

**Lef en Liefde in de  
zorg: inspireren en  
presteren in de praktijk**

Redactie **Lucie Boonekamp**  
**Zita Schwab**



CC ZORGADVISEURS

Hoofdsponsor

---



TRANSFEROEP ROTTERDAM  
Opleiding en Advies

Co-sponsor

---

**avans**  
*hogeschool*

Co-sponsor

**Lef en Liefde in de  
zorg: inspireren en  
presteren in de praktijk**

# «(zorg)podium

## Colofon

**Uitgave** ZorgPodium, 2008

**Redactie** Lucie Boonekamp, Zita Schwab

**Productie** Media Business Press, Rotterdam (Thieme Grafimedia Groep)

**Fotograaf** Trea Laske-Aldershof

Getoonde kunstwerken op de foto op pagina 37 rechts onderaan komen uit de collectie van kunstuitleen Beeldend Gesproken te Amsterdam, [www.beeldendgesproken.nl](http://www.beeldendgesproken.nl)

Behoudens de in of krachtens de auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)). Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

## Inhoud

Voorwoord	5
Gaan lef, liefde en ondernemerschap samen? <i>Diana Monissen</i>	7
Angst en woede in de zorg: pleidooi voor een complexe Verlichting <i>Harry Kunneman</i>	11
Buurtzorg: professionals met lef! <i>Jos de Blok</i>	23
Ruimte voor verantwoordelijkheid <i>Pauline Meurs</i>	39
Niet het vele is goed, maar het goede is veel! Over de kunst van grenzen stellen in de zorg <i>Giel Hutschemaekers</i>	47
Over ethische vragen – wie durft? <i>Rosemarie van Troost   Lies Zuidema</i>	59
Een mensgerichte benadering voor een efficiencytraject <i>Joanna Schouten   Marcel Endendijk</i>	63
Afrekenen met disfunctionele gedachten <i>Monica Haimé</i>	67
Verbeelden-Verbinden-Vertrouwen-Verantwoorden <i>Joke Ellenkamp   M'hemed Tallouka</i>	77
Zorg op afstand, altijd Dichtbij <i>Inge Borghuis</i>	79
Arbeidsmarktproblematiek opgelost? Nurse Power en de kracht van Magnet(isme)! <i>Alex Lindenburg</i>	83
Werkkunst in de ouderenzorg <i>Carolien Nijhuis</i>	89
Niet harder, maar anders werken! <i>Therese Borghuis</i>	93

Planetree: van lef en liefde op individueel niveau naar transformatie in de zorginstelling <i>Jim van den Beuken</i>	99
Verbindend vernieuwen <i>Karin Kaasjager   Gerard Hoogvliet</i>	103
Kijken wat je wel kunt! <i>Joost Nauta</i>	105
Waarden van Zorg <i>Cock Aquarius   Marij Bontemps</i>	109

## Voorwoord

Lef en Liefde in de zorg, dat was het thema waarmee Zorgpodium in 2007 van start ging als initiatief van de Erasmus Universiteit Rotterdam (Erasmus CMDz en iBMG) en de Universiteit van Tilburg (Tranzo). De initiatiefnemers Aad de Roo (Tranzo), Pauline Meurs (Erasmus CMDz) en Robbert Huijsman (iBMG) stond met Zorgpodium een platform voor ogen waarop professionals en managers samen werken aan verbetering van kwaliteit en organisatie van de zorg. Het eerste congres met als titel 'Lef en Liefde in de zorg - nieuwe impulsen voor het werk van professionals en managers in de zorg' op 23 maart 2007 was meteen een groot succes. Het thema Lef en Liefde in de zorg bleek direct zo aan te slaan en zoveel positieve reacties op te roepen dat is besloten om dit te handhaven voor het Zorgpodiumcongres van 2008. Het congres van 3 oktober 2008 kreeg dan ook als titel: Lef en Liefde in de zorg - inspireren en presteren in de praktijk.

### **Lef en Liefde in de zorg - inspireren en presteren in de praktijk**

Met deze titel werd meteen de toon van het congres gezet. Lag in 2007 het accent van de lezingen en workshops voor een belangrijk deel op het verkennen en analyseren van vraagstukken van professionals en managers vanuit de wereld van het onderzoek, bij de tweede editie werd zeer nadrukkelijk de verbinding gelegd met de praktijk van alledag. De lezingen en met name de workshops namen de praktijk van professionals en leidinggevendenden als vertrekpunt en daagden de deelnemers uit om te reflecteren op de rol die zij spelen in hun eigen organisatie. Dat deze formule aanslaat, bleek wel uit de bezoekersaantallen en uit de evaluaties: het congres trok ruim 380 deelnemers en de reacties op zowel lezingen als workshops waren vrijwel zonder uitzondering positief.

### **Tegenwicht aan de 'ontwaarding' van de zorg**

Dat het congres zo aanslaat, lijkt alles te maken te hebben met de behoefte van velen in de zorg aan nieuwe inspiratie en zingeving na jaren van een door hen ervaren eenzijdige waardering of zelfs 'ontwaarding' van de zorg. Terwijl overheid, beleidsmakers en financiers gezondheidszorg de afgelopen decennia steeds meer presenteerden als een verhandelbaar maatschappelijk goed, uitgedrukt in economische waarden en prestatie maatstaven, hebben vele werkers in de zorg het gevoel dat daarmee essentiële waarden op grond waarvan zij juist voor het werk in deze sector hebben gekozen, buiten beeld zijn geraakt. Het thema 'inspireren en presteren in de praktijk' beoogde een brug te slaan tussen de verschillende waardesystemen die van belang zijn voor een goede en economisch betaalbare en duurzaam houdbare gezondheidszorg. Of zoals Harry Kunneman het uitdrukte: we hebben behoefte aan zowel 'lantaarnpalen' als 'kampvuren' waarbij het eerste staat voor toezicht, sturing en transparantie met licht van bovenaf en het tweede voor creativiteit, zingeving, nabijheid van professionals en patiënten met licht en warmte van onderop. Beide vormen van verlichting kennen echter hun eigen vorm van bijziendheid. "Nodig is dus om van twee kanten tegelijk te werken aan ruimtes binnen organisaties waar gemengd, meervoudig licht kan schijnen: dat kan alleen als het licht van de lantaarnpalen lager gedraaid wordt en de kampvuurkringen zich openen, zowel naar andere kringen als naar datgene wat verderaf ligt en niet zomaar in een verhaal past," aldus Kunneman.

## **Lezingen en workshops**

De vormgeving van deze bundel sluit aan bij de meer praktische oriëntatie van het congres. In tegenstelling tot vorig jaar is niet gekozen voor een bundel in boekvorm met essays en artikelen. Dit keer heeft de bundel de vorm van een magazine met daarin de powerpoint-presentaties van de lezingen en daarnaast verslagen van de workshops die qua inhoud in de meeste gevallen nauw aansluiten bij wat zich in de desbetreffende workshops heeft afgespeeld. Daardoor is ook voor degenen die de workshops niet zelf hebben meegemaakt, de inhoud goed te volgen.

Diana Monissen laat in haar bijdrage haar persoonlijke principes, waarden en passie zien die als rode draad lopen door haar rijk geschakeerde loopbaan als leidinggevende en bestuurder in de gezondheidszorg. Harry Kunneman gaat in op de botsing tussen het perspectief van 'het dikke ik' en de behoefte aan diepere vormen van zingeving en nieuwe vormen van verbinding en werkt de metafoor van 'lantaarnpalen' en 'kampvuren' uit voor zorginstellingen. Jos de Blok vertelt over zijn jonge thuiszorgorganisatie Buurtzorg en pleit voor ondernemerschap van professionals en een sterke vereenvoudiging en professionalisering van de zorg. Pauline Meurs werkt in haar lezing het thema 'verantwoordelijkheid' uit als taak, als aansprakelijkheid en als deugd. Zij houdt een pleidooi voor eerherstel van de laatste vorm van verantwoordelijkheid waarbij professionals en leidinggevendenden de ruimte nemen en waar nodig buiten hun formele taak en opdracht handelen. Giel Hutschemaekers tot slot beschrijft het fenomeen liefde in de zorg. Hij stelt dat grenzeloze liefde in de zorg zeer grensoverschrijdend kan zijn, dat zorgverleners bij twijfel beter niets kunnen doen en dat zij lef nodig hebben om grenzen te stellen.

De twaalf workshops laten een rijke schakering zien van thema's en nieuwe initiatieven in de zorg: van socratische gesprekken over ethische vragen en waarden in de zorg tot nieuwe technieken (zorg op afstand) en methoden van werken (niet harder, maar anders werken!). Voorbeelden uit diverse sectoren in de zorg komen daarbij aan bod.

## **Dank**

Het was een waar genoegen om dit congres te helpen organiseren en met zoveel mensen in contact te komen die het hart voor de zorg op de goede plaats hebben en bruisen van ideeën om het anders en beter te doen! Graag wil ik iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd, op de eerste plaats natuurlijk de sprekers en workshopleiders, en daarnaast al degenen die vaak achter de schermen veel werk hebben verzet. En uiteraard veel dank aan alle deelnemers die met hun betrokkenheid en inbreng deze dag tot een succes hebben gemaakt!

Lucie Boonekamp

Programmameider congres Lef en liefde in de zorg



## **Gaan lef, liefde en ondernemerschap samen?**

Diana Monissen, directeur-generaal curatieve zorg Ministerie van VWS, heeft een rijk geschakeerde ervaring als leidinggevende en bestuurder in de gezondheidszorg. Zij begon haar loopbaan als plaatsvervangend hoofd van een verzorgingstehuis. Later werd zij onder andere bestuurder van instellingen in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg en directeur bij een zorgverzekeraar.

In haar lezing vertelt zij over haar persoonlijke visie op leiderschap en haar eigen ervaringen met inspireren en presteren bij zowel zorginstellingen, verzekeraars als de landelijke overheid.

## Persoonlijke Principes

---

- Klant
  - Resultaatverantwoordelijke eenheden
  - Nieuwe uitdagingen aangaan
  - Netwerken
  - Strategie
  - Samenwerking telt
  - Productiviteit
  - Markt
  - Ondernemen
  - Business case
  - Concurrentie
  - Beleid
  - Alle mensen
- Cultuur
  - Missie

## Waarden

---

- De klant doet ertoe
- Medewerkers zijn werkelijk je kapitaal; verantwoordelijkheden laag neerleggen
- Blick op de toekomst, ogen en oren open, sensitiviteit
- De lat hoog, ook control
- Balans

## Persoonlijke Passie

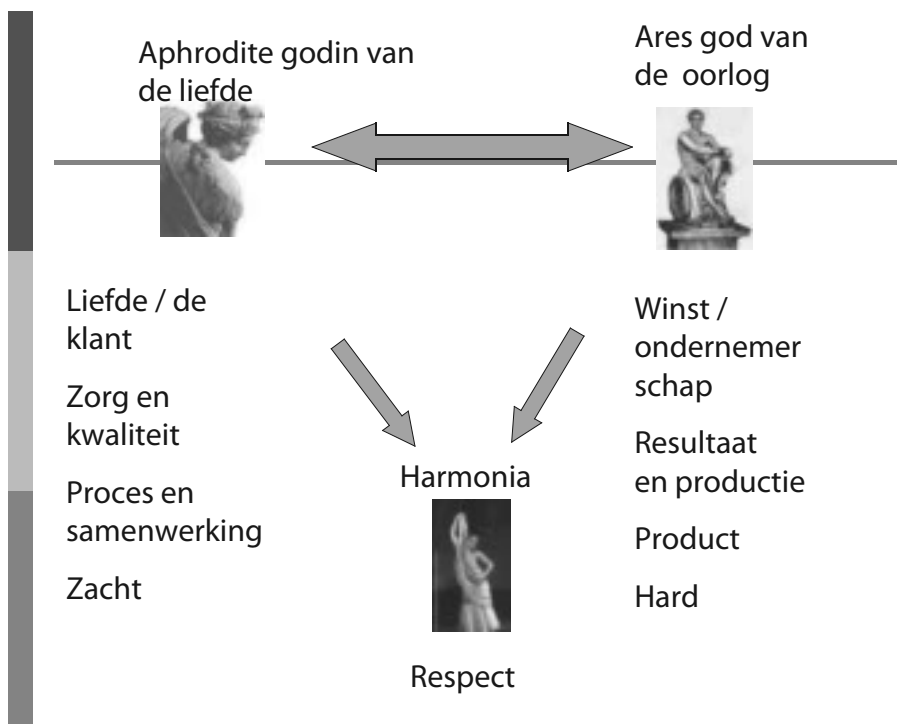
---

Het verbeteren van de kwaliteit  
van leven



---

Gaan lef, liefde en  
ondernemerschap  
samen?



Wat is het meervoud van lef ?

LEVEN

Harry Kunneman



## **Angst en woede in de zorg: pleidooi voor een complexe Verlichting**

Over de logica van lantaarnpalen en kampvuren

Harry Kunneman, hoogleraar Sociale en Politieke Theorie aan de Universiteit voor Humanistiek

# Angst en woede in de zorg

## Pleidooi voor een complexe Verlichting

Harry Kunneman,

Universiteit voor Humanistiek,

Utrecht

### Deel 1. *Achtergronden*

Het onderwerp van dit congres is om  
verschillende redenen van groot belang:

- a) Focus op 'leef en liefde' betekent dat waarden en emoties centraal staan i.p.v. problemen en analyses: existentiële en morele kwaliteiten als hart van goede zorg
- b) *Positief* tegenwicht aan ontwikkelingen in de zorg waarover door professionals en cliënten vooral *geklaagd* wordt, zoals verzakelijking, marktwerking, inperking van professionele speelruimte en verlies van 'menselijke kwaliteit'



- I. *Tweede perspectief op kwaliteit van leven in onze tijd: veelvormige zoektochten naar diepere vormen van zingeving en nieuwe vormen van verbinding*
- *Op persoonlijk niveau* :existentiële kwaliteit, 'slow...'
  - *In eigen omgeving*: maatschappelijke betrokkenheid
  - *Binnen en rond organisaties*: goed werken en goed samenwerken aan een zaak die deugd en deugd doet
- Hier ligt de ruimere maatschappelijke betekenis van de onvrede in de zorg en het grote belang van 'leef en liefde' als existentiële en morele waarden
- Deze waarden en alle daarmee verbonden vragen zijn met name in de zorgsector acuut aan de orde

- In de zorg *enerzijds* grote nadruk op technische expertise, maakbaarheid en technologische vooruitgang; *anderzijds* voortdurende confrontatie met *grenzen* van maakbaarheid en autonomie: confrontatie met lichamelijke en geestelijke kwetsbaarheid, eindigheid en alle daarmee verbonden 'trage vragen'
- Trage vragen worden grotendeels *verdrongen* uit het professionele repertoire en zingevingsvragen worden *geprivatiseerd*, in naam van de autonomie en 'eigen regie' van patiënten

- Die autonomie betreft vooral ‘dikke autonomie’, in het teken van rechten en eisen, ten koste van zorg en echte aandacht voor het kwetsbare en ontredderde zelf

*‘Vlek op vlek’:*

- Deze verdringing van trage vragen uit de zorg en de bijbehorende nadruk op ‘dikke autonomie’, zijn het afgelopen decennium extra versterkt door de toenemende ‘industrialisering’ van zorgorganisaties en de toenemende objectivering van zorg-handelingen, culminerend in de invoering van ondermeer DBC’s en ‘zorgminuten’

- Alle zorguitkomsten worden beschouwd als producten die in onderdelen uiteen gelegd kunnen worden waarvoor een nauwkeurige prijs kan worden berekend
- Efficiencyverbetering wordt dan gereduceerd tot het verlagen van de kosten per eenheid product
- Professionals in de zorg komen daarmee van twee kanten in de knel:
  - a) Verlies aan *invloed* op inrichting van eigen werkprocessen
  - b) Verregaande *vershraling* van de zorg, met name ten aanzien de morele en existentiële kwaliteit daarvan

Deel twee: *Lantaarnpalen en kampvuren*

- Uitwerking aan de hand van spanningen tussen twee verschillende logica's:
  1. *De logica van de lantaarnpalen*
    - Gericht op maximale zichtbaarheid en controleerbaarheid; 'transparantie'
    - Het licht wordt centraal en van bovenaf beheerd, met het oog op verticale controle
    - Is onbeperkt technisch perfectioneerbaar via steeds sterkere lichtbronnen, inmiddels ook gedigitaliseerd: de *scanner* als symbool van kwantificerende objectivering
    - Bevordert spiralen van wantrouwende controle

- De logica van de lantaarnpalen en de scanners is onontbeerlijk, maar creëert om verschillende redenen zijn eigen duisternis:
  - a) Alles wat niet geobjectiveerd en gekwantificeerd kan worden valt buiten het licht
  - b) Alles wat van bovenaf gezien irrelevant lijkt blijft in het duister
- De logica van de lantaarnpalen en de kampvuren wordt gekenmerkt door een *inherente bijziendheid* die binnen deze logica zelf niet zichtbaar kan worden

- In dit schemerduister, buiten het licht van de lantaarnpalen, stoken professionals en patiënten/cliënten hun eigen kampvuren:
  - Zelfgestookt, decentraal, opvlammend/uitdovend
  - Verhalen en emoties in plaats van feiten en analyses
  - Ruimte voor humor en ironie, maar ook voor boosheid, verdriet en trage vragen
  - Licht èn schaduw: ook ruimte voor verborgenheid, raadselachtigheid, verwondering, stilte, intimiteit
  - Hier kan verschijnen wat er menselijk gezien echt toe doet, wat existentieel en moreel betekenisvol is
  - Dit licht doet gezichten oplichten en mooi worden
  - Gevoed door 'innerlijke verlichting' en bron daarvoor

- In het licht van de kampvuren *kan* oplichten wat echt betekenisvol is, maar ook dit licht kent zijn eigen beperkingen:
  - a) Het licht van de kampvuren verlicht vooral wat nabij is
  - b) De vertrouwdheid verleidt ook tot opsluiting in de 'eigen' verhalen en tot afsluiting voor 'vreemden', verleidt tot het 'sluiten van de kring'
- De huidige problemen in de zorg gaan vooral terug op *gebrek aan verbinding* tussen de lantaarnpalen en de kampvuren, ten gevolge van hun complementaire bijziendheid

➤ *Complementaire bijziendheden:*

1. Vanuit de logica van de lantaarnpalen en de scanners:
    - a) Marginalisering en onderbenutting van de kampvuren en van de persoonlijke kwaliteiten en morele leerprocessen die daar gevoed worden
    - b) Buiten beeld blijven alle vormen van machtmisbruik, landje-pik, narcisme, jalouzie, pesterij en menselijke onverschilligheid vanuit bestuur en management
- De logica van de lantaarnpalen dient óók als voertuig voor en instrument van het dikke-ik
- De daarmee verbonden grote economische kosten en het kwaliteitsverlies blijven systematisch onderbelicht: de scanners worden nauwelijks op 'slechte macht' gericht

- Omgekeerd komt bijna alles wat er menselijk en moreel gezien mis gaat in de zorg, naar voren via verhalen aan de kampvuren
- Helaas blijft het daar maar al te vaak steken in frustratie, geklaag en machteloze woede of leidt het tot berusting en apathie: 'aan het systeem kan ik toch niets veranderen, dus maak ik er maar het beste van binnen mijn eigen kringetje'

- Hier tweede bron van economische verspilling en kwaliteitsverlies in de zorg, in combinatie met en gedeeltelijk in reactie op niet-kritiseerbare machtsspelen en narcisme aan de kant van bestuurders en managers:
  - Verlies aan vertrouwen in leiding van de organisatie, geen 'wij-gevoel'
  - Verlies van motivatie en inspiratie
  - Onttrekken aan het licht van de lantaarnpalen en misleiden of saboteren van de scanners
  - Zware onderbenutting van de ervaringen en inzichten aan de kampvuren t.a.v. het gebrek aan rationaliteit van steeds weer nieuwe 'regelpogingen' en concrete verbetermogelijkheden

- 3. Wat te doen?
- Naar een nieuwe, meervoudige Verlichting,
- Meervoudige verlichting staat in het teken van het ontwikkelen van complexe verbindingen tussen het rationele licht van de lantaarnpalen en het relationele en innerlijke licht van de kampvuren
- Daar hebben we nu al goede voorbeelden van
- a) de 'keien' onder de professionals, die in hun handelen technische expertise verbinden met menselijke betrokkenheid naar klanten en collega's toe en gevoed worden door het oplichten van hun gezichten dat mede door hun toedoen wordt opgeroepen



- Goede leidinggevers en managers die tegelijkertijd een bredere horizon hanteren, in de verte kunnen kijken en durven te kijken, èn respectvol dichtbij durven te komen en iets van zichzelf durven te laten zien
- Probleem: het is momenteel min of meer toevallig of je als patient/client een deskundige en betrokken professional treft
- Het is even toevallig of je als professional een geïnspireerd-aandachtige leidinggevende en dito managers treft
- In het licht van de lantaarnpalen en de scanners heerst de zekerheid en de voorspelbaarheid, maar de ruimte voor 'leef en liefde' in organisaties is grotendeels toevallig



- De huidige organisatie van de zorg en de heersende opvattingen over deskundigheid en professionaliteit dragen eerder bij aan een polarisering tussen de logica van de lantaarnpalen en de kampvuren dan aan complexe verbindingen daartussen
- Dominante opvattingen van geldige kennis staan vooral in het teken van objectieve fundeerdzaamheid en technische toepasbaarheid
- Dat is een groot goed, maar geeft een enkelvoudig licht dat niet alleen alle existentiële en morele vragen in het duister laat, maar ook de bijbehorende vormen van inzicht als inferieur, subjectief en emotioneel gekleurd in het verdomhoekje zet



- Tot slot: Zoekrichting:
- in zorgorganisaties ontwikkelen van complexe, meervoudige vormen van verlichting.
- Daarvoor nodig om elkaar wederzijds te steunen in en uit te dagen tot het betreden van 'plekken der moeite': voor managers en leidinggevendenden is de plek der moeite vooral verbonden met de angst om controle kwijt te raken en met onvermogen om onderling machtsverlangen en narcisme kritisch aan de orde te stellen. Voor professionals is die vooral verbonden met angst voor sancties en met woede over ondoelmatige regelingen, domme macht en uitholling van het hart van hun beroep



- Nodig is dus om van twee kanten tegelijk te werken aan ruimtes binnen organisaties waar gemengd, meervoudig licht kan schijnen: dat kan alleen als het licht van de lantaarnpalen lager gedraaid wordt en de kampvuurkringen zich openen, zowel naar andere kringen als naar datgene wat verderaf ligt en niet zomaar in een verhaal past.
- Daar is lef en liefde voor nodig, maar ook en vooral creativiteit, uitproberen van nieuwe vormen ,
- Afsluitend: twee praktische voorbeelden:
- Kampvuurgroepen in de thuiszorg
- Een zelfreflector voor managers



Vragen/suggesties ?

[hk@uvh.nl](mailto:hk@uvh.nl)

[zingevingenprofessie@uvh.nl](mailto:zingevingenprofessie@uvh.nl)

Meer informatie:

[www.uvh.nl](http://www.uvh.nl)



Jos de Blok, directeur van Buurtzorg

## **Buurtzorg: professionals met lef!**

Gedreven door liefde voor het vak hebben in een jaar tijd meer dan vijfhonderd wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden gekozen voor een 'onzekere' toekomst bij Buurtzorg Nederland. Met minder personeel behaalde deze jonge thuiszorgorganisatie dertig procent doelmatigheidswinst. Wat maakt professionals tot ondernemers? Een pleidooi voor een sterke vereenvoudiging en professionalisering van de zorg.

# Lef en liefde in de zorg

Jos de Blok

3 oktober 2008



## Zorg

---

‘Waarlijke zorg is een direct proces van interactie tussen zorgvrager en een zorgverlener die beantwoord aan de vraag. Al het andere is contraproductief en bestaat alleen ten gunste van een technische benadering van de zorg’ (R. Kaulingfreks 1997)

BUURTZORG

## Dit kan anders!

---

Voorwaarden:

- Duidelijke gezamenlijke visie op zorg
- Collectieve ambitie (Weggeman)
- Fun, love, meaning (M. Kets de Vries)



BUURTZORG

## Buurtzorg Nederland

---

- Verpleging en verzorging thuis
- Relatie cliënt – professional centraal
- Oplossingen voor vragen in plaats van uitvoeren indicatie
- Dus: splitsing administratief en professioneel proces

BUURTZORG

## Organisatie

---



- Fun, love, meaning
- Eenvoudig
- Overzichtelijk
- Optimale regelruimte
- Maximaal 12 medewerkers per team
- 40 à 50 cliënten
- Van intake tot uit zorg

BUURTZORG

## Waarom?

---

- Strategisch: zorgorganisatie beter toegerust op flexibele inzet professionele zorg
- Niet de 'kosten per uur' zijn belangrijk maar 'de kosten per 'klant'

A small rectangular sign with the word 'BUURTZORG' in white capital letters on a dark background, mounted on a grey vertical pole.

## Waarom? - vervolg

---

- Arbeidsmarkt regeert, dus:  
professional kiest: nu of straks!
- Overheadkosten kunnen veel lager!

A small rectangular sign with the word 'BUURTZORG' in white capital letters on a dark background, mounted on a grey vertical pole.

## Voorwaarden

---

- Goed opgeleide professionals (HBO / MBO) – zorgverlener, intermediair, makelaar, casemanager
- Slimme ICT: Buurtzorgweb

BUURTZORG

## Voorwaarden – vervolg

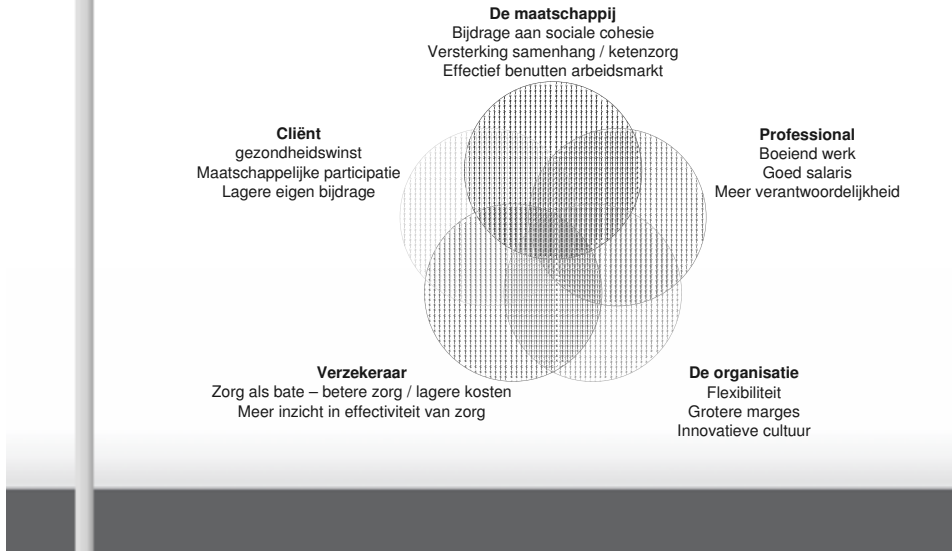
---

- Ondersteunende instrumenten / werkwijzen
- Goede afstemming huisartsen / ziekenhuizen
- Samenwerking informele zorg

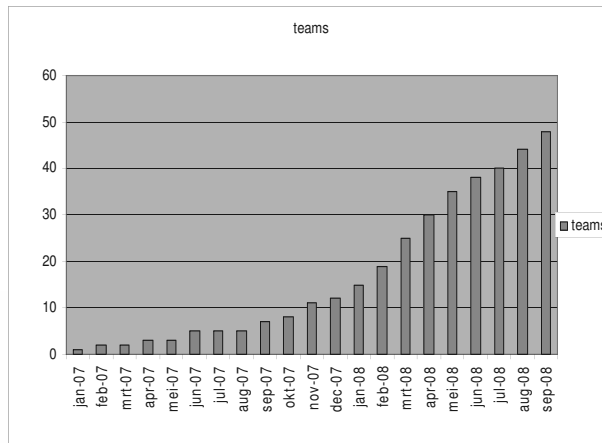
BUURTZORG



## Wat levert dit op?

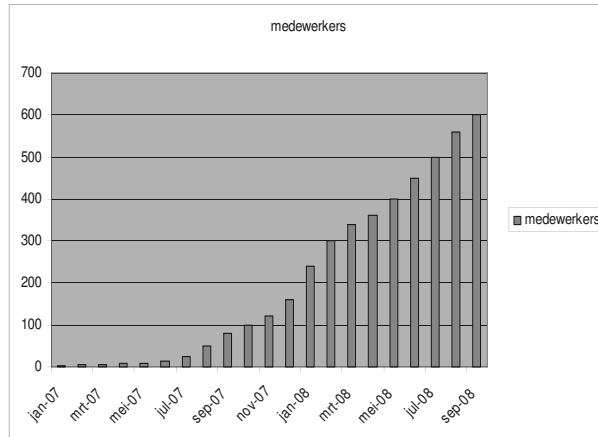


## Ontwikkeling Buurtzorgteams



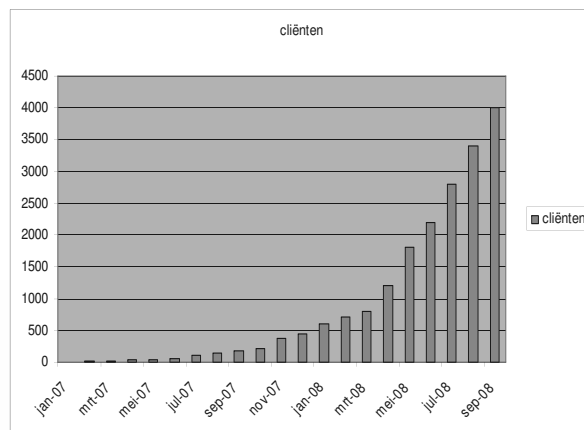
BUURTZORG

## Medewerkers



BUURTZORG

## Cliënten



BUURTZORG

## Anderen kijken mee!

---

- Onderzoek Nivel 9-
- Universiteit Tilburg
- Transitieprogramma Langdurende Zorg

BUURTZORG

## Waarom kiest de klant voor Buurtzorg?

---

- Cliënt / eindgebruiker
- Huisarts / ziekenhuis: snel geregeld / professioneel





## Waarom kiest de klant voor Buurtzorg?

---

- Verzekeraar: -30% productie (betere oplossingen / kortere doorlooptijd)
- Politiek: arbeidsmarkt / imago
- Gemeente: infrastructuur / WMO



## Waarom kiest de medewerker voor Buurtzorg?

---

- Uitoefenen vak
- Samen met collega's
- Autonomie
- Ontwikkelingsmogelijkheden
- Verpleeg- en verzorgingshuizen

BUURTZORG

## Toekomstperspectief

---

- Verdere uitrol van Buurtzorgteams over Nederland
- Ontwikkeling nieuwe componenten
- Samenwerking met anderen

BUURTZORG

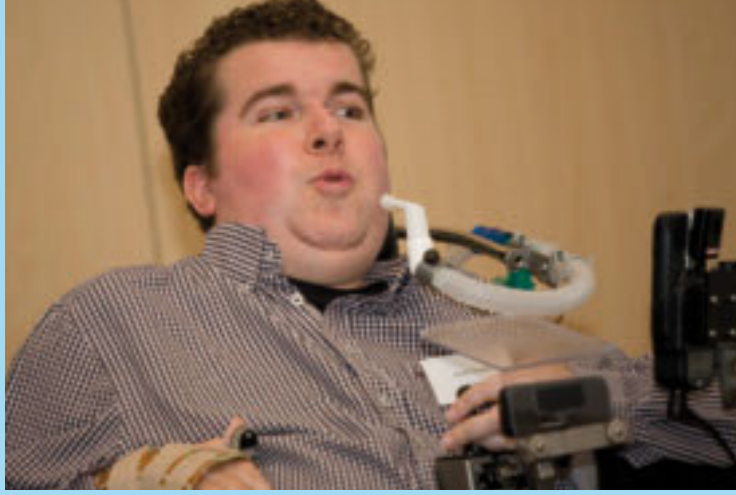
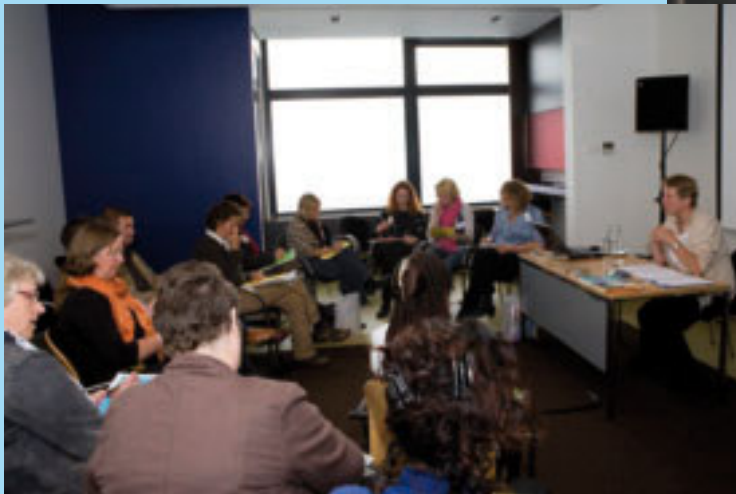
## Bedankt voor uw aandacht!

---



# Zorgpodium in beeld...













Pauline Meurs, hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit en lid van de Eerste Kamer

### **Ruimte voor verantwoordelijkheid**

Bij het organiseren van de zorgverlening gaat de aandacht vooral uit naar een heldere verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Een duidelijke afbakening van taken en daarop afgerekend worden; het zijn uitgangspunten die we vaak teruglezen in beleidsnota's en functieomschrijvingen. Van deze schijnprecisie wordt de zorg niet beter. Er is behoefte aan professionals en managers die hun verantwoordelijkheid ruim willen opvatten en voorbij hun formele taak en opdracht willen handelen.

## ***Ruimte voor verantwoordelijkheid***

### **Dames en heren**

Er zijn vandaag al zoveel goede en stichtende woorden gesproken ... De vraag is of ik nog een duit in het zakje kan doen. Ik hoop dat mijn bijdrage een aantal lijnen van de andere sprekers bij elkaar brengt en inspiratie biedt om uw eigen idealen niet alleen hoog te houden maar ook in praktijk te brengen.

De titel van mijn lezing is 'Ruimte voor verantwoordelijkheid'. Of beter gezegd: de ruimte die nodig is om lef en liefde in de zorg goed te laten gedijen. Na de lezing van Harry Kunneman voeg ik daar direct aan toe dat deze ruimte voor verantwoordelijkheid ook nodig is om de door hem genoemde 'plekken der moeite' op te zoeken.

Ik begin met twee voorbeelden. In mijn eerste voorbeeld staat Michael centraal, een jongen van 15 jaar. Het is een voorbeeld uit de jeugdzorg maar ik weet zeker dat u zijn ervaringen makkelijk kunt vertalen naar de GGZ, de zorg voor mensen met een handicap of de ouderenzorg. Ik heb dit verhaal gehoord van hulpverleners in de jeugdzorg.

Michael (15 jaar) spijbelt steeds vaker, is in de klas onhandelbaar, kan zich niet concentreren en doet soms vreemd in de klas. De ouders zijn gescheiden, moeder drinkt meer dan goed voor haar is, Michael heeft al een paar kraakjes op z'n naam staan, is al meerdere malen betrapt op het bezit van softdrugs en toont zo nu en dan onvoorspelbaar agressief gedrag. Op school is van alles geprobeerd maar hij is niet meer te houden. Leraren zijn ten einde raad.

Als we redeneren vanuit de wie-vraag, dan gebeurt ongeveer het volgende: Michael wordt aangemeld, de eerste vraag is: 'hoort hij wel bij ons, moet niet iemand ander hier naar kijken'. Dan wordt er gekeken wat er aan de hand is, volgt overleg over wie zich het beste met hem bezig kan houden, nog een onderzoek om het nog preciezer vast te stellen, misschien een GGZ-achtergrond, toch maar doorverwijzen, daar moet gewacht worden, de instantie waarnaar wordt doorverwezen vraagt zich af: 'hoort Michael wel bij ons' en het verhaal begint weer opnieuw.

Deze route is goed beschreven, de stappen zijn duidelijk.. maar het duurt wel heel lang. Ondertussen heeft Michael nog een paar kraakjes op zijn naam staan en is bij de politie een bekende aan het worden.

Kan het anders?, vroeg ik. 'Ja' zeiden andere hulpverleners, waaronder de wijkagent. 'Wij ontfermen ons over Michael, ook al is hij niet direct een cliënt voor ons. En ook al zijn wij in termen van kennis en expertise niet de meest aangewezen hulpverleners, wij zijn verantwoordelijk totdat we er zeker van zijn dat er een goede oplossing is en wij zijn verantwoordelijk voor het vinden van die oplossing.'

Een tweede voorbeeld. Hier is mevrouw de Vries de hoofdrolspeelster. Mevrouw de Vries is 84 jaar en is opgenomen in het ziekenhuis vanwege een ingewikkelde heupfractuur. Zij is geopereerd en ligt in bed aan het raam. Het is prachtig weer buiten en de zon schijnt volop. Het gebouw is niet al te modern en de zonneschermen gaan niet automatisch naar beneden. Mevrouw de Vries heeft veel last van de zon in haar gezicht en drukt op de bel om de verpleegkundige te roepen. Vrij snel daarna komt een voor haar onbekende persoon in een witte jas binnen. Er zijn veel wisselingen en zij neemt voetstoots aan dat de jongeman de verpleegkundige is die op dat moment dienst heeft. Zij vraagt hem of hij de luxaflex naar beneden wil doen. Hij antwoordt eerst niet en loopt weer weg, bij de deur zegt hij: 'u denkt toch zeker niet dat wij elke keer als de zon schijnt bij u langskomen om de luxaflex naar beneden te doen. Wij als artsen hebben echt wel wat beters te doen.' En loopt weg.

Mevrouw de Vries is zo verbouwereerd dat ze niets zegt. Ze vertelt het verhaal aan haar schoondochter die die avond op bezoek komt. De schoondochter laat het er niet bij zitten en belt de voorzitter van de raad van bestuur. Deze laatste is net zo verbaasd als mevrouw de Vries maar hij is ook boos. Dit voorval gebruikt hij vervolgens in verschillende gesprekken die hij voert met de leden van de medische staf, de afdelingshoofden en de leden van het MT. Velen herkennen het voorbeeld, vinden dat het niet kan maar merken op dat het vaak druk is, dat het niet altijd makkelijk is en dat het overigens veel beter zou zijn om automatische zonwering aan te schaffen. Toch werkt het voorbeeld als een icoon voor het ziekenhuis. Met een knipoog naar de titel van het rapport van de heer Willems 'je werkt hier veilig, of je werkt hier niet' introduceert het ziekenhuis de leus 'je werkt hier zorgzaam of je werkt hier niet'. Hiermee wil ik niet beweren dat deze slogan meteen tot het goede gedrag leidt, ze leidt wel tot een discussie over taak- en rolopvatting en over professioneel handelen.

Deze twee voorbeelden laten zien hoe verschillend met verantwoordelijkheid kan worden omgegaan, ook maken de voorbeelden duidelijk dat er verschillende opvattingen over professionaliteit in het geding zijn. Ik ga deze thema's in deze lezing nader uitwerken.

Voordat ik dat doe, wil ik nog een methodische opmerking maken. Het presenteren van voorbeelden aan het begin van mijn lezing kunt u opvatten als een manier om mijn lezing aansprekend te maken, ik hoop inderdaad dat ik daarin slaag. Maar er is meer. Deze twee voorbeelden gebruik ik ook omdat ik er steeds meer van overtuigd raak dat we unieke, aansprekende voorbeelden nodig hebben om grote kwesties te begrijpen en om goede oplossingen te kiezen. In plaats van abstracte beleidsnota's en gegeneraliseerde uitspraken over 'het' ziekenhuis of 'de' jeugdzorg is het naar mijn oordeel veel effectiever om een

goed oog en goed oor te ontwikkelen voor deze unieke voorbeelden en deze te gebruiken voor wijziging van beleid of om iets aanhangig te maken. In beide voorbeelden wordt een bestaande werkwijze ter discussie gesteld en wordt een nieuwe norm geïntroduceerd. Ik wens u toe dat u meer unieke voorbeelden opspoot en gebruikt en dat het steeds vaker voorbeelden zullen zijn die een gewenste gang van zaken illustreren.

Ik keer terug naar mijn voorbeelden en de kwestie van verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid is een begrip met meerdere dimensies. Ik loop ze kort met u langs:

- verantwoordelijkheid als taak: het is mijn verantwoordelijkheid om dit of dat voor elkaar te krijgen. In deze betekenis hoort verantwoordelijkheid thuis in het bekende rijtje: taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
- verantwoordelijkheid als aansprakelijkheid: ik houd u verantwoordelijk voor x of y. In deze betekenis is de schuldvraag belangrijk evenals de vraag wie waar op af te rekenen is.
- Verantwoordelijkheid als deugd: u bent een verantwoordelijk professional. Zo wordt er gesproken over verantwoordelijke burgers. Een verantwoordelijkheidsgevoel is dan leidend voor gedrag. Sommige hulpverleners die bv. langer doorwerken, of blijven waken bij een heel zieke patiënt ook al zit hun dienst erop of de wijkagent van het voorbeeld die zich over Michael ontfermt.

Mijn stelling is dat de laatste jaren in de zorg - maar wellicht is het veel breder en geldt het voor de samenleving als geheel - de eerste twee dimensies van verantwoordelijkheid het winnen van de laatste dimensie. Of nog erger van een ieder wordt verantwoordelijk gedrag verwacht maar de afrekening vindt plaats op basis van een nauw omschreven taak- en verantwoordelijkheidsdomein. We zien dit terug in de wijze waarop met incidenten of problemen wordt omgegaan. Meteen wordt de vraag gesteld: WIE is verantwoordelijk?

U moet maar eens opletten: als er iets niet goed gaat, is de eerste vraag: wie gaat hierover, wie is aanspreekbaar, wie kunnen/moeten we aanpakken, wie is schuldig? De recente incidenten met de IJsselmeerziekenhuizen en in AMC/De Meeren zijn hiervan een goed voorbeeld. Wie is nalatig geweest? En pas als enkele spelers het veld hebben geruimd wordt er verder gedacht. Nu wil ik absoluut niet beweren dat deze schuldvraag niet gesteld mag worden, waar het mij om gaat is dat het te vaak bij het stellen van de schuldvraag blijft. Een van de gevolgen hiervan is dat er steeds meer aandacht is voor een heldere definitie en verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Let op: in die volgorde, want pas als je bevoegd bent, kun je ook verantwoordelijk zijn....zo is de gangbare opvatting. Naar mijn oordeel een dwaling! Eerst weten waarop je aangesproken kan worden en dan pas handelen. De nadruk op de wie-vraag leidt er ook toe dat verantwoordelijkheden worden afgeschoven: daar ga ik niet over, dat is niet mijn taak, dat behoort niet tot mijn verantwoordelijkheden... en nog meer variaties op hetzelfde thema. Tegenwoordig is het heel modern om te zeggen: dat behoort niet tot mijn competentiegebied.

En omdat de wie-vraag zo dominant is, gaan mensen zich indekken en vooral risicomijdend gedrag vertonen. Met lef en liefde heeft dat weinig te maken.

Anders gezegd, hoe meer de wie-vraag wordt gesteld, hoe groter het risico dat de schuldvraag centraal komt te staan. En om je in te dekken, is de enige mogelijkheid nog meer afbakenen en scheiden van taken en verantwoordelijkheden. De wijze waarop de situatie rondom het meisje Savannah een paar jaar geleden is beschreven en besproken, is een goed voorbeeld van de perverse effecten van de dominantie van de WIE-vraag. Eindeloze verwijten over gebrek aan verantwoordelijkheid bij de verschillende betrokkenen en bij het treffen van maatregelen gaat de aandacht vooral uit naar het verhelderen en nog beter toedelen van verantwoordelijkheden. De HOE-vraag komt nauwelijks ter sprake: hoe gaan we dit probleem in de toekomst oplossen of hoe had deze kwestie het beste kunnen worden aangepakt. Er is dan vooral sprake van een moddergevecht terwijl het noodzakelijke reinigingsritueel-leren van wat er is gebeurd en onderzoeken van mogelijkheden om het anders en beter te doen - in feite achterwege blijft. Ik hoop dat naar aanleiding van de voorvallen in AMC/de Meeren we weer een meer inhoudelijke discussie kunnen krijgen over de verschraving van de zorg in de GGZ en dat we wederom kunnen nagaan hoe het zo ver heeft kunnen komen, welke lessen daaruit getrokken kunnen worden om het in de toekomst beter te doen. Want dat laatste blijft zo vaak achterwege. Het probleem wordt gepersonaliseerd en toebedeeld. Als we weten wie het gedaan heeft en hij of zij gestraft of ontslagen is, dan gaat iedereen over tot de orde van de dag.

In een ander verband heb ik onderzoek gedaan naar de werking van parlementaire enquêtes en onderzoeken, denk bijvoorbeeld aan de bouwfraude, Bijlmerramp en laatstelijk de commissie Dijsselbloem enzovoorts. Daar blijft dit mechanisme steeds opnieuw de kop opsteken. In plaats van leren van lessen voor de toekomst verworden deze onderzoeken tot een kruisverhoor met alle gevolgen van dien.

De nadruk op verantwoordelijkheid als taak en als aansprakelijkheid leidt er ook toe dat de prestaties en de geleverde resultaten een centrale plaats krijgen in de beoordeling. Afrekenen op resultaten aan de hand van duidelijke maatstaven en indicatoren, het werken met van tevoren vastgelegde normen die voor iedereen duidelijk zijn en navolgbaar.

Deze manier van denken en doen heeft de charme van de eenvoud, houdt de illusie in stand dat we de zaken in de greep houden maar..... leidt niet of nauwelijks tot betere kwaliteit, tot minder fouten laat staan tot meer creativiteit en innovatievermogen.

Een van de grote risico's van deze benadering is dat men gaat sturen op het gemiddelde, op een aanvaarde norm waar iedereen ongeveer aan moet voldoen, dat u gaat oordelen aan de hand van checklisten en gestandaardiseerde informatie en dat voor u de papieren werkelijkheid steeds grotere vormen aan gaat nemen.

Er is een bijna onuitroeibare behoefte aan vergelijking, normering, standaardisatie en controleerbare verantwoordingsinformatie die via dezelfde formats wordt aangeleverd. Omdat we niet precies weten wat we willen weten, willen we te veel weten met als gevolg dat de verantwoordingsinformatie een doel in zichzelf wordt.

Deze observaties stemmen somber... de procedures winnen het van de inhoud, de aansprakelijkheidsvraag wint het van de vraag naar goede oplossingen en standaardisatie wint het van het belang van de klinische blik.

De voorbeelden van Michael en Mevrouw de Vries laten zien dat er ook alternatieven zijn. Die alternatieven hebben te maken met verantwoordelijkheid als deugd en dus met de ruimte die geboden èn genomen wordt om een eigen invulling te geven aan het verantwoordelijk handelen. Dit laatste valt niet mee. Immers in het huidige tijdsgewricht worden professionaliteit en professioneel handelen steeds meer onderhevig aan specialisatie en domeinafbakening. De zorg kan niet anders dan als een estafette worden georganiseerd: Michael gaat net als een estafettestokje van de ene naar de ander. En we hebben gezien tijdens de Olympische Spelen hoe moeilijk het is om het stokje goed over te dragen. Daar verlies je de wedstrijd, in de zorg verliezen we de patiënten. Juist als het gaat om complexe vragen lijkt de werkwijze van de wijkagent mij veel effectiever en zorgzamer: de wijkagent ontfermt zich over Michael.

Het werken in de zorg vraagt bij uitstek het vermogen om met unieke situaties om te gaan, om in te spelen op verschillen, om als het ware voortdurend de klinische blik scherp te houden. Protocollen kunnen nuttig en nodig zijn maar zijn rampzalig als deze in de plaats komen van de klinische blik, de eigen nieuwsgierigheid, het beoordelingsvermogen en het vermogen om met kennis van zaken juist af te wijken van de norm.

Nu hoor ik u denken. Zij heeft makkelijk praten... alles leuk en aardig maar in een tijd dat veiligheid voorop staat, we te maken hebben met meer controle, toezicht en handhaving, ook de tijd waarin de media veel aandacht hebben voor de zorg, past deze benadering niet. Er kan niet vergeleken worden, er vindt ongelijke behandeling plaats, hoe zit het met toetsbaarheid van handelen enz.. enz...

Allemaal waar en toch kan deze redenering ook omgedraaid worden. Angst en procedureel handelen leidt eerder tot meer dan tot minder fouten, managers die hun medewerkers niet vertrouwen, krijgen te maken met demotivatie, ontwijkend in plaats van probleemoplossend gedrag.

Bovendien is kiezen voor verantwoordelijkheid als deugd geen makkelijke opgave maar wel een spannende opgave. Het vergt lef, bereidheid om daadwerkelijk eigen keuzes te maken en dat vooral ook weloverwogen te doen. Je kunt je niet verschuilen achter de regels en ook niet achter de ander. Het eigen morele kompas wordt steeds belangrijker en voor de ijking van dat kompas zijn juist de unieke voorbeelden waarmee ik begon heel belangrijk. De bestuurder van het ziekenhuis kon met het luxaflex-verhaal aan het werk. Niet om te straffen maar om een gesprek op gang te brengen over wat goede zorg is.

Verantwoordelijkheid als deugd vraagt ook om deugdelijke leidinggeevenden. Dit is het laatste punt dat ik vandaag onder de aandacht wil brengen.

Verpleegkundigen, verzorgenden, groeps werkers, therapeuten nemen in hun dagelijks werk tal van kleine beslissingen. Veel beslissingen worden vrijwel automatisch genomen op basis van beroepscompetenties en ervaring. Maar het komt ook vaak voor dat professionals voor lastige afwegingen komen te staan. Dan komt dat morele kompas weer om de hoek kijken en is rugdekking belangrijk.

In de gezondheidszorg is voor dit laatste veel te weinig aandacht. Het eerste niveau van leiding is naar mijn oordeel te lang verwaarloosd. Zij worden te veel

aan hun lot overgelaten en te weinig toegerust om die rugdekking te bieden en er te zijn voor de medewerkers en voor de patiënten. Veel reorganisaties in zorginstellingen houden op bij het niveau van het divisiemanagement of clustermanagement. Wat daaronder gebeurt wordt dan minder belangrijk gevonden, dat is vreemd maar vooral ook heel onverstandig. Om lekker te kunnen werken en met lef en liefde aandacht aan patiënten te kunnen geven, is het belangrijk een leidinggevende aan je zijde te vinden die meedenkt, rugdekking biedt en de hoe-vraag centraal stelt.

Ik rond af. Ik ben begonnen met 2 voorbeelden. Deze heb ik gebruikt om de verschillende dimensies van verantwoordelijkheid te beschrijven. Ruimte voor verantwoordelijkheid – de titel van mijn lezing – vereist dat we meer aandacht geven aan verantwoordelijkheid als *deugd*. Deze wordt nu te veel overschaduwed door het denken en handelen in termen van aansprakelijkheid en schuld. In plaats van liefde krijgen we formulieren, in plaats van lef oogsten we angst. Meer ruimte voor verantwoordelijkheid als deugd, dat doe je niet alleen, Ik heb in mijn verhaal aandacht gevraagd voor het niveau van leidinggeven. Het wordt de hoogste tijd dat deze groep leidinggevend in de schijnwerpers wordt gezet en goed wordt toegerust.





Giel Hutschemaekers, bijzonder hoogleraar Radboud Universiteit Nijmegen en directeur van het Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering

### **Niet het vele is goed, maar het goede is veel! Over de kunst van grenzen stellen in de zorg**

Professionals zijn heel vaak idealisten die helemaal voor hun patiënten gaan. Bij voorkeur halen ze het onderste uit de kan, zodat de patiënt maximaal kan profiteren van de zorg. Die aanpak getuigt van liefde voor de patiënt en voor het vak, maar niet per sé van vakmanschap, laat staan van lef. Lef in de zorg is gekoppeld aan terughoudendheid. Vakmanschap in de zorg staat voor 'net iets te weinig' doen, dat wil zeggen zoveel dat de cliënt verder kan, maar ook zelf verder moet.

Niet het vele is goed maar het  
goede is veel!

LIEFDE EN LEF IN DE (G)GZ

prof.dr. Giel Hutschemaekers  
ACSW Nijmegen  
GRIP Wolfheze



De liefde is geduldig en vol goedheid, de liefde is niet grof  
en niet zelfzuchtig, alles verdraagt ze, alles gelooft ze, alles  
volhardt ze. De liefde zal nooit vergaan (1 Korintiërs.1,3-8)

‘heb lief en doe dan wat je wil’

## Augustinus

- liefde in de christelijke traditie: agapè
- liefde: de menselijke kant van de zorg
- van liefde kun je nooit genoeg krijgen en wie liefheeft doet het goede.
- wie liefheeft heeft lef: de martelaar als oervoorbeeld van de liefdevolle overgave
- liefhebben = lefhebben = goede zorg



De liefde van  
de professional  
getuigt van lef  
en

brengt de  
patiënt  
tot leven

## Is de liefde wel zo volmaakt?

- Socrates bezingt de ideale liefde en is idolaat van een jonge filosoof Diotimos
- dan komt de dronken oude Alcipides binnen die wil Socrates bezitten. Kan niet loslaten
- de liefde blijkt niet alleen maar mooi en onschuldig! Zij is ook hebberig en naïef
- met alleen maar liefde kom je er niet
- liefde moet worden gericht door lef
- en wie richt het lef?
- Commitment aan de organisatiedoelen

## Plan van aanpak

- liefde in de (G)GZ
- lef in de (G)GZ
- liefde, lef en commitment in de (G)GZ

## I. liefde in de (G)GZ

- hulpverleners zijn liefhebbers
- zij wensen hun cliënten het beste toe en zijn bereid daar heel wat in te investeren
- dat leidt nogal eens tot langdurige contacten
- satisfactie cliënten neemt toe met lengte van behandeling! Het lijkt er zelfs op dat het resultaat behandeling toeneemt (psychotherapie)
- vraag en aanbodstudies in de RIAGG (jaren negentig): hulpverleners gaan voor de meest intensieve zorg: tandpijnreductie of gebitssanering?

## De helende kracht van liefde

- Psychotherapie:
  - De Freudiaanse analyse
  - De Rogeriaanse empathie
- onvoorwaardelijk positieve benadering die niet oordeelt, laat staan veroordeelt
- tegenwoordig: de non-specifieke therapeutische factoren, de menselijke factor!
- de oer-ervaring van therapeuten: liefde en aandacht creëert een helende context

## maar hoeveel profijt hebben cliënten van al die professionele aandacht?

- Van Hoof, e.a. (1992): cliënten hebben systematisch minder behoefte aan zorg dan door hulpverleners aangeboden
- Spijker (2001): beste voorspeller van chronische depressie is hoeveelheid zorg
- Van Weel (2001): nocebo-effecten bij huisartsen
- conclusie: het vele is soms de vijand van het goede

## het oneindige van liefde

- waarom willen hulpverleners zoveel geven?
  - echte liefde (en die kan verstikken)
  - reddersfantasieën? alleen ik kan de cliënt beter maken
  - twijfel aan de eigen kracht van de cliënt: zonder mij zakt de cliënt door het ijs
  - angst voor loslaten?
  - luiheid (zo realiseer ik mijn productie)
  - gebrek aan lef? Geen risico's durven nemen
  - gebrek aan urgentie, gebrek aan gerichtheid

## II. Lef in de GGZ

- grenzeloze liefde kan zeer grensoverschrijdend zijn!
- bij twijfel kun je beter niets doen!
- Je hebt lef nodig om grenzen te stellen
- goede zorg stelt grenzen
- in de beperking toont zich de meester
- grenzen stellen = oervorm van methodisch werken

## grenzen aan de zorg

- Arntz (2006): negatieve effecten van uitgebreide diagnostiek
- beperkte diagnostiek is meestal beter dan uitgebreide diagnostiek (huisarts).
- Van Straaten, e.a. (2006): kortdurende therapie is bij behandeling van common mental disorders het meest doeltreffend
- niet het vele is goed maar het goede is veel!



## De zorgbegrenzer bij uitstek het behandelprotocol

- getuigt toepassing van behandelprotocollen in de GGZ van lef?
- Keijsers e.a. (2007) behandelprotocollen leiden tot beter resultaat
- dus: toepassen van protocollen is wel degelijk kwestie van lef!
- en een prima manier om je eigen grenzeloosheid onder controle te houden
- HKz als begrenzer van de liefde!

## getuigt toepassing van het protocol altijd van lef?

- de actuele kwestie: separeren in de GGZ
- de vakbond: (te weinig personeel). Getuigt niet van lef
- hoe separatie te verminderen?
- procedures en protocollen: toename van separatie
- want: procedures en protocollen gaan uit van de zwakste schakel
- conclusie: protocollen maken zorg lang niet altijd beter
- protocollen werken uiteindelijk bestendigend en versterken de oneindige liefde

## 3. liefde, lef en commitment

- De kwestie van de separeer
- Tiel: reductie door lef en commitment
- minder protocollen, maar gezamenlijk commitment
- Nordholt e.a. (2008): Tiel: afname van separatie door meer communiceren met patiënt en met elkaar!
- communicatie: helder communiceren met de patiënt/ en niet alleen over patiënt
- commitment: samen reductie willen realiseren
- Lef samen met commitment en liefde: een ijzersterk trio:

## commitment

- tendens van technocratisering: de interventie doet het werk en de professional is uitvoerder
- in die rationalisering past professionals reduceren tot 1e klas klerken
- daarbij past schaalvergroting en fusie
- en verwijdering tussen professional en manager, en afname commitment
- professionals raken minder betrokken bij de organisatiedoelen
- HKZ, protocol en schaalvergroting dragen bij aan reductie actorschap: professionele verantwoordelijkheid nemen

## organisatiedoelen op grotere afstand

- Bij schaalvergroting dreigt dat
- organisatie minder belonend is t.a.v. commitment van professionals bij organisatiedoelen
- Daardoor neemt het commitment van hulpverleners bij de organisatiedoelen af.
  - 'het zal mijn tijd wel duren'
  - toenemend ontwijkgedrag
  - afnemen actorschap
  - oplopende wachtlijsten
  - langere behandelingen
- kortom: van de regen in de drop!

## Slot: liefde let op uw saeck

- er is niets mis met rationalisering
- wel met de robbottisering van de zorg
- passie voor de organisatiedoelen neemt af
- liefde wordt oneindig en lef verdwijnt uit zicht
- het alternatief: investeer in commitment van professionals
- hoe: heb ze lief met lef!
- beloon passie (liefde + lef)

## Zolang er mensen zijn is er hoop

- (G)Gz is mensenwerk!
- mensen zijn creatief, bijv. desepareren in Tiel
- waar mensen zich verbinden en commiteren ontstaat kracht en energie
- komt liefde, lef en commitment weer boven
- hoe zorgen we voor commitment ?
- door inspiratie
- misschien wel door congressen als deze
- zegt het voort!



de (G)GZ blijft  
mensenwerk



Rosemarie van Troost is directeur van het Van Kleef Instituut, een kennisnetwerk en implementatiewerkplaats voor professionals binnen de sector Preventie en Zorg, Wonen en Welzijn in de regio Zuid-Holland. Partners in het Instituut zijn ActiVite, Careyn, VierstroomZorgring en Zorgbeheer De Zellingen. Lies Zuidema is directeur van Zuidema Interim Management & Advies.

## ***Over ethische vragen – wie durft?***

De deelnemers van deze workshop hebben een verschillende achtergrond: ongeveer de helft van de mensen heeft dagelijks contact met patiënten/cliënten.

In deze workshop werd stil gestaan bij ethische vragen van alledag in de zorg. Ethiek is de wetenschap die zich bezighoudt met de moraal, over wat wel mag en wat niet mag. Dit kan zeker ook gaan over het leven van alledag en dus ook de zorg van alledag. Lef en liefde zijn nodig bij de praktijk van alledag. Je hebt bijvoorbeeld lef nodig om uitspraken te doen. Je hebt liefde nodig om dagelijks in de zorg te werken. In dit kader werd ook de uitspraak van Harry Kunneman, spreker tijdens het congres, herhaald: 'Je moet de plekken der moeite durven te betreden'.

Tijdens de workshop werden aan de deelnemers vier verschillende dilemma's uit de zorg voorgelegd. Dit waren voorbeelden uit de praktijk. Als professional en als leidinggevende moet je vaak kiezen. Maar op basis waarvan kies je? Waar ligt de grens?

### **Casus 1: Grenzen van personele schaarste.**

*U werkt als verpleegkundige op een afdeling chirurgie. Twee collega's zijn ziek. Hierom wordt u bijgestaan door een leerling-verpleegkundige en een uitzendkracht. De patiënten op de afdeling hebben geen complexe zorg nodig. De hoofdverpleegkundige komt langs en wenst u veel succes en gaat vervolgens naar huis.*

Veel van de aanwezigen gaven toe wel eens te weinig tijd te hebben voor het goed uitvoeren van alle taken. Wat doe je in zo'n situatie? Sla je bepaalde taken over door het stellen van prioriteiten of voer je wel alle taken uit maar dan minder goed. Hierover waren de meningen verdeeld: sommigen gaven aan alles te doen, omdat de tijd voor reflectie ontbreekt; anderen stelden wel prioriteiten op basis van wat het meest de zorg raakt.

Iedereen zou in deze situatie wel aan het werk gaan. Wel zouden sommigen het probleem aan de hoofdverpleegkundige voorleggen.

*Een patiënt van de afdeling Intensive Care komt naar uw afdeling. De chirurg deelt mee dat u deze patiënt goed in de gaten moet houden.*

Niet alle deelnemers van de workshop accepteren deze patiënt: de zorg van de patiënt kan niet gegarandeerd worden. Degenen die de patiënt wel accepteren zullen de uitzendkracht specifieke opdrachten geven.

*De uitzendkracht zegt wel bevoegd te zijn, maar niet bekwaam. Later gaat ze ziek naar huis.*

Eén van de deelnemers geeft aan met goede moed te gaan werken: 'Het werk gaat door. Je moet roeien met de riemen die je hebt.' Veel van de deelnemers zullen kijken of personeel van een andere afdeling kan bijspringen en zullen de leidinggevende van de situatie op de hoogte stellen.

*Stel: er gebeurt een fout. Voelt u zich medeverantwoordelijk?*

Eigenlijk voelt iedereen zich (mede)verantwoordelijk. Nagedacht moet worden of de juiste keuzes gemaakt zijn, bijvoorbeeld of de patiënt van de IC wel of niet geaccepteerd had moeten worden. Maar ook de chirurg, die de patiënt overgedragen heeft, moet in dit proces betrokken worden. Hij wandelt wel makkelijk weg, maar wat is zijn verantwoordelijkheid in dit geheel?

Veel van de aanwezigen herkennen een deel van dit verhaal uit de praktijk: 'We hebben een beroep waar we soms moeilijke dingen moeten doen. Fouten kunnen voorkomen' en 'Je kan bepaalde verantwoordelijkheden niet aan'.

## **Casus 2 – De manager**

*U werkt als manager bij een huiskamerproject. In deze woning wonen acht lichtgedementeerde ouderen. Al het werk wordt verricht door acht personeelsleden. Na één jaar echter, is de zorgzwaarte van de ouderen toegenomen. Het personeel begint te klagen en geeft aan dat ze het zo niet volhouden tot hun pensioen. Ze willen een extra personeelslid.*

De deelnemers geven aan als manager zeker met dit probleem aan de slag te gaan. Ze zullen bij zichzelf te raden gaan of ze deze signalen ook al opgepikt hebben. Ze zullen bekijken of er taakherschikking mogelijk is. Een mogelijke andere oplossing is om het personeel een opleiding aan te bieden, de zorgbehoefte is immers veranderd.

*Inmiddels is er weer een jaar verstreken. Eén van de acht personeelsleden meldt zich ziek, waardoor er nog zeven personeelsleden over blijven. Aan het begin lijkt het op een griep, maar gaandeweg wordt duidelijk dat het gaat om een burn-out.*

De managers zien dit als een extra signaal dat er iets niet goed is in de organisatie, de andere personeelsleden lopen ook een groot risico.

De deelnemers dragen verschillende oplossingen aan: het personeel aanvullen tot de normale bezetting via uitzendkrachten of de parttime personeelsleden extra inzetten. Eén van de aanwezige medewerkers zou de vraag terugleggen bij het personeel. Hierdoor maak je ze medeverantwoordelijk voor de besluitvorming.

Vervolgens meldt een tweede verzorgende zich ziek: hij/zij heeft een been gebroken tijdens het skiën. Het personeelslid met de burn-out wordt gevraagd om te komen werken en licht werkzaamheden te doen. Deze geeft echter de volgende reactie: *Nee, ik kan niet komen werken. Zodra ik daar weer kom begin ik te huilen. Het uitzendbureau heeft geen gediplomeerd personeel, maar wel een helpende.*

Ook nu weer komen er verschillende aanpakken naar voren. Een hiervan is het aanspreken van familieleden. Deze kunnen mantelzorg verlenen, bijvoorbeeld door het helpen met 'klusjes' als koffie en thee schenken. De meesten zullen wel de helpenden inzetten. Ook zullen de managers kijken of ze zelf kunnen helpen.

Ook wordt er nog aangegeven dat de situatie eerder aan het licht had moeten komen: 'Je wordt niet in één dag dement'. De hogere leidinggevende moet aangesproken worden.

### **Casus 3: Schaarste**

*Gelden in de zorg dezelfde principes als in je privé-leven? Als je in je privé-leven geld tekort komt, stel je prioriteiten. Maar zijn dit dezelfde prioriteiten als in de zorg? Stel je hebt drie miljoen euro extra te besteden voor zorg. Je kunt dit op twee verschillende manieren inzetten:*

- *Nieuwe experimentele behandeling voor een zeldzame vorm van kanker. Deze kun je geven aan drie patiënten, waarvan er slechts één baat van blijkt te hebben.*
- *Project rondom kleinschalig wonen.*

Bij de bespreking van dit dilemma komen verschillende afwegingen aan de orde:

- *het gaat om een zeldzame vorm van kanker, weinig mensen zullen bij de behandeling baat hebben*
- *kwaliteit boven kwantiteit?*
- *wat is kwaliteit van leven?*

In eerste instantie kiezen de meeste deelnemers voor de kleinschalige woningen. Als het echter om een andere minder zeldzame vorm van kanker zou gaan, dan verschillen de meningen.

Er wordt geopperd om het KWF de benodigde drie miljoen euro te laten doneren, zodat beide projecten uitgevoerd kunnen worden. Het KWF heeft toch voldoende geld, en anders willen mensen hiervoor wel doneren. Dit geldt echter niet voor kleinschalige woningen, hier zullen mensen veel minder snel geld voor geven.

*Stel je hebt 30 miljoen euro vrij te besteden. Waar geef je dit geld aan uit?*

- *Onderzoek, bijvoorbeeld naar kanker of dementie.*
- *Preventie: voorkómen dat mensen in de zorg komen.*
- *Thuiszorg: zodat mensen langer thuis kunnen blijven.*

De meeste deelnemers geven echter aan het geld in opleiding/personeel te willen besteden. Het werken in de zorg moet weer aantrekkelijk worden. Een grote groep, die wel feeling met de zorg heeft, maar nu nog niet in de zorg werkt zou aangesproken kunnen worden. Te denken valt aan allochtonen of mensen die nu wel in zorginstellingen werken, maar geen zorg verlenen zoals schoonmakers.

#### **Casus 4: Toekomstig gebruik van zorg**

*Het geld voor de zorg is op. Er bestaat ook geen draagvlak onder de Nederlandse bevolking voor verhoging van de zorgpremie. Ondertussen zit je werkzame leven erop, en heb je de leeftijd van vijfenzeventig bereikt. Helaas heb je niet heel veel geld. Er treden symptomen van dementie op. Je wordt gevraagd te tekenen voor één van beide onderstaande opties:*

- *Tot je overlijden ben je gegarandeerd van goede dagelijkse verzorging. Je moet echter afzien van iedere vorm van specialistische zorg.*
- *Je ontvangt geen zorg meer rondom je dagelijkse bezigheden. Wel heb je de beschikking over specialistische zorg indien je hier behoefte aan hebt.*

Alle deelnemers, op één na, kiezen voor de goede dagelijkse verzorging. Je hebt immers maar een beperkte levensverwachting. De deelnemer die kiest voor de specialistische zorg gaat ervan uit de zorg rondom de dagelijkse bezigheden toch wel van vrienden en familieleden te ontvangen. Ook heeft ze veel vertrouwen in toekomstige ontwikkelingen.

De workshop werd afgesloten met de vier kardinale deugden van Socrates: Kracht, Voorzichtigheid, Rechtvaardigheid en Matigheid. Door de workshop hebben de deelnemers een duidelijker beeld gekregen van de wijze waarop keuzes gemaakt worden en wat de betekenis van deze keuzes is voor het dagelijks handelen. Dit inzicht en de vier deugden kunnen ons helpen bij het bewuster omgaan met toekomstige keuzemomenten.



Joanna Schouten werkt bijna 4 jaar voor Pentascope als consultant en heeft zich gespecialiseerd in de PITeam-aanpak. Ze heeft projecten gedaan als procesbegeleider bij het Medisch Centrum Leeuwarden en de Provincie Groningen. Als projectleider werkte ze bij Aegon en de RDW.

Marcel Endendijk is 10 jaar consultant bij Pentascope. Hij richt zich voornamelijk op de Zorg, overheid en onderwijs. PIT-ervaring heeft hij bij het Medisch Centrum Leeuwarden en de Provincie Friesland.

### **Schitterende bedrijfsvoering in de zorg (door Huub Purmer)**

#### ***Een mensgerichte benadering voor een efficiencytraject***

**De marktwerking heeft ook de zorgsector bereikt. Als reactie hierop proberen zorginstellingen drastisch kosten te besparen, zorg voor de patiënten te verbeteren en daarnaast gemotiveerde medewerkers te houden. Het lijkt een onmogelijke combinatie en daarmee is een schitterende bedrijfsvoering in de zorg een utopie. Of beperken we onszelf nu? Door medewerkers in een intensief project met elkaar te laten samenwerken wordt er ondernemerschap gecreëerd waarmee duizenden euro's bespaard kunnen worden, meer efficiënte manieren van werken worden ontwikkeld, de kwaliteit van zorg verbeterd en dat allemaal op een mensgerichte manier. Het is dus mogelijk.**

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bevestigt het op hun website. "VWS wil meer concurrentie in de zorg". Volgens VWS dwingt concurrentie tussen zorgaanbieders zorginstellingen om de beste kwaliteit van zorg te leveren. In het nieuwe zorgstelsel staat de cliënt centraal, spelen marktprikkels een grotere rol en treedt de overheid steeds verder terug. Concrete consequentie is dat er minder overheidsgeld beschikbaar is zodat zorgorganisaties op meer zelfstandige wijze de 'broek' op moeten houden en (liefst) hogere kwaliteit van zorg moeten leveren. Een paradigmashift die bijna onmogelijk lijkt. Die ontwikkelingen in de zorg, de marktwerking, financiële beheersing en professionalisering kunnen bereikt worden door langzame en moeizame verandering. Of door een intensief en kwalitatief traject waarbij de eigen organisatie écht betrokken is. Stel je eens voor dat, dat mogelijk is.

#### **Vonken in organisaties – stel je eens voor.**

Stel je eens voor dat je elke dag met plezier naar je werk gaat, omdat je de dingen doet waar je goed in bent en die je graag doet. Stel je eens voor dat je een bijdrage kunt leveren, eenvoudigweg door jezelf te zijn. Stel je eens voor dat je trots bent op de

zorgorganisatie waar je werkt en de diensten die jouw organisatie levert. Klinkt het te utopisch of kunnen we dit echt nastreven?

Pentascopie werkt aan Schitterende Organisaties, ook in de zorg. Een belangrijk kenmerk van Schitterende Organisaties is het gezonde evenwicht tussen vinken en vonken. Wie is er niet bekend met het afvinken van lijstjes, taken en verantwoordelijkheden? Dit vinken kan extra waarde krijgen door vonken. Wat is dat? Onder 'Vonken' verstaan we de dingen oppakken waar je hart ligt en waar je goed in bent, die je energie opleveren om samen 'in een staat van *flow* te komen. Met een vanzelfsprekendheid geweldige resultaten behalen. 'Vinken' waar nodig en 'vonken' waar mogelijk.

Tijdens de bijeenkomst op het congres Lef en Liefde in de zorg blijkt dat de aanwezigen dit soort vonken in de organisatie ook zien. Niks vaags of utopisch, gewoon realiteit van alledag. Alleen nog niet op grote schaal. Voorbeelden die bezoekers aan het congres met ons hebben gedeeld zijn: bij een certificeringstraject kozen professionals ervoor eens écht voor kwaliteit te gaan, dat zij daarnaast aan de verplichte norm voldeden was mooi meegenomen. Het delen van de visie tussen finance en zorg leverde een verrassende ontmoeting op. En het blijkt wél mogelijk dat collega's van verschillende divisies in een tweedaagse met elkaar bereid waren één doel na te streven.

### **Vonken in een PIT traject**

In een traject met een Proces Innovatie Team worden ook vonken gehaald. Denk hierbij aan

- Diagnostiek gereed binnen 4 uur in plaats van 12 uur
- Door protocollering 5% minder diagnostiek
- Doorlooptijd patiënt plastisch chirurg van 39 naar 17 weken
- Verwerking ontslagbrief van 7 weken naar 1 dag
- Avondspreekuren geïntroduceerd
- Medewerkers ervaren dat zij invloed hebben op hun werk en hun omgeving

De essentie van de PIT-aanpak zit hem vooral in het team met wie je de verandering doorvoert. Hierbij zit de kracht, kennis en kunde vooral bij de professionals zelf. Het (multidisciplinaire) team is het hart van de verandering. Een adviseur van Pentascopie is bij dit traject ondersteunend, in plaats van adviserend. De eerste twaalf weken bestaat uit een intensief programma waarin het team middels analyse tot een gedegen plan van aanpak komt. Dit moet ook in de organisatie gepresenteerd worden. Vanaf de dertiende week begint de daadwerkelijke implementatie. Met als uiteindelijk resultaat vermindering van kosten en hogere (cliënt)tevredenheid.

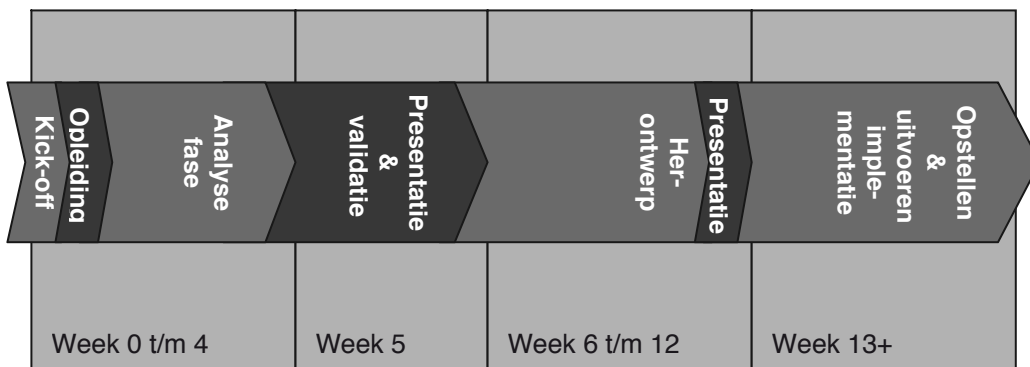
### **Het PIT traject - een praktijkvoorbeeld**

De nieuwe regelgeving in combinatie met de marktwerking in de zorg maakte dat ook het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) in beweging moest komen. Beter presteren, minder kosten, concurrentie het hoofd bieden en betere dienstverlening. Dit was de aanleiding voor het MCL om de processen kritisch onder de loep te nemen. Een concept dat bij uitstek geschikt is voor dit soort transitie is het concept 'Proces Innovatie Team'. Bij het MCL stonden drie kwantificeerbare doelen centraal.

1. goedkoper werken
2. betere informatievoorziening (voor management én patiënt), en
3. verbetering van de patiëntvriendelijkheid.

## Zware periode

Er werd een team samengesteld per specialisme, bestaande uit een afdelingshoofd, een teamleider van de polikliniek, een verpleegkundige en een specialist. 12 Weken werkten deze ervaringsdeskundigen intensief samen aan procesoptimalisatie. Na een kick-off en een korte opleiding startte de analysefase. Een belangrijk moment waar processen in kaart worden gebracht. Er wordt in deze fase nog niet aan oplossingen gewerkt. Dit gebeurt pas in de fase van herontwerp. Nadat de uitkomsten uit de analysefase aan het management gepresenteerd zijn, wordt de keuze voor de belangrijkste winpunten gemaakt. De herontwerpfase wordt als meest uitdagende fase gezien. Deelnemers kunnen eindelijk denken in oplossingen. Verbeterpunten worden continu onderbouwd met kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Dit betekent veel meten en cijfermatig aantonen hoe lang een proces daadwerkelijk duurt door o.a. enquêtes onder medewerkers en patiënten te houden. Een belangrijk deel van het concept is dat de medewerkers zelf invloed uitoefenen op de kwaliteit van (hun eigen) werk.



## Resultaat

Een mooi voorbeeld van deze aanpak vormt het gebruik van het middel botox door de afdeling Neurologie bij het MCL. Een van de verbeterideeën was dat door een verandering van werkwijze er met minder botox dezelfde medische resultaten konden worden bereikt. Uit de analyse van het team bleek dat het om veel geld op jaarbasis ging. Nu deze feiten op tafel lagen en geaccepteerd waren, kon er een oplossing binnen een week ingevoerd worden. Kosten werd bespaard, zonder dat de kwaliteit achteruit ging.

## De waarde van de gevolgde aanpak

Door de medewerkers zelf de architect te laten zijn van de verandering binnen hun eigen zorgprocessen, krijgen zij het vertrouwen dat ze zelf in staat zijn om problemen aan te pakken. Ook na het traject weten ze hoe ze tot een oplossing kunnen komen als er andere knelpunten zich voordoen. Het 'eilandjes denken' van de verschillende afdelingen maakt plaats voor het samen werken aan een schitterende organisatie. Inderdaad een vorm van vonken. Er is bewust gekozen om een noodzakelijke efficiencyslag mensgericht aan te pakken. De filosofie die hierachter zit is dat mensen wel willen veranderen, maar niet veranderd willen worden. Deze aanpak heeft grootse resultaten opgeleverd, waar de leden van de teams en het MCL trots op zijn. Er is daarmee een basis gelegd voor de continuïteit van het MCL. Voortaan zoeken de medewerkers zélf proactief naar manieren om de zorgprocessen te verbeteren vanuit het patiëntenperspectief.





Monica Haimé is organisatieadviseur, gespecialiseerd in kwaliteitsmanagement en verandermanagement. Zij werkt aan een promotieonderzoek over de veranderbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg.

## ***Afrekenen met disfunctionele gedachten***

### **Aanleiding**

Drie jaar geleden schreef ik samen met Harry Sonnenschein het artikel: "Werken met liefde en Compassie" naar aanleiding van een bezoek aan het St. Charles Medical Centre in Bend Oregon. In dit ziekenhuis is men erin geslaagd een radicale omslag te maken van het traditionele ziekenhuis naar een organisatie waarin heling, liefde en aangenaam vertoeven tot in de kleinste details is doorgevoerd. Twee jaar geleden kwam Jim Lusier naar Nederland. Terwijl veel organisaties moeite hadden om bezoekers te trekken voor bijeenkomsten kwamen 260 deelnemers naar de conferentie waar Jim Lusier zijn veranderingsconcept uit de doeken deed. Een jaar geleden ging een gezelschap van twintig belangstellenden uit Nederland naar Oregon, ze bezochten onder andere het St. Charles Medical Centre en kwamen geïnspireerd en bevlogen terug naar Nederland. De belangstelling voor verandering is enorm in de gezondheidszorg. Regelmatig worden innovatieve ideeën op beleidsconferenties, heidagen en symposia uitgewisseld. Tijdens dialogen en discussies na afloop geven de deelnemers altijd aan dat de praktijk weerbarstig is en dat het werkelijk doorvoeren van echte veranderingen in de Nederlandse zorg stagneert en of soms zelfs niet echt van de grond komt.

Wat is er aan de hand als mensen oprecht aangeven te willen veranderen, daar aanzetten toe doen en vervolgens gefrustreerd raken door gebrek aan succes? Is er sprake van een bestuurlijk probleem met gebrek aan positieve focus en een overmaat aan dagelijkse tijdrovende beslommeringen? Beslommeringen in de zin van indicatoren die volgens ingewikkeld format moeten worden aangeleverd aan diverse instanties, certificaten die moeten worden gehaald, administratieve problemen rondom diagnose behandelcombinaties (dbc's) en elektronische patiëntendossiers (epd's)? Speelt de Nederlandse cultuur met haar 'doe normaal dan doe je gek genoeg' ons te parten waardoor elke verandering die riekt naar liefde, barmhartigheid, dienstbaarheid en service al gauw vervliegt binnen de muren van de zorginstelling waarin gebrek aan tijd en geld de dagelijkse regie voeren? Wat houdt ons tegen? Kan het anders? De vele vragen die ik mij gesteld heb over het hoe en waarom van de door mij gepercipieerde bereidheid tot veranderen en de daarop volgende stagnatie in instellingen hebben mij teruggeleid tot mijn oorspronkelijke vak van de psychologie. De vraag waarvan ik denk dat het in essentie omgaat is: welke gedachten sturen ons gedrag in de zorg aan? Welke

functionele en welke disfunctionele gedachten leiden ons gedrag? Met functionele gedachten bedoel ik dan gedachten die bevorderend en met disfunctionele gedachten bedoel ik gedachten die belemmerend werken ten aanzien van de beoogde veranderingen.

In het navolgende wil ik eerst een beeld schetsen van wat ik waargenomen heb in het St.Charles Medical Centre. Vervolgens wil ik met u door mijn veranderde blik bij terugkeer in Nederland enkele observaties uit een Nederlands ziekenhuis schetsen. Ten slotte zal ik ingaan op dat wat zich achter de waarnemingen bevindt: de functionele en disfunctionele gedachten die het gedrag aansturen dat zich wel en niet richt op veranderingen.

### **Het St.Charles Medical Centre in Bend Oregon**

Bij aankomst in de hal van het ziekenhuis stond een vriendelijke vrouw de bezoekers op te wachten. Ze heette ons bij ons bezoek aan het ziekenhuis welkom en vroeg of wij de weg naar onze bestemming kenden. Achter haar stond een grote mooie houten tafel waaraan zes oudere mensen van gepensioneerde leeftijd zaten. Goed verzorgde vriendelijke mensen die de indruk wekten alle tijd van de wereld te hebben en het plezierig te vinden daar te zijn. Op de tafel stonden thermoskannen met thee, koffie, karaffen water en koekjes. De vriendelijke dame vroeg een van de gepensioneerde burgers om ons naar onze afspraak te begeleiden. Hoe laat moet u er zijn? informeerde onze begeleidster en zij bood ons een kop koffie aan omdat wij te vroeg waren voor onze afspraak. Recht voor ons zagen we een muur met een kunstwerk waarlangs water omlaag klaterde. Het gaf een rustgevend geluid. De hal was sowieso buitengewoon rustgevend. Er hing een bord met het opschrift: "To improve the health of those we serve in a spirit of Love and Compassion". Het viel ons op dat men hier in de eerste of tweede versnelling loopt en niet in de derde of vierde zoals te doen gebruikelijk is thuis in onze ziekenhuizen. We ontkomen in onze gedachten niet aan een vergelijk. Een fenomeen dat een ieder kent van het verkeren in het buitenland. Datgene dat thuis zo vanzelfsprekend en gewoon is, valt op doordat je geconfronteerd wordt met het feit dat het ook anders kan. We ontmoeten Jim Lusier, de directeur die ons verder zal rondleiden door het ziekenhuis. Bij het bord over liefde en compassie begint hij te vertellen. Hij vertelt hoe samen met een groep smaakmakers een concept is ontwikkeld waarin een ieder die in het ziekenhuis werkt en elke burger van Bend wordt uitgenodigd om alles wat helend en genezend werkt in het ziekenhuis te brengen of vorm te geven. Tevens is alle medewerkers gevraagd naar de manier waarop zij graag willen werken en naar ideeën over hun werk die 'fit for future' zijn. Dit heeft geleid tot het sturende concept van liefde en compassie en tot tal van ideeën en innovaties die vorm hebben gekregen door de vele handen die licht werk maken. Het klinkt bijna te eenvoudig om waar te zijn. Links in de hal staat een aantal hoge stoelen, comfortabele zitbanken en losse zitkussens met een enorme ramenpartij erachter. "We zijn afgestapt van één soort stoel en een vaste huisstijl" zegt Jim. "Niet iedereen zit lekker in dezelfde stoel. Oudere mensen hebben een voorkeur voor de hoge stoel, kinderen voor de poef, echtparen voor de bank." Rechts van ons zien we een prachtige bakery van waaruit de geur van vers gebak en koffie ons tegemoet komt. Het ruikt hier niet naar ziekenhuis en het klinkt ook anders. We horen in de verte pianomuziek. Als we dichterbij komen zie ik een vrouw die een kind piano leert spelen. De plaatselijke muziekschool blijkt de piano neergezet te hebben en geeft muzikles in het ziekenhuis. Er zijn veel planten en bloemen. De plaatselijke bloemisterijen hebben de planten gedoneerd en verzorgen die ook zelf in ruil voor een vorm van reclame voor hun zaak.



In de hal staat een standbeeld en er hangt hier en daar kunst aan de muren. De plaatselijke kunstenaars verzorgen de kunst aan de muren. We komen langs een prachtige ruim gesorteerde giftshop. Daartegenover is een bibliotheek waarvan Jim Lusier ons vertelt dat daar al zijn boeken staan die een relatie hebben met het veranderingsconcept van het St. Charles. Ik zie diverse boeken van Robert K.Greenleaf over

Servant Leadership, Putting Patients First (het boek achter het Plane Tree Concept), Concurrentiestrategie van Michael Porter en nog veel meer. De boeken zijn daar te leen en ter inzage voor een ieder.

We komen bij de liften. De bewegwijzering past op een bord dat niet groter is dan 3 A4tjes overdwers, alles wat je als patiënt zoekt staat erop in normale leken taal. Op de verpleegeenheid staat bij de ingang een bord met foto's van de dienstdoende verpleegkundigen, artsen en huishoudelijk personeel. De patiënten hebben elk een eigen kamer. Vanuit het bed is een white board te zien met daarop de tekst: Your roomnummer is ... and for roomservice dial: .... Op de menukaart staan aanwijzingen voor patiënten met hartklachten, vloeibaar dieet en andere problemen. Patiënten bestellen wat ze lusten en wanneer ze het lusten. Ze eten beter, herstellen sneller en er is veel minder verspilling van voedsel dan vroeger. Het Ritz Carlton heeft hen geholpen om een goedkope en logistiek goed lopende roomservice op te zetten. "Het is hun vak en daarom konden zij ons goed adviseren" zegt Jim Lusier. Het St. Charles maakt veel gebruik te maken van de deskundigheid van anderen. De bedrijven blijken graag en vaak tegen zeer geringe vergoedingen te willen ondersteunen. In elke patiëntenkamer is er een opklapbed. Familie of verwanten kunnen blijven overnachten, ze hoeven dat niet te melden of aan te vragen. De patiënt voert hier zelf de regie over de eigen kamer. Ik zie een oudere vrouw in bed liggen. Twee kinderen spelen in haar kamer en ik hoor hoe haar dochter afscheid van haar neemt en tegen haar moeder zegt dat ze boodschappen gaat doen. Ze maant haar kinderen lief te zijn voor oma die, hoewel in het ziekenhuis gelegen, blijkbaar best in staat is om op haar kleinkinderen te letten. In de hal waar de patiëntenkamers op uit komen staat een grote tafel met een enorme puzzel van minstens duizend stukjes. De randen zijn gelegd. Jim Lusier vertelt dat die puzzel onderdeel vormt van het zogenaamde empathic design. Het biedt patiënten de mogelijkheid om al puzzelend even afgeleid te worden van de pijn en de zorgen en het maakt het makkelijker om elkaar rond de puzzel op te zoeken met de mogelijkheid maar zonder de verplichting een praatje met elkaar te maken. Jim vestigt onze aandacht op de verlichting: "We hebben op alle verpleegeenheden de kantoorverlichting verwijderd en vervangen door indirecte huiselijke verlichting. Per slot van rekening heeft niemand thuis in de slaapkamer kantoorverlichting." Ik denk aan onze ziekenhuizen en vooral ook aan onze verpleeg- en verzorgingshuizen. Het gros heeft kantoorverlichting en ik heb er nooit bij stilgestaan dat dat wonderlijk zou kunnen zijn. Zie hier mijn blinde vlekken. Op de gang lopen verpleegkundigen regelmatig naar een wagentje waarop hun mobiele computer staat compleet met een goed werkend elektronisch patiëntendossier. Op de

vloer ligt vloerbedekking die net zo makkelijk schoon te maken is als linoleum. Het oogt allemaal huiselijk en warm. De balie van de verpleegkundigen is laag zodat je ook in en rolstoel goed contact kunt maken. Er staat een harp. Jim vertelt ons met pretlichtjes in de ogen dat een verpleegkundige op wetenschappelijk onderzoek was gestuit dat het geluid van de harp helend en genezend werkt. Hoewel hij zelf sceptisch daarover was gaf hij aan dat het wel zaak was om het veranderingsconcept consequent te hanteren. We hadden gevraagd om zaken die helend en genezend zijn binnen te brengen en dan kun je best ideeën afwijzen op goede gronden maar je moet ook ideeën toelaten die jou als leiding niet aanspreken maar daarom niet noodzakelijkerwijs onzin zijn. We lopen langs een wachtkamer met een open haard. Jim bekent ons dat hij ook niet echt gecharmeerd was van de idee van een openhaard vanuit zijn eerste gedachte aan brandgevaar. Dat brandgevaar bleek onzin en de wachtkamer met de openhaard werd zo populair dat er binnen een jaar zes openhaarden werden geplaatst in andere wachtruimtes. Wederom winst aan beide kanten: de fabrikant van openhaarden kan zijn product onder de aandacht brengen van het publiek en de wachtruimte in het ziekenhuis is veraangenaamd. In elke onderzoekskamer en spreekkamer hangt figuratieve kunst. Landschappen, bloemen, huiselijke taferelen. Een medewerker was gestuit op wetenschappelijk onderzoek waaruit bleek dat figuratieve kunst kalmerend werkt in stressvolle situaties. We komen langs het café voor personeel en bezoekers, het doet niet onder voor de gerenommeerde grand cafés uit onze grote steden in Nederland. We verlaten de bezoekersruimten en komen in de werkruimten van ziekenhuismedewerkers. Hier hangt kantoorverlichting en de ruimten zijn beduidend minder huiselijk. De sfeer is ook anders. Medewerkers maken luidkeels grappen naar elkaar en er hangt een duidelijke backstage werksfeer. We komen in een ruimte waarin acht medewerkers achter telefoontoestellen en computers zitten. Jim vertelt dat hier de administratie en het logistieke telefoonverkeer wordt geregeld. De portier die ook de telefoon bediende in de centrale hal bestaat niet meer. Jim legt uit hoe storend het was voor bezoekers en dat bij nader inzien het onzinnig was om het telefoonverkeer in het zicht van bezoekers en patiënten te coördineren. Daar had ik niet bij stilgestaan. Wederom een blinde vlek waarvan ik niet wist dat ik hem had.

We vragen naar de medewerking van de artsen. Jim vertelt dat de artsen hun werk kunnen doen op een manier die hen aanspreekt. Ze hoeven zich niet noodzakelijkerwijs bezig te houden met zaken die hun werk niet raken en dat vinden zij plezierig. Natuurlijk moeten zij het concept van liefde en compassie onderschrijven. We hebben op respectvolle wijze afscheid genomen van artsen en medewerkers die zich niet aangesproken voelen door het concept. Het klinkt allemaal zo voor de hand liggend en soms te eenvoudig om waar te zijn. Het is waar. Ik zie het met mijn eigen ogen. Jim vertelt over het project "Nighthawks". Een radioloog kwam met de gedachte om per computer 's nachts röntgenfoto's te laten beoordelen door gerenommeerde collega's in India bij wie het dan dag is. Hij kreeg de ruimte om dit te realiseren. Weg was de achterstand in de beoordeling van foto's. Patiënten die het op prijs stellen kunnen voor de operatie een massage krijgen omdat gebleken is dat ontspannen de operatiekamer ingaan het herstel na de operatie bevordert.

We verblijven nog drie dagen in het ziekenhuis voor een werkconferentie over leiderschap in de zorg en voelen ons er erg thuis en op ons gemak. We doen zelfs een sessie in de stille ruimte die ingericht is door een werkgroep van een rabbi, een pastoor, een dominee en een humanist. Een prachtige rustgevende ruimte waarin Jim ook de ontvangst van bezoekers na het overlijden van zijn moeder heeft georganiseerd. Het valt mij op dat er in dit ziekenhuis veel kan, er is veel ruimte voor het nemen van initiatieven en het vorm geven aan ideeën. En er is duidelijk richting gegeven aan de te nemen

initiatieven: Breng wat helend en genezend is in het ziekenhuis. Ik zie hoe hier professionals heel veel ruimte en heel veel richting hebben gekregen en hoe positief dat werkt.

### Terug in Nederland

Bij mijn terugkeer in Nederland word ik gebeld door de voorzitter van de raad van bestuur van een middelgroot algemeen ziekenhuis dat het begrip patiëntgerichtheid en service graag handen en voeten wil geven. We maken een afspraak om de opdracht te bespreken.

Bij mijn bezoek aan het ziekenhuis merk ik dat mijn blik fundamenteel veranderd is door de ervaringen in het St. Charles. De dingen die ik voorheen zag en die voor mij zo vanzelfsprekend en normaal leken hebben hun vanzelfsprekendheid verloren. Ik kan niet meer kijken zoals ik voorheen keek. Ik kijk nu anders. Ik heb een afspraak met de voorzitter van de raad van bestuur en ik ben een half uur te vroeg. Bij mijn aankomst moet ik de auto erg ver van de hoofdingang parkeren. Ik vraag mij af waarom er geen parkeerservice is of parkeergelegenheid dichtbij mijn plaats van bestemming. Vlak voor het ziekenhuis is er een glazen hok voor de rokers. Het ziet er naargeestig uit. De rokers zitten te kijk in een tochtige bedompte schrale ruimte. Ik denk aan oude Engelse rookkamers met open haarden en leren fauteuils. Ik moet door een draaideur. Ik ben te vroeg en draai een paar keer door de deur zorgvuldig de mededelingen lezend. Ik lees:

- Laat uw hond buiten, zet uw mobiel uit, niet roken en niet met etenswaren naar binnen komen;
- U moet zich in deze instelling kunnen identificeren, houdt uw identiteitspapieren en verzekeringsgegevens bij de hand;
- Niet alle behandelingen uit het A en B segment worden vergoed. Informeer goed bij uw zorgverzekeraar of uw behandeling wel vergoed zal worden;
- Uw auto wordt weggesleept als u verkeerd geparkeerd staat
- Peter is jarig, feliciteer hem op toestel .....
- Wij behouden ons het recht voor u te verwijderen uit deze instelling
- Wij hebben gedrageregels en u dient zich daaraan te houden, informeer bij de portier of raadpleeg onze website (die u op dat moment niet kunt raadplegen als u geen laptop bij zich heeft).

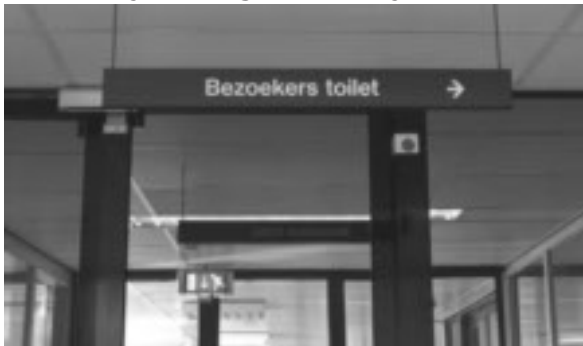


Ik wend mij tot de portier die naast de ontvangst ook de telefoon bedient die op dat moment natuurlijk net gaat. Ik wacht geduldig op mijn beurt en vraag naar de gedragsregels. De portier is buitengewoon vriendelijk en zichtbaar verward door mijn vraag. Die is hem blijkbaar nooit gesteld. Hij geeft aan tot zijn eigen verbazing de mededeling ook gezien te hebben en zoekt voor mij in diverse laden naar de gedragsregels. Zijn collega's springen bereidwillig bij en beginnen te zoeken. De gedragsregels zijn niet te vinden. Drie portiers putten zich uit in verontschuldigingen en ik verzeker ze dat het

geen probleem is, ik surf morgen wel naar de website en ik hoop dat ik vandaag geen regel zal schenden. Boven het hoofd van de portiers is een lichtbalk met doorlopende mededelingen over de verbouwingen waar het ziekenhuis zich voor verontschuldigt en een welkomstwoord dat je nog net kunt lezen als je lang genoeg blijft staan. Terwijl ik de voorbij bewegende lichtregels lees, hoor ik hoe een patiënt wordt gezocht die om vervoer

heeft verzocht dat net is gearriveerd. De patiënt is niet te vinden en de taxi gaat nu echt vertrekken. De portiers verwijzen mij naar het patiëntenservicebureau iets verderop, wellicht kunnen die mij verder helpen. Het patiëntenservicebureau is mooi. Een prachtige balie, klein beetje hoog maar voorzien van frisse kleuren, verse bloemen en buitengewoon veel informatiefolders. Een oudere man raadpleegt enkele folders. Er is nergens een stoel of een zitje in de buurt en al helemaal geen koffie.

Ook hier zijn de gedragsregels er niet maar de computer moet uitsluitend bieden verzekert mij een vriendelijke vrouw. Ze zoekt en surft en vindt ze tot haar oprechte spijt niet voor mij. Iets verder zie ik een bord met de aanduiding "bezoekerstoilet". Ze hebben hier blijkbaar twee soorten toiletten en ik vraag mij af welke schoner zullen zijn. Ik loop langs een defecte koffieautomaat. Ik zie in een wachtkamer een speelgoedgarage met drie verdiepingen ter vermaak van wachtende kinderen. Helaas zijn er geen autootjes. Ik informeer bij de balie van de wachtkamer naar een autootje. Mij wordt verteld dat de autootjes meegenomen zijn door bezoekers.



Ik bedenk dat menig autofabrikant met liefde autootjes beschikbaar zou stellen die gelegitimeerd meegenomen mogen worden door kleine zieke bezoekertjes. Natuurlijk vraag ik mij af waarom men dan niet de hele garage verwijdert als er toch geen autootjes zijn. Het antwoord ligt voor de hand: er is geen aandacht voor dit soort zaken. Op weg naar de

gang van de raad van bestuur passeer ik een zwarte brancard. Op de muur hangt een smoezelig vel papier waarop met zwarte viltstift staat: "De reanimatiebrancard moet ten alle tijde teruggeplaatst worden." Ik loop langs het administratiekantoor en zie lappen tekst hangen met informatie voor verzekerden over het A en B segment. Aan de muur hangen drie prachtige gebrandschilderde ramen met begrippen als: het laven van de dorstigen, helen van de zieken, nederigheid, barmhartigheid en veel andere mooie



woorden uit vervlogen tijden. In de tuin staat ietwat verregend de beschermheilige uit het verleden die symbool staat voor zaken die in de loop der tijd zoek zijn geraakt in de werkdruk en de verzakelijking. Ik passeer wachtkamers met aan elkaar geklonken bankjes in cohorten van acht. Koud, kil, grijs en plastic. Op bijzettafeltjes staan smoezelige tijdschriften een verdwaald aanvraagformulier voor laboratoriumverrichtingen. Iedereen

die ik onderweg aanspreek is vriendelijk en bereid te helpen maar wel ietwat gehaast. Het maakt na het St.Charles de indruk dat hier van alles gebeurt zonder samenhang, visie of aandacht. Een ieder doet naar goeddunken en gezamenlijkheid is ver te zoeken.

Tijdens de ontmoeting met de voorzitter van de raad van bestuur valt mij op hoe oprecht en doordacht zijn streven naar service en patiëntgerichtheid is. Ik besluit mijn ervaringen met zijn ziekenhuis met hem te delen en vertel wat ik onderweg ben tegengekomen. Tot mijn verassing en opluchting geeft hij aan het allemaal te herkennen en ik krijg de ruimte om met ondersteuning van een Public Relations medewerker foto's te maken om die te tonen tijdens een werkconferentie met alle leidinggevenden en artsen van het ziekenhuis. Samen met Harry Sonnenschein verzorg ik een werkconferentie waarin wij zowel beelden uit het St. Charles als beelden uit het betreffende ziekenhuis tonen. Men is enthousiast en zeer bereid te veranderen. We bouwen met hen aan een vernieuwend besturingsconcept waarin de beschermheilige van weleer weer betekenis krijgt en zorg en aandacht hoog op de agenda komen te staan. Drie jaar later is er in het betreffende ziekenhuis vrijwel niets veranderd, de voorzitter van de raad van bestuur is naar een groter ziekenhuis gegaan en alle goede voornemens zijn verdampt in de waan van de dag.

Ik ben ervan overtuigd dat men in de zorg een omslag wil maken en dat een ieder streeft naar positieve veranderingen. Dat die veranderingen zich moeilijk laten doorzetten ligt volgens mij aan een aantal hardnekkige patronen waarin wij met elkaar in de zorg vastzitten.

Ergens in de tachtiger jaren begon men zich in de zorg teweer te stellen tegen de budgettering en werd overal aangegeven dat de zorgzwaarte van patiënten toenam en dat de werkdruk steeg. Ruim twintig jaar later is het een vast patroon geworden om bij elke verandering of verbetering te zeggen dat we het wel willen in de zorg maar dat we het er niet bij kunnen hebben zonder extra tijd en geld. De disfunctionele gedachte die ons gedrag stuurt, is dat wij geen tijd en geen geld hebben om dingen te doen die geen tijd en geen geld kosten. In zijn boek 'Levensregel voor beginners' geeft Wil Derkse aan dat er voor de Verlichting sprake is van hout hakken en water putten en dat er ook na de Verlichting sprake is van hout hakken en water putten. Het gaat er om dat te doen wat gedaan moet worden maar dan op een andere manier: aandachtiger en zorgvuldiger. Zijn uitgangspunt is dat alles wat aandacht krijgt gedijt. Dit komt volledig overeen met een van de uitgangspunten van het kwaliteitsmanagement: doe de dingen in één keer goed. Aandachtig en zorgvuldig handelen bevordert het in één keer goed doen en daarmee dringt het correctiekosten, ergernis en demotivatie terug. Winst op alle fronten. Het betekent wel dat het patroon van tien dingen tegelijk in de derde of vierde versnelling doorbroken moet worden. Het betekent ook dat handelingen die niet bijdragen tot een positief eindresultaat onmiddellijk gestaakt moeten worden. Het vraagt om een nieuw bewustzijn in de zorg rondom de vraag: Waar ging het in essentie om in de zorg?

Bij deze vraag uitgekomen doemen de beschermheiligen van weleer voor mijn geestesoog op en met hen begrippen als barmhartigheid, compassie, toewijding, aandacht, zorg en liefde. Er is maar weinig analytisch inzicht nodig om in te zien dat die begrippen goed vertaald en tot in detail uitgewerkt effectiviteit, efficiency en uitstekende service opleveren. Maar ook hier weer moeten we afrekenen met het disfunctionele denken in termen van dualiteiten. Harde begrippen als zakelijkheid, ondernemerschap, efficiency en effectiviteit worden tegenover de zachte begrippen geplaatst. Het is het één of het ander. We gebruiken het begrip integratie te pas en te onpas en lijken niet te kunnen zien dat het zachte en het harde niet tegenover elkaar staan maar juist in elkaars verlengde zijn. In het St.Charles heb ik gezien hoe professionals veel meer richting en veel meer ruimte krijgen om initiatieven ter vernieuwing te nemen. De organisatie die daar staat is 'fit for future'. Het duale denken verhindert ons om te zien dat meer richting

én meer ruimte samengaan. In het streven naar meer richting zijn we in de zorg doorgeslagen naar een overmaat van controle. Op zich is er niets mis met gecontroleerd en beheerst handelen. Wanneer echter controle en beheersing plaatsvinden vanuit wantrouwen treedt een negatieve spiraal in werking. De zorg in Nederland begint alle kenmerken van een 'low trust society' te vertonen zoals die zijn beschreven door Francis Fukuyama, een Amerikaanse sociaal wetenschapper. Wantrouwen vereist toenemende controle en het vreet energie. Dat is wat we ook zien in de zorg. Managers en bestuurders hebben de macht over professionals en hebben onvoldoende verstand van en inzicht in het professionele handelen. De professional wordt bestookt met manieren om zijn werk inzichtelijk te maken voor leken. Te ver doorslaan in het werken met indicatoren, dbc's en andere vormen van bewijslast houdt elke vorm van vernieuwing tegen. In het St. Charles is aan de professionals gevraagd om initiatieven waardoor hun werk 'fit for future' zou kunnen worden. Op deze wijze is onder andere het project Nighthawks ontstaan. Ondernemerschap staat hierbij centraal en dat vereist per definitie de bereidheid om risico's te nemen. Terwijl het ondernemerschap wordt gepropageerd in de zorg wordt het direct beknot door de angst voor risico's en de daarbij behorende controledwang.

In verschillende bewoordingen geven alle zorginstellingen in Nederland aan dat zij de patiënt centraal stellen. Ik constateer echter een missing link, het beeld en de ondertiteling lopen niet synchroon. De tekst "wij stellen de patiënt" centraal staat los van de waarneembare werkelijkheid waarin een patiënt of cliënt ervaart dat hij/ zij niet centraal staat omdat er tien wachtenden voor zijn, omdat de telefoon gaat, omdat er een spoedje tussendoor komt of omdat er iets anders is dat voorgegaat. Er is sprake van een tekstbarst. We houden onszelf voor de gek met de tekst dat de patiënt centraal staat. We denken echt dat we de patiënt centraal stellen terwijl diezelfde patiënt voortdurend ervaart dat hij/zij niet centraal staat. De disfunctionele gedachte "wij stellen de patiënt centraal" vervult niet de functie om de patiënt centraal te stellen maar om de patiënt te doen denken dat hij centraal staat en af te leiden van het feit dat hij allesbehalve centraal staat. De vraag wie staat centraal in deze instellingen is overduidelijk: wij, de medewerkers van de zorginstelling en onze problemen met elkaar en met onze werkzaamheden staan centraal. Kan het anders?

Om het anders te doen moeten we afrekenen met disfunctionele gedachten die ons gedrag aansturen. Als we de patiënt centraal stellen en dat tot in de kleinste details doorvoeren dan zou dat zichtbaar en merkbaar moeten worden door de hele instelling. Het Benedictijnse klooster van Slangenburg is prachtig omdat de besturende gedachten van zorg en aandacht achter het gedrag van de kloosterlingen tot in detail consequent is doorgevoerd. Het St.Charles is fantastisch omdat alles liefde en compassie uitstraalt. De Efteling is in haar soort beeldschoon omdat alles consequent sprookjesachtig is. Het Okura Hotel in Amsterdam dwingt ontzag omdat alles stijlvol en elegant is. Onze zorginstellingen zien er veelal rommelig uit omdat er geen enkele vorm van eenheid in de besturende gedachten is. Omdat het gedrag aangestuurd wordt door disfunctionele gedachten als:

- We hebben geen tijd en geen geld om de dingen te doen die geen tijd en geld kosten en dat zie je onder andere in de vorm van een nutteloze speelgoedgarage zonder auto's die door niemand wordt verwijderd;
- We moeten alles controleren omdat we belazerd kunnen worden, dus geen autootjes bij de garage voor kinderen en geen afstandsbediening voor de televisie

aan de bezoekers geven en voortdurend administreren om te controleren of er niets misgaat;

- We moeten effectief, zakelijk en efficiënt handelen en dat staat los van liefdevol en barmhartig werken.

Stel dat de patiënt die ziek is en onze hulp behoeft werkelijk centraal staat, hoe zou de ontvangst er dan uitzien? Wat zouden we dan doen om te zorgen dat de patiënt ervaart dat het werkelijk om hem of haar draait in onze instelling. Zouden we hen dan vriendelijk begroeten bij aankomst, zouden we hen begeleiden naar de plaats van bestemming, zouden we lekkere koffie aanbieden, hen op tijd helpen, voorzien van goede en begrijpelijke informatie, zouden we hen troosten, koesteren en verwennen? Zouden we hen niet alleen onderzoeken maar ook liefdevol aanraken bij het onderzoek? Zouden we mooie schilderijen ophangen waar troost en liefde van af straalt? Zou er zachte rustgevendende muziek klinken? Zou de dokter alle tijd voor jou hebben? Zou de verpleegkundige tijd hebben voor troost en aandacht? Zou er ruimte zijn voor privacy? Zouden we de patiënten laven met gezonde dranken en voorzien van heerlijk gezond voedsel? Comfortfood zoals Nigella Lawson, de Britse kookboekenschrijfster het noemt. Zou iedere hulpverlener goed geïnformeerd zijn over de patiënt en daar blijk van geven? Zou het afgelopen zijn met de negatieve berichtgeving in de media over falende bestuurders en hun topsalarissen, over misstanden in de zorg, over pyjamadagen en het eeuwige gebrek aan tijd en geld dat niet nodig is om de dingen te doen die geen tijd en geld kosten maar juist tijd, geld en zelfs positieve energie kunnen opleveren?

Het St.Charles heeft samen met de eigen medewerkers en deels met burgers uit Bend een eigen besturingsconcept ontwikkeld. Hierbij is gebruik gemaakt van kennis over actuele concepten zoals Plane Tree, Servant Leadership, Healing Environment, Concurrentiestrategie en nog veel meer. Ik denk dat hier de kracht in schuilt. Het is geen cosmetische makeover in de zin van: wij doen Plane Tree of wij doen Servant Leadership. Het is een doorleefd, zich ontwikkelend en ontvouwend dynamisch concept waarin de eigen geschiedenis en context dominant zijn. Het is begonnen met een bijeenkomst van smaakmakers en vervolgens gecommuniceerd met een ieder. Het concept biedt ruimte aan medewerkers en burgers om hun ambities waar te maken en geeft tegelijk richting aan het handelen. Dat is wat in mijn ogen navolging verdient, niet kopiëren wat anderen doen maar samen met de mensen uit de eigen organisatie en eventuele betrokkenen daarbuiten zoeken naar de besturende gedachten die passen bij de eigen organisatie en die het gedrag aansturen op een positieve wijze.

Hoeveel lef en liefde is nodig om af te rekenen met disfunctionele gedachten en te kiezen voor meer richting en ruimte in de zorg?





Joke Ellenkamp is directeur van Pameijer, een organisatie die zich richt op mensen met een verstandelijke beperking en sociale psychiatrie en als motto heeft: mensen met een beperking doen mee in de samenleving. M'hemed Tallouka is cliënt van Pameijer.

### ***Verbeelden-Verbinden-Vertrouwen-Verantwoorden***

Joke neemt als eerste kort het woord. Zij geeft aan dat M'hemed een cliënt is van de organisatie Pameijer, een organisatie die zich richt op mensen met een verstandelijke beperking en sociale psychiatrie. Pameijer heeft zichzelf de vraag gesteld: 'Hoe houd je verbinding met de cliënt, niet alleen als directe medewerker maar ook als directeur en staf?'.

Voor Pameijer is het antwoord op die vraag: laat de cliënt aan het woord, neem het verhaal van de cliënt als leidraad.

We krijgen een film te zien, waarin M'hemed de hoofdrol speelt. Het is het verhaal van M'hemed. Zijn leven, wat hij heeft meegemaakt en waar hij nu staat. Hier is lef voor nodig. Zijn verhaal heeft als doel de mensen te raken, waardoor liefde ontstaat. M'hemed neemt vervolgens het woord waarin hij duidelijk aangeeft dat hij het gevoel heeft dat er naar hem geluisterd wordt en dat geeft hem kracht.



Joke laat een korte presentatie zien van hoe Pameijer communiceert naar de buitenwereld toe, wat daarin hun huisstijl is. Die is gecreëerd door cliënten van Pameijer. Het gaat over aandacht en relaties, daar hebben cliënten behoefte aan.



De boodschap van deze workshop is zeer duidelijk:  
Luister naar de cliënten, laat de cliënt zijn/haar verhaal vertellen. Neem dit als organisatie als leidraad en betrek je cliënten bij je organisatie, hierdoor creëer je lef & liefde bij medewerkers en bij cliënten.



Inge Borghuis

Inge Borghuis is senior beleidsmedewerker innovatie bij ActiZ, programmaleider Transitieprogramma in de Langdurige zorg en programmamanager Zorg op afstand

## ***Zorg op afstand, altijd Dichtbij***

Eigenlijk is zorg-op-afstand precies wat de term zegt: zorg die op afstand wordt gegeven. Dat gebeurt met moderne technologische hulpmiddelen. Het klinkt misschien als *science fiction*, maar dat is het gelukkig niet. Allereerst omdat zorg-op-afstand al volop in de praktijk wordt ingezet, ook al is de schaal waarop dat gebeurt nog niet zo groot. Maar bovendien, zo blijkt uit de praktijk, gebeurt het op menselijke maat

Misschien lijkt het wat paradoxaal, maar zorg-op-afstand brengt de zorg dichterbij de cliënt. Dichterbij zijn of haar behoeften, dichterbij het echte leven van mensen thuis. Daarmee sluit zorg-op-afstand aan bij een moderne visie op zorg. Het is bij uitstek een manier om niet zozeer uit te gaan van beperkingen van mensen, maar van hun mogelijkheden. Zelfstandigheid, zelfredzaamheid en zelfsturing door de cliënt zijn daarbij sleutelbegrippen. Zorgverleners doen in deze visie veel meer dan 'zorg leveren'. Zij krijgen vooral ook een ondersteunende en begeleidende taak. Zorg-op-afstand is een hulpmiddel om mensen te helpen de regie over hun eigen leven te behouden.

### **Hoe ziet het er concreet uit?**

Bij zorg gaat het om het helpen van mensen. Die hulp kan bestaan uit concrete handelingen, van het schoonmaken van een wond tot het helpen opruimen van het huis. Daarnaast bestaat zorg uit allerlei vormen van communicatie: raad geven, ondersteunen, voorlichten, luisteren en bemoedigen, in de gaten houden. En om die communicatie gaat het bij zorg-op-afstand.

Veel communicatie vindt plaats in het directe contact met de zorgverlener die bij de cliënt 'over de vloer' komt. Erg belangrijk en onvervangbaar als het om de kwaliteit van zorg gaat. Maar sinds jaar en dag gebruiken we in de zorg ook tal van andere communicatiemiddelen: een brief, een boek of een brochure. Of bijvoorbeeld de telefoon en systemen voor personenalarmering. In zekere zin werken we in de zorg dus al heel lang met zorg-op-afstand. De laatste jaren komen er door allerlei technologische ontwikkelingen nieuwe communicatiemogelijkheden beschikbaar. Denk alleen maar aan internet en de mobiele telefoon. En het einde van deze ontwikkeling is nog niet in zicht.

In het denken over zorg-op-afstand speelt videocommunicatie een belangrijke rol. Bij videocommunicatie kan men elkaar zien en met elkaar praten. Dat geeft vertrouwen. Je kunt als zorgverlener echt zien wat er aan de hand is. Je lijkt fysiek dichtbij, en dat is een groot voordeel ten opzichte van communicatie via de telefoon.

### **Wat levert zorg-op-afstand concreet op?**

De huidige pioniers verwachten allereerst winst te boeken op het terrein van de kwaliteit van zorg. Het gevoel van veiligheid en zelfstandigheid zou bij cliënten moeten toenemen. Zij worden naar verwachting zelfredzamer en hun vraag naar zorg verandert. Naast deze kwalitatieve verwachtingen, gaan de deelnemers van het *Netwerk Zorg op afstand* ervan uit dat straks minder inzet van professionele zorg nodig is dan nu. Instellingen moeten met eenzelfde aantal professionals straks meer mensen goed kunnen bedienen. En – dat is een derde verwachting – het werk zou er voor de professionals ook nog eens aantrekkelijker op kunnen worden.

Het is cruciaal om ervaringen en resultaten op wetenschappelijk verantwoorde wijze te volgen en beschikbaar te stellen aan het veld. Onderzoeksinstituut Nivel voert daarom jaarlijks in opdracht van ActiZ een kwantitatieve monitor uit, aangevuld door een kwalitatieve monitor door ActiZ in samenwerking met de Universiteit van Amsterdam. Komen de verwachte voordelen uit? Enkele concrete resultaten uit de monitors wijzen zeker in die richting.

### **Verwachte voordelen voor cliënten**

Toename gevoel van veiligheid:

- 71% van de cliënten ervaart zelf een groter gevoel van veiligheid
- 66% van de mantelzorgers, 90% van de thuiszorgmedewerkers en 76% van de zorgcentralisten zegt dat het gevoel van veiligheid van cliënten is toegenomen
- 66% van de mantelzorgers voelt zich geruster door de aanwezigheid van een videonetwerk

Toename (gevoel van) zelfredzaamheid:

- 34% van de cliënten vindt dat hun zelfredzaamheid is toegenomen
- 19% zegt daardoor professionele hulpverleners minder nodig te hebben
- 26% zegt minder behoefte te hebben aan hulp van mantelzorgers
- 18% van de mantelzorgers zegt dat hun naaste minder vaak een beroep op hen doet

Toename contactmogelijkheden:

- mede door het nog beperkte aantal videoaansluitingen geeft nog slechts 11% van de cliënten aan door het videonetwerk meer contacten met anderen te hebben
- 47% vindt dat de bereikbaarheid van de thuiszorg sterk is verbeterd
- 33% zegt het videonetwerk vooral te gebruiken voor een praatje met de medewerkers van de zorgcentrale
- 51% van de mantelzorgers zegt zich meer ondersteund te voelen

Toename zelfstandigheid:

- 61% van de cliënten zegt dankzij het videonetwerk langer thuis te kunnen blijven wonen
- 32% vindt expliciet dat hun zelfstandigheid is toegenomen

- 67% van de zorgcentralisten en 55% van de thuiszorgmedewerkers zegt dat cliënten langer thuis kunnen blijven wonen

### **Verwachte voordelen voor zorgverleners**

Toename aanwezigheid:

- 84% van de zorgcentralisten en 80% van de thuiszorgmedewerkers zegt de situatie van cliënten beter te kunnen inschatten dan alleen bij telefonisch contact
- 69% respectievelijk 70% kan eerder signaleren of het minder goed gaat met de cliënt
- 69% respectievelijk 80% kan beter beoordelen of er hulp nodig is

Toename contactmogelijkheden:

- 82% van de zorgverleners zegt het fijn te vinden om oogcontact te hebben met cliënten
- 84% vindt het handig dat cliënten hen dingen kunnen laten zien
- 41% vindt het prettig in de kamer van cliënten te kunnen kijken

### **Tot slot**

Het is zaak om vaart te maken met de verdere invoering van zorg op afstand, ook omdat de druk op de zorgverleners steeds groter wordt. Daarvoor zijn drie punten heel belangrijk. Allereerst moeten de technische systemen en programma's beter op elkaar gaan aansluiten. Verder wordt zorg op afstand nu nog betaald uit tijdelijke financieringsregelingen. Het moet snel duidelijk worden hoe de definitieve financiering er uit gaat zien. Tot slot moet deze nieuwe vorm van zorg in de huidige zorg worden ingepast.

Voor meer informatie kijk op de ActiZ website: [www.zorgopafstand.net](http://www.zorgopafstand.net)





Alex Lindenburg is als afdelingshoofd verbonden aan het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam en Vlaardingen. Hij begon zijn loopbaan als leerling verpleegkundige in 1990. Hij is voorzitter van de verpleegkundige adviesraad van het Vlietland ziekenhuis en geeft workshops over bejegening zowel binnen als buiten het Vlietland. Sinds 2 jaar geeft hij workshops en lezingen over Magnet Hospitals en is hij betrokken bij de ontwikkeling hiervan in Nederland in samenwerking met VenVN.

## ***Arbeidsmarktproblematiek opgelost? Nurse Power en de kracht van Magnet(isme)!***

Het tekort aan verpleegkundigen zal de komende jaren naar verwachting alleen maar toenemen. Wat is er nodig om dit probleem op te lossen? De tijd lijkt aangebroken voor verpleegkundigen om zich bewust te worden van hun eigen kracht en invloed op de werkomstandigheden. Hoe brengen wij in Nederland de passie, pret en professionaliteit terug in de verpleegkundige beroepsuitoefening?

Wachtlijsten voor medewerkers die graag bij u willen werken, verpleegkundigen die vanzelfsprekend deelnemen aan scholingen en artsen die samen met verpleegkundigen een gevoel van mede-eigenaarschap hebben van uw instelling. Het lijkt een utopie maar toch blijkt in Amerika dat dit haalbaar is. De Magnet hospitals richten zich al jaren op een sterke verpleegkundige beroepsgroep. Goed werkgeverschap en het leveren van excellente zorg vormen de belangrijkste pijlers van dit erkenningprogramma. Maar wat vooral opvalt, is het bijzonder sterke gevoel van *nurse power*. Verpleegkundigen staan met trots voor het geweldige vak waar zij voor hebben gekozen en "besmetten" hele instellingen met hun magnet(isme).

In de jaren 80 was er in Amerika een groot tekort aan verpleegkundigen. Toch bleken er ziekenhuizen te zijn die geen moeite leken te hebben met het werven en behouden van verpleegkundigen. Als een "magneet" trokken deze instellingen verpleegkundigen aan. The American Academy of Nursing deed onderzoek naar deze Magnet ziekenhuizen. Belangrijkste uitkomst waren de 14 magnetische krachten waarin de redenen werden gevangen waardoor verpleegkundigen hun beroep met veel plezier en professionaliteit kunnen uitvoeren. In totaal 14 factoren bleken van grote invloed te zijn:

1. Kwaliteit van verpleegkundig leiderschap
2. Organisatiestructuur
3. Managementstijl
4. Persoonlijk beleid en programma's
5. Professionele zorgmodellen
6. Kwaliteit van zorg
7. Kwaliteitsverbetering
8. Consultatie en bronnen
9. Autonomie
10. De samenleving en de zorginstelling
11. Verpleegkundigen als opleiders
12. Het imago van de verpleging
13. Interdisciplinaire relaties
14. Professionele ontwikkeling

In 1991 is de ANCC (American Nurses Credentialing Centre) gestart met het Magnet Recognition Program, een erkenningsprogramma voor ziekenhuizen die voldeden aan de



criteria van de magneet ziekenhuizen. Inmiddels hebben vele ziekenhuizen deze "Journey to Excellence" ondernomen.

Ongeveer 2 jaar geleden kwam ik voor het eerst in aanraking met de Magnet ziekenhuizen. Tijdens een studiereis naar de Verenigde Staten bezocht ik, samen met een aantal collega's, het James A. Haley ziekenhuis in Tampa Florida. Dit bleek een Magnet erkend ziekenhuis te zijn. Met een

plaquette aan de wand bij de ingang werd met trots melding gemaakt van deze erkenning. Bij binnenkomst werd ik dan ook overvallen door het gevoel dat ik in een totaal andere wereld terecht was gekomen. De verpleegkundigen straalden een bijzondere trotsheid uit en professionaliteit werd duidelijk gecombineerd met passie voor het verpleegkundig beroep en een enorm gevoel van werkplezier. Door geweldige presentaties werd ik deelgenoot gemaakt van nurse power in het kwadraat. Een van de medisch specialisten die met ons mee waren gereisd, was diep onder de indruk en heeft gedurende de rest van onze reis overal geroepen dat het ook in Nederland tijd was voor "NURSE POWERRRRR".

In juni 2008 was ik in de gelukkige omstandigheid om nogmaals een studiereis te maken naar Amerika. Op uitnodiging van VenVN mocht ik deel uitmaken van een groot reisgezelschap met als doel het onderzoeken van een systeem als Magnet voor de Nederlandse situatie. Met VenVN en de NPCF als trekkers van het initiatief hebben wij met een gezelschap vanuit verschillende ziekenhuizen, de overheid, de inspectie voor de gezondheidszorg en de universiteit van Maastricht gedurende een week verschillende

Magnet en niet-Magnet ziekenhuizen bezocht om de haalbaarheid van het systeem in Nederland te onderzoeken. Een bezoek aan de ANCC maakte de reis compleet. De meest opvallende constatering over Magnet ziekenhuizen tijdens deze reis:

- De trots waarmee verpleegkundigen praten over hun vak
- De open en gelijkwaardige manier van communiceren tussen verpleegkundigen en specialisten
- Het uitgesproken gevoel van mede-eigenaarschap van het ziekenhuis
- Verpleegkundigen in alle niveaus van de organisatie tot en met directieniveau
- Life long learning.... De vanzelfsprekendheid waarmee verpleegkundigen zichzelf blijven scholen en ontwikkelen...."dat is toch normaal!!"
- De invloed van verpleegkundigen op productie, kwaliteit van zorg en innovatie
- De betrokkenheid van medisch specialisten bij de verpleegkundige beroepsgroep
- Prioriteit bij het vrijmaken van geld voor opleidingen en doorgroeimogelijkheden voor verpleegkundigen
- De duidelijke keuze van de mensen op straat voor Magnet-erkende ziekenhuizen
- De enorme beschikbaarheid van data en de focus op het vastleggen van gegevens. Tevens grote openheid over de beschikbare gegevens en het gebruik hiervan
- De enorme drive naar perfectie. "Good enough is never good enough"
- De "besmettelijkheid" van het Magnet gevoel op andere disciplines in het ziekenhuis

Ook zijn de gevolgen van Magnet duidelijk geworden voor zowel de verpleegkundigen, de instelling en, misschien wel het belangrijkste, de zorg voor patiënten:

Gevolgen voor de zorg:

- lagere sterftcijfers
- grotere patiënttevredenheid, meer zelfstandigheid en zeggenschap over de verpleegkundige beroepsuitoefening, betere relaties tussen verpleegkundigen en artsen
- met hogere verpleegkundige-patiëntratio's en een professionele werkomgeving hebben patiënten minder complicaties, laten afdelingen een lagere mortaliteit zien en is de patiënttevredenheid groter

Gevolgen voor de verpleegkundigen:

- sterke samenhangen tussen de mate van zelfstandigheid van verpleegkundigen enerzijds en hun arbeidstevredenheid en de kwaliteit van zorg anderzijds
- verbanden tussen de percepties van verpleegkundigen wat betreft empowerment en zelfstandigheid in de werksituatie, zeggenschap over de eigen beroepsuitoefening en positieve relaties tussen verpleegkundigen en artsen
- een hogere perceptie van zeggenschap over de eigen beroepsuitoefening, steun van leidinggevenden en verpleegkundige leiders die zichtbaar en toegankelijk zijn
- Meer het gevoel dat er kwalitatief hoogwaardige zorg kan worden geleverd
- Minder burn-out

Gevolgen voor de instelling:

- de kenmerken van 'Magnet Hospitals' komen overeen met die van 'excellente ondernemingen' buiten de gezondheidszorg
- minder vacatures en lager verloop onder verpleegkundigen
- sterke nadruk op empowerment, de toegankelijkheid van leidinggevende verpleegkundigen, de ondersteuning van zelfstandige klinische besluitvorming en de arbeidstevredenheid onder verpleegkundigen
- mensgerichte, zichtbare en stimulerende leidinggevende verpleegkundigen wier stijl van leiding geven bevorderlijk is voor een magnetische werkomgeving
- de organisatie is zich bewust van het belang van levenslange professionele ontwikkeling voor de werving en het behoud van verpleegkundigen, de arbeidstevredenheid en de kwaliteit van de zorg

Na deze week konden wij dan ook niet anders concluderen dan dat wij in Nederland een systeem als Magnet met open armen zouden ontvangen. Tegelijkertijd kwam uiteraard het gevoel dat wij dan nog wel een lange weg te gaan hebben. Toch lijkt het zeker mogelijk om binnen de eigen instelling of afdeling uitvoering te geven aan onderdelen van Magnet.

Inmiddels is wel gebleken dat de interesse voor Magnet zeer groot is in Nederland. Gedreven door arbeidsmarktproblematiek, een grote uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden uit de zorg zijn wij allemaal op zoek naar manieren om dit probleem op te lossen. Opvallend is het dan ook dat, binnen verschillende instellingen, leidinggevenden en verpleegkundigen tegen dezelfde problemen aan lopen.

Een paar voorbeelden:

- Gebrek aan beroepstrots onder verpleegkundigen en verzorgenden
- Te weinig erkenning van de vaak grootste beroepsgroep binnen instellingen
- Te weinig invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op het beleid van de instelling
- Te weinig kennis bij besturen over de inhoud en uitoefening van het verpleegkundig en verzorgend beroep
- Weinig tot geen motivatie van verpleegkundigen en verzorgenden om zich te scholen of om zelf iets te investeren in scholing
- Te weinig mogelijkheden om de productie te beïnvloeden of te sturen
- Te weinig kennis bij bestuurders maar ook bij de beroepsgroep zelf over het verband tussen patient-verpleegkundige ratio's en de mate van patientveiligheid, ziekenhuissterfte en complicaties
- Veel uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden door het ervaren van zeer hoge werkdruk en het ondervinden van weinig waardering en begrip

Het is dus tijd voor verandering!!

Inmiddels wordt er hard gewerkt aan het ontwikkelen van een programma als Magnet door VenVN en NPCF in samenwerking met de universiteit van Maastricht. Er is interesse getoond door het ministerie van VWS. Minister Ab Klink heeft met enthousiasme gereageerd op de kamervragen gesteld door Sabine Uitslag over een systeem als Magnet en de kansen hiervan voor Nederland. Allemaal geweldig maar wij hebben nog wel een lange weg te gaan voordat wij hiermee aan de slag kunnen.

Daarom is de boodschap van mijn bijdrage aan het zprgpodium: "verander de wereld, begin bij jezelf". Een enorm cliché maar toch de boodschap die ik u mee wil geven. Zo heb ik binnen mijn eigen afdeling (longgeneeskunde) een stoplichtbord voor verpleegkundigen geïntroduceerd. Een bord waarop verpleegkundigen met gekleurde magneten (hoe toepasselijk) de door hen ervaren werkdruk aangeven op vaste tijdstippen van de dag. Dit bord is daarmee leidend voor de instroom van nieuwe patiënten op de afdeling. Staat het bord op rood dan komen er geen nieuwe patiënten meer bij. Het doel is daarmee tweeledig; de verpleegkundigen worden beschermd tegen overbelasting en de patiënten worden beschermd tegen onveilige zorg. Ik, als leidinggevende heb daarbij mijn volledige vertrouwen toegezegd aan het team. Dus geen doordrukkerij en top down beslissingen over een proces waar ik niet meer direct fysiek bij betrokken ben. Verantwoordelijkheid daar waar hij hoort te liggen, namelijk bij in mijn ogen het grootste kapitaal, de medewerkers. Het gaat in dit voorbeeld om autonomie, verpleegkundig leiderschap, samenwerking met specialisten en het creëren van een prettige en veilige werksfeer. Opvallend is dat de productiviteit van deze afdeling, na invoering van het stoplicht is toegenomen. Verpleegkundigen van wie iedereen dacht dat zij altijd op rood zouden staan, hebben vooral groen op het bord. Bij navraag blijkt het te gaan om de eigen invloed op het werk. Het bord dient ook nog als leidraad tijdens de dagevaluatie waarbij direct wordt bedacht hoe het de volgende dag anders, beter kan.

Zo zijn er nog vele mogelijkheden te bedenken om het gedachtegoed van Magnet in de praktijk te vertalen.

Daarom aan u een laatste vraag: Sluit uw ogen en bedenk wat u, uw medewerkers of zelfs uw bestuurders morgen al anders kunnen doen om van uw afdeling of instelling de meest aantrekkelijke te maken. Denk klein en simpel en verzand niet in grote projecten of papieren stukken maar doe het!!!

Tot slot nog wat kleine tips voor:

Bestuurders:

- Erken dat de grootste beroepsgroep uit uw instelling wel degelijk iets te melden heeft en maak ruimte in uw agenda voor uw grootste kapitaal!!
- Maak geld vrij voor scholing en ontwikkeling en zorg dat mensen graag bij u willen werken. Het werven en inwerken van nieuwe medewerkers kost immers misschien nog meer geld.

Leidinggeevenden:

- Laat medewerkers meedenken in het beleid van uw afdeling en nodig ze uit om dat te doen. Zo creëert u draagvlak. U zult versteld staan van de geweldige ideeën die er zomaar op uw werkvoer liggen.
- Leg verantwoordelijkheden laag neer en geef uw medewerkers daarbij uw volledige vertrouwen.
- Durf los te laten en u zult zien dat er geweldige kansen ontstaan
- Durf om u, in een aantal situaties, te laten leiden door uw medewerkers.

Verpleegkundigen en verzorgenden:

- Reken af met een oud imago van volgzaam en monddode werkuitvoerders. U hebt een geweldig beroep waar u met trots voor moet gaan staan!
- Neem deel aan scholing en ontwikkeling. U bent professionals die zich met en zonder hulp van de instelling in moeten zetten om de verpleegkundige en

verzorgende beroepsgroep op de kaart te houden. Door bij te blijven vormt u daarmee ook nog eens een gelijkwaardige gesprekspartner voor medisch specialisten.

- Wees u bewust van de invloed die u hebt op patientveiligheid en veel van de vastgestelde prestatieindicatoren.
- Durf verantwoordelijkheden te nemen als u deze krijgt toebedeeld en draag deze professioneel en waardig.
- Bedenk dat u zelf in staat bent om Passie, Pret en Professionaliteit terug te brengen in jullie dagelijkse praktijk.
- Roep bij twijfel (afhankelijk van de situatie misschien alleen in uw hoofd) heel hard: "NURSE POWERRRRR" en ga daarna met opgeheven hoofd alle uitdagingen en beproevingen aan die op uw pad komen.

Ik hoop dat mijn verhaal u geïnspireerd heeft om morgen al een nieuwe weg in te slaan. Zo maken wij met elkaar de gezondheidszorg in zijn geheel weer een aantrekkelijke werplek en kunnen wij straks naast patiënten ook zeker medewerkers als een magneet aantrekken.

Denkt u nog steeds dat dit een utopie is?

De toekomst begint vandaag. Ik wens u veel Passie, Pret en Professionaliteit toe!

Wij zijn onderweg!

Alex Lindenburg



Carolien Nijhuis heeft sinds 1969 ervaring opgedaan als verpleegkundige, als docent aan inservice- en HBO-V opleidingen, als zelfstandig adviseur en de laatste vijf jaren als directeur in de ouderenzorg bij Stichting Humanitas Rotterdam. Ze studeerde verplegingswetenschap en doet momenteel promotieonderzoek naar de werkbeleving van medewerkers in de ouderenzorg en de rol van leidinggevenden om medewerkers tot hun recht te laten komen. Ze schreef diverse publicaties over het beroep en functiedifferentiatie en maakte films over het werk van verpleegkundigen en het leven en werk van Hans Becker, als Creator van Geluk. [cnijhuis@humanitas-rt.nl](mailto:cnijhuis@humanitas-rt.nl)

## ***Werkkunst in de ouderenzorg***

*Bij levenskunst gaat het om het goede leven. Hoe zou het zijn als werken vaker 'werkkunst' zou zijn? Wat zou er aan het dagelijkse werk veranderen en wat zou het kunnen betekenen voor medewerkers en leidinggevenden?*

Bij Humanitas Rotterdam staat levenskunst en gelukbevorderende zorg hoog in het vaandel. Het zijn de medewerkers die dit (helpen) realiseren en de leidinggevenden die dit faciliteren. Gelukbevorderende zorg en levenskunst vragen om een 'eigen' manier van leiding geven. Binnen Humanitas zijn vier kernwaarden leidend binnen het werk:

- Ja-cultuur
- Eigen regie
- Use –it –or lose it
- Extended family

Wat betekenen deze waarden voor het organiseren van de zorg, voor medewerkers en voor leidinggevenden? Wat is de relatie met levenskunst en werkkunst?

Het boek 'Het leven als Kunstwerk' van Joep Dohmen vormt de inspiratiebron voor deze workshop. In het kader van promotieonderzoek aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht, ben ik geïnteresseerd in de manier waarop medewerkers in de ouderenzorg hun werk ervaren, wat belemmeringen, plezier, dilemma's en vraagstukken voor hen zijn. Daarnaast vraag ik mij af wat het voor leidinggevenden betekent om medewerkers in deze werksetting tot hun recht te laten komen. Werkkunst is een begrip dat ik nader wil verkennen en dat voortkomt uit levenskunst. Levenskunst en gelukbevorderende zorg staan centraal bij Humanitas Rotterdam. In deze workshop staan de verkenning en betekenis van de begrippen levenskunst en werkkunst centraal: wat verstaan we eronder en hoe zouden deze begrippen door kunnen werken tijdens ons werk, de alledaagse

praktijk in de ouderenzorg? Juist in de ouderenzorg komt het er op aan, om de goede dingen te doen en welzijn te bevorderen.

Bij de start van de workshop werd gediscussieerd over de stelling:

**Werk beslaat een groot deel van ons leven, het is dus van belang om dat werk als integraal deel van ons leven te zien.**

Over het algemeen waren de deelnemers het eens met deze stelling maar de stelling lokte verschillende reacties over de scheiding en balans tussen werk en privé. Tijdens de workshop werd gesproken over het belang wat van het leven te maken en daar ook een plaats voor te maken tijdens het werk. Dit is voor ieder mens een zoektocht, zoals de Tao aangeeft dat het om de weg gaat en niet om het doel. Binnen de werksituatie is het voor managers belangrijk om in de vingers te krijgen hoe hiermee om te gaan, zowel naar medewerkers als naar cliënten. De manager kan een begeleider zijn om te stimuleren in deze zoektocht om deze weg te volgen.

Deze zoektocht is, kort samengevat, de balans tussen levenskunst (proberen iets van je leven te maken) en werkkunst. (werk is een groot deel van je leven, dus probeer hier ook iets van te maken) Omdat de begrippen op verschillende wijzen konden worden geïnterpreteerd, leverde de eerste verkenning de volgende associaties op

<b>Levenskunst</b>	<b>Werkkunst</b>
Balans	Plezier
Diepgang	Humor
Plezier	Verbinden
Emotie	Samen zijn
Passie	Ontwikkeling
Liefde	Bureaucratie
Genieten	Verhalen
Zelfredzaamheid	Bezieling
Er mogen zijn	Voeding
Leren	Dynamiek
Verhalen	Cliënt

Opvallend was, dat deelnemers veel overeenkomsten zagen tussen levenskunst en werkkunst

Naar aanleiding van een opdracht werd gesproken over de mate waarin deelnemers zich laten leiden door regels, afspraken, procedures en het onverwachte, ongebruikelijke, en of zij dit ook wenselijk vonden. Een deel van de deelnemers vond regelgeving een belangrijk houvast en een noodzakelijk handvat voor kwaliteit. Tegenstanders gaven aan dat het meer loslaten van regelgeving de eigen creativiteit en arbeidsvreugde vergroot. Regels worden vaak als belemmerend ervaren, je moet ze dan ook ter discussie stellen, volgens de deelnemers. De boodschap was, dat je als manager, leidinggevende je medewerkers moet stimuleren om tegen de stroom in te gaan. Het is een uitdaging om bij medewerkers, en bij hen zelf, levenskunst en werkkunst meer vorm te geven. De tijd was te kort om verder in te gaan op hoe je dat doet, in het boek 'Het leven als Kunstwerk' geeft Dohmen aan dat drie begrippen een belangrijke rol spelen bij het beoefenen van levenskunst:

## **Zelfzorg - Authenticiteit - Zelfkennis**

Ook deze begrippen vragen om nadere uitleg. Het voert te ver om hier in dit artikel uitgebreid op in te gaan, maar een aantal teksten uit het boek kunnen de lezer ter inspiratie en reflectie dienen:

*'Ken jezelf'. (Socrates, p.147)*

*'Ieder mens bevindt zich altijd op een bepaald punt van een intentionele boog. Hij leeft in het heden, vanuit het verleden, naar de toekomst gericht. Deze drie zijnsmodi vormen een onderlinge samenhang, al naar gelang de moraal volgens welke iemand leeft'. (Merleau Ponty, p.173)*

*'De filosofen zeggen dat het leven achterwaarts begrepen moet worden. Dat is volstrekt waar. Maar ze vergeten dat het voorwaarts geleefd moet worden. Dohmen vult aan: Wie een goed leven wil leiden, moet dus zijn levensboog leren kennen: waar kom ik vandaan, wie ben ik nu en waar wil ik heen?'. (Kierkegaard,*

*'Hoe vrijer mensen zijn ten opzichte van elkaar, des te sterker is de lust om elkaars gedrag te bepalen. Hoe opener het spel, des te aantrekkelijker en fascinerender het is'. (Foucault, p.187)*

*'Authenticiteit betekent: niet bang zijn, niet je uit angst aan de regels houden. Moedig zijn en zo nodig onredelijke autoriteiten weerstaan. Niet bang en ook niet lui zijn., maar actief uitzoeken wat voor jou van wezenlijk belang is. Creatief zijn: beproef en toets je eigen waarden in de praktijk van alledag. Zelfexpressie verwijst naar het handelen vanuit je gehele eigen wezen'. 'Het gaat erom dat iemand zijn persoonlijkheid ontwikkelt en dat hij wordt wie hij is'. (Nietzsche, p. 142)*

Tijdens de workshop zijn deelnemers uitgenodigd om te onderzoeken wat levenskunst voor hen betekent, welke plaats levenskunst in hun werk inneemt. Ik wilde hen verleiden met de gedachte dat werken ook werkkunst kan zijn. U als lezer kunt deze vragen ook aan uzelf stellen en er als u wilt, nu mee beginnen. Voor mij was het een leerzame en bemoedigende verkenning. Mocht u als lezer willen reageren, dan stel ik dat zeer op prijs.

Ik wens u veel levenskunst en werkkunst toe!

### **Bronnen:**

Becker, Hans Marcel (2003). *Levenskunst op leeftijd. Gelukbevorderende zorg in een vergrijzende wereld*. Delft, Eburon.

Dohmen, Joep(2008). *Het leven als Kunstwerk*. Stichting maand van de filosofie.





Therese Borghuis is manager Zorg & Bedrijfsvoering Geneeskunde, Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en Mesos Medisch Centrum in Utrecht

## ***Niet harder, maar anders werken!***

### **Waar gaat dit artikel over?**

Voor het congres Lef en Liefde in de Zorg op 3 oktober jongstleden was ik gevraagd namens het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en het Mesos Medisch Centrum in Utrecht te vertellen over onze ervaringen met de Theory of Constraints (TOC). Dit is een logistieke methodiek die wij hebben toegepast met als doel de gemiddelde ligduur van patiënten in ons ziekenhuis 'niet langer dan medisch noodzakelijk, maar zeker ook niet korter dan kwalitatief verantwoord' te houden.

### **Waarom TOC?**

Wij hebben deze methodiek ingevoerd om ons dilemma op te lossen: aan de ene kant zijn we gedwongen steeds meer binnen een beperkt budget te handelen, aan de andere kant willen zorgverleners het liefst alleen op basis van medische overwegingen de patiënt verzorgen en behandelen. Het handelen binnen een beperkt budget komt voort uit de behoefte zoveel mogelijk patiënten te willen behandelen. Daar staat tegenover dat de zorgverlener die ene patiënt die hij/zij op een bepaald moment voor zich heeft, de beste behandeling wil geven van dat moment. Kortom, een dilemma waarvoor geen oplossing lijkt te zijn. Ik zeg bewust lijkt, want met de Theory of Constraints kunnen we dit dilemma met een win-win oplossing te lijf gaan. Door de gemiddelde ligduur drastisch te verlagen, kunnen we onze patiënten op de wachtlijst sneller opnemen met de daarbij bijbehorende inkomsten. In plaats van de aandacht te richten op kostenbeheersing, focussen we ons op inkomstverhoging.

### **Hoe vinden we de zwakste schakel?**

Maar hoe verlagen we dan die gemiddelde ligduur? De Theory of Constraints (TOC) is daarbij ons instrument. TOC richt zich op het vinden van de zwakste schakel in een keten van achter elkaar liggende processtappen; deze zwakste schakel bepaalt de capaciteit en

de doorstroom van patiënten in het hele systeem, zoals het ziekenhuis. Als bijvoorbeeld de bedden capaciteit de zwakste schakel vormt, dan kunnen we niet meer patiënten opnemen (na bijvoorbeeld een operatie of een poliklinisch bezoek) dan deze capaciteit toestaat. Als deze zwakste schakel is opgelost of geoptimaliseerd, neemt de doorstroom in de hele keten toe. Vervolgens zal er een nieuwe zwakste schakel ontstaan, die aangepakt wordt etcetera.

De volgorde die TOC hanteert, bestaat uit vijf stappen die achtereenvolgens doorlopen worden:

- 1) vind de beperkende factor (die het behalen van je doelstelling in de weg staan, lees: een kortere gemiddelde ligduur)
- 2) benut deze beperkende factor optimaal
- 3) stel alles in dienst van deze beperkende factor
- 4) vergroot de capaciteit van de beperkende factor
- 5) ga terug naar stap 1.

### **Hoe passen wij TOC toe in ons ziekenhuis?**

In juni 2006 zijn wij, vanwege een extreme bedbezetting van over de 100%, gestart met het implementeren van TOC op twee afdelingen van ons ziekenhuis.

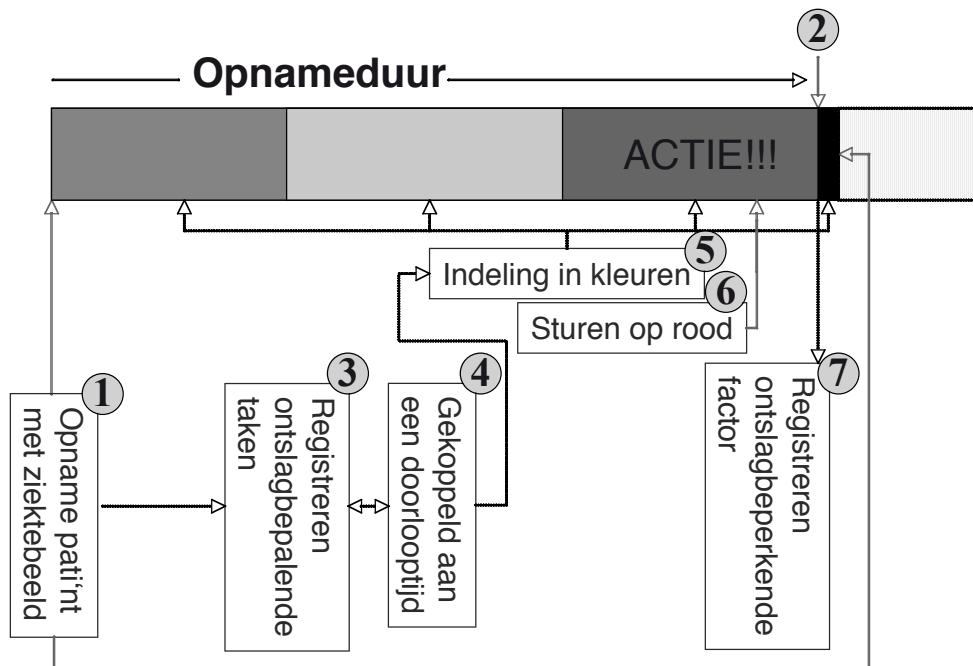
Doelstelling was om binnen drie maanden over een periode van minimaal 1 jaar (voor blijvend resultaat) de gemiddelde ligduur van patiënten op deze twee afdelingen met minimaal 30% te verkorten. Op de vrijkomende bedden wilden we nieuwe patiënten opnemen (om zo de wachtlijst/tijd voor opname in te korten). Tegelijkertijd moest de implementatie van TOC leiden tot een significante verbetering van de tevredenheid van de medewerkers op de twee verpleegafdelingen.

### **Wat houdt TOC in?**

TOC werkt als volgt. Direct bij opname bepaalt de medisch specialist de verwachte ontslagdatum. Vervolgens wordt alles erop gericht deze datum te realiseren. Lukt dat niet, dan wordt de oorzaak opgespoord. Door alle ontslagvertragende hindernissen op te tellen, wordt duidelijk wat de meest voorkomende oorzaak van vertraging is. Deze zwakste schakel tussen opname en ontslag wordt vervolgens multidisciplinair opgelost, in beginsel zonder extra personeel of middelen. Daarna begint de cyclus van registreren, opsporen en oplossen van de zwakste schakel opnieuw. Zo ontstaat een continu verbeterproces.

In ons ziekenhuis zijn een interne afdeling en een afdeling neurologie met TOC gestart. Vooraf is het personeel van beide afdelingen geschoold in de filosofie en de werkwijze van de TOC-methode. Iedereen leerde werken met het registratiesysteem. Verder zijn de omringende disciplines die tijdens opname met de patiënt te maken hebben, geïnformeerd over de methode en hun rol daarin. Het registratiesysteem is vooraf met twee soorten gegevens gevuld. Ten eerste een overzicht van de mogelijke taken die moeten worden uitgevoerd voordat een patiënt met ontslag kan. Daarnaast moeten redenen van vertraging voor het ontslag worden benoemd.

Op 1 juli 2006 begon het project: het registreren van gegevens en het sturen op de ontslagdatum. Cruciaal hierbij is de verdeling van de opnameduur van de patiënt volgens kleurcodes. Nadat de verpleegkundige de voorlopige ontslagdatum en de ontslagbepalende taken (met een doorlooptijd) heeft ingevuld, verdeelt het systeem deze kleuren zelf over de opnameduur, beginnend bij groen gedurende de eerste dagen, dan van oranje naar rood en tot slot, indien de ontslagdatum is overschreden, naar zwart (zie figuur 1). Elke ochtend kijken de verpleegkundigen welke kleurcodes bij de patiënten horen die op dat moment op de afdeling liggen. Bij de 'rode' en 'zwarte' patiënten gaan ze na welke taak nog niet is uitgevoerd en wie hiervoor verantwoordelijk is. De verantwoordelijke wordt erop aangesproken deze taak zo snel mogelijk uit te voeren (want bij het bepalen van de doorlooptijden was de tijd voor elke taak ingeschat als redelijk en haalbaar). Elke week registreert de verpleegkundige bij alle 'zwarte' patiënten de reden van vertraging. Door al die gegevens te registreren, kan het afdelingshoofd (verpleegkundig en/of medisch) elke dag data zien als de gemiddelde ligduur van alle patiënten op de afdeling, het aantal opnames per dag en het aantal ontslagen per dag. Ook kan de top tien van redenen van vertraging per dag over elke afgelopen periode schematisch worden weergegeven. De meest voorkomende oorzaak van vertraging is de zwakste schakel in de keten. Pas als nummer één als zwakste schakel uit de lijst is verdwenen, wordt gewerkt aan de volgende zwakke schakel. Kortom, er staat steeds slechts één schakel in de volle aandacht en met 100 procent inzet wordt deze aangepakt. Pas daarna is de volgende zwakke schakel aan de beurt.



Figuur 1 Kleurcodes bij elke patiënt vanaf opname tot ontslag

### **Wat zijn nu ontslagbepalende taken?**

Verpleegkundigen en medisch specialisten hebben zelf de lijst met ontslagbepalende taken opgesteld. Dit is verwerkt in een pulldown menu in het registratiesysteem.

Voorbeelden zijn:

- Het behandelplan is bekend
- Onderzoek bij de beeldvormende technieken
- Regelen medicatie
- Bereiken mobiliteit
- Nazorg regelen thuis

Elke dag en op elk moment van de dag geeft het systeem een overzicht van de fase waarin elke patiënt zich bevindt. Met dit overzicht kunnen verpleegkundigen en medisch specialisten het werk prioriteren. Eerst kijken wat er bij de patiënten in het zwart moet gebeuren om het ontslag zo snel mogelijk te regelen, daarna de patiënten in het rood etcetera.

### **Wat te doen met de zwakste schakel?**

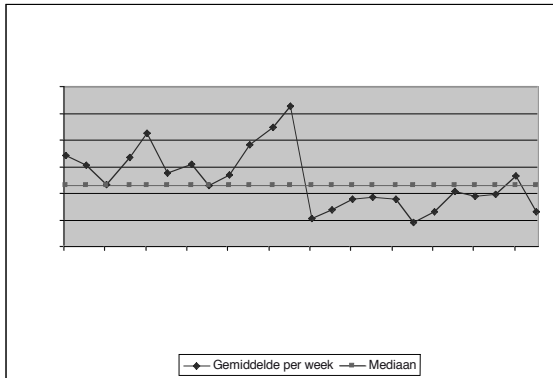
De top 10 redenen van vertraging gaven aan dat bij deze twee afdelingen het ontslag naar een verpleeghuis de eerste zwakste schakel in de keten bleek te zijn. Dit gaf aanleiding tot intensief overleg met de verpleeghuizen in onze regio, het invoeren van de TOC werkwijze bij onze transferverpleegkundigen en zelfs ook op de schakelafdeling binnen ons ziekenhuis.

### **Wat zijn de resultaten?**

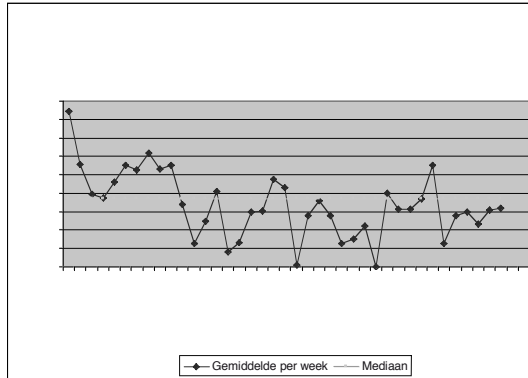
Op de twee pilotafdelingen was binnen 3 maanden (en na 2 jaar nog steeds) de gemiddelde ligduur met 30 tot 40% gedaald! Aanleiding voor de Raad van Bestuur om TOC vanaf april 2008 uit te rollen over alle klinische verpleegafdelingen van ons ziekenhuis. Intussen is TOC op meerdere afdelingen uitgerold, waarbij de gemiddelde ligduur op alle afdelingen minimaal met 20% is afgenomen, op 1 chirurgische afdeling na. Op deze afdeling ligt de gemiddelde ligduur al 2 dagen lager dan het landelijk gemiddelde doordat voor elk ziektebeeld heel stringent met protocollen wordt gewerkt.

De patiënt weet vanaf de opnamedag wat de verwachte ontslagdatum is, en alleen een medische reden is aanleiding voor eventuele aanpassing hiervan. Ook de samenwerking tussen verpleegkundigen en medisch specialisten is versterkt, omdat zij bij elk contact de te verwachten ontslagdatum en het realiseren of afwijken daarvan bespreken. Een punt dat door verpleegkundigen als erg positief wordt ervaren. Verder is het aantal 'verkeerde bed'-dagen afgenomen (het aantal dagen dat een patiënt nog in ons ziekenhuis is opgenomen, terwijl de behandeling medisch gezien afgerond is). In 2007 lag het aantal verkeerde beddagen bij patiënten die overgeplaatst werden naar een verpleeghuis nog boven het aantal van gemiddeld 10 dagen. In de tweede helft van 2008 ligt het aantal onder een gemiddelde van 7 dagen (figuur 2).

2007



2008



*Figuur 2 Gemiddeld aantal verkeerde beddagen in 2007 en 2008*

### **Hoe gaan we verder?**

TOC wordt op alle klinische afdelingen in ons ziekenhuis uitgerold. Ons doel is de ligduur voor alle afdelingen met gemiddeld minimaal 10-20% te reduceren en de vrijkomende bedden te gebruiken voor nieuwe, versnelde opnames. De resultaten tot nu toe passen volledig in dit beeld. Het resultaat is dat uiteindelijk elke patiënt direct op de afdeling opgenomen wordt van het specialisme waartoe zijn behandeling behoort. Daardoor krijgt de patiënt vanaf opname exact die zorg die hij/zij nodig heeft van verpleegkundigen die daarvoor gespecialiseerd zijn: een resultaat waar zowel de patiënt, de verpleegkundige, de medisch specialist als de verzekeraar bij gebaat zijn!





Jim van den Beuken is bestuurder en adviseur/trainer bij Stichting Planetree

## ***Planetree: van lef en liefde op individueel niveau naar transformatie in de zorginstelling***

### **Transformatie: van willen naar doen**

Lef en liefde zie je veel bij individuele zorgverleners. Een van de lastige vragen is hoe je lef en liefde in de genen van de organisatie krijgt. Medewerkers en leiding benoemen regelmatig dezelfde pijnpunten: de regels, niet de patiënt staan hier centraal, te veel versnipperde projecten, veel administratie ter verantwoording of bezuiniging, overbelaste en moeilijke positie middenmanagement, onmacht bij medewerkers, samenwerkingscultuur is niet sterk en best practices worden langzaam of niet gedeeld binnen en buiten de zorginstelling.

### **Focus: best mogelijke zorg voor cliënt en medewerker**

Planetree helpt zorginstellingen met het waarmaken van zorg waarbij cliënten en medewerkers centraal staan. Door de cliënt actief te betrekken en te informeren, zijn cliënten in staat om zelf keuzes te maken. Door veiligheid en verbondenheid voor cliënt en professional te stimuleren, kunnen gezonde relaties ontstaan. Organisaties veranderen in een omgeving waarin de mens voorop staat, cliënten actieve deelnemers zijn en professionals en vrijwilligers zorg kunnen geven zoals ze die zelf ook zouden willen krijgen. Zorginstellingen leren het verschil te maken tussen willen en doen in mensgerichte zorg.

### **Lef en liefde leren implementeren**

Zorginstellingen die het is gelukt, leren ons het volgende over het implementatieproces: Start met het **fundament**: formuleer een aansprekende koers, gebruik het Planetree model, faciliteer kennis/vaardigheidsontwikkeling en maak samenhang zichtbaar in projecten, organiseer feedback van cliënten en stuur daarmee de organisatie;

**Benoem leiders** die geloofwaardig zijn, energie geven en waarbij medewerkers voelen dat het gemeend is en zien aan de daden dat het klopt;

**Organiseer** inspanningen met een coördinator, componententeams, regiegroep en specificeer in jaar- of afdelingsplannen de resultaten die in de lijn behaald moeten worden;

Maak **vooruitgang zichtbaar**, kleine stappen, grote stappen, afdelingen, projectgroepen, focusgroepen, lantaarnpalen en kampvuren, etc.;

Regel **vrije ruimte** in initiatieven en geld om vakmanschap en creativiteit toe te laten en te belonen. Dat leidt dan weer tot voldoening en medewerkerstevredenheid;

En tenslotte “**practice what you preach**”, de grootste kunst blijkt om dit “gezond” verstand consistent en uitstekend uit te voeren naar “gezonde” praktijk, liever 2 initiatieven goed per jaar, dan 5 keer half werk.

### **Ter inspiratie: 12 componenten**

Noodzakelijk voor een hoogwaardige kwaliteit is een integrale en versterkende aanpak van de geleverde zorg, de omgeving waarin de zorg wordt verleend en de vitaliteit van de organisatie. Het gaat om de volgende componenten:



## **A. Betere Zorg**

### **1. Menselijke interactie en liefdevolle bejegening**

Goede zorg gaat over mensen die elkaar helpen. Medewerkers bieden persoonlijke menslievende zorg voor cliënten en hun mantelzorgers. Het gaat ook over medewerkers die zorgvuldig met elkaar omgaan in houding en gedrag en samen een organisatiecultuur creëren om trots op te zijn. Ieder individu wordt gezien als zorgverlener met het vermogen om een verschil te maken. Echt contact maken, luisteren naar wat nodig is en aandacht voor het individu staat voorop en dat zie je in al het denken, handelen en de te nemen besluitvorming. Cliënten voelen zich welkom en serieus genomen. Medewerkers spreken mensen aan met hun naam en zijn met hun aandacht bij de cliënt en hun specifieke situatie.

### **2. Eigen keuze en verantwoordelijkheid door informatie en educatie**

Cliënten hebben de mogelijkheid om meer over hun ziekte en gezondheid te leren en de regie te nemen over hun eigen zorg en welzijn. Ze krijgen hun eigen dossiers aangeboden en uitgelegd en kunnen aantekeningen maken hoe ze zich voelen. Hierdoor wordt ook de veiligheid van de cliënt ondersteund. Mogelijke behandelingen worden geduldig uitgelegd en cliënten hebben en maken keuzes.

### **3. Uitstekende behandeling en zorg**

De (medische) kwaliteit van zorg is belangrijk voor elke Planetree organisatie: up-to-date wetenschappelijke kennis en technologische en logistieke ontwikkelingen dragen bij aan de genezing en veiligheid van de cliënt.

### **4. Gezond eten, drinken en bewegen**

Eten en drinken is niet alleen essentieel voor een goede gezondheid, maar is ook een moment van geborgen voelen en genieten. Planetree instellingen bieden gezonde en smakelijke maaltijden en zorgen voor gezonde keuzes in restaurants, maar ook in de snackautomaten. Keukens zijn beschikbaar voor mantelzorgers en familie om het favoriete eten van de cliënt klaar te maken. Zorgorganisaties geven zelf of via vrijwilligers cursussen voor lekker en gezond eten, en helpen speciale diëten lekker te bereiden. Vrijwilligers bakken soms brood en koekjes als een soort ‘aromatherapie’ waardoor een thuisgevoel ontstaat. Bewegingsprogramma’s zoals fitness, Tai Chi of yoga zorgen ervoor dat cliënten binnen hun eigen interesse de gezondheid van hun lichaam bevorderen.

## **5. Aanvullende zorg en zingeving**

Er wordt zoveel mogelijk gedaan om de kwaliteit van het leven te vergroten. Ziekte, ouderdom of kwetsbaarheid leiden vaak tot vragen over zingeving en het opnieuw evalueren wat echt belangrijk is in het leven zowel voor de cliënt als voor familie. Belangrijk is dat de mens achter de cliënt zich goed voelt en regie houdt. Dat betekent meer keuze bieden. In de praktijk waarderen zowel cliënten en medewerkers aanvullende zorg zoals bijvoorbeeld: massage, ruimtes voor persoonlijke rituelen en spiritualiteit, therapeutische aanraking, haptonomie, reiki, gebruik van aroma's, drummen, accupunctuur en huisdieren. Creatieve expressie, kunst en entertainment zijn als voeding voor de ziel. Muziek, verhalenvertellers, levensverhalen schrijven, clowns, films met humor creëren afleiding en een ontspannen sfeer, kunst in de cliëntkamers en behandelruimtes dragen bij aan een menselijke omgeving. Vrijwilligers helpen cliënten hun creatieve talenten verder te ontwikkelen. Medische geneeskunst en aanvullende zorg en zingeving versterken elkaar.

## **B. Helende Omgeving**

### **6. Menswaardige technologie**

Technologie staat in dienst van de professional en de cliënt. De ontwikkeling, het ontwerp, de keuze voor en het gebruik van de technologie gaat uit van de mens en werkt niet vervreemdend. Belangrijk is dat de technologie zodanig wordt gebruikt, dat de verbinding van de cliënt met zichzelf en zijn sociale omgeving optimaal blijft. Vriendelijk design, gebruik van kleuren en eenvoudig in gebruik, voorlichtingsfilmpjes op tv, webcam contact met dierbaren, menukeuzen etcetera zijn gebruikelijk. Menswaardige technologie gaat van efficiënte, belevingsgerichte operatiekamers, open MRI scanners met rustgevende muziek tot een leesbaar, elektronische patiëntendossier en lotgenotencontact via internet.

### **7. Architectuur en interieur leveren bijdrage aan gezondheid en heling**

De fysieke omgeving is belangrijk voor gezondheid en helen. Elk gebouw is vriendelijk, licht, rustgevend en uitnodigend. De menswaardigheid staat voorop bij het ontwerp. Er is aandacht voor geluid, goede ventilatie, natuurlijk daglicht, contact met natuur, muziek en positieve afleiding. Stromend water en kunst zijn zichtbaar in de entree en gebouwen. Door het wegnemen van architectonische grenzen, zoals balies, stimuleert het interieur de betrokkenheid van cliënt en familie. Ruimtes zijn zo ingericht dat er zowel plek is voor rust en reflectie, als voor sociale activiteiten en contacten, zoals aquaria, bibliotheken, keukens, ontmoetingsruimtes, kapelletjes, tuinen, labirinten en slaapkamers voor familie. Daarnaast leiden heldere wegverwijzingen tot zekerheid.

### **8. Vrienden, familie en gemeenschap spelen een positieve rol**

Ondersteuning door familie, vrienden, mantelzorgers en gemeenschap is essentieel voor een goede fysieke en geestelijke gezondheid. Goede zorg organiseert en stimuleert de betrokkenheid van de omgeving zoveel mogelijk. Mensen staan het liefst midden in het leven ondanks ziekte of ouderdom. Ongelimiteerde bezoektijden (ook op de IC), gastvrijheid voor familie en vrienden, ook bij ingrijpende procedures en reanimatie. Het mantelzorg programma zorgt ervoor dat de mantelzorgers intensief deelnemen aan de zorg van de cliënt tijdens en na de opname. Samenwerking met scholen, verzorgingshuizen, kerken en andere partijen (zoals zangkoren, toneel- en muziekgroepen, winkels en restaurants) in de gemeenschap maken het mogelijk om deel te nemen aan het "gewone" leven.

Vrijwilligers spelen, ieder met hun eigen talent, een belangrijke rol in het realiseren van Planetree, b.v. begeleiden van cliënten bij herstelprogramma, voorlezen, muziek maken, cliëntenvervoer (binnen en buiten), activiteiten begeleiden, gedichten schrijven, schilderen, wandelen en levensverhalen optekenen. Het is duidelijk dat de gemeenschap graag dingen doet voor mensen in kwetsbare situaties.

## **C. Gezonde organisatie**

### **9. Tevreden cliënten**

Cliënten ontvangen persoonlijke, respectvolle zorg omdat ieder mens een uniek individu is met eigen voorkeuren, waarden en behoeften, met als gevolg een toename van de cliënttevredenheid. Er wordt geluisterd naar cliënten en gehandeld. Processen worden klantvriendelijk ingericht.

### **10. Tevreden en gemotiveerde medewerkers**

Zorgverleners leveren graag de mensgerichte zorg waaraan cliënten behoefte hebben. Medewerkers weten weer waarom ze voor de zorg hebben gekozen. De professional voelt zich welkom en veilig. Medewerkers werken in een positief klimaat met duidelijke antwoorden, waardering, ondersteuning, persoonlijke ontwikkeling, interesse in de cliënt als persoon, collegialiteit en goede communicatie. Daarmee wordt ook de werving en het behoud van professionals gemakkelijker.

### **11. Gezonde financiële resultaten**

Lager personeelsverloop, minder ziekteverzuim, enthousiaste medewerkers, goede professionals, meer vrijwilligers en bovenal tevreden cliënten, leiden tot een gezonde organisatie met gezonde financiële resultaten. Zorginstellingen melden effecten zoals:

- Beter zorg: toename cliënttevredenheid, verlaging gemiddelde verblijfsduur, daling geneesmiddelengebruik (o.a. effect van eigen verantwoordelijkheid), vermindering medicatiefouten en verlaging infecties, Planetree versterkt de cliënt waardoor de behandeling beter aanslaat.
- Helende omgeving: toename familietevredenheid, open balies, hartelijke sfeer, vermindering van pijn en stress, beter slapen en versnelling van herstel in lichte omgeving, gelijke of verlaagde kosten van bouw en herinrichting.
- Gezonde organisatie: toename medewerkertevredenheid, verbetering van werving en behoud van professionals, positieve financiële resultaten.

Veel Planetree organisaties onderscheiden zich door hun prestaties, bijvoorbeeld met topposities in ranglijsten, publiciteit en eenvoudig krijgen van goed personeel

### **12. Goede marktpositie en relaties met belanghebbenden**

Zorginstellingen die werken met de Planetree filosofie en implementatie, constateren binnen de eigen organisatie een elan waarbij het goede wordt gewaardeerd en vernieuwing effectief ingevoerd. Planetree vereenvoudigt samenhangende strategische en operationele opties en overbrugt vaak tegenstellingen door te spreken over de inhoudelijke zin en noodzaak van zorg. Daarnaast verbetert de reputatie bij externe belanghebbenden en maakt de organisatie deel uit van een groter geheel die mensgerichte zorg waarmaakt, in woorden en in daden.



Karin Kaasjager, internist Alysis Zorggroep, Rijnstate ziekenhuis  
Gerard Hoogvliet, VVAA en lid Raad van Bestuur bij Revalidatie Friesland

## Verbindend vernieuwen

In deze workshop zetten Karin Kaasjager en Gerard Hoogvliet uiteen wat het programma Verbindend vernieuwen inhoudt. Verbindend vernieuwen is een samenwerkingsverband tussen de NPCF, de KNMG en de V&VN<sup>1</sup>. Binnen verbindend vernieuwen staat de dialoog tussen patiënten en partners/familie en zorgverleners centraal.

Als pakkend voorbeeld geeft Karin aan dat de nog steeds grootste doodsoorzaak (hart- en vaatziekten) in de westerse wereld niet op te lossen is met medicatie. Leefstijl, gedragsverandering, therapietrouw - zaken die zelfmanagement impliceren - zijn hierbij onmisbaar. Om dit (bv. afvallen, stoppen met roken, meer beweging en stressreductie) te bewerkstelligen is er een dialoog nodig tussen de patiënten en zorgverleners. Samen moeten zij tot een oplossing komen, oftewel **dialoog gestuurde zorg** en niet diagnose gestuurde zorg.

### Discussie

Na een korte inleiding hoe cardiovasculaire zorg ingericht kan worden met daadwerkelijk 'de

Citaten uit: *'Verantwoorde samenwerking tussen patiënten en zorgprofessionals - Een publicatie van Verbindend Vernieuwen*, november 2006

#### De patiënt

"In de groepsconsulten voel ik me vrij en durf ik gewoon alles te vragen. We praten eerst met de arts. Als we het niet eens zijn over de medicatie of de behandeling dan bespreken we dat. De arts geeft daarvoor veel ruimte. Eigenlijk beschouw ik de arts in een groepsgesprek meer als een adviseur."

#### De arts

"De arts en de patiënt: het zijn twee verschillende werelden. Als je als hulpverlener zelf patiënt bent of een keer betrokken bent bij een zieke naaste, ervaar je pas hoe zot de medische wereld in elkaar steekt."

<sup>1</sup> Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

patiënt centraal' met een centrale zorgverlener wordt aan de hand van een aantal stellingen de discussie gestart. Zo laat een stelling de zaal nadenken over de noodzaak van dialoog gestuurde zorg om zelfmanagement van de patiënt te bevorderen. De zaal is het er snel over eens dat "eigen schuld dikke bult" niet de benadering moet zijn. Dit bevordert zeker niet het zelfmanagement, integendeel. Vaak treedt er verwijdering op tussen patiënt en zorgverlener. Het is goed om samen met de patiënt een zorgplan op te stellen en een centrale zorgverlener af te spreken. In dit individuele zorgplan wordt rekening gehouden met de eigen keuzes c.q. verantwoordelijkheden. Het is belangrijk dat de centrale zorgverlener het proces bewaakt. Dus niet alleen dialoog gestuurde zorg richting patiënt is van belang maar ook goede communicatie/afstemming tussen de diverse zorgverleners. De bij de inleiding geschetste vasculaire poli en het vasculair transmuraal project Rijnboog zijn hier goede voorbeelden van.

Er ontstaat discussie of deze zorgvormen wel haalbaar zijn m.n. financieel. De deelnemers: "het is gewoonweg niet kostendekkend te krijgen" en "in het huidige dbc-tijdperk wordt transmuraal multidisciplinair samenwerken niet gestimuleerd" of "het management ondersteunt dit niet".

De workshopleiders bestrijden dit: wanneer er een gedegen voorbereiding is en een aantal professionals zich hard maakt voor een dergelijk project zal het management daar vanzelf in meegaan. Het is dan wel van belang dat er binnen de organisatie iemand is die "de kar" wil trekken.

### **Tot slot**

De groep komt tot de conclusie dat door een enthousiaste aanpak van een aantal doorzetters een dergelijk project tot succes zal leiden. Het voordeel voor de patiënt is dat de patiënt betrokken wordt bij zijn behandeling waardoor het zelfmanagement en de therapietrouw toenemen. Patiënten ervaren de therapietrouw als prettig.

vervolg - Citaten uit:  
*'Verantwoorde samenwerking  
tussen patiënten en  
zorgprofessionals - Een  
publicatie van Verbindend  
Vernieuwen, november 2006*

### **De verpleegkundige**

"Belangrijk is dat iedereen elkaar altijd gemakkelijk kan vinden. Problemen of aandachtspunten worden door de goede onderlinge relaties steeds organisch opgelost. We dragen een positieve mensvisie uit. Ieder mens staat voortdurend voor keuzes. Laat je niet leven door anderen maar neem de regie in eigen hand."

### **De manager**

"Vernieuwing ontstaat op de werkvloer. Dat vereist een leiderschapsstijl gericht op het ondersteunen van competenties. Geef ruimte aan de inbreng van professionals en patiënten."



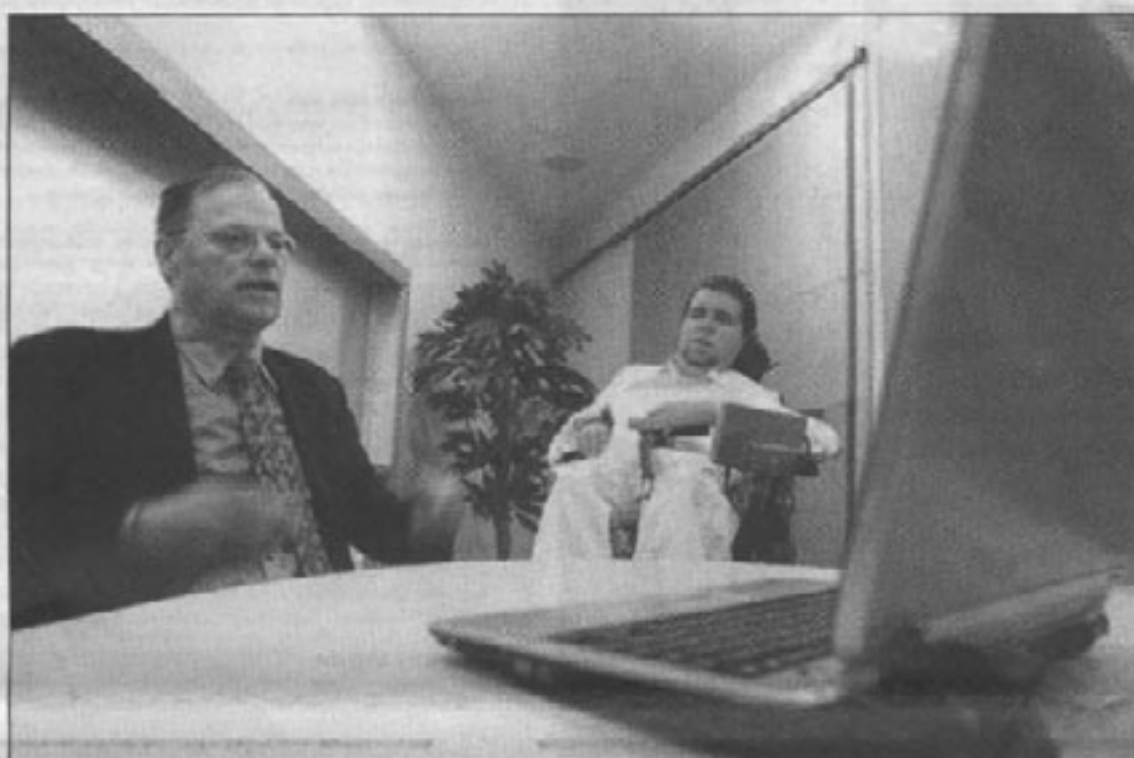
Joost Nauta, 37 jaar, is zorgondernemer in de thuiszorg, initiatiefnemer achter de Bordercross Academy en inspiratie- en motivatiespreker. Geboren met een ernstige spierziekte die maakt dat hij volledig aangewezen is op hulpmiddelen en zorgverlening. Joost kan slechts zijn twee duimen bewegen, maar voltooide na de reguliere MAVO MBO Agogisch Werk en volgde de opleiding HBO Maatschappelijk Werk.

### ***Kijken wat je wel kunt!***

Lef en liefde zijn thema's waar ik wel raad mee weet.

Je moet altijd oppassen dat je niet te onbescheiden wordt in je beschrijving over jezelf, maar ik durf wel te zeggen dat ik lef heb. Als kind ben ik op 3-jarige leeftijd in een internaat woonachtig geraakt en daar heb ik geleerd dat het hebben van lef deuren opent. De liefde heb ik pas later leren kennen. Het vraagt een zekere dosis van zelfreflectie en openhartigheid om te zeggen dat je makkelijk lief hebt. In de zorg van vandaag is verandering aan de orde van de dag. De bestaande oplossingen voldoen niet meer aan de vraag die de maatschappij aan ons stelt. Steeds meer mensen doen een beroep op de zorg en steeds minder mensen zijn er beschikbaar om goede zorg te leveren. Oplopende kosten moeten door steeds minder mensen worden opgebracht. Het bovenstaande vraagstuk verlangt van ons om op nieuwe manieren naar zorg te kijken. Ik denk dat ik, gezien mijn achtergrond, in de gelukkige positie ben om de zorg praktisch te bekijken. Wat levert de inspanning van de zorgverlener, de zorginstelling en het geld waar dit allemaal mee bekostigd wordt daadwerkelijk op voor de mens die zorg nodig heeft. Lef is nodig voor hen die beslissingen moeten nemen ten tijde van een periode van verandering. Alles is geoorloofd zolang de kwaliteit en de beleving van de zorg positief is vanuit het oogpunt van de zorgvrager.

Soms ben ik bang dat ook ik besmet raak met regel drift en borgingsdrang. Vanwege het feit dat ik in aanraking kom met systemen, reglementen, protocollen en voorschriften en voortdurend nadenk over de borging van processen, zou het reële gevaar kunnen ontstaan dat ook ik in het moeras ten onder ga. Het zal om een portie lef vragen om opstandig te blijven, vraagtekens te zetten en zaken niet voor zoete koek te nemen. Mijn kracht is dat ik mijn leven lang eigenwijs heb moeten zijn. Tijdens mijn opleidingen en het werken in de zorg als bestuurder probeerde ik steeds vaker mee te doen aan wat wenselijk was. Ik kan me nog herinneren dat ik als stagiair binnen een groep teamleiders



Joost Nauta (r.) laat anderen meeprofiteren van het zorgnetwerk dat hij heeft opgebouwd. Hij geeft als voorbeeld van zijn werk een motivatietraining aan wethouder Toon Gispén (volksgezondheid).

Foto: Jeroen Stoops.

## Joost Zorgt, voor kwaliteit in langdurige thuiszorg

door Ciska Hoogeveen

**UTRECHT** - De stad is een unieke thuiszorgorganisatie rijker. Joost Nauta (34), die zijn hele leven al gebruik maakt van de thuiszorg, laat anderen profiteren van het zorgnetwerk dat hij heeft opgebouwd.

Joost Nauta nam het initiatief voor zijn eigen thuiszorgonderneming na een vakantie op Curaçao. 'Ik wilde voor langere tijd op het eiland verblijven en had daarvoor natuurlijk zorg geregeld. Het was alleen zo zonde dat ik na die vakantie al die voorzieningen niet meer gebruikte, terwijl ik er veel voor had geregeld.' Op die manier kwam Nauta op het idee anderen gebruik te laten maken van zijn netwerk van zorgverleners.

'Omdat ik een tijdje ziek ben geweest, kwam ik op Curaçao in een ziekenhuis terecht. Daar leerde ik een verpleger kennen, het klikte goed en hij is naar Nederland gekomen. Hij woont hier nu ook en werkt voor Joost Zorgt. Zo kom ik aan mijn werknemers; ik ken ze vaak persoonlijk.'

### Zorgwisseling

Het grote verschil tussen Joost Zorgt en andere thuiszorgorganisaties is dat er weinig 'wisseling van de wacht is'. 'Het is veel fijner om langere tijd dezelfde verzorger te hebben', legt Nauta uit. 'Je kunt dan echt een band met die persoon opbouwen. We proberen ook per cliënt een goede match te maken. Naar een jonger iemand sturen we bijvoorbeeld een wat vlottere zorgverlener.'

Op dit moment bestaat Joost Zorgt uit zo'n negentig zorgverleners. Deze werknemers zijn niet in loondienst, maar worden ingehuurd. Het bedrijf bemiddelt dus vooral. Inmiddels maken tweehonderd mensen gebruik van de zorgverlening. Joost Zorgt gaat voor kwaliteit, zo moeten werknemers in het bezit zijn van een 'Bewijs van goed gedrag'. Daarnaast worden ze altijd gehouden aan de beroepscode voor zorgverlening. Ook gaat Nauta voor de zorgverlener die zijn beroep met liefde uitvoert. Hij legt uit dat de cliënt zo op alle manieren beschermd wordt. 'Niemand wil toch een oneetlijk persoon in zijn huis? We werken gewoon met leuke mensen.' Voor vragen en informatie: Joost Zorgt, tel. 030-2731300, of [www.joostzorgt.nl](http://www.joostzorgt.nl).

binnen een zorginstelling voor jeugd met een lichamelijke beperking 45 minuten heb vergaderd over de vraag of bewoners 1 of 2 eieren per week mochten eten. Ja, teveel cholesterol is natuurlijk niet goed voor de mens, maar in dit geval leek het middel mij erger dan de kwaal. Zulke zaken moesten toch makkelijker kunnen, dacht ik als stagiaire. Dit was een verbod voor wat me te wachten stond in polderland vergaderland. Later als bestuurder in de zorg ben ik wekelijks aangelopen tegen de bureaucratie binnen de zorg. Tekenend hiervoor is de constatering dat meer dan driekwart van de activiteiten van het personeel op mijn kantoor voortkomt uit registratie- en beheersingsmaatregelen in plaats van dat wij met de daadwerkelijke zorgvragen bezig kunnen zijn. Natuurlijk moeten instellingen verantwoording afleggen over de manier waarop zij kwaliteit en doelmatigheid in de instelling borgen, maar ik ben toch meer van de instelling 'niet lullen maar poetsen'.

Tegenwoordig merk ik steeds vaker dat er een nieuwe wind waait in zorgland. Kwaliteit staat centraal net als beleving van de zorgvrager. De dwangmatige hang naar controle en doelmatigheid is meer naar de achtergrond verdwenen. Ook de overheid wil 'ontregelen'. Daar waar ik als leerling van het beroepsonderwijs nog probeerde om in het systeem te passen, blijkt dat authenticiteit, lef in en liefde voor het werk de belangrijkste thema's in het veld zijn geworden. Ik denk dat we er nog lang niet zijn, maar dat de toon gezet is. Zolang de kwaliteit van zorg voor de klant centraal staat is er altijd een tekort aan opstandige mensen met een goede dosis lef en liefde voor het vak.





Cock Aquarius, Raad van Bestuur van Daelzicht, Midden-Limburg, een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking, en Marij Bontemps, voorzitter Raad van Bestuur Ziekenhuis St Jansdal te Harderwijk

## ***Waarden van Zorg***

De workshop begon met een korte inleiding met de volgende inhoud:

*Zorgverleners bevinden zich vaak in situaties waarin met meerdere logica's wordt gewerkt en waarin schijnbare waardentegenstellingen hen voor dilemma's plaatsen. Zij ervaren soms een grote spanning tussen de regels, personen en doelen, horend bij die tegengestelde waarden.*

Het is belangrijk uit te gaan van **menslievende zorg**

Hierbij wordt als definitie van "zorg" gehanteerd: "alles wat wij doen om de wereld zó in stand te houden, dat we er zo goed mogelijk in kunnen leven".

Als schijnbare tegenstellingen werden benoemd:

**Presentie:** het aandachtig en toegewijd in een **relatie** gaan staan  
versus

**Functioneel** doen: gericht op **meetbaar resultaat**

En ook:

Alle mensen zijn **ongelijk**: elke persoon is **uniek**  
versus

Alle mensen zijn **gelijk**: gericht op **standaardiseren**, protocolleren

En tenslotte:

**Samenwerken, samendragen, samendoen**  
versus  
**Concurrentie, geheimhouden, ik word groot ten koste van ...**

Wij constateerden dat de telkens eerstgenoemde waarden thuishoren in de "logica van de kampvuren" (Kunneman), terwijl de tweede behoren bij de "logica van de lantaarnpalen".

De eerste vraag die aan de deelnemers van de workshop werd voorgelegd, was:

**"welke waarde is voor u het allerbelangrijkst in uw dagelijks werk?"**

De deelnemers gaven een diversiteit aan antwoorden; zowel hun persoonlijk streven, hun persoonlijke waarden als hun pragmatische inzichten en de vertaling naar organisatorische vormgeving. Men gaf aan:

- geef in de ouderenzorg (het verzorgingshuis) ieder die niet meer thuis kan wonen, een eigen plekje waar men kan accepteren dat men minder kan;
- ga met respect om met de integriteit van personen;
- creëer een leeromgeving in de zorg, omdat zowel de zorgverlener als degene die zorg ontvangt moeten kunnen leren, zich ontwikkelen;
- heb vertrouwen met name in de professionaliteit van werkers.

De volgende vraag was: **"wat belemmert u in het dagelijks werk om bij die belangrijkste waarde te komen?"**

De deelnemers zagen belemmeringen in:

- Structuren, hiërarchie. Bijvoorbeeld: teamleiders, de directe leidinggevenden op de
- werkvloer, hebben te weinig macht en positie. Zij zouden meer *empowered* moeten worden.
- Managers en bestuurders hebben andere prioriteiten.
- Regels, bijvoorbeeld die van het CIZ en andere instanties.
- Tijdgebrek: men kan niet geven wat men nodig vindt, niet aan cliënten en niet aan collega's.
- De "kampvuurmentaliteit" van mensen die zich afschermen, zaken geheimhouden, onvoldoende communiceren en daarmee zich te weinig verantwoorden.

De laatste vraag was: **"hoe gaat u om met die belemmeringen?"**

Op deze vraag werden verfrissende antwoorden gegeven, variërend van: "ik ervaar geen belemmeringen", "ik ga gewoon mijn gang" tot "brake the rules", "heb lef" en "bedenk zelf een systeem". Ook: "denk na over de goede en sterke zaken en concentreer je in je werk daarop".

Anderen gaven aan de belemmeringen als uitdaging te zien en gebruik te maken van de ambivalentie. Ook werd gezegd dat er door leidinggevenden meer regelruimte teruggegeven moet worden aan de professionals. Eén deelnemer gaf aan dat er ethisch beraad georganiseerd moet worden over de dilemma's. Dat wil zeggen dat je op

afdelingen met vertegenwoordigers van verschillende geledingen ervoor gaat zitten, dus de tijd neemt om een goed gesprek over deze kwesties te voeren, zodat je dan in alle rust en gezamenlijk afwegingen kunt maken.

Tenslotte werd opgemerkt dat "verbinden" een oplossing biedt. Het laten zien dat door de lagen van de hiërarchie in een zorgorganisatie heen ieder met dezelfde dilemma's en frustraties worstelt. Benoem die dilemma's en laat zien dat oplossingen vaak niet gevonden worden in een of-of verhaal, maar door en-en te doen. Dus èn standaardiseren èn verbijzonderen.



## Liefde in de Zorg vraagt Lef om het anders te doen!

Door Roland Pappal, partner vakgroep Innovatieve Zorgconcepten en Professionals, CC Zorgadviseurs.

Je zult in de huidige tijd professional zijn. Dat is geen sinecure. Waar je aan dient te beantwoorden staat in geen verhouding tot waarvoor je ooit voor je beroep hebt gekozen. Het zorgen voor zieken of hulpbehoevenden vormt hopelijk nog steeds het belangrijkste doel van je werk. Menig professional ervaart echter al langer dat dit sterk onder druk staat. Immers naast de dagelijkse zorgverlening, is een aantal aspecten nadrukkelijk van invloed op het dagelijkse werk van professionals.

*Externe verantwoordelijkheid vraagt om transparantie en leidt tot verdergaande bureaucratie;  
Marktwerking vraagt om ondernemerschap;  
Bewuster wordende zorgvrager denkt in leefbehoeften en niet zorgbehoeften. Dit vraagt om vernieuwing en ontwikkeling van duurzame zorg- en serviceconcepten.*

Professionals vinden het lastig hier invulling aan te geven of zijn daartoe niet altijd gemotiveerd. En menig manager ziet geen kans om aansluiting te vinden bij professionals. Daarbij tonen weinig managers ondernemerschap. Kortom er is sprake van collectieve onmacht. Gevolg is een verstoorde relatie tussen professionals en managers en daardoor raken professionals meer en meer verwijderd van de organisatie. Ondernemerschap en vernieuwing zijn gedoemd te mislukken.

Onder professionals, managers en bestuurders groeit gelukkig het besef dat een andere aanpak nodig is. Een groot aantal doet een sterk appel op herstel van oude professionele waarden. Terug naar de tijd van de professionele autonomie, waar professionals ruimte hebben voor de relatie met hun cliënten. Wij geloven dat dit alleen niet de oplossing is. Het zou een kunstfout zijn. Immers de context van toen was een andere dan de huidige. Het is juist die context waarmee de professional, maar ook de manager mee om dient te gaan. Pas dan kunnen de professionele waarden tot hun recht komen. Daarvoor is een rigoureuze verandering nodig.

*Organisaties dienen zich in te zetten op 'co-creatie' tussen managers en professionals. Partners in plaats van opponenten. Dat vraagt niet alleen van professionals een inspanning maar ook van managers een andere kijk en gedrag.*

*Organisaties dienen expliciet keuzes te maken. Te roepen dat ondernemerschap en innovatie nodig zijn maar dat kostenreductie het werkelijke leidende principe is, gaat niet werken.*

Kortom, 'professionele liefde' vraagt van professionals, managers en organisaties het **lef om met elkaar** een stap in de toekomst te zetten en niet om de tijd terug te draaien.



CC ZORGADVISEURS

Beneluxlaan 2C  
3446 GR Woerden

Postbus 644  
3440 AP Woerden

T (0348) 493 000  
F (0348) 493 009

info@cczorgadviseurs.nl  
www.cczorgadviseurs.nl

