat ze op de b-lijn zit. Dan ben je niet alleen de voordelen van de a-lijn kwijt, je roept ook chagrijn op en de kosten die je moet maken om dat te compenseren zijn niet te overschatten. Bovendien ben je voortdurend bezig personen te controleren. De sociale en betrokken opstelling van medewerkers zoals besproken bij het eerste voorbeeld ben je kwijt. Kies je als leiding voor de b-lijn, dan ben je wereldvreemd bezig. Wat moeten we ons realiseren? Het gewone leven gaat gepaard met risico's. Het onttrekken van mensen aan wisselwerking met hun omgeving 'om risico's te beperken' gaat gepaard met verlies van vitaliteit en kwaliteit van leven. Dat is een (nog groter) risico. Om over de uitkomsten en bijbehorende kosten maar te zwijgen.

Het inspectierapport over veiligheid laat zien dat ouderen in een zorginstelling allerlei extra risico's lopen die te maken hebben met of voortkomen uit de manier waarop de zorg georganiseerd is.

Voor zorgverzekeraars en overheden zal duidelijk zijn: bij een zorginstelling die meent de kwaliteit en variatie van actieve inzet van mensen uit de omgeving over te kunnen nemen en die zelf wil verzorgen, zullen de kosten veel hoger zijn. Om die reden doet zo'n zorginstelling binnen de kortste keren de uitspraak dat er geen geld voor (personeel) is en schiet de a-lijn erbij in.

Dat gebeurt als vanuit de organisatie geredeneerd wordt en niet vanuit het leven van mensen. Terwijl een duiding van dezelfde feiten via de a-lijn veel meer mogelijkheden, kwaliteit en andere kostenplaatjes oplevert. Het gaat erom dat we de gemaakte keuzes doorzien en erdoor getriggerd worden na te gaan of de leiding van een zorginstelling voor de a- of b- keuze gaat.

In het volgende voorbeeld zie je zo'n argumentatie vanuit de organisatie en niet vanuit de persoon die het betreft. Welke conclusies verbind je daar als bijvoorbeeld cliëntenraad of beleidsmaker aan?

Dekbedovertrekken

In het verpleeghuis wonen kwetsbare mensen. Zij zijn naar het verpleeghuis verhuisd, omdat het thuis niet langer ging. Ze hebben weinig spullen mee kunnen nemen, omdat de kamer in het verpleeghuis klein is. Het verpleeghuis heeft zelfs nog een aantal kamers, waar twee mensen op één kamer wonen. De zorgorganisatie waar het verpleeghuis deel van is heeft als missie: zo thuis mogelijk. De organisatie heeft te maken met grote financiële tekorten. Daarom heeft de leiding gekeken wat goedkoper kan. De kosten van de was kunnen per bewoner met 10 euro per maand omlaag als voortaan alle bewoners dezelfde witte dekbedovertrekken en handdoeken gebruiken. In deze dekbedovertrekken en handdoeken komt het logo van de zorginstelling te staan. De familie en de medewerkers zijn geschokt. Mensen moeten al bijna alles opgeven als ze naar een verpleeghuis verhuizen. Mogen ze dan ook niet meer hun eigen dekbedovertrek meenemen? De directie zet toch door: het verstrekken van instellingsdekbedden mag volgens de regels en er moet bezuinigd worden. De leiding voelt zich hier ook niet prettig bij, maar ziet geen andere mogelijkheid dan op alles te besparen wat mogelijk is om de organisatie in stand te kunnen houden.

Wat is hier de kern van het probleem? Als mensen hun eigen dekbedovertrekken en handdoeken meenemen moet je die na de was uitsorteren. Dat vraagt tijd. Daarom is het gebruik van dezelfde soort dekbedovertrek en handdoek gemakkelijker. De instelling maakt daarvan dat dit goedkoper is. De vraag is of dat waar is. Dat weet je pas als je alle mogelijke oplossingen naast elkaar kunt leggen en ook weet wat de gevolgen zijn van de een of andere aanpak.

Als ouderenzorg wordt ingevuld zoals in de a-lijn is beschreven, zal de zorginstelling het familie, vrienden en anderen mogelijk maken iets voor hun dierbare te doen. Je moet als zorginstelling erop uit zijn hulp die betrokken vrienden en familie kunnen geven niet weg te nemen, maar te stimuleren. De zorginstelling is als het ware voortdurend bezig zich af te vragen hoe ze het zo kan organiseren dat mensen uit de omgeving van de persoon hun betrokkenheid kunnen vieren. Bij de a-lijn is het bijvoorbeeld normaal dat familie zelf de was verzorgt. Als dat op enig moment niet lukt of blijkt te lukken dan besteedt de familie het uit aan de zorginstelling of een andere partij.

Bij deze aanpak is de zorginstelling erop uit de overgang van thuis naar de zorginstelling zo in te richten dat familie, mantelzorger of/ en vrienden zorg kunnen blijven geven en dat ook als prettig en als bindend ervaren en hun betrokkenheid daarmee kunnen laten zien. Elke keer als die particuliere bijdrage faalt, zal de zorginstelling dat (helpen) opvangen. Ook in de gevallen waarin personen een 'arme' context blijken te hebben. Op elk moment zal de zorginstelling ervoor zorgen dat wat ze een persoon aanreikt als specifiek, als iets eigens, ervaren kan worden.

Personeelstekort krijgt in dit licht een andere betekenis, en de oorzaken kun je niet simpel terugbrengen tot 'bezuinigingen'. Zorginstellingen die werken volgens de b-lijn gaan uit van efficiency en dus van kosten, niet van opbrengsten. Het specifieke van personen sneuvelt overal waar kostenvoordeel, functioneel gemak of een generalistische aanpak van de organisatie komt bovendrijven. Mogelijkheden om jouw familielid of vriend te helpen worden belemmerd of zelfs weggenomen. Hij/zij kan de zorginstelling niet ervaren als verlengstuk van thuis, maar hooguit als een pension-achtig onderkomen dat zijn best doet, maar nooit thuis doet vergeten. De missie van de instelling 'zo thuis mogelijk' wordt een slogan die als marketinginstrument wordt gebruikt.

Een cliëntenraad is bij uitstek in de positie waar te nemen of een instelling uitgaat van de a- of de b-lijn. Elke keer dat kostenbesparingsargumenten en functioneel gemak op tafel komen is één ding zeker: de persoon en zijn context en mensen daarin zijn geen vertrekpunt. In de instelling zal mensen uit de persoonlijke omgeving de kans worden ontnomen persoonlijke hulp of zorg aan hun geliefde te geven. Het kan moeilijk verder komen dan een bezoekje met een cadeautje. De klachten en ontevredenheid die dit oproept leiden tot onverschilligheid van het personeel, omdat die in de b-lijn niet in staat zijn er dienstverlenend op te reageren. Het is de opmaat naar ouderenzorg die de inspectie als dramatisch slecht omschreef. Niet toevallig, niet even, maar structureel.

HOE GAAT HET STRUCTUREEL MIS?

In 2008 verscheen het boek *Zijn zij gek of ben ik het?* (Schouten en Van Dinten) met daarin de volgende situatie:

Decubitus

Er was een bijeenkomst met voorzitters en leden van Raden van Bestuur uit de zorg. Ze vertelden wat hen bezighield. Een van hen was zich rot geschrokken: zijn instelling had heel slecht gescoord op het gebied van decubitus, doorliggen. Decubitus is enorm pijnlijk voor de patiënt. Ze hadden erover vergaderd en besloten een nieuw kwaliteitssysteem in te voeren. Daarmee werden de medewerkers geïnstrueerd waarop ze bij de patiënten moesten letten en wat ze dan moesten doen. In de oude instructies was te weinig aandacht voor decubitus. Door de regels aan te passen werd in korte tijd veel beter gescoord.

Het bleef daarna even stil. Waarop iemand vroeg: "Wat is er weg bij jullie waardoor de pijn van mensen kennelijk niet meer voldoende is om over te gaan tot helpen?"

In de discussie die volgde werd duidelijk wat de organisatie was kwijtgeraakt: er was geen leidinggevende meer die als sociale norm onderhield dat iedereen die erge pijn had direct zo goed mogelijk geholpen moet worden. Medewerkers spraken ook elkaar niet op deze norm aan. Terwijl dat in ons dagelijks leven in de samenleving nog steeds wel normaal is. Tot verbijstering van de aanwezigen werd duidelijk dat het niet ging om een gebrek aan deskundigheid van medewerkers. Die waren deskundig, wilden wel, waren aardig en hadden de pijn ook waargenomen, maar al hun aandacht ging naar het nalopen van taken op lijsten, invullen van formulieren en verbeterondes van het kwaliteitssysteem. Mensen die bij hen in zorg waren om geholpen te worden waren niet meer vertrekpunt, maar voorschriften, plannings, systeemeisen en controles.

Het idee dat zo'n rationele vorm van organiseren het beter doet dan de sociale vorm werd in die bijeenkomst onderuitgehaald. Het rapport en de aanbevelingen van IGZ laten zien dat die constatering bij de zorgsector nog moet binnenkomen. Het verlies van kwaliteit in de zorg is niet op de eerste plaats een deskundigheidsprobleem. Het gaat ook niet om nog meer regels en systemen. Het gaat erom de sociale norm en de context van mensen in de zorg weer het gewicht te geven dat ze in het leven van alle dag (moeten) hebben. En daarmee in kwaliteit van zorg tot uitdrukking komt. De vorm van organiseren die dit wel doet noemen we contextgedreven werken en organiseren. Ook LOC ziet dat de vragen van ouderen complexer zijn geworden. Veel medewerkers hebben niet de juiste scholing gekregen om daar mee om te gaan. Daarom is er een investering nodig in het opleiden van personeel, waarbij het aansluiten op de waarden en drijfveren van mensen centraal staat.

De zorg is steeds meer vanuit het systeem georganiseerd. Veel medewerkers zijn vanuit hun hart betrokken, inlevend en hebben veiligheid als vanzelfsprekend in beeld. Waar systeem en hart botsen wint het systeem. De overheid en de toezichthouders beoordelen de zorg ook vooral vanuit het systeem. Daardoor menen zij dat er sprake is van vooral een deskundigheidsprobleem bij de medewerkers, terwijl op de eerste plaats het probleem is dat het systeemgedreven werken en organiseren dominant zijn geworden.

Zorgverzekeraars en IGZ gebruiken de systeemgedreven vorm van werken en organiseren als toets om de geleverde zorg kwalitatief te waarderen. De opleidingen en werkprogramma's in de zorg zijn gebaseerd op deze vorm. IGZ gebruikt die als toets om te beoordelen of er goed bestuurd en gestuurd wordt.

Het is dan ook geen wonder dat het zojuist verschenen inspectierapport over verpleeghuiszorg meldt dat ondanks alle aangereikte verbeterprogramma's er te weinig is veranderd. Sterker nog, de kwaliteit blijft niet gehandhaafd. Dat is ook te verwachten. Bij een systeemgedreven manier van organiseren is dit de enige mogelijke uitkomst in de zorgsector.

NAAR INNOVATIEVE HERORIËNTATIE IN OUDERENZORG

Wat is de veranderpotentie in de zorg?

We merken op dat de huidige leiding van zorginstellingen onder de huidige omstandigheden moeilijk anders kunnen dan systeemgedreven organiseren: verzekeraars, inspectie, overheden willen het zo. Het is de enige vorm die ze vertrouwen. Bovendien zijn bedrijfskundigen, economen, bestuurskundigen getraind in vooral deze vorm van organiseren. De media dragen uit dat het zo moet. In de samenleving denken veel mensen dat dit de juiste vorm is. (Wat dat zegt over de veranderingen in de samenleving laten we hier buiten beschouwing, maar is wel relevant.) Bestuurders zullen dan ook de gewenste contextgedreven vorm van werken en organiseren waar ouderenzorg om vraagt niet uit zichzelf invoeren, al geven de bevindingen in het rapport van de inspectie aan dat het echt nodig is.

Bestuurders en leidinggevendenden zijn de afgelopen twintig jaar uitgekozen op hun vermogen systeemgedreven te organiseren. Ze hebben een oriëntatie die daarbij past. De verandering die in de sector gevraagd wordt eist echter een verbreding van de oriëntatie van beleidsmakers, bestuurders en zorgverzekeraars die je niet zomaar even voor elkaar hebt. Die lukt niet als iedereen blijft doen zoals hij het altijd al deed.

De noodzaak van heroriëntatie

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat degenen die verantwoordelijk zijn voor organiseren in de zorg, uitgaan van organisaties die functioneren als systemen. Op de werkvloer ontstaat een definitie van de situatie die medewerkers uitnodigt van prioriteiten uit te gaan die de leiding in het systeem stopt. Die prioriteiten zijn bedacht, generaliseren, ontnemen medewerkers de mogelijkheid van de persoon uit te gaan die ze dan en daar moeten helpen.

Je zou zeggen dat je als leiding het negatieve effect ervan waarneemt en inziet dat dit niet de bedoeling kan zijn. Maar het gaat anders. Als je als leiding meent dat de systeembenadering dé oplossing is voor beter functioneren van de organisatie en van het beleid, en als de betalingsinstantie en inspectie dat ook vinden en zo'n systeembenadering als voorwaarde opleggen, dan zal je er als leiding alles aan doen om het systeem perfect te laten werken. Dat het niet goed gaat herken je alleen als je persoonlijk de zorg meemaakt en als sociale betekenisgeving voldoende in je oriëntatie aanwezig is. Dan zie je een persoon die lijdt en niet geholpen wordt, en het oplossen of vermijden van dat lijden is belangrijker voor je dan dat het systeem perfect werkt.

Als je als leidinggevende denkt dat het systeem goed laten werken belangrijker is dan dat deze of die persoon (even) lijdt, dan stop je alle energie in het perfectioneren van het systeem en het op orde brengen van deskundigheid. Als dat rationeel goed werkt verwacht je immers dat elke persoon goed geholpen zal worden.

Je zou denken dat de medewerker die de persoon moet helpen zich altijd zal laten leiden door wat hij herkent als hulp die die persoon nodig heeft. Maar opnieuw, zo gaat dat niet. Vanaf hun geboorte leren mensen door gedrag na te bootsen en zich aan te passen. Wie in staat is de definitie van de situatie te bepalen, oogst dat anderen in die situatie ook daadwerkelijk gaan handelen naar die definitie. Alleen mensen die in staat zijn van hun eigen oordeel uit te gaan doen dat niet, maar raken vrijwel direct in oorlog met degene die de definitie van de situatie bepaalt. Ze proberen toch vanuit sociale betekenisgeving te blijven werken, maar raken gestresst, krijgen stapels werk toegeschoven (want zij doen het toch wel), en vertrekken vaak of vallen ziek uit.

Zo worden vijf dingen duidelijk:

1. In de zorg kan een organisatie die wordt ingericht als een systeem niet werken.
2. Om punt 1 te zien moet je voldoende sociale betekenisgeving in je oriëntatie hebben.
3. Als de definitie van de situatie die door de overheid en toezichthouders is ingesteld uitnodigt tot een systeemgedreven vorm van organiseren, zullen de meeste leidinggevendenden dat ook doen.
4. Die definitie van de situatie wordt doorgezet tot op de werkvloer. De medewerkers zullen die volgen, maar er zullen er ook zijn die zich daartegen verzetten en blijven proberen uit te gaan van de persoon om die passend te helpen.
5. De huidige situatie is niet op de eerste plaats een deskundigheidsprobleem van medewerkers, maar in eerste instantie een probleem van de manier waarop bestuurders en leidinggevendenden systeemgedreven organiseren.

Het voorgaande toont aan dat een heroriëntatie richting contextgedreven werken en organiseren noodzakelijk is.

De innovatieve aspecten van contextgedreven werken en organiseren

Je kunt zeggen dat contextgedreven werken en organiseren vooruit naar vroeger is. Voordat mensen beschikten over ICT gingen ze immers als vanzelfsprekend van degene uit die ze moesten helpen en deelden ze vaak zijn of haar context al op voorhand. Dat is nu anders. Ouderen en hun kinderen wonen vaak niet meer in één huis. Die kinderen en hun partners werken vaak beiden.

Maar ICT biedt ook grote nieuwe mogelijkheden: we bellen elkaar mobiel, sturen berichtjes, maken foto's en filmpjes en delen die. Wat er gedaan moet worden kunnen we gemakkelijk via onze mobiele apparatuur regelen. We hebben daarvoor geen organisatie nodig en ook geen gebouw waarin we samen moeten komen om te vergaderen over de inzet van ieders bijdrage.

De nieuwe technische mogelijkheden passen heel goed bij de maatschappelijke ontwikkeling waarin mensen meer uitgaan van zichzelf. Ze zijn veel zelfreferentiëler dan vroeger. Ze willen hun mogelijkheden kunnen ontplooiën, willen kunnen groeien en uitproberen wat voor hen de hoogste kwaliteit van leven zou kunnen zijn. Ze helpen de ander, maar niet omdat ze daarmee een groep vormen en in elkaars nabijheid verkeren zoals dat vroeger het geval was, maar omdat ze om die ander geven en zich voor die ander verantwoordelijk voelen. Zo ontstaan bewegingen van mensen die samen iets delen en als burgerinitiatieven (commons) door de wereld willen gaan.

Het bijzondere is dat het overheidsbeleid deze vernieuwing onderkent, maar de uitvoering baseert op systeemgedreven organiseren. Het huidige beleid gaat bovendien uit van ICT-architectuur uit de jaren tachtig. Daarin zijn database-benaderingen dominant: gegevens worden verzameld, gehergroepeerd en teruggegeven als sturende of opdracht-informatie. Technologie is dan leidend in plaats van ondersteunend. Bij systeemgedreven vormen van organiseren leidt gebruik van de nieuwste technologie tot volledige controle van gedrag van medewerkers en 'cliënten'. Het staat haaks op wat mensen nu willen, met elkaar doen en delen, en wat technisch mogelijk is.

REALISATIE

Transformeren via innovatief management

Zodra je je bij organiseren baseert op betekenisgeving, vraag je wat de bedoeling van een organisatie is en kijk je of je die terugvindt in de praktische vorm van werken en organiseren. Wanneer je bedoeling en uitvoering met elkaar wilt laten matchen, pak je niet de hele organisatie in één keer aan, maar deel je die op in cellen en activiteiten, die je inricht met behulp van de vorm van betekenisgeving die er het best bij past. Je begint in zorgsituaties met 'cellen' waarvan de operationele leidinggevende een oriëntatie heeft die overeenkomt met de vormen van betekenisgeving waar de zorgactiviteiten om vragen (vooral sociaal om je met anderen te verbinden, en pas daarna gebruik je rationaliteit om hulpmiddelen te beoordelen en in te zetten). Die leidinggevende selecteert de medewerkers voor de eigen cel. Je pelt als het ware de organisatie uit om cel voor cel in te richten op grond van de aard van de activiteit. Elke cel geef je de technologie die medewerkers helpt en als ondersteunend ervaren. Al doende verander je. Zodra cellen passend zijn ingericht, werken ze als voorbeeld voor andere en versterken ze de transformatie.

Dit transformatieproces begint bij organisaties waarvan de leiding een brede oriëntatie heeft. Er zullen nieuwe vormen van evaluatie en nieuwe - praktijkgedreven - afrekenmechanismen ontstaan. Het is een weg die lijkt op de invoering van systeemgedreven vormen van werken en organiseren, maar die start aan de andere kant. Het zal geleidelijk gaan. De nieuwste technologie waarvan medewerkers en cliënten het gebruik als ondersteunend ervaren helpt een fors handje. De vraag is: hoe hou je het momentum eronder gaande?

De positie van cliëntenraden

Als zorginstellingen systeemgedreven werken en organiseren, is het niet verbazingwekkend dat meldingen van cliëntenraden over kwalitatief onvoldoende behandeling van één persoon als lastig worden ervaren. Men kan er niks mee. De cliëntenraad wordt dan vaak genegeerd en weggezet als ondeskundig.

In de media wordt vaak wel melding gemaakt van falen in individuele gevallen. Maar het aan de kaak stellen dat de vorm van werken en organiseren oorzaak is, wordt niet gezien als journalistieke taak. Bovendien zullen veel leden van cliëntenraden menen dat de systeemgedreven vorm van werken en organiseren goed is. Kortom, in de systeemgedreven vorm van organiseren komen cliëntenraden in een onmogelijke positie. Daar waar ze goed in zijn, het waarnemen hoe individuele cliënten de zorg ervaren, wordt genegeerd en als niet relevant afgedaan. Want het draait niet om individuele casussen in deze manier van organiseren. Wel worden zij ingezet om mee te denken over nieuw algemeen beleid en het adviseren over bedrijfsmatige zaken, vanuit cliëntperspectief uiteraard. Maar wanneer ze dat in ogen van het bestuur niet systeemgedreven genoeg doen, dan wordt al snel gezegd dat er meer professionaliteit nodig is in de cliëntenraad. En als ze er serieus mee aan de slag gaan en kritisch zijn, worden ze terug in hun hok geduwd. Dan blijken het onderwerpen te zijn waar de bestuurder over gaat. Uiteindelijk blijven in deze manier van organiseren cliëntenraden over die formeel meepraten en advies geven, maar nauwelijks veranderingen teweeg kunnen brengen die er voor cliënten in hun eigen specifieke situaties toe doen. Terwijl leden aan LOC aangeven dat dat de voornaamste reden is waarom ze in de cliëntenraad zijn gegaan.

Daar tegenover staat dat in contextgedreven werken en organiseren een melding van de cliëntenraad direct door de medewerker wordt gebruikt. Die is er blij mee. Zijn positie naast de cliënt maken de waarnemingen van de cliëntenraad onontbeerlijk binnen deze manier van organiseren. Regelmatige meldingen over de behandeling van personen door hem of haar leiden tot gesprek over de manier van werken en de aard van de meldingen. De competenties en houding van de medewerker komen ter sprake, evenals de manier waarop de leiding het werk georganiseerd heeft. De positie van de cliëntenraad is vanzelfsprekend en leden worden positief bejegend. De bijdragen van de cliëntenraad zijn in die vorm van organiseren steeds praktisch, permanent gericht op kwaliteit van zorg en al snel onmisbaar in de dagelijkse gang van zaken.

De veranderpotentie van cliëntenraden

Uit het voorgaande is duidelijk dat de reacties vanuit een zorginstelling op meldingen van de cliëntenraad laten zien wat de oriëntatie en de gebruikte vorm van organiseren van het bestuur en het management zijn. Op het oog zullen systeemgedreven zorginstellingen aan de formele eisen van medezeggenschap voldoen. Er zullen papieren procedures zijn die gevolgd worden, met cliëntenraden, vergaderingen, nota's. Het zegt echter nog niets over wat mensen in zorg en cliëntenraadsleden zelf ervaren aan wat er aan zorg daadwerkelijk geleverd en verbeterd kan worden. Het meer in positie brengen van cliëntenraden zal gaan werken wanneer tegelijkertijd de vorm van organiseren van systeemgedreven zorginstellingen herkenbaar en aangepakt wordt. En vervolgens verbeterd door een contextgedreven vorm die noodzakelijk is voor goede, persoonlijke en betaalbare zorg.

En er ontstaat een nieuwe ontwikkeling bij gebruik van moderne ICT in de gezondheidszorg. Mensen zullen langer thuis kunnen en willen blijven. Er ontstaan netwerken van helpende mensen. Cliëntenraden zullen knooppunten worden tussen wat er in instellingen gebeurt en wat er samenkomt en gebeurt in die maatschappelijke netwerken. Het bestuur van zorginstellingen zal graag willen weten wat zich in die netwerken afspeelt aan ontwikkelingen, vragen, ideeën. De cliëntenraden in die nieuwe vorm kunnen zulke informatie verschaffen en hebben dan marktwaarde voor instellingen. Die nieuwe cliëntenraden kunnen die informatie ook gebruiken als machtsmiddel tegenover instellingen die niet passend werken en organiseren. Het ontstaan van cliëntenraden als knooppunten in netwerken begint zich inmiddels af te tekenen.

Er kan geen andere conclusie aan worden verbonden dan dat de activiteiten van een cliëntenraad niet alleen passen bij het uitgezette regeringsbeleid, maar ook in het hart zitten van het geven van waarde-volle zorg. Blijft de vraag over of de leden hun waarnemingen en oordelen ook kunnen overbrengen op het bestuur van zorginstellingen en op mensen uit de samenleving.

De beweging waarde-volle zorg

We merken dat er een negatieve hypotheek op de bijdragen van cliëntenraden rust die voortkomt uit de dominantie van systeemgedreven werken en organiseren.

LOC kan cliëntenraden op de oude manier helpen verder 'in positie' te raken en met nog meer vragen en opmerkingen te komen over wensen en klachten van bewoners. Maar daar gebeurt niets structureel beters mee zolang de definitie van de situatie en de vorm van organiseren systeemgedreven blijft. Betrokken partijen, - bestuurders, leidinggevendenden, ministerie, inspectie, verzekeraars - zullen dat moetenonderkennen. En bereid zijn hun nek uit te steken om daar verandering in aan te brengen.

Om de veranderpotentie van cliëntenraden te activeren, heeft LOC een programma ontwikkeld om leden repertoire aan te reiken waarmee ze de innovatieve veranderkracht in hun instelling tot gelding kunnen brengen. Dat programma bevat het aantrekken van actieve en sociale leden, het gebruik van het eigen waarnemingsvermogen, het voeren van gesprekken met bestuurders, het doorzien van de vorm van organiseren en de aandacht daarop kunnen vestigen. En ook communicatie over hun waarnemingen en meldingen met overheden, controlerende instanties en hoe je een positie in lokale media krijgt en inzet: over wat er mis gaat, en zeker over wat er goed gaat en zich positief ontwikkelt.

En er zijn programma's geselecteerd waarvan leidinggevendenden van zorginstellingen gebruik kunnen maken om kennis te nemen van de fundamentele onder contextgedreven werken en organiseren én om die vorm van organiseren onder de knie te krijgen. Er zijn ook opleidingen geselecteerd voor operationeel leidinggevendenden die een hoofdrol spelen in innovatie naar contextgedreven werken en organiseren.

Het gehele programma van LOC gaat uit van waarde-volle zorg. De ambitie is er een beweging van te maken die als indringende, inspirerende, in de hele zorgsector permanent aanwezige, verandermacht wordt ervaren.

LOC is een netwerk van mensen die betrokken zijn bij de zorg. We willen dat elk mens een waardevol leven kan leiden. Ook als die zorg nodig heeft. We hebben dat verwoord in een visie: 'waardevolle zorg'. Die vind je op www.loc.nl/over-loc, net als de mogelijkheden om je aan LOC te verbinden.

Zo kun je bijvoorbeeld lid, vriend, ambassadeur of vrijwilliger worden.

Overal en altijd is er betekenisgeving. Het is de drijvende kracht onder al wat leeft. Iedereen heeft eigen patronen in betekenisgeving opgedaan, maar we zijn ons daar meestal niet van bewust. Bij stichting Sezen brengen we betekenisgeving onder woorden en kun je die patronen gaan herkennen.

Er gaat een nieuwe wereld voor je open en je begrijpt wat er om je heen gebeurt.

LOC

Postbus 700
3500 AS Utrecht
T (030) 284 32 00

E-mail: loc@loc.nl



youtube.com/c/loczeggenenschapzorg



facebook.com/locziz



[@loc_zeggenchap](https://twitter.com/loc_zeggenchap)
[@locmarthijn](https://twitter.com/locmarthijn)
[@loc_jong](https://twitter.com/loc_jong)

www.loc.nl

Stichting Sezen

Muntstraat 25
3961 AJ Wijk bij Duurstede
T (0343) 59 58 02

E-mail: sezen@sezen.nl



[@VvSezen](https://twitter.com/VvSezen)

www.sezen.nl