

Wageningen University - Department of Social Sciences

MSc Thesis Chair Group: Communication and Innovation Studies

Coming to a 'learning organization' for 'Presence'

The process and search for deepening the vision of
Health Care Organization: ZorgSaam.

Month + year:

August 2012

MSc program

Development & Rural Innovations

Name of student

B. van Assche

Name of Supervisor(s)

Annemarie van Paassen

Thesis code:

COM-80430



WAGENINGEN UNIVERSITY
WAGENINGEN **UR**

	Wageningen University
Thesis:	COM-80430 Thesis Communication and Innovation Studies
ECT:	30 ECT
Chair:	Communication Science
Supervision:	Annemarie van Paassen
Name:	B. van Assche
Study:	MSc Development and Rural Innovations (MDR)
Student nr:	851117019090
Address:	Pastoor v.d. Muijsenbergstraat 27 4513 AT Hoofdplaat
Phone:	0031-6-14048688
E-mail:	ben.vanassche@wur.nl
Titel:	Komen tot een 'lerende organisatie' voor 'Presentie' <i>Het proces en de zoektocht naar een verdieping m.b.t. de visie van ZorgSaam.</i>
Versie:	Definitief
Datum:	Augustus 2012

A grayscale background image showing several hands of different skin tones gently cupping a large, light-colored bowl. The hands are positioned around the bowl, with fingers slightly curled, suggesting a collective effort or care. The lighting is soft, creating a warm and supportive atmosphere.

Komen tot een 'lerende organisatie' voor 'Presentie'

Het proces en de zoektocht naar
een verdieping m.b.t. de visie van ZorgSaam.

B. van Assche
Augustus-2012

Voorwoord

Het is wonderlijk hoe de wegen soms kunnen lopen en met diezelfde verwondering blik ik graag terug naar het moment waarop het allemaal begon. Na mijn middelbare schooltijd vertrok ik naar Zuid-Afrika om daar te helpen in diverse projecten. Waar medereisgenoten emotioneel geraakt werden door de aanwezige straatkinderen of het bezoek aan een terminale aids-kliniek, werd ik het meest geraakt door mijn bezoek aan een man in een kleine golfplaten woning van nauwelijks 2 bij 4 meter. De man lag met een zeer opgezwollen buik al enkele maanden stervende op bed, niet wetende wanneer zijn dag zou komen. Het donkere hutje was doordrongen van een urine lucht en overladen met een vliegenplaag. De armoede, zijn ziekte, het lijden, het overviel me en raakte me diep.

In de jaren die volgden ben ik meermaals naar het buitenland gegaan, soms gewoon om even mijn hand op iemands schouder te leggen of even die lach en die knipoog. Het zijn slechts kleine dingetjes, maar waarvan de waarde naar mijn idee niet onderschat mag worden. Maar het deelnemen in het lijden van de ander kwam steeds dichterbij; van Zuid-Afrika en Indonesië naar diverse landen op de Balkan en van Polen tot mijn eigen vriendenkring. Mijn blik op het bijstaan in iemands nood verschoof van een fysieke nood, naar de nood naar erkenning, naar begrip, naar meeleven en naar waardering.

Na diverse verdiepingsvakken te hebben genoten in de filosofie en ethiek werd ik zeer warm door het team van sTimul Nederland onthaalt. De oorspronkelijke stage mondde al gauw uit in het uitvoeren van een mini-onderzoek en mijn nieuwsgierigheid voor de zorgethiek werd verder aangeboord. Ik ben daarom bijzonder dankbaar voor de mogelijkheid welke zij mij hebben aangereikt om ook binnen de overkoepelende organisatie ZorgSaam mijn afstudeeronderzoek te mogen voltooien. Daarom bedank ik ze graag even bij naam: Monica Roose-van Dyun, Alet Veldhuis, Dick Stap en Anky de Bakker bedankt voor jullie vertrouwen en support ondanks de voor enkele zware fysieke beproevingen.

Naast de medewerkers van sTimul wil ik ook in het bijzonder het team van Vremdieke bedanken voor hun warme ontvangst. Ik zal de liefde en de passie waarmee jullie over jullie vak spraken niet snel vergeten. Naast het team wens ik in het bijzonder Koos de Zeeuw, Nicole Vaes en Thea Willemsen te bedanken voor het vertrouwen dat jullie me hebben geschonken om binnen Vremdieke mijn eindonderzoek te voltooien.

Tot slot bedank ik graag mijn begeleidster Annemarie van Paassen van de Wageningen University. Haar kritische blik en bijstand hebben er voor gezorgd dat dit onderzoek ook een wetenschappelijke diepgang heeft gekregen. Samen zijn we gedeeltelijk een onbekende weg in geslagen en hebben door het onderzoek heen naast de verworven data ook onze wetenschappelijke kennis over zorgethiek en presentie alsook over Triple Loop Learning verruimd. Ik heb onze samenwerking als zeer plezierig ervaren en ook daarvoor mijn dank.

Ik sluit dit voorwoord af in de hoop dat dit onderzoek niet alleen mijn wetenschappelijke kennis en vaardigheden heeft verruimd, maar ook dat u als lezer geïnspireerd zal worden door de huidige zoektocht van ZorgSaam. En dat u net zoals ZorgSaam de kritische zelfreflectie vraag zult stellen: "Wie ben ik en wie wil ik zijn in relatie tot de ander?"

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Hoofdstuk 1: Introductie	9
1.1 Inleiding	11
1.2 Aanleiding voor het onderzoek	11
1.3 Het doel van dit onderzoek	11
1.4 Afbakening van het onderwerp	12
1.5 Belanghebbenden van het onderzoek.	12
1.6 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 2 ‘Presentie’ in de zorg	17
2.1 Inleiding	19
2.2 Het fenomeen ‘zorg’ en haar ontstaanswijze	19
2.3 Het spanningsveld van de benaderingen tot zorg	20
2.4 ‘Presentie’ en ‘Belevingsgericht werken’ als zorgbenadering	22
Hoofdstuk 3 De lerende organisatie en niveaus van leren	27
3.1 Inleiding	29
3.2 De ‘Lerende organisatie’	29
3.3 De ‘Lerende gemeenschap’	31
3.4 De invloed van inter-humane processen	32
3.5 Single, Double and Triple Loop Learning.....	33
3.6 De samenhang van het theoretisch kader	37
Hoofdstuk 4 Het onderzoeksvragen & Methodiek	39
4.1 Inleiding	41
4.2 Uitgangspunten van het onderzoek	41
4.3 Methodologie van het onderzoek	42
4.3.1 Toegepaste onderzoekstechnieken	42
4.3.2 De onderzoekslocatie	44
4.3.3 Beoogde onderzoeksuitkomsten	45
4.4 Het onderzoeksproces	46
4.5 Data-analyse	46
4.6 Kwaliteit van het onderzoek	47

Resultaten: Presentie in de praktijk

Hoofdstuk 5 Individuele proces van zorg verlenen	51
5.1 Introductie.....	53
5.2 Liberale en sociale opvatting van zorg.....	53
5.3 Vijf opvattingen van Belevingsgericht Werken.....	54
5.4 Het individuele proces van zorg verlenen	58
 Hoofdstuk 6 Organisatorische ruimte voor Presentie.....	67
6.1 Inleiding	69
6.2 Organisatie opbouw en betrokkenheid	69
6.3 De organisatie in werking.....	78
6.3.1 De individuele medewerker	78
6.3.2 De organisatie van Vremdieke.....	78
6.3.3 De overkoepelende organisatie.....	83
6.4 De invloed van de staat, de markt en de gemeenschap.....	84
 Resultaten: Het proces van reflectie	
Hoofdstuk 7 Reflectie als individu	89
7.1 Inleiding	91
7.2 Het reflectie vermogen van niveau 1,2 en 3	91
7.3 Het reflectie vermogen stimuleren	94
 Hoofdstuk 8 Reflectie als ‘lerende organisatie’	97
8.1 Inleiding	99
8.2 Het implementatieproces kent vier deelprocessen	99
8.3 Komen tot het niveau van triple loop learning.....	101
8.4 ZorgSaam; een lerende organisatie?.....	103
 Hoofdstuk 9 Conclusies en discussie.....	111
9.1 Inleiding	113
9.2 Conclusies.....	113
9.3 Discussie	116
9.4 Wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek.....	117
9.5 Persoonlijke evaluatie en zelfreflectie:.....	120
 Literatuur	122
 Samenvatting	125

Hoofdstuk 1

Introductie



1.1 Inleiding

Het onderzoeksverslag wat u voor u treft heeft betrekking op een onderzoek aangaande het proces en de zoektocht van ZorgSaam om haar belevingsgerichte visie te kunnen verdiepen en te kunnen borgen. Binnen dit onderzoek zal ik na te gaan hoe de belevingsgerichte visie momenteel uiting krijgt binnen het verzorgingstehuis Vremdieke en hoe er zowel door de individuele medewerker als de organisatie gereflecteerd wordt op haar belevingsgerichte visie. Echter voordat er dieper ingegaan wordt op het theoretische kader of de onderzoeksmethodiek zal ik in dit hoofdstuk de aanleiding van het onderzoek belichten, ik zal wijzen op de verschillende belangen welke aan dit onderzoek gekoppeld zijn en ik zal het onderzoeksonderwerp afbakenen.

1.2 Aanleiding voor het onderzoek

ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen is een overkoepelende zorginstelling die samen is gesteld uit een Ziekenhuis, vier verzorgingstehuizen, de regionale thuiszorg en de ambulancedienst binnen de regio Zeeuws-Vlaanderen. Na de fusie van enkele jaren geleden ontstond er onvrede over de eigen werkwijze waarin tot dan toe veel nadruk lag op technisch handelen en de bedrijfsmatige aanpak, in plaats van op de interactie tussen de hulpverlener en de patiënt. (Schelfhout 2012) Maar niet alleen de relatie met de patiënt moest een hogere waarde krijgen, ook het respect en de gerichtheid naar elkaar als collega's vormde onderdeel van de nieuwe visie: Belevingsgericht Werken (Pool 2003 & 2010)

Toch bleef een ongenoegen naar de uitwerking van deze visie en in 2011 werd sTimul Nederland opgericht. Een zorgethisch lab waarbij ervaren zorgverleners door ervaringsgericht leren (Stevens: 2009), ook wel ervaringsleren leren genoemd (Bolhuis 2001), kennis konden maken met de zorgafhankelijkheid van een zorgvrager (Stap e.d. 2012). Uit onderzoek onder de oud-simulanten van sTimul bleek echter dat het huidige concept wel tot een persoonlijke attitude verandering kon leiden, maar organisatorische handelingsveranderingen binnen de verzorgingstehuizen van ZorgSaam bleven in de interviews van dit onderzoek uit (Van Assche 2012).

Deze constatering heeft sterk bijgedragen aan dit (vervolg) onderzoek, waarbij de vraag rijst waarom zorgverleners binnen de verzorgingstehuizen van ZorgSaam niet weten te komen tot organisatorische handelingsveranderingen. Naast de vragen naar het eigen vermogen om tot veranderingen te komen heeft het tevens tot vragen geleid ten aanzien van de organisatie en in hoeverre de medewerkers zich betrokken voelen en betrokken worden binnen de ontwikkelingen in de organisatie. Door alle medewerkers in dit proces te betrekken ontstaat er een mogelijkheid om te komen tot een lerende organisatie. De term lerende organisatie (Senge 1994, Frieling 2004, Argyris 1977) wordt daarbij zeer divers geïnterpreteerd.

Binnen het zorgethisch lab sTimul gaat het echter niet om het vakinhoudelijk leren van zorgtechnische handelingen of het zo efficiënt mogelijk maken van de huidige organisatie. Maar het gaat om een zorgethische benadering tot de ander (de patiënt of collega) wat de zorgrelatie tussen zorgverleners en zorgafhankelijke patiënten mag beïnvloeden.

Ook ZorgSaam zoekt deze verdieping door haar belevingsgerichte visie. Maar de term belevingsgerichte visie biedt ruimte om op verschillende manieren te worden geïnterpreteerd (Pool 2010, Baart 2008). In dit onderzoeksvoorstel zal ik daarom ook ingaan op het theoretische kader van deze belevingsgerichte visie en hoe het komt dat deze visie zo breed geïnterpreteerd kan worden.

1.3 Het doel van dit onderzoek

De constatering dat oud-simulanten van sTimul niet tot een fase van organisatorische handelingsveranderingen zijn gekomen hebben de aanleiding gevormd voor dit (vervolg) onderzoek. De vraag welke daarin centraal staat is; Waarom medewerkers van de verzorgingstehuizen van ZorgSaam (alsook de oud-simulanten van sTimul) niet tot een fase kunnen komen van organisatorische veranderingen binnen het kader van belevingsgericht te willen werken.

- Maar voordat we ingaan op positieve of negatieve organisatorische invloeden is het van belang om te achterhalen hoe medewerkers uiting zouden willen geven aan deze visie van; 'Belevingsgericht werken'.
- Een tweede vraag welke hier inherent aan verbonden is, dat is de vraag hoe de organisatie georganiseerd is. En hoe medewerkers in hun dagelijkse activiteiten de ruimte hebben om uiting te geven aan deze visie van 'belevingsgericht werken'.
- En tot slot richten de derde en vierde vraag zich op hoe er binnen de organisatie gereflecteerd wordt. Ik zal daarbij kijken naar het reflectie niveau van een individu op zijn of haar eigen zorgpraktijk, maar ook hoe er in een groepsverband gezamenlijk nagedacht wordt over een bepaalde probleemsituatie.

De bovenstaande vragen dienen naast een organisatorisch doel uiteindelijk ook een wetenschappelijk doel. De verworven inzichten binnen de organisatie van Vremdieke en ZorgSaam zullen verbonden worden tot een theoretisch raamwerk waarbinnen enkele fenomenen nader worden toegelicht of zelfs (ten dele) verklaard zullen worden. Maar ook heb ik getracht met het uit te voeren onderzoek een bijdrage te kunnen leveren in de aanscherping van de huidige theoretische kennis.

1.4 Afbakening van het onderwerp

Met het streven om een bijdrage te kunnen leveren aan de huidige wetenschap, is het van belang om helder te omlijsten waar ik mij binnen dit onderzoek op gericht heb. Ik zal in dit onderzoeksverslag met name verwijzen naar de 'Presentie Theorie' van Andries Baart (2001). Toch wil ik nadrukkelijk aangeven dat ik mij niet wil mengen in de inhoudelijke zorgethische discussie van deze benadering tot zorg. Waar ik mij echter wel op wil richten is hoe deze visie op zorg tot uiting kan komen in een bestaande organisatie.

Baart en Vosman (2008) verwijzen hiervoor naar de 'Lerende gemeenschap'. De term: 'Lerende gemeenschap' is afgeleid van de term 'Community-of-Practice' (Werner 2010) en stoelt op een uit de praktijk verworven wijsheid. Door de werking binnen ZorgSaam heb ik ervoor gekozen om hier te verwijzen naar de 'Lerende Organisatie' (Senge 1994). Binnen de theorie zal ik kort de termen Lerende gemeenschap en lerende organisatie tegenover elkaar stellen.

Mijn voornaamste focus binnen dit onderzoek is echter gericht op de vraag: hoe de 'lerende organisatie' gerelateerd kan worden aan verschillende niveaus van leren. Ik zal hiervoor verwijzen naar het 'Single' en 'Double Loop Learning' Argyris (1977), alsook de term Triple Loop Learning welke naar wat blijkt allereerst een nadere toelichting vereist.

1.5 Belanghebbenden van het onderzoek.

Belanghebbende 1: De onderzoeker:

Naast mijn persoonlijke interesse dien ik tevens kenbaar te maken dat dit onderzoek als mijn afstudeeronderzoek dient van de studie MSc Development and Rural Innovations aan de Wageningen University. Ik heb ervoor gekozen om binnen de Communication Science Group af te studeren en de uitkomsten van dit onderzoek dient mijn begeleidster Annemarie van Paassen en een tweede beoordelaar te overtuigen van de eigengemaakte vaardigheden en het analytische vermogen dat gedurende de studie aangeboden is. Het belang van de inhoudelijke bevindingen is voornamelijk toe te schrijven aan de volgende belanghebbenden.

Belanghebbenden 2: Manager en teamleiders van ZorgSaam en Vremdieke

De manager en teamleiders van ZorgSaam en Vremdieke krijgen door het onderzoek direct inzage waar zij zich zelf bevinden binnen een proces van 'Triple Loop Learning'. Gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek kunnen zij hun zorgpraktijk alsook de relatie met hun medewerkers mogelijk verbeteren om wellicht het presentiegehalte in de zorg te optimaliseren. Met de uitkomsten van dit onderzoek wil ik de medewerkers van ZorgSaam en Vremdieke niet in een diskrediet plaatsen, maar wil met de uitkomsten van dit onderzoek een aanleiding vormen om te komen tot een zorg die gekenmerkt wordt door een hogere presentiegraad.

Belanghebbenden 3: Begeleiders sTimul

Naast het inzichtelijk krijgen van het proces van 'triple loop learning' zijn de begeleiders van sTimul er ook bij gebaat om de uitkomsten van dit onderzoek te verbinden aan mogelijke workshops waarin de medewerkers van ZorgSaam verder getraind of begeleid worden in hun proces van 'leren'.

Belanghebbenden 4: The Communication Science Group Wageningen University

Tot slot kan het onderzoek tevens een bijdrage leveren aan de vakgroep van Communication Science aan de Universiteit van Wageningen. Deze groep maakt onderdeel uit van de sociale wetenschappen en is er op gericht om de interactie tussen mensen en groeperingen te onderzoeken in tijden van transitie en ontwikkeling. De relatie tussen dit onderzoek en de Communication Science Group wil ik verantwoorden door de bestudering van het fenomeen 'de lerende organisatie' en 'Triple Loop Learning' waarbij ik mij richt op:

- 1) De bestudering van leer / ontwikkelingsprocessen ('Double' en 'Triple Loop Learning')
- 2) De bestudering van het faciliterende aspect binnen procesbegeleiding.
- 3) De bestudering van interhuman-processes.
- 4) En de bestudering hoe deze processen samenhangend zijn in een bepaalde context.

De uitkomsten van dit onderzoek welke opgenomen zullen worden in de bibliotheek van de universiteit kunnen daarbij wellicht ter inspiratie dienen voor andere studenten en mogelijk andere geïnteresseerden. Hun belang is echter niet van directe invloed op het onderzoeksproces, maar de uitkomst kan een bijdrage leveren in hun eigen processen.

1.6 Leeswijzer

Om het onderzoek te kunnen omkaderen zullen de hoofdstukken twee en drie een theoretisch kader aanbieden. In hoofdstuk twee zal ik met name ingaan op het fenomeen zorg en de verschillende opvattingen over hoe zorg verleent dient te worden. Daarin zal ik ook ingaan op de huidige visie van ZorgSaam; Belevingsgericht werken en de relatie tot de Presentiebenadering. In hoofdstuk drie zal ik ingaan op het fenomeen van de 'lerende organisatie', waarin ik ook zal verwijzen naar interhumane processen welke van invloed kunnen zijn op het proces. Ik sluit dit hoofdstuk vervolgens af door de relatie tussen de verschillende theorieën aan elkaar te relateren.

Nadat het theoretische kader is verhelderd zal ik in hoofdstuk vier de onderzoeksvragen wederom tegen het licht houden en deze op basis van het theoretische kader scherper formuleren. Naast het aanscherpen van de onderzoeksvragen zal ik binnen dit hoofdstuk tevens de methodiek van het onderzoek nader toelichten.

In de hoofdstukken vijf tot en met acht zal ik de resultaten komende uit dit onderzoek presenteren. Daarin heb ik een duidelijke tweedeling gemaakt. De hoofdstukken vijf en zes gaan namelijk over de zorgethische benadering van presentie en hoe deze tot uiting komt in de huidige zorgpraktijk van ZorgSaam en Vremdieke. De hoofdstukken zeven en acht gaan in op het proces van reflectie. In hoofdstuk zeven ga ik in op het reflectievermogen als individu en in hoofdstuk acht zal ik ingaan op het reflectievermogen als 'lerende organisatie'.

Tot slot zal ik in hoofdstuk negen enkele conclusies trekken om vervolgens af te sluiten met een discussie waarin ik enkele kritische vragen zal stellen t.a.v. dit onderzoek en haar uitkomsten.

Theoretisch kader



Hoofdstuk 2

'Presentie' in de zorg

" Waar onrust je doet vertrekken uit het hier en nu en maakt dat je minder present bent, daar kan bewogenheid je juist verbinden met wat er is, hier, nu, voor de hand liggend. Bewegen naar bewogenheid is een spannend en ook politiek-ethisch proces, dat gaat over de zorg om de ander. "

Andries Baart — van bewegen naar bewogenheid—2011



2.1 Inleiding

Binnen de inleiding van dit onderzoeksverslag is het doel van dit onderzoek reeds weergegeven. Daarin is toegelicht dat het uitvoerende gedeelte van dit onderzoek als doel heeft om inzicht te bieden waarom medewerkers van de verzorgingstehuizen van ZorgSaam niet leken te komen tot het niveau van organisatorische handelingsveranderingen. Maar de verworven datacollectie krijgt meerwaarde wanneer deze nader verklaard en toegelicht wordt. Om de verworven inzichten nader te kunnen verklaren is een theoretisch kader van belang. Dit hoofdstuk vormt een onderdeel van dit theoretische kader waarbij ik in zal gaan op het fenomeen 'zorg' en de verschillende benaderingen tot zorg. Uiteindelijk zal ik de zorgethische benaderingen van Belevingsgericht Werken & Presentie naast elkaar plaatsen om de onderlinge samenhang aan te kunnen duiden. Aan het eind van hoofdstuk drie zal ik vervolgens de theorieën aan elkaar relateren.

2.2 Het fenomeen 'zorg' en haar ontstaanswijze

Hipocrates (460-377 v. Chr.) wordt vaak gezien als de grondlegger voor de gezondheidszorg. Hij verklaarde dat ziekte en gezondheid rationeel verklaarbaar zijn en daardoor niet verbonden zijn aan religieuze interpretaties. Hij maakte daarmee een onderscheid tussen de wetenschap en de religie, alsook met de filosofie. (Ten Have e.c. 2009: 32) De wetenschappelijke kennis over ziektebeelden leidde tot inzichten in hoe een ziekte beheerst, dan wel genezen kon worden.

Voor mensen die getroffen worden door ziekte is echter niet alleen de wetenschappelijke verklaring van de ziekte van belang ook de vraag naar het ziek-zijn op zich kent een belangrijke positie. (Ten Have e.d. 2009: 32) Deze vraag van het ziek-zijn is verbonden aan het individu en hoe deze in de wereld staat. De zorg die verleend wordt aan een zieke dient dus te worden begrepen binnen de waarden en normen die een individu heeft t.o.v. het ziek-zijn en de zorg die daaraan gerelateerd is.

Hoewel de gezondheidszorg in het verleden tot hedendaagse inzichten heeft geleid in de preventie of genezing van deze ziekte is het nog niet per definitie verbonden tot het principe van zorg. Zorg is namelijk een waardevol goed wat zijn waarde afleidt uit de manier hoe individuen en groepen mensen betekenis geven aan het leven dat zij leven. Die zingeving aan en in het leven wordt door Scoones (2009: 183-190) weergegeven als livelihood thinking. Hij onderscheidt daarbij vier elementen waarop de waarde in het leven wordt vorm gegeven. Dit zijn 'knowledge', 'politics', 'scale' en 'dynamics'

- 1) Met kennis verwijst hij daarbij naar de aan de grondslagliggende waarden & overtuigingen, maar ook de politieke & institutionele geschiedenis, waar mensen zich aan hebben toegewijd. In onze westerse maatschappij heeft de evidenced-based knowledge een steeds grotere prioriteit gekregen. Dat zien we ook terug binnen de gezondheidszorg.
- 2) Het tweede element is verbonden aan een politieke verordening waar mensen zich verbonden mee voelen. Binnen de huidige gezondheidszorg wordt deze mijn inziens met name gekenmerkt door de individualisering van de maatschappij, waardoor we tevens een verschuiving waarnemen naar een steeds liberalere opvatting over de zorg.
- 3) Toch wordt de waarde aan bijvoorbeeld zorg volgens Scoones ook bepaald door de mate waarin de één zich verbonden voelt tot de ander. Meininger (2002) spreekt van solidariteit met in zijn voorbeeld verstandelijk gehandicapten. Deze verbondenheid beslaat zowel mensen binnen als buiten het gezin, zowel binnen als buiten een bepaalde samenleving e.d. Binnen de huidige context van ZorgSaam kunnen we ons afvragen in hoeverre mensen zich nog verbonden voelen met zorgafhankelijke mensen in het algemeen.
- 4) Scoones sluit af met 'dynamics' waarin hij verwijst naar de manier waarop mensen omgaan met veranderingen en hoeveel waarde ze hechten aan inzichten die hen veiligheid kunnen garanderen voor de langere termijn. Veranderingen in de organisatie, maar ook in het ziek-zijn zijn confronterend omdat ze onze opvattingen aan de kaak stellen.

De zingeving van zorg is dus geen vanzelfsprekendheid, maar is een voortdurend in ontwikkeling zijnd proces wat tevens cultureel en contextueel verbonden is. Meininger (2002) is ingegaan op de zinervaring van zorgverleners welke werken met mensen met een verstandelijke en/of geestelijke beperking. Hij geeft aan dat zorgverleners zin ervaren in hun werk, maar dat deze zinervaring aangevochten wordt door drie bronnen. Hij constateerde dat het beeld van de vitale autonome mens, ofwel de 'volwaardige burger' de zin om voor verstandelijk gehandicapten te zorgen bemoeilijkt. Het

beeld doet namelijk vermoeden dat zieken of zij die niet volwaardig mee kunnen draaien in de maatschappij tot een last zijn. De zorg is dan meer een noodzaak dan dat de zorg voor deze groep mensen als zinvol ervaren wordt.

Als tweede bron verwijst hij naar een verzakelijking van de ontmoeting, welke veelal aangedragen wordt door de staat en door zorgverzekeraars. Zoals eerder aangehaald dringen zij aan op 'evidence-based care' waarbij elke verrichting of pakket van verrichtingen beoordeeld wordt binnen het kader van doelen en de erbij horende technische en economische rationaliteit (Meininger, 2002: 49) Zorg wordt in deze contouren tot een marktproduct en de ontmoeting of relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger staat op het spel.

De derde dominante bron welke Meininger aanhaalt is verbonden aan de privatisering van de zorgsector. Door instrumenteel handelen en door het rationeel afwegen van keuzen en belangen is het moeilijk om de zinvervingen ter sprake te brengen (2002: 52). Waar voorheen de verbondenheid aan een religie tot een zinverving leidde, is zingeving momenteel steeds meer een individuele aangelegenheid geworden. Meininger omschrijft deze ontwikkeling als een waaier waarbij de zin op verschillende wijze wordt gerelateerd. Hij wijst op maatschappelijke deelsystemen. Winst is namelijk de zin van de economie, macht is de zin van de politiek, 'health for all' is de zin van de gezondheidszorg, zelfstandigheid is de zin van opvoeding. Maar al deze opvattingen vormen geen publiekelijk en gedeeld moreel kader. (2002: 52)

2.3 Het spanningsveld van de benaderingen tot zorg

Aan 'zorgen voor' kan volgens Meininger geen maatschappelijk waarde worden toegekend. De zingeving is verbonden aan deelsystemen waardoor ook de opvatting wat 'zorg' is ter discussie staat.

Waar 'zorg-voor', het 'ziek-zijn' en het 'lijden' voorheen verbonden waren binnen een religieuze overtuiging (Ten Have e.d. 2009: 32, Meininger 2002) zien we dat zorg op steeds meer verschillende manieren kan worden opgevat. Van der Cingel (2008) verbindt het 'zorgen voor' aan het woord compassie. Zij tracht mede door deze verbintenis een algemene verklaring te geven waarom er buiten een verzuiling om nog steeds zorg wordt verleend. Ze verbindt hiervoor compassie aan het leed dat de ander moet ondergaan en wijst daarbij op twee motieven die hierbij in het spel zouden kunnen zijn, namelijk egoïstische motieven en altruïstische motieven. Met deze egoïstische motieven verwijst ze naar het eigen voordeel, bijvoorbeeld het gevoel van prestatie of erkenning dat een zorgverlener kan ontvangen. Maar toch komt ze tot de conclusie dat de nadruk bij compassie altijd ligt op de ander en diens lijden. Anders zou het immers geen compassie genoemd kunnen worden.

De zingeving welke Van der Cingel naar mijn optiek verbindt aan het 'zorgen-voor' kan een basismotief vormen voor het principe van zorgen. Zorgen-voor kent echter geen generieke overeenkomst. Het is verbonden aan een sociaal en politiek denkkader. (Van Heijst 2008: 7, Tronto 1993) Of zoals eerder aangehaald een livelihood thinking (Scoones 2009) waarbinnen een fenomeen of handeling betekenis krijgt. Ik wens daarom de zingeving van zorg te verbinden aan een door meerderen onderschreven maatschappelijk deelsysteem tussen de staat, de markt en de gemeenschap, ook wel meervoudige identiteit genoemd (Van Hout 2007) De verdeling tussen de staat, de markt en de gemeenschap wordt ook binnen de zorgethiek meermaals aangehaald (Van Heijst 2005, Baart 2008, Meininger 2002)

Zorgen-voor is daarbij niet iets dat ontkoppeld kan worden van één van deze deelgebieden, maar vraagt een ambiguïstische instelling (Van Hout 2007). Deze wederkerige afstemming wordt ook zichtbaar binnen de term maatschappelijke deelsystemen (Meininger 2002) wat verwijst naar meerdere zinverklaringen welke tot elkaar in verhouding staan. Ook Baart (2008) erkent dit spanningsveld in de zorg en bepleit dat de door hem ontwikkelde presentie theorie niet per definitie tegen de technische kennis en handelingen (protocollen) ingaat, maar dat presentie en interventie ook heel goed samen kunnen gaan. Toch is zijn opvatting zorgethisch geladen en hij doet daarom ook een appél voor een zorgbenadering van presentie.

Het gaat binnen de zorg dus niet alleen maar om bij iemand te zijn, er met iemand te zijn en er voor iemand te zijn (Baart e.d 2008: 91). Het gaat tevens om een ziekte of een beperking waaraan een zorghandeling te pas dient te komen. Deze zorghandelingen zijn veelal verbonden aan een herstelproces waarin de individuele zorghandelingen verantwoord dienen te worden. Maar de zorg

binnen zorginstellingen kost ook geld en de uitgevoerde handelingen dienen daarom ook zo efficiënt en effectief mogelijk te worden aangestuurd. Hieronder zal daarom een toelichting worden geboden op de verschillende benaderingen tot zorg welke dit ambiguïstische karakter van een zorginstelling veroorzaken.

1. Marktgerichte zorgbenaderingen

De basiswaarden van marktwerking zijn concurrentie en winstgevendheid. Instellingen die niet meedconcurren zullen daarbij op termijn verdwijnen. Je moet als zorgorganisaties een meerwaarde dienen aan te tonen om te kunnen overleven binnen de ontwikkelde markt. (Van Hout 2007: 227) Om de winstgevendheid te borgen wordt er ingespeeld op de verlangens van mensen met als doel hen te verleiden om tot kopen over te gaan. Op de markt valt namelijk nagenoeg alles te verhandelen, maar voor het begrenzen van zinloze transacties heeft de markt geen repertoire. Nee valt immers niet te verkopen (Mol 2006: 41).

Zorg wordt binnen een marktgerichte benadering dus niet gezien als een maatschappelijk goed, maar als een product dat verhandeld moet worden. En hoewel er binnen deze benadering vaak gesproken wordt van cliënten (klanten), bestaat de relatie tussen de organisatie en de cliënt enkel uit een zorgtransitie waarbinnen een klantgerichtheid het koopgedrag dient te beïnvloeden.

2. Probleemgeoriënteerde benadering

Binnen de probleemgeoriënteerde zorgbenadering staat een dilemma centraal, waarbij er primair gestreefd wordt naar het oplossen van dit probleem (Manschot e.d. 2003: 41) Binnen de zorg wordt er dus niet gekeken naar de patiënt, maar er wordt gekeken naar diens kwaal of beperking. Zij is dus blijvend op zoek naar een oplossing voor een bepaald ziektebeeld. Volgens Van Heijst dreigen ze, door de specialisatie in hun beroepen het zicht een beetje te verliezen op wat al hun werkzaamheden samen bindt ... Door het probleemgeoriënteerde treedt er een ver doorgevoerde professionalisering op waarbij het draait om optimaliseren, professionaliseren, kwaliteit leveren en presteren' (Heijst 2005: 20-21) Hoewel er kritiek is t.o.v. deze benadering kan het niet ontkend worden dat met name de medische zorg inherent verbonden is aan een bepaalde ziekte of beperking. Het gros van de zorg-ethische benaderingen zal dit ook niet ontkennen, maar het vraagt aandacht voor een patiëntgerichtheid welke binnen een probleemgeoriënteerde benadering volledig buiten beeld gelaten kan worden.

3. Beheersgerichte benadering

Uit een onderzoek naar de ervaringen van oud-simulanten binnen sTimul uitten verschillende ondervraagden zich duidelijk over een nieuwe tendens binnen de zorg. Zij deden daarbij met name hun beklag over het vele papierwerk dat bijgehouden moest worden. (Van Assche 2012) Dit papierwerk laat een duidelijk beheersgerichte benadering tot zorg zien. Het richt zich overigens niet alleen op het medische aspect, maar tevens op een verantwoording naar de staat en naar mogelijke geldschietters en verzekeringsmaatschappijen. Van Heijst haalt vanuit haar visie de term 'kapot organiseren' aan. Daarmee verwijst ze naar het feit dat alles vastgelegd, genoteerd, gepland en geëvalueerd moet worden. De beheersing van tijd krijgt daarin een steeds groter karakter. De poging om deze tijd te beheersen doet echter beslag op de beschikbare tijd. Zo voltrekt zich het tegendeel van het beoogde: in plaats van tijd te beheersen worden de zorgverleners ervan beroofd. (Heijst 2005: 22-25)

4. Zorgethische benaderingen

De vierde benadering welke ik hier aanhaal is verbonden tot de zorgethiek. Het zorgen-voor wordt hierbinnen gezien als een 'goed' dat van waarde is en dat volgens Tronto (1993) gezien moet worden als een maatschappelijke verdeling van zorgtaken dat sociaal-politieke machtsverhoudingen weerspiegelt. Ook Van Heijst (2008: 13) gaat hier in mee en verwijst naar Marian Verkerk die benadrukt heeft dat zorgethiek veeleer een perspectief is dan een normatief gevulde ethische theorie.

2.4 ‘Presentie’ en ‘Belevingsgericht werken’ als zorgbenadering

Zorgethische benaderingen hebben dus een specifieke kijk op de zorg. Zij trachten na te denken over de vraag wat ‘goede’ zorg is. Daarin wordt kritisch de vraag gesteld of een medische ingreep die tot genezing heeft geleid per definitie ‘goed’ is. Als men zich tot de ontmoeting tussen de arts en de patiënt richt, dan kan de patiënt deze ontmoeting als zeer onprettig hebben ervaren. Toch is de patiënt genezen, maar maakt dit dat deze patiënt dan goede zorg heeft ontvangen. Zorgethiek richt zich daarom niet specifiek op de medische handelingen, maar het richt zich tot de ontmoeting tussen een zorgverlener en een zorgafhankelijke patiënt.

Binnen zorgethische benaderingen gaat het om het vinden van een balans tussen interventie en presentie (Baart 2008: 67). En waar de menslievende zorg (Van Heijst 2005) en de presentie theorie (Baart 2001) aanhanger zijn voor een zorg welke georganiseerd wordt rondom de waarden, normen en behoeften van de patiënt laat belevingsgericht werken ruimte open voor een hoog of laag presentiegehalte (Baart 2008: 82). Voor nu zal ik het presentiegehalte vertalen met een patiëntgerichtheid en licht eerst de zorgbenadering van ‘Belevingsgericht Werken’ nader toe.

‘Belevingsgericht Werken’

Na de fusie van de organisatie ZorgSaam ontstond er onvrede over de eigen werkwijze waarin tot dan toe veel nadruk lag op technisch handelen en bedrijfsmatige aanpak, in plaats van op de interactie tussen de hulpverlener en de patiënt. (Schelfhout 2012) Op basis daarvan is in samenwerking met Aart Pool gewerkt aan de integratie van belevingsgericht werken binnen ZorgSaam. In belevingsgerichte zorg staan vier waarden centraal: autonomie, gezamenlijkheid, gepastheid en gelijkwaardigheid. En deze worden als volgt uitgelegd.

“Autonomie zit niet zozeer in het nemen van beslissingen, maar meer in het feit dat mensen mogen zijn wie ze zijn. Gelijkwaardigheid uit zich onder andere in de houding van de zorgverleners. De vertrouwt erop dat de patiënt een ervaringsdeskundige is of kan worden en dat daardoor gelijkwaardigheid ontstaat. Verder is het belangrijk dat het doel van de zorgverlening in gezamenlijkheid en in samenspraak met de cliënt wordt bepaald. Wat een cliënt belangrijk vindt in zijn persoonlijke en sociale leven, in materiële zin en qua fysieke omgeving komt in de zorg tot uitdrukking doordat zorgverleners zich hiervan het belang realiseren, ook als het gaat om alledaagse dingen... Gepastheid betekent dat gedaan wordt wat nodig is, niet meer en niet minder, en dat de zorg moet passen bij de cliënt en diens situatie.” (Pool e.d. 2008: 36-37)

En in een nadere uitwerking van deze visie m.b.t. ZorgSaam zien we dat er wel heel duidelijk aandacht wordt besteed aan de beroepsdimensie van zorgverleners. Er wordt namelijk uitvoerig ingegaan op een transformatie van een diagnosegestuurde zorg naar een patiëntgerichte zorg. Het verschil in deze beroepsbenadering ligt verscholen in het feit dat niet langer de ziekte en de interventies tot bron van informatie dienen, maar dat er vanuit de patiënt diens beleving gezocht wordt naar wat de ziekte of beperking kan zijn. Maar ook wordt er in de behandeling veel meer gekeken naar de context van de patiënt. Denk daarbij aan het proces van terugkeren naar de thuissituatie. Een eenvoudig voorbeeld is dat van een oudere alleenstaand meneer die zijn bovenbeen gebroken heeft. Als hij terugkeert naar huis zal hij problemen hebben met o.a. zijn persoonlijke verzorging, maar bovenal zal hij niet in staat zijn om de trap nog op te komen om naar zijn bed te gaan. In dat geval dient er een afstemming plaats te vinden met andere disciplines zoals de thuiszorg, de beddencentrale. Maar als meneer naast een gebroken bovenbeen ook buikklachten heeft opgelopen van de val, dan dienen andere artsen ingeschakeld te worden. De uitdaging is dan om niet langer vanuit één specialisme naar de context van deze oudere meneer te kijken, maar in een gezamenlijkheid van de patiënt en artsen. In dit gezamenlijk kijken wordt er gezamenlijk met meneer gereflecteerd op diens autonomie (al heeft het hier meer iets weg van meneer zijn authenticiteit). Daarin is de opinie van de arts(en) niet per definitie bepalend voor de verdere zorg, maar ook de oudere meneer wordt hierin betrokken. Meneer wordt in deze betrokkenheid dus gezien als een gelijke die evenveel, zo niet het meeste inspraak mag leveren in het vervolgtraject van diens genezing. En uiteindelijk moet het ontstane vervolgtraject gepast zijn, het moet dus passend zijn bij het genezingsproces, maar ook moet de zorg passen bij deze oudere meneer. Een intensieve revalidatie in een sportschool zal bij deze meneer als voorbeeld genomen niet gepast zijn, maar kan voor een profvoetballer essentieel zijn om de verzwakte spieren opnieuw in oude ere te herstellen.

De vier kernwaarden van Pool zien er in het eerste opzicht zeer positief uit. Ook omdat o.a. de termen autonomie en behoeftegestuurde zorg de indruk wekken dat de patiënt zelf de regie in handen heeft over diens eigen verzorging. Als we de term behoeftegestuurd echter in het model; 'Vier toekomstscenario's voor verpleging en verzorging' (Pool e.d. 2008: 39) terugvinden valt ons op dat het behoefte gestuurde zich niet relateert tot de bestuurlijk politieke dimensie, maar tot de beroepsdimensie. Het gaat dus niet om de behoefte van de patiënt centraal te stellen, maar het gaat om het centraal te stellen van de patiënt in de te bieden zorg.

De mate waarin de autonomie of de behoefte van de patiënt wordt bepaald ligt aan de mate waarin het individu de regie krijgt over zijn eigen verzorgingsproces. Pool licht in dit model toe dat belevingsgericht werken zowel binnen een service als een wijkscenario kan worden ondergebracht. (Pool e.d. 2010: 38-39). En daarmee laat hij in het midden waar belevingsgericht werken geplaatst kan worden binnen deze bestuurlijk-politieke dimensie.

Om het effect van het in het midden laten van deze keuze te kunnen begrijpen is het van belang om ons te verbinden aan de theorie van Andries Baart. Hij verbindt namelijk zijn Presentie Theorie aan deze Belevingsgerichte visie. Maar voordat ik inhoudelijk inga op deze onderlinge relatie is een nadere toelichting op deze presentie theorie gepast.

Presentie theorie

De presentie theorie (Baart 2001) is een zorgethische benadering tot zorg welke nadenkt over de authenticiteit van elke ontmoeting en hoe een zorgverlener hier idealiter op dient te anticiperen. De presentietheorie roept de zorgverlener op om zichzelf te ontdoen van alle bedoelingen om de ander daadwerkelijk te kunnen zien in diens eigen waarde (Baart 2001) Daarbij kijk je als zorgverlener, je bent bereid om de ontmoeting tot jezelf door te laten dringen en op basis van deze ontmoeting wordt je bewogen om tot een handeling over te gaan.

Om als zorgverlener de ander daadwerkelijk te kunnen aanschouwen is zelfreflectie in deze noodzakelijk. Baart duidt op acht werkprincipes (2001: 754-757) welke hieronder in eigen bewoording zijn weergegeven. Het gaat dan om:

1. *Zich [laten] vrijmaken* van routines of vanzelfsprekendheden, een institutionele houding en zonder enige bijbedoelingen of verborgen agenda's.
2. *Zich [laten] openen* door zichzelf te ontwapenen en toe te wenden tot de ander, waarbij de ontmoeting met de ander je als zorgverlener mag raken.
3. *Zich [laten] betrekken* wil ik verbinden aan zich lateren aan. Het betreft een relatie waarin de zorgverlener een bewuste sensibele aanneemt om signalen van de patiënt waar te nemen. Toch wordt er onbevraagd op deze signalen gereageerd omdat ze liever gezien worden in het geheel dan op mogelijk één mis te interpreteren signaal.
4. *Zich [laten] voegen* wil ik verbinden aan het 'in de waarde laten' van de ander. Dit betekent dat een zorgverlener in deze relatie de levenswaarden en normen van de ander zowel niet aandikt als geen afbraak er aan doet, maar hem of haar in zijn waarde laat.
5. *Zich [laten] verplaatsen* is gericht op het leren zien wat van waarde is voor de ander en leren begrijpen waarom dat zo is. Maar het confronteert de zorgverlener ook in zijn of haar eigen denkkader, waarin zijn of haar partijdigheid een plaats kent binnen dit perspectief.
6. *Zich [laten] lenen* heeft te maken met een bereikbaar zijn waarin de ander zich vrij voelt om een beroep te doen op de presentie-beoefenaar.
7. *Zich [laten] beheersen* heeft betrekking tot o.a. structuren waarin de ander invloed mag hebben op mijn dagelijkse tijd of structuur. Dat betekent zowel het uittrekken van extra tijd alsook een afwachtende tijd tot een patiënt zijn tijd aan jou ter beschikking stelt. Maar ook m.b.t. de opvattingen over hoe de zorg plaats moet vinden laat je jezelf leiden door de ontmoeting met de ander. *[Al zijn hier sterke kanttekeningen bij te plaatsen als het om de zorg gaat]*
8. *Zich toewijden* zonder dat hier een belang achter schuilt is het laatste werkprincipe van Baart. Dit principe is verbonden aan een onvoorwaardelijke beschikbaarheid waarin een beperkte mate van naïviteit wenselijk is dan om mogelijke onterechte hulp (en dergelijke) te weigeren.

Presentie in het licht van de zorgontmoeting

Toch is het goed om nadrukkelijk te maken dat niet elke patiënt hetzelfde is. Baart en Grypdonck zijn zich hier tevens van bewust en halen drie type zorgontvangers aan en hoe de presentie daarmee in relatie staat. Graag verbindt ik deze drie types aan Meininger (1999) die drie beelden weergeeft om de ervaringen van zorg door een patiënt nader toe te lichten.

De omheinde tuin

De 'omheinde tuin' weerspiegelt een onafhankelijkheid waarin de relatie tot de ander gebruikt wordt tot het volbrengen van eigen doelen en idealen. Ook Baart verwijst naar een groep patiënten of bewoners die de hulp van hulpverleners enkel als een functionele relatie beschouwt die zij zelf stevig in de hand hebben en aansturen. Een presentiebenadering zal in deze groep niet gewenst zijn omdat de autonomie onvoorwaardelijk voorop staat (Baart e.a. 2008: 76-77).

De weg

Maar de autonomie kan ook gezien worden als een 'weg'. Dit verwijst naar een proces van de mens naar onafhankelijkheid. In deze opvatting is de wilsdaad van belang waarmee men zich als gelijke van de ander manifesteert en langs de weg van onderhandeling en contact gestalte geeft aan die gelijkwaardigheid. Recht speelt hierin een cruciale rol omdat zij nodig is om de zwakkere te beschermen tegen de ongebreideld autoritaire zelfverwezenlijking van de sterkste (Meininger 1999). Ik zou deze groep willen verbinden aan een zorgvrager die de afhankelijkheid een plaats kan geven in het leven. De relatie blijft functioneel, maar is wel een relatie tussen mensen, waarin beiden als persoon een plaats krijgen. Respect en waardering en een persoonlijke benadering door de hulpverleners zijn dan belangrijk. (Baart e.a. 2008: 77-80). Door de functiegerichtheid van de relatie kan de vraag gesteld worden welke taken er nog overblijven nadat de zorgtaken zijn verholpen. Vanuit dat belang doet Baart een beroep op presentie en verwijst naar de 'latende' modus. Hoewel de zorgverlener zorgtechnisch geen zorg kan verlenen is hij wel alert en bereikbaar wanneer de patiënt of bewoner daar behoefte aan heeft. (Baart e.a. 2008: 83-89)

Het verhaal

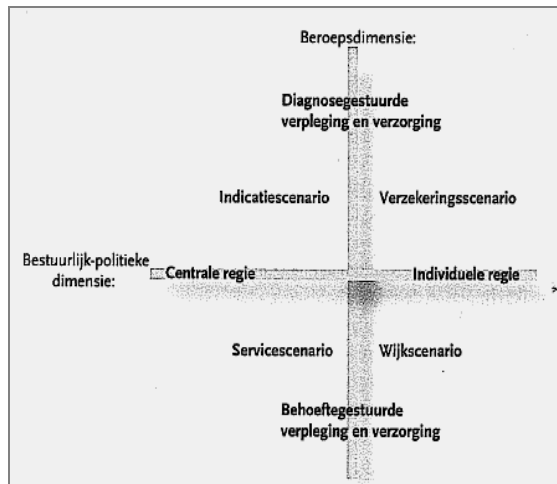
Tot slot verwijst Meininger naar 'het verhaal' waarin autonomie wordt gezien als een continue proces van het vinden, verstoord raken en hervinden van authenticiteit. De ontmoeting met de ander wordt niet gezien als een instrument of een opponent, maar als iemand met een eigen streven naar een goed leven met en voor anderen, waarbij ook de ander op zoek is naar authenticiteit. In deze laatste vorm wordt de ander gezien als degene aan wie ik mijn bestaan ontleen. (Meininger 1999)

De derde omschrijving van zorgontvangers van Baart (2008: 80-82) is niet volledig in verband te brengen met Meiningers onderscheiding van 'het verhaal'. Baart haalt namelijk een zorgontvanger aan waarbij het niet om autonomie gaat. Ze hebben geleerd de zorg te aanvaarden in hun leven en zien het als hun lot. Door een hoog presentiegehalte in de zorg kan er voor deze groep van patiënten of bewoners voordeel behaald worden. Door de vertrouwensrelatie ontstaat er een vertrouwen in de arts of verzorgende om gezamenlijk vooruitgang te boeken. Hoewel de 'weg' tevens verwijst naar het proces van een gezamenlijk zoeken gaat het mijns inziens iets sterker uit van een individu dat voor zich zelf kan opkomen en dat in staat is om zijn of haar eigenheid te definiëren. Bij de weergave van Baart krijg ik de indruk dat er tevens patiënten of bewoners kunnen zijn die door hun jarenlange zorgafhankelijkheid de zorg ondergaan zonder daarbij in grote mate te reflecteren op wat die zorg met hen doet. Ruw weergegeven zou je kunnen stellen dat het hier ook kan gaan om een groep patiënten of bewoners die hun authenticiteit uit het oog zijn verloren.

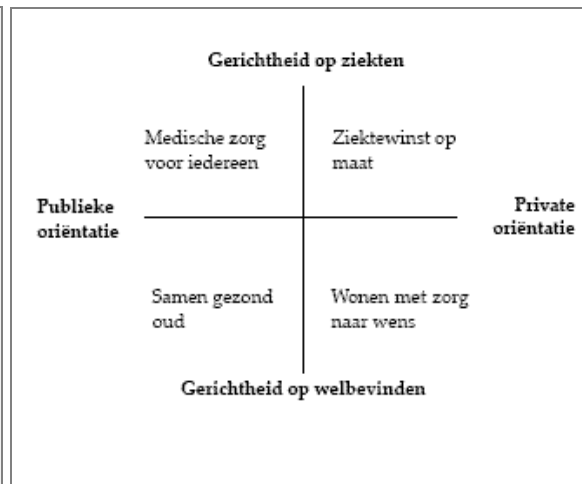
Helaas gaat Baart niet uitgebreider in op deze bovenvernoemde patiëntenverdeling en vervolgt zijn betoog voor een presentiegerichte zorgbenadering. Punt is echter dat presentie volgens hem geen must is, maar een aanbod dat bescheiden gedaan wordt en dat geweigerd kan worden. Precies die weigerbaarheid stempelt het aanbod tot presentie. En als presentie in de verpleegkundige situatie geweigerd wordt, resulteert dit niet in absentie, maar een waakzame aanwezigheid als een vorm van ingehouden, gereserveerde voorzichtigheid (latende modus) (Baart e.d. 2008: 127)

Relatie tussen 'presentie theorie' en 'belevingsgericht werken'

De relatie tussen de 'Presentie theorie' en het 'Belevingsgericht werken' kan worden weergegeven als een patiëntgerichte benadering in de zorg. En hoewel belevingsgericht werken volgens Pool (2010) onder een behoefte gestuurde zorg valt kan de zorg zowel een centrale regie alsook een individuele regie hebben.



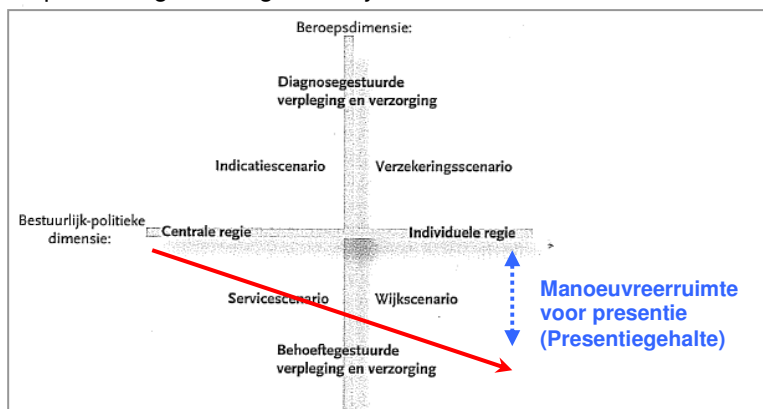
Model: Vier toekomstscenario's (Pool 2010)



Model: Vier toekomstscenario's (Koot e.d. 2007)

De modellen van Pool (2010) en van Koot (2007) laten zien hoe bepaalde keuzes op de twee assen tot een bepaald toekomstscenario kunnen leiden. Onderin treffen we bij Pool de term 'behoeftegestuurde verpleging en verzorging'. Deze term is naar mijn idee te beladen en ik vertaal hem in een patiëntgerichtheid omdat de gerichtheid op de 'behoefte' van een patiënt al in meer of mindere mate rekening wenst te houden met de individuele regie. Het woord behoefte is daarom, mijns inziens, hier niet op zijn plaats. Het woord patiëntgerichtheid is in mijn beleving een neutralere term waarin het centraal willen stellen van de patiënt nog geen directe uitspraak doet over hoe de regie daarin is verdeeld. Pool laat echter in het midden waar belevingsgericht werken zich binnen deze twee dimensies van bestuurlijk-politiek niveau laat. Het kan namelijk zowel georganiseerd worden vanuit een centrale regie alsook vanuit een individuele regie.

En juist omdat de visie van 'belevingsgericht werken' geen eenduidig standpunt inneemt ten aanzien van deze bestuurlijk-politieke dimensie haal ik de 'Presentie theorie' aan als een aanvulling op Pool's ontwikkelingen van 'Belevingsgericht werken'. En ook Baart heeft deze relatie gelegd. Hij verbindt zijn Presentie Theorie met de belevingsgerichte visie van Pool o.a. door de term presentiegehalte (Baart e.d. 2008) aan te halen. De hoogte van dit presentiegehalte is volgens Baart (e.a. 2008: 82) toe te schrijven naar de mate waarin de hulpverleners in hun handelen verbonden zijn aan handboeken of locale voorgeschreven methodieken. Als de zorg wordt gegeven vanuit een centrale regie dan kunnen we, als we het denkkader van Baart zouden aannemen, concluderen dat het presentiegehalte in de zorg lager zal zijn. Als zorgverlener echter vrijer zijn om te kunnen anticiperen op de behoeftevraag van een patiënt die de regie over zijn eigen verzorging in handen heeft, dan bestaat er een grote kans dat ook de presentiegraad hoger zal zijn.



Model: Vier toekomstscenario's in relatie tot het presentiegehalte (gebaseerd op het model van Pool 2010)

De manoeuvreerruimte voor 'presentie'

Zoals uit het bovenstaande schema blijkt spreek ik in het model niet te over 'presentiegehalte', maar over de manoeuvreerruimte voor presentie. Aansluitend op Baart deel ik de gedachte dat het aantal protocollen en handelingsvoorschriften van invloed zijn op de hoogte van presentie. Maar de verdeling van regie is niet de enige beïnvloedende factor ook de rol van de presentie-uitvoerder speelt hierin een zeer grote rol. Zo kan een zorgorganisatie wel haar focus verleggen naar een zorg welke is aangestuurd vanuit de individuele behoefte van de patiënt en waarin zij zichzelf niet wenst te beperken in welke vorm dan ook (personele bezetting, financiën etc.). Maar als de medewerkers van zo'n zorginstelling niet deze ruimte gebruiken om zich te ontdoen van hun bedoelingen om aansluiting te vinden bij de patiënt of bewoner, dan zal ook het presentiegehalte niet toenemen. De regie is dan niet langer centraal geregeld, maar ligt in handen van de zorgverleners. De term manoeuvreerruimte voor presentie geeft mijns inziens weer hoe de ruimte die zorgverleners krijgen kan worden benut, het is echter geen concrete aanduiding dat de zorg daarom ook een hoog presentiegehalte moet hebben.

De verdeling van regie zie ik als een voornaamste beïnvloeding op deze manoeuvreerruimte en er zijn meer invloedsfactoren welke in de wetenschappelijke literatuur aan de orde worden gesteld en mijns inziens bepalen in hoeverre een patiënt de regie heeft over zijn eigen zorg. In een eerder stadium zijn deze al de revue gepasseerd, maar graag haal ik ze nogmaals aan. Deze invloedsfactoren zijn de Staat, het marktdenken en de gemeenschap.

De zoektocht naar een balans binnen presentie

En hoewel ik al reeds aangehaald heb dat ook Baart op zoek is naar een balans tussen Presentie en Interventie, dient er ook opgemerkt te worden dat een zorgpraktijk welke doorslaat in een door presentie aangestuurde zorg niet per definitie 'goede' zorg hoeft te zijn. Hellinga (1999) haalt dit tevens aan door een casus aan de orde te stellen in één van haar artikelen. Het gaat om Wilma, een verstandelijke gehandicapt meisje dat ze van haar eigen huisartsenpraktijk kent. Als Wilma geprikt moet worden door een specialiste ontstaat er een dilemma want Wilma wil namelijk niet door een vreemde geprikt worden, maar door Hellinga die dit al een aantal jaren niet meer heeft gedaan. Respecteert Hellinga de waarde en de norm die Wilma gesteld heeft of verkiest ze de professionaliteit van de specialiste?

Baart en Vosman doen daarom een beroep om te komen tot 'lerende gemeenschappen' welke volgens Vosman kritisch dienen na te denken over 'goede zorg', waarbij er volgens hem 1) open aandacht voor de beleving van patiënten en de ervaringen van werkers moet zijn 2) waarin de gemeenschap doordrongen moet zijn van de institutionele hardheid van de sector en de opgaven van de managers en tot slot 3) dienen te werken met een realistisch besef van de maatschappelijke verwachtingen over en de politieke druk op de sector. (Baart e.d. 2008: p 5)

Hoofdstuk 3

De lerende organisatie en niveaus van leren

“ We willen grounded kunnen spreken en geen bellen blazen, hoe mooi die misschien ook zijn. Ze zweven – maar dat doen op hun manier trouwens veel uitspraken die evidence-based heten te zijn ook. De verbindingen die wij nastreven, houden een aantrekkelijke en tegelijk complexe opgave in die niet zomaar tot een goed einde komt. ”

Frans Vosman—Aannemelijke zorg—Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid (2008 p6)



3.1 Inleiding

Waar hoofdstuk twee ingegaan is op een theoretische uiteenzetting over het fenomeen 'zorg' en de verschillende zorgbenaderingen zal dit hoofdstuk ingaan op het proces van leren. Tevens verwijst het naar het model van de lerende gemeenschap welke Baart aanhaalt om het presentiegehalte te bevorderen. Doordat het onderzoek echter plaats vindt binnen een organisatiestructuur zal ik verwijzen naar de 'lerende organisatie' en ik verbind deze aan de verschillende niveaus van leren. In de laatste paragraaf zal ik tot slot beknopt de samenhang tussen zowel hoofdstuk twee als drie weergeven, wat tevens als mijn theoretisch kader dient voor dit onderzoeksverslag.

3.2 De 'Lerende organisatie'

Gedurende de geschiedenis zijn er verschillende verschuivingen zichtbaar in de aansturing van organisaties. Dit heeft veelal te maken met de context waarbinnen een organisatie zich begeeft. Daarbij valt te denken aan de Cultuur welke mede bepalend is voor tradities en gewoontes, de Geschiedenis die te grondslag ligt aan haar waarden en normenstelsel, de Machtsverdeling; in hoeverre autoriteiten gerespecteerd worden en tot slot de Politiek-economische belangen geven aan wat in een bepaalde context van belang is en wat nagestreefd dient te worden. (McGee 2004).

Doordat zowel ZorgSaam als sTimul zich hebben ontwikkeld in een westerse context zal ik me bij deze ook beperken tot deze context. Zo is zichtbaar dat vanaf 1950 tot 1980 met een uitloop tot 1990 veel organisaties gebruik maakten van een 'blue-print'. Leeuwis (2004: 4.1.1) haalt dit aan als:

"Change and innovation is something that could be planned by setting clear goals and outcomes for the future inspired by 'rational decision-making theory'."

Een blue-print komt veelal voor in top-down gestuurde organisaties en het ziet een organisatie als iets dat gemanipuleerd kan worden en waarbij het gedrag voorspelbaar is. (Leeuwis 2004: 4.1.3). Toch verschuift dit beeld van organisaties drastisch vanaf de jaren '80 in de vorige eeuw. Er ontstaat een steeds grotere vraag naar interactieve benaderingswijzen waarbij het doel tweeledig kan zijn. Ten eerste kan het doel zijn om zo veel mogelijk inzichten te vergaren om vanuit deze rijke indrukken doelen te kunnen formuleren alsook een plan om deze doelen te bereiken. Het tweede doel wat een interactieve benadering te werk kan stellen is om alle betrokken actoren inspraak te verlenen en te mobiliseren in de koers van een organisatie of initiatief. (Leeuwis: 2004: 4.2.3). Leeuwis (2004: 4.2.1) verwoordt een interactief proces als volgt:

"Interventions should be a flexible process in which goals and means are continuously adapted because social learning and negotiation processes cannot be planned in advance and requires not just planning, but more network building to achieve certain "changeable" goals."

Leeuwis verwijst hierin naar een proces dat voortdurend aanpassingen behoeft waarbij we kunnen spreken van een bottom-up benadering. Toch zien we in onze huidige samenleving veel organisaties waarin deze interactieve benadering beperkte toegang krijgt in het functioneren van de organisatie.

Volgens Senge (1994: H5) zou het liggen aan de wijze waarop er naar de organisatie wordt gekeken. Hij geeft aan dat organisaties af moeten stappen van een lineair 'oorzaak en gevolg' proces, maar dat organisaties moeten gaan kijken naar de interrelaties en het proces van verandering dan alleen gericht te zijn op losse onderdelen. Hij verwijst naar de realiteit als cirkels van oorzakelijk verband. De focus zou niet langer moeten liggen op een 'detail complexity' (Gericht op het proces om te komen van A naar B zonder het in de samenhang te zien), maar op een 'dynamic complexity' waarbij de relatie oorzaak-en-gevolg gezien wordt in een context waarin de effecten of interventies door de veranderende context minder helder en scherp aan elkaar verbonden kunnen worden.

Elke organisatie die zich wil blijven afstemmen op de continu en snel veranderende omgeving zal zich daarom toe moeten leggen op leren (Frieling 2004: 8). Dit vraagt een nieuwe discipline van organisaties, namelijk te komen tot een 'lerende organisatie' (Senge 1994). Maar niet alleen het 'leidinggevende' team dient een andere rol te vervullen, ook de medewerkers moeten met de aangeboden ruimte om kunnen gaan. Indien een team namelijk niet gezamenlijk eenzelfde doel nastreeft zal het uitreiken van betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid volgens Senge (1994

p235) leiden tot meer chaos, waardoor de aansturing van het team alleen nog maar moeizamer zal gaan verlopen.

Teamlernen of organisatieleren kan dus alleen plaats vinden als het gebaseerd is op een gedeelde visie, maar ook als de betrokkenen over voldoende vaardigheden en inzichten beschikken om binnen een vertrouwde omgeving betrokken te zijn bij het proces. Naast een vertrouwde omgeving dient het team zich bewust te worden hoe zij binnen een lerende organisatie van een ieder kan leren. (Senge 1994: 236) Dit vraagt om een open houding waarin er niet alleen participatie gevraagd wordt in organisatorische inhoudelijke zaken, maar ook een reflecterende openheid waarin zowel het proces als een ieder zijn of haar gedachten aan de kaak wenst te stellen (Senge 1994: 273-281).

Maar Senge realiseert zich ook dat je niet zomaar tot een lerende organisatie komt. Hij wijst op de essentie om teamleren te zien als een vaardigheid dat het gehele team dient te leren. Doordat het leren in de praktijk niet terug te draaien is doet hij een beroep op "practise fields" (Senge 1994: 258) waarbinnen ze gezamenlijk deze vaardigheden kunnen leren. Hoewel sTimul geen teams ontvangt kan het wel gezien worden als een 'practise field' voor studenten, maar ook voor de ervaren zorgverleners. sTimul laat namelijk ervaren zorgverleners door middel van een inleeftraject van 24 uur zichzelf verplaatsen in de rol van een zorgafhankelijke patiënt of bewoner, waardoor deze door het inleven gaat ervaren hoe de zorg op een zorgafhankelijke patiënt of bewoner over komt.

De lerende organisatie beperkt zich dan niet tot het omvormen van impliciete kennis tot expliciete kennis (Frieling 2004), maar tot een discipline waarin het leren gericht is op cirkels van oorzakelijk verband. Binnen deze cirkels kan een fenomeen niet langer als een lineair proces worden gezien, maar als een proces dat interrelationeel is en dat voortdurend aan verandering onderhevig is (Senge 1994: 68-73). Dit vraagt om een teamvaardigheid wat enkel bereikt kan worden door deze vaardigheid van teamleren te leren (Senge 1994: 257).

De teamvaardigheid geeft hij weer door te wijzen op 1) de noodzaak dat alle aanwezigen hun gedachten openlijk op tafel leggen (Suspending Assumptions) 2) Dat alle deelnemers elkaar dienen te zien als collega's in het proces. Het weerspiegelt een gezamenlijkheid waarin er 'gespeeld' wordt met nieuwe ideeën. 3) Tot slot verwijst hij tevens naar de noodzaak van een goede facilitator die het proces opgang kan helpen, het draaiende kan houden en het proces kan sturen of begeleiden indien noodzakelijk. (Senge 1994: 243-249)

Naast een teamvaardigheid draagt Senge (1994: 249-257) ook drie mogelijkheden aan voor facilitators die te maken krijgen met een conflicterende of afwerende houding van teamleden. Hij verwijst daarbij naar 1) Een 'self-disclosure'; door als facilitator je eigen denkbeelden en beredeneringen te delen in de groep bemoedigt je anderen om hetzelfde te doen. 2) Door 'inquiry balanced with advocacy'; Door zeer attent te luisteren naar uitspraken van anderen kun je bepaalde signalen gebruiken om een omgeving van teamleren te ontwikkelen. 3) Door niet in te gaan op de afwerende houding, maar door de teamleden juist te laten werken met deze houding. Hierdoor wordt inzichtelijk waar deze houding uit voort komt.

Het bovenstaande vindt uiteraard plaats in een dialoog of binnen een discussie. Bij een discussie gaat het om het overtuigen van de ander met als doel om te 'winnen'. Verder is een discussie gericht op het nemen van beslissingen. Bij een dialoog gaat het om een vrije uitwisseling van gedachten, waarbij de complexiteit van een situatie wordt verkend. We willen daarbij ons eigen inzicht aan de kaak stellen, waarbij het een winsituatie is voor alle aanwezigen.

Toch is het van belang om binnen een 'lerende organisatie' een discussie niet te zien als een individueel proces naar winst, maar als een groepsproces dat hetzelfde doel nastreeft. Het gaat dan niet meer om individuele winst, maar een gezamenlijke winst en volgens Senge vraagt dit ook om dezelfde vaardigheden. Toch dient het voor alle aanwezigen duidelijk te zijn dat de basisregels en het doel van de twee verschillend zijn (Senge 1994: 238-249).

3.3 De 'Lerende gemeenschap'

Hoewel ik me binnen dit onderzoek met name zal verbinden tot het concept van de 'lerende organisatie' wil ik ook kort ingaan op de visie van Baart en Vosman om Presentie te 'implementeren' via 'lerende gemeenschappen'. Hun interesse ligt met name in wat men noemt taciet weten; de zogeheten reflectieve practicus, de leergemeenschap van beroepsbeoefenaren, de practice turn, klinische wijsheid en ambachtelijkheid in de volle zin des woords. (Baart e.d. 2008: 5)

Ze zijn daarin sterk geënt op de gedachte om 'grounded' te kunnen spreken en niet om bellen te blazen, hoe mooi deze ook mogen klinken (Baart e.d. 2008: 6). Toch betreft het voor de beide heren nog een 'work in progress' en in het boekje 'Aannemelijke zorg' wordt daarom een denkrichting aangegeven waarin zij moreeltheologisch, bestuurskundig en bijvoorbeeld met kwalitatief empirisch onderzoek denken te moeten gaan. (Baart e.d. 2008: 6). In dezelfde passage van het boek wordt daarom ook gewezen op de zoektocht naar een hoger presentiegehalte waarin er een open aandacht voor de beleving van de patiënten en de ervaring van werknemers is. Tevens dient deze ook doordrongen te zijn van de institutionele hardheid van de sector en de opgaven van de managers. Alsook met het realistische besef van de maatschappelijke verwachtingen over en de politieke druk op de sector. (Baart e.d. 2008: 5).

En met dit bovenstaande kunnen we twee dingen concluderen. Allereerst dat de heren sterk geënt zijn op het idee van Prudentia; praktische wijsheid.

"We zullen hier bepleiten dat met het oog op goede zorg in zorgsystemen voor praktische wijsheid van de ervaren zorgverlener ruimte moet worden gemaakt. Niet regels en protocollen kunnen bepalen wat goede zorg is, maar goede zorg komt op koers door het uitzieden van het inzicht in de zorg van de ervaren zorgverleners." (Baart e.d. 2008: 23)

Met het uitzieden van taciete kennis wordt er later in het boek verwezen naar een vorm van: uitkoken, uitgeven en distilleren van kennis zodat we een gezuiverde vorm overhouden (Baart e.d. 2008: 117). De uit de praktijk voortgekomen kennis van zorgverleners kan namelijk heel effectief zijn en een goede oriëntatie op het handelen bieden. Maar tevens verwijst een taciete kennis ook naar een eigen denkkader waarin het handelen zijn waarde krijgt. Het staat vol van culturele vooroordelen en kan een systematische dwang weerspiegelen (Baart e.d. 2008: 117). En met dit uitzieden doen Baart en Vosman eigenlijk wederom een beroep tot de presentie-theorie of het niveau van 'Double Loop Learning' wat ik in de volgende paragraaf zal toelichten als het zien van de waarden en normen van de ander. En door het zien van de ander kunnen eigen culturele opvattingen of waarden en normen in een kritisch daglicht worden geplaatst.

Ten tweede verwijzen de heren naar lerende gemeenschappen als een werkvorm om deze praktische wijsheid een stem te bieden. Daarin dient er bewust vanuit de context gewerkt te worden.

Deze lerende gemeenschappen zijn daarin sterk geïnspireerd op Polanyi (1966) die aangeeft dat je 1) taciete kennis het best kunt aanleren of verspreiden door haar af te kijken van een expert die het vak al onder de knie heeft. 2) Maar ook waarin Polanyi aanraadt om te komen tot gemeenschappen waarin deze taciete kennis gecultiveerd kan worden. Met dit cultiveren wordt verstaan: geoefend, gekritiseerd, aangemoedigd, in wijsheden opgeslagen, gevierd, gedeeld, verworpen, bijgesteld en anderszins bewerkt en bewaard kan worden. (Baart e.d. 2008: 118)

Vosman en Baart zien een lerende gemeenschap als een dubbelzinnigheid. Aan de ene kant bespreekt de gemeenschap wat het geval is (in de praktijk, in het denken, in het ethos) maar tegelijk is die bespreking een transformatieve kracht en beweegt ze weg van wat het geval is (Baart e.d. 2008: 119). In de volgende paragraaf zal ik deze verschillende krachten willen beschrijven als een verschillende benaderingswijze waarmee er gereflecteerd kan worden op de praktijk. Ik zal dan spreken over loops, namelijk een loop die alleen gericht is op het zorgmoment of een loop dat juist naar de gehele context wenst te kijken waarin ook de verschillende waarden en normen van kracht zijn.

En met deze achterliggende gedachte zijn de heren op zoek gegaan naar een leermodel welke deze beide processen weet te cultiveren. Zelf geven ze daarbij aan vele modellen te hebben bekeken, maar de sterkste aansluiting te vinden met Communities of Practice (CoP)

“Communities of practice are groups of people who share a passion for something that they know how to do and who interact regularly to learn how to do it better.” (Baart e.d. 2008: 119)

En met deze CoP geven de heren aan dat de taciete kennis welke hierin ontwikkeld wordt niet een op zichzelf staande kennis is, maar altijd verworven is met expliciete kennis waarmee de praktijk kennis een betekenis krijgt. (p 120). Ze verwijzen bij CoP naar een voortdurend proces waarin de expliciete kennis hard wordt en als deze in de praktijk wordt toegepast en wordt verbonden met taciete kennis (praktijkervaring), dan biedt dit wederom gelegenheid voor reflectie en wordt de harde expliciete kennis weer zacht en ontstaat er opnieuw ruimte voor het opstellen of herformuleren van expliciet geworden kennis, waarna het proces zich opnieuw herhaalt (Baart e.d. 2008: 121).

Naast het model van CoP halen Baart en Vosman nog meerdere modellen aan en geven aan dat er binnen de lerende gemeenschap volgens hen ook meerdere technieken kunnen worden angewend. Daarin wordt verwezen naar het verkennende gesprek, de kritische empathische dialoog (Smaling, 2008), focusgroepinterviews en zelfs aan simulaties, waaronder we ook sTimul kunnen plaatsen. Maar ook de shadowing techniek ziet Baart als een vorm om zorgverleners te observeren, waarna er op de gedane observaties samen met de zorgverleners op gerefleeteerd kan worden (Baart e.d. 2008: 126).

3.4 De invloed van inter-humane processen

Net zoals het presentiegehalte beïnvloed wordt door meerdere interne alsook externe factoren worden ook de concepten van de Lerende organisatie en de Lerende gemeenschap intern en extern beïnvloed. Binnen dit onderzoek beperk ik me echter tot enkele inter-humane processen.

Hoewel de hierboven aangehaalde concepten zelf al enkele inter-humane processen aan de orde stellen, draait het binnen deze concepten met name om het proces van leren. De inter-humane processen worden als een randvoorwaarde weergegeven. Ook ik zal in mijn onderzoek niet uitgebreid ingaan op deze processen, maar ik wil wel verwijzen naar enkele inter-humane processen om daarin ook het gehele proces van leren te kunnen begrijpen.

Zo heb ik reeds aangegeven dat een manoeuvreerruimte voor presentie nog niet per definitie leidt tot een hoog presentiegehalte. De laatste invloedsfactor ligt namelijk in het team en de individuele zorgverlener. Zij zijn verantwoordelijk om deze manoeuvreerruimte ook ten volle te benutten. Om dit proces te kunnen begrijpen is het van belang om naar de wisselwerking te kijken tussen actoren, de waarde van kennis en de ruimte waarbinnen de ontmoeting plaatsvindt (McGee 2004).

Presentie vraagt naar mijn mening namelijk een kwetsbaarheid in de ontmoeting. Waarin zowel de zorgverlener als de zorgvrager zich open dienen te stellen voor het contact en de ontmoeting. Waarbij de ontmoeting je als zorgverlener zou moeten mogen raken (Baart 2008). Tevens is de openheid van een ontmoeting verbonden aan een gevoel van er toe doen; a need to belong (Baumeister 1995) waarin het vertrouwen in elkaar van groot belang is (Lewicki 2000).

Maar deze relatie wordt ook verstoord. Dit kan zijn door de reductie in de zorg (Goossensen 2011). Reductie wordt hierin verbonden aan een beperking van zien en in het plaatje van presentie vormt reductie hier het omgekeerde van iemand 'zien staan'. Ik verbind deze reductie aan een blinde vlek (Johari 2003), waarbij bijvoorbeeld de dagelijkse routine een onbewustheid kan creëren van het handelen.

Maar niet alleen de ontmoeting tussen de zorgvrager en de zorgverlener kan dit proces van “presentie” verstoren. Een zorgverlener kan zich ook beperkt voelen door de groep waartoe hij of zij zich betrokken voelt. De invloed van socialisatie (Frieling 2004) en groepsprocessen (Haslam 2001 & Christakis e.d. 2008) dragen bij of doen afbreuk aan de uiteindelijke zorgontmoeting.

De manoeuvreerruimte voor presentie vormt dus nog geen garantie voor een hoog presentiegehalte en het instellen van een lerende organisatie is nog niet bepalend voor een gewenst eindresultaat. Het wordt namelijk sterk beïnvloed door de individuele zorgverlener welke binnen een sociale context (een team) geplaatst is en naast eigen vaardigheden ook beïnvloed wordt door zijn of haar omgeving. Om die reden is het van belang om de observaties in het licht te houden van mogelijke interhumane processen welke het proces van zorgen of het proces van teamleren kunnen beïnvloeden.

Maar ook in de observaties dient de rol van de facilitator geobserveerd te worden. Hoewel een facilitator beperkt is in de bewegingsruimte die de organisatie hem of haar biedt kan deze wel een positief effect hebben op het uitdagen van de groep alsook individuele leden van die groep. Het is daarbij van belang dat deze een zekere vaardigheid bezit om het groepsgebesprek te begeleiden. Om dit te begeleiden kan men denken aan: Het kort herhalen van uitspraken, het opsparen van reacties, de stillere deelnemers stimuleren, het doorvragen, het zoeken naar gelijke gronden, het bewust toestaan van stiltes, het samenvatten en balanceren van het gesprek e.d. (Kraner 1996). Dit alles met het doel om de lerende gemeenschap door een fase van forming, storming, norming en preforming te leiden (Tuckman 2008)

3.5 Single, Double and Triple Loop Learning

De concepten 'Lerende organisatie' en 'Lerende gemeenschap' zijn concepten welke we in de huidige wetenschap meermaals terugvinden. En hoewel de theorie van Baart 'presentie' nog relatief jong is zien we ook hier een sterke toename in het aantal gerelateerde onderzoeken. Toch staat het implementeren van 'Presentie' in bestaande organisatie nog in de kinderschoenen. Ook de relatie tussen presentie en de lerende gemeenschap betreft voornamelijk een theoretische uiteenzetting, welke nader onderzocht dient te worden. Momenteel werkt de vakgroep Zorgethiek aan de Universiteit van Tilburg (UvT) aan deze uitwerking binnen het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg dat als één van de eerste ziekenhuizen een zoektocht is begonnen om de theorie van Presentie te implementeren.

En hoewel dit implementatieproces van Presentie via Lerende gemeenschappen nog volop wordt onderzocht wil ik naast de facilitaire transformatie van de organisatie ook kijken naar de inhoudelijke content waar deze lerende organisaties zich mee bezig houden. Daarin zal ik verwijzen naar de verschillende niveaus van leren die inzichtelijk dienen te maken op welke niveaus de lerende organisaties zich richten. Voordat ik mijn keuze hiervoor nader toelicht is het van belang om allereerst inhoudelijk in te gaan op de achterliggende theorie van deze leerniveaus. Ik verwijs daarbij naar de termen 'Single', 'Double' en 'Triple Loop Learning'. Daarin is het van belang om een duidelijke scheiding te maken in het leren van een individu en het leren als een organisatie.

De leerniveaus van een individu

Bij een 'Single Loop Learning' gaat het om door verschillende handelingswijzen tot hetzelfde beoogde einddoel te komen. (Greenwood 1997: 1048). Om dit te verhelderen verwijst Argyris (1977: 116) naar een thermostaat. Deze kan waarnemen wanneer het 'te warm' of 'te koud' is in huis, als een ingeregelde temperatuur bereikt is slaat de thermostaat aan of juist uit. Om dit voorbeeld te vertalen naar het handelen van een zorgverlener kunnen we binnen dit leerniveau nadenken over hoe te handelen als de CV installatie gebreken vertoont en we toch een gewenste temperatuur wensen te bereiken. Een 'Single Loop' reactie zou kunnen zijn om elektrische kacheltjes in huis te halen of om de patiënten te voorzien van een (extra) dekentje. Intuïtief zou de aangedragen oplossing wel eens de juiste kunnen zijn om in de behoefte van de patiënt of bewoner te voorzien.

Maar 'te warm' of 'te koud' zijn in de beleving van de mens niet zo eenduidig weer te geven. Het is verbonden aan een waarde en norm van de bewoner. Hier kan een standaard procedure juist een averechts effect veroorzaken. Als we het zouden vertalen naar een verzorgingstehuis, dan zou de waarneming van een actieve zuster al snel kunnen zijn dat het erg warm is in het huis. Haar waarneming kan er toe leiden dat de verwarming lager wordt gezet of zelfs uit. De oudere dame die woont in het verzorgingstehuis is minder actief en zit wellicht in een rolstoel. Voor haar voelt de temperatuur eerder als 'te koud' aan omdat haar lichaam nu eenmaal minder warmte produceert. In dit voorbeeld gaat het niet langer om een eenvoudig aan of uitdraaien, maar gaat het om verschillende waarden en normen. Bij 'Double Loop Learning' gaat het om een reflectie op waarden, normen en de sociale relatie welke gepaard gaat bij menselijke acties (Greenwood 1997: 1052). Binnen dit niveau van leren probeert de zorgverlener in de geboden zorg afstemming te vinden m.b.t. de bewoner.

De leerniveaus in een lerende organisatie

Het voorbeeld van de verwarming is een zeer levendig voorbeeld waar we ons allemaal wel iets bij kunnen voorstellen. Maar soms zijn de alternatieven niet altijd eenvoudig te vinden. Als we in de zorg kijken naar een hartpatiënt die meerdere complicaties heeft, dan kun je als lerende organisatie op zoek gaan naar de meest effectieve behandeling. Het doel blijft daarin identiek, namelijk de genezing van deze patiënt, maar de verschillende behandelingen vragen om een juiste afweging. Dit proces geef ik weer als Single Loop Learning.

Toch komen bij de behandeling van hartpatiënten ook ethische vraagstukken om de hoek kijken. Denk daarbij aan de vraag wat de levenskwaliteit zal zijn van deze patiënt na zijn behandeling. Maar ook de reanimatie is een vraag welke verbonden is aan de waarden en normen van patiënt. De beslissing voor een behandeling wordt nu een stuk complexer. En binnen deze situaties zullen lerende organisaties kritische vragen stellen bij het handelen. Of zoals Argyris (1977: 116) aangeeft kritische vragen bij de productie van een bepaald product of de invoering van een bepaalde beleid of procedure.

Binnen dit onderzoek zal ik het Double Loop Learning op organisatorisch niveau aanhalen als het leerproces waarbij er nagegaan wordt hoe de organisatie ZorgSaam zich wenst te verhouden ten opzichte van de patiënt of bewoner. De belevingsgerichte visie geeft namelijk duidelijk aan dat zij zich wenst te verplaatsen van een interventiegerichte zorgpraktijk, naar een patiëntgerichte zorgpraktijk. Later zal blijken dat het leren vanuit een externe referentiebron (de patiënt) in de praktijk nog niet geborgd wordt door de belevingsgerichte visie over de organisatie uit te rollen.

Hoewel het ideaal is om gericht te zijn op de patiënt wijst Greenwood (1997: 1052) ons er op dat binnen de gezondheidszorg een combinatie van de twee noodzakelijk is. Zij verwijst daarbij naar basisvaardigheden welke elke verzorger of arts moet hebben om de ziekte te kunnen verzorgen of bestrijden. Maar wanneer deze probleemgeoriënteerde focus in de zorg de overhand krijgt, dan verdwijnen de waarden en normen van de patiënt uit beeld. Het is daarom ook essentieel om de vraag te stellen wat een patiënt voor wensen heeft, welke waarden deze belangrijk acht en hoe er aan de door de patiënt gestelde normen voldaan kan worden. Door dit proces van 'Double Loop Learning' kan het gangbare ineens plaats maken voor een aangepaste verzorging waarin de waarden en normen van de patiënt gerespecteerd worden.

In tegenstelling tot het individuele niveau wordt in de huidige literatuur ook gebruik gemaakt van de term Triple Loop Learning. Deze term wordt door sommige ook wel verbonden aan een organisatie leren en hoewel Argyris (1977: 116) de term 'Organizational learning' gebruikt verwijst het leren meer naar een participatieve openheid en een betrokkenheid. Argyris, die de termen Single Loop en Double Loop Learning heeft uitgewerkt is echter niet de aanstichter van een derde vorm van leren. Ik verwijs daarom naar Tosey (2011) die op basis van een literaire studie drie conceptualisaties kon maken van deze term: Triple Loop Learning.

Een niveau van leren dat voorbijgaat aan en superieur is aan Double Loop Learning.

Tosey (2011: 3) verwijst o.a. naar Hawkins (1991) welke beargumenteert dat het 'treble-loop learning' noodzakelijk is om zich boven het efficiëntie gerichte denkkader te verplaatsen, wat kan worden bereikt door een proces van double loop learning. Binnen deze vorm van Triple Loop Learning gaat het om een fundamentele reflectie naar de basis principes waarop een organisatie is gebouwd. Dit leren gebeurt niet als een geïsoleerd proces, maar richt zich op een bepaalde context / omgeving. Uiteindelijk kan de rol van de organisatie of het aandeel van de organisatie in een bepaald proces drastisch veranderen.

In Field Guide to Conducting and Organizational Development wordt met Triple Triple Loop Learning verwezen naar de regels van de organisatie. Het richt zich dus niet op het praktisch vergaren van de verschillende waarde en normen om daarop de "regels" aan te passen, maar het richt zich op een lerende houding wat inzichtelijk maakt hoe de "regels" binnen een organisatie tot stand zijn gekomen. (Field Guide to Conducting and Organizational Development: 217). En deze gedachte van Triple Loop Learning sluit aan bij de eerste gedachte van Tosey (2011)

Deutero-learning; een niveau van Double Loop Learning dat reflecteert op eerdere Single and Double Loop processen.

Toch is het opvallend dat de term Triple Loop Learning is ontstaan zonder dat Argyris of Schön verwijzen naar een hogere vorm van leren. Tosey (2011) verwijst daarom naar het 'Deutero-Learning'. En heel eenvoudig gezegd verwijst het naar het leren over leren. Het gaat dan niet over een leren dat superieur is aan de eerste conceptualisatie, maar het weerspiegelt een continu proces van leren waarbij er van eerdere Single loop en Double Loop ervaringen geleerd wordt binnen de nieuw verworven kennis en inzichten.

Deze constante en blijvende vorm van reflecteren is gericht op het leerproces, de context waarbinnen het leren plaats vindt en de verschillende voorveronderstellingen, waarden en motivaties welke de uitkomsten van het leren kunnen beïnvloeden. Binnen deze benadering wordt Deutero-Learning dus niet gezien als een hogere vorm van Double Loop Learning er zit alleen een blijvende reflectieve houding in verwerkt.

Bateson's Learning III: een niveau dat niet in woorden is uit te drukken.

Tosey (2011) verwijst als laatste naar de leerniveaus van Bateson (1973). In totaal geeft Bateson vijf vormen van leren weer (van learning 0 tot learning 4). Het 'learning 1' en 'learning 2' kan daarbij vergeleken worden met Argyris 'Single' en 'Double Loop Learning'. Maar over het 'learning 3' heeft Bateson hele andere gedachten dan de voorafgaande toelichtingen.

Bateson ziet 'learning 3' namelijk als een vorm van leren die niet vorm gegeven kan worden omdat je de toekomst niet in eigen handen hebt. Als tweede bezwaar geeft hij aan dat het een vorm van leren is die niet uitgedrukt kan worden omdat je met de kennis komende uit 'Learning 1' en 'Learning 2' niet iets superieurs (of spiritueels) kunt verklaren. Als derde bezwaar geeft hij aan dat de vormen van leren niet los van elkaar gezien moeten worden, maar dat ze met elkaar, in een onwillekeurige volgorde, met verbonden zijn. En tot slot verwijst hij naar de gevolgen van leidinggevendens die deze vorm van leren trachten te beheersen en te implementeren. Bateson verwijst als een gevolg naar onbedoelde consequenties, waarvan de impact niet onderschat mag worden.

Operationalisering van de termen Single, Double en Triple Loop Learning

Binnen dit onderzoek zal ik met de term 'Triple Loop Learning' verwijzen naar het Deutero-learning, waarin ik Deutero-learning opvat als een blijvende reflectie op zowel de praktische handelingen alsook de constant veranderende context van de zorg. Binnen de lerende organisatie zie ik deze vorm van Triple Loop Learning daarom als een gezamenlijk vorm van continu leren welke zich richt op alle deelprocessen binnen het tot ontplooiing laten komen van de door de organisatie aangedragen visie.

Niveau van het individuele handelen

Het gaat daarin om een reflectie op het individuele handelen van de medewerker en welke alternatieve benaderingswijzen of alternatieve behandelingswijze deze kan toepassen om een klantvriendelijkheid te creëren wat intuïtief wel eens de juiste zou kunnen zijn. Deze keuze wens ik weer te geven als een proces van Single Loop Learning. Het double loop learning op het individuele niveau heeft betrekking op een proces van blijvende afstemming op hoe de zorgverlener met zijn of haar individuele handelen de authenticiteit van de patiënt of bewoner bestaansrecht kan geven. Met geven van bestaansrecht bedoel ik dat de medewerker in staat is om vanuit een intuïtief handelen of een bewust rationele afweging zijn of haar handelingen te reflecteren waarbij de waarden, normen en behoeften van de bewoner in worden meegenomen. De behoeften zijn echter niet constant. Misschien houdt een oudere patiënt deze week van rozen, maar na vijf weken rozen te hebben gehad wil ze nu liever tulpen of narcissen. Er is dus een vaardigheid nodig welke ik wil weer te geven als een proces van een constante 'verwondering' hebben in de ander.

"Dat routine geen routine meer is. Wel dat de dagelijkse gang van zaken kan zijn, waarin elke dag anders is. Want jouw rit van huis naar de Honte is ook elke dag anders, maar je rijdt wel dezelfde weg, maar hij is wel elke dag anders. En zo zou het in de zorg ook moeten zijn. Ik weet dat ik die, en die en die bewoners moet helpen wassen of wat... en het zijn wel dezelfde bewoners en ik ben ook dezelfde persoon, maar het is elke keer weer een andere dag. Dus eigenlijk is het keer op keer een nieuw avontuur van ontmoeten. ..." (Quote uit een interview komende uit: Van Assche 2012)

Niveau van de organisatie

Ten tweede verwijst de blijvende reflectie naar een proces van de organisatie. Op het double loop niveau richt de organisatie zich namelijk op de vraag hoe zij zich wenst te verhouden ten opzichte van de verschillende waarden en normen van de patiënt, de markt, de staat en de gemeenschap. Binnen ZorgSaam is de visie van Beleavingsgericht werken ontstaan, waarbij ze de gerichtheid op de patiënt centraal wenst te stellen.

Maar de visie moet niet alleen bij mooie voornemens blijven. Er dient tevens nagedacht te worden hoe deze visie geïmplementeerd kan worden. Het proces waarbij de visie handen en voeten krijgt wens ik te zien als een proces van Single Loop Learning. De organisatie is dan gericht op het uiteindelijke resultaat van haar visie en zoekt (al lerende) welke training het meest doeltreffend is om dit resultaat te kunnen bereiken.

Naast het voortdurende proces van leren op deze twee niveaus wijs ik tot slot nog op een belangrijke toevoeging binnen het triple loop learning. Het dient namelijk ook te kijken hoe men van het algehele proces kan leren. Daarbij dient er niet alleen naar het proces van de individuele medewerker gekeken te worden of naar het proces van de visie ontwikkeling en implementatie welke zich op het niveau van de organisatie begeeft, maar het dient ook het algehele proces in ogenschouw te nemen. Het verwijst dus naar een proces van continue 'organisatie leren'. Er wordt daarin niet alleen gekeken naar het presentiegehalte in de zorg, maar ook naar de manoeuvreerruimte voor presentie in de zorg. Het stelt kritische vragen naar de organisatie van zorg. Daarnaast staart het zich niet blind op de huidige zorgpraktijk, maar zij durft de huidige zorgpraktijk te zien als een proces waarbij verleden, heden en het toekomstideaal voortdurend aan verandering onderhevig zijn. Want opgedane inzichten uit het verleden kunnen in het heden anders uitpakken dan gewenst, waardoor ook het toekomstideaal aan verandering onderhevig is. Ik verwijs daarom graag naar Leeuwis (2004: 4.2.1) die spreekt van een interactieve procesbenadering waarin de uitkomsten en doelstellingen voortdurend onderhevig zijn aan een flexibel proces dat bepaald wordt door de sociale interactie tussen verschillende actoren en door de besluiten welke daaruit voortkomen.

Komen tot Triple Loop Learning binnen lerende organisaties

In dit proces van 'Triple Loop Learning' zie ik ook een zeer belangrijke taak weggelegd voor 1) de organisatie 2) de leidinggevendenden en 3) de zorgverleners.

Ten eerste bepaalt de organisatie in meer of mindere mate de ruimte die zorgverleners krijgen om mee te denken met de organisatie. Wanneer een organisatie als ZorgSaam er voor kiest om verder te gaan als een lerende organisatie, dan betekent dit dat zij haar medewerkers medezeggenschap geeft in alle facetten van haar organisatie. De medewerkers kunnen dus alle mogelijke beleidstukken of protocollen aan de kaak stellen. Als een organisatie hier niet de ruimte voor biedt, dan kan er nog steeds 'Triple Loop Learning' plaats vinden, maar deze vorm van leren zal zich beperken tot een afgebakend gebied dat door de organisatie wordt bepaald.

Ten tweede bepalen ook de leidinggevendenden een belangrijke rol in de totstandkoming van een proces van 'Triple Loop Learning'. Veelal hebben zij niet alleen een taak om het proces van 'Triple Loop Learning' toe te staan, maar zij hebben ook vaak de rol om het proces te begeleiden. Dit vraagt echter een compleet andere invulling van hun leiderschapspositie. De verhouding tussen een leidinggevende en de medewerkers verplaats daarbij van een top-down approach naar een bottom-up approach waarin elke bijdrage op waarde wordt geschat en waarin er gewerkt wordt in de nastreving van een gezamenlijk doel. Van Paassen (2011) verwijst in een model dat ten grondslag ligt aan een module voor studenten op de essentie om bij het faciliteren van interactieve processen rekening te houden met een constant veranderende context, waarbij een facilitator naast de kennis van mogelijke benaderingsvormen ook de vaardigheden moet bezitten alsook de vaardigheid om deze op een geschikt moment toe te passen.

Ten slotte hebben ook de zorgverleners een belangrijk aandeel in een proces van 'Triple Loop Learning'. Eerder heb ik reeds verwezen naar Senge (1994) die wijst op het belang van een 'Alignment'. Als een team niet gezamenlijk eenzelfde doel nastreeft, dan zal dit leiden tot 'chaos' wat het aansturen van het team nog moeilijker zal maken. Ook de instelling van de medewerkers dient daarin nader onderzocht te worden. De organisatie kan haar individuele medewerkers wel aansporen, maar uiteindelijk zijn zij de experts om hun inzichten vanuit het werkveld ten toon te stellen om te komen tot een gezamenlijk proces van leren. De bereidheid tot reflectie (Joldersma e.d. 2007) blijkt essentieel, als deze beperkt is dan zal het proces van 'Triple Loop Learning' moeilijker verlopen.

3.6 De samenhang van het theoretisch kader

In de voorafgaande paragrafen heb ik heb ik getracht om een theoretische uiteenzetting te geven van de concepten 'Zorg', 'Belevingsgericht Werken', 'Presentie', 'Lerende organisatie' en de 'lerende gemeenschap'. Tevens heb ik kort enkele inter-humane processen aangestipt welke inherent verbonden zijn aan het proces van de 'Lerende organisatie' en tot slot ben ik ingegaan op de verschillende niveaus van leren, namelijk 'Single', 'Double' en 'Triple Loop Learning'.

En in de bovenstaande uitwerkingen heb ik getracht om de onderlinge samenhang al reeds weer te kunnen geven, maar graag haal ik dit nogmaals aan om het vervolgens te vergelijken met eerder uitgevoerde onderzoeken aangaande dit onderwerp.

Zo wil ik binnen dit onderzoeksverslag, dat zich kenmerkt door een relatie tussen de zorgverlener en een zorgafhankelijke patiënt kijken naar hoe het zorgen-voor zich in de praktijk laat omschrijven en in hoeverre de zorgethisch geladen visie van ZorgSaam, namelijk: Belevingsgericht Werken hierin tot uiting komt. Echter uit zowel de theorie als de praktijk blijkt dat een belevingsgerichte visie tot diverse uitwerkingen kan leiden. Baart verbindt zijn theorie van de Presentie daarom aan deze visie door de term Presentiegehalte. En om dit presentiegehalte te bevorderen doen Vosman en Baart een beroep op een lerende gemeenschap. Binnen ZorgSaam is er echter niet sprake van een gemeenschap als zijnde leden komende uit verschillende praktijkcontexten, maar er is sprake van een gemeenschap als zijnde leden welke allen komen uit de organisatie ZorgSaam. Om die reden prefereer ik te verwijzen naar de term 'Lerende organisatie'. Maar zoals Senge reeds aangeeft is ook een gedeelde motivatie van belang en dit hangt o.a. samen met diverse 'Inter-humane processen' die het proces van de 'Lerende organisatie' kunnen beïnvloeden.

Maar welke bijdrage levert mijn onderzoek nu aan de huidige wetenschappelijke kennis? Zo hebben enkele wetenschappers al nagedacht hebben over het proces van de zorgpraktijk en de integratie van een behoeftegestuurd zorgmodel (Van Elst 2008, Van der Kooij 2003). Toch zie ik een sterke aanvulling op de reeds bestaande inzichten door in het proces van de Lerende organisatie een verbinding te maken tot de verschillende niveaus van leren. In deze niveaus van leren verbind ik mijzelf aan de processen van Single, Double en 'Triple Loop Learning'

Uiteindelijk zal ik het proces van leren verbinden aan de theorie van 'Presentie'. Want de theorieën weerspiegelen een ideaal dat zich in de praktijk dient te ontfouwen. Ik zal daarom in dit onderzoeksverslag de realiseerbaarheid van een presentiegerichte zorg aan de orde te stellen.

Hoofdstuk 4

Het onderzoeksvragen & Methodiek



4.1 Inleiding

In de voorafgaande hoofdstukken heb ik getracht om u mee te nemen in o.a. de aanleiding van dit onderzoek alsook waar dit onderzoek zich binnen de huidige theorie kan plaatsen. En hoewel er in de inleiding een strekking is gegeven van waar dit onderzoek zich op richt zal ik in dit hoofdstuk de eerder geformuleerde onderzoeksvragen verbinden aan het theoretisch kader. Mede hierdoor wens ik het onderzoek een sturing te bieden, maar tevens ook de wetenschappelijke relevantie van het onderzoek te kunnen borgen.

4.2 Uitgangspunten van het onderzoek

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek alsook de daar onder gelegen onderzoeksvragen zijn als volgt weergegeven in onderstaand overzicht.



De centrale onderzoeksvraag richt zich daarbij op het verkrijgen van een wetenschappelijk inzicht. Dit wetenschappelijke inzicht dient verkregen te worden door in de praktijk vier deelgebieden te onderzoeken. Met name de praktijkgeoriënteerde onderzoeksvragen zullen bijdragen aan de interne processen binnen ZorgSaam en Vremdieke. Met de centrale onderzoeksvraag dient er een bijdrage geleverd te worden aan de huidige wetenschap.

Om dit wetenschappelijke inzicht te verwerven richt ik mij specifiek op 1) Presentie in de praktijk. Hiervoor zal ik niet alleen kijken naar de presentiebeoefenaar, maar ook de organisatorische vrijheden die een medewerker krijgt aangeboden om presentie te beoefenen. 2) Daarnaast richt ik mij op het proces van Single, Double & Triple Loop Learning. Ook hier richt ik mij wederom op het individuele niveau door de competenties van niveau één, twee en drie ter sprake te brengen. Maar ook zal ik specifiek kijken of we binnen de organisatie kunnen spreken van Triple Loop Learning. Een proces waarbij er door een constante reflectie geleerd wordt van verschillende benaderingswijzen op de zorg en de invloed welke deze heeft in het uitvoeringsproces van de Belevingsgerichte visie.

4.3 Methodologie van het onderzoek

4.3.1 Toegepaste onderzoekstechnieken

Om het inzicht op de bovenstaande onderzoeksvragen te achterhalen is er gekozen voor een kwalitatief onderzoeksmethode (Green e.d. 2004), waarbij de uitwerking van de belevingsgerichte visie niet in meerdere organisaties wordt onderzocht, maar ik me zal beperken tot de organisatie ZorgSaam en één van haar verzorgingstehuizen. We kunnen om die reden spreken van een case study (Vaus 2001: 50) waarbinnen het onderzoek sterk georiënteerd is op processen en procesbenaderingen. Daarin richten deze processen zich niet op een vorm van timemanagement, maar het draait hier om het inzichtelijk krijgen van de sociale fenomenen welke zich binnen de visieontwikkeling en het proces van implementatie doen verschijnen. Binnen deze fenomenologische oriëntatie wil ik met name werken aan de hand van citaten om zo dicht mogelijk bij de beleving en het perspectief van de ondervraagden en geobserveerden te blijven.

De data voor dit onderzoek zijn voornamelijk gegenereerd in de periode van 30 april t/m 29 juni 2012 met uitzondering van twee interviews welke in de twee daaropvolgende weken nog zijn afgenomen. Om de data te genereren is er gebruik gemaakt van de onderstaande methodieken:

15 semi-gestructureerde diepte-interviews

Er zijn in totaal vijftien diepte-interviews afgenomen met leidinggevenden van zowel ZorgSaam als Vremdieke en met zorgmedewerkers uit het verzorgingstehuis Vremdieke. Binnen deze semi-gestructureerde interviews is er gebruik gemaakt van verschillende sturingsvragen al naar gelang de functie van de desbetreffende medewerker. Na afloop van het interview zijn de geluidsopnames verwerkt in transcripten, welke de basis hebben gelegd voor de verdere analyses. Hoewel de sturingsvragen per functie verschilden zijn er wel enkele basis onderwerpen zichtbaar welke in elk interview terug kwamen:

- De interpretatie en vertaalslag van de visie: Belevingsgericht werken in het dagelijks functioneren
- De positieve en negatieve factoren die de belevingsgerichte visie in de praktijk stimuleren dan wel stagneren
- De betrokkenheid in organisatorische processen
- De ruimte voor een dialoog / discussie m.b.t. de uitwerking van de belevingsgerichte visie
- De individuele opinie t.a.v. de huidige uitwerking van de belevingsgerichte visie
- De competentie tot betrokkenheid in organisatorische processen en tot het niveau van reflectie

De laatste vraag is voornamelijk gesteld bij leidinggevenden en kwam enkele malen aanbod wanneer men over collega's van een lager scholingsniveau sprak.

Functie:	Referentiekader:	Duur:	Interview:
Manager Personeel & Management Ondersteuning	ZorgSaam breed	35 min	I10
Sectormanager Zorg	ZorgSaam breed	44 min	I15
Praktijkopleider - ethicus	ZorgSaam breed	49 min	I14
Locatie manager	Vremdieke	44 min	I01
Teamleider	Vremdieke	51 min	I02
Teamleider	Vremdieke	32 min	I03
Zorgmedewerker: op afdeling	Vremdieke	23 min	I04
Zorgmedewerker: op afdeling	Vremdieke	44 min	I05
Zorgmedewerker: op afdeling	Vremdieke	23 min	I06
Zorgmedewerker: op afdeling	Vremdieke	43 min	I07
Zorgmedewerker: op afdeling	Vremdieke	35 min	I08
Zorgmedewerker: op afdeling	Vremdieke	40 min	I09
Zorgmedewerker: Kreekzicht	Vremdieke	50 min	I11
Zorgmedewerker: Kreekzicht	Vremdieke	50 min	I12
Zorgmedewerker: BW+	Vremdieke	41 min	I13

Uit de hierboven vermeldde geïnterviewden is op te merken dat ik in mijn verslag niet zal werken aan de hand van namen, maar aan de hand van een genummerd interview. Hierdoor kunnen de gedane uitspraken niet direct gerelateerd worden aan de betreffende leidinggevende of zorgmedewerkers. Binnen de uitspraken van zorgverleners zullen directe indicatoren en namen van bewoners afgezwakt dan wel uit het onderzoeksverslag worden gelaten. Ook heb ik een verwijzing naar de afdelingsvloer achterwege gelaten, maar in totaal zijn er van elk team van zorg op de afdeling twee medewerkers geïnterviewd. Twee van hen waren tevens EVV-er (Eerst-verantwoordelijke-verzorgende)

De medewerkers van de dagbestedingen voor dementerenden en psychische patiënten zijn erop gewezen dat hun vorm van zorg dermate specifiek is dat het weglaten van deze belangrijke informatie voor onduidelijkheden kan zorgen. En hoewel het bovenstaande geen directe namen van leidinggevende weergeeft is het binnen dit onderzoek wel van belang om inzicht te krijgen in de verschillende operationele niveaus zodat het kader van waaruit zij spreken helder wordt.

Tijdens het onderzoek heb ik tevens overwogen om interviews af te nemen met enkele bewoners van het verzorgingstehuis Vremdieke, maar gezien de focus van dit onderzoek op de 'lerende organisatie' en op de niveaus van leren heb ik besloten dit buiten beschouwing te laten. Wat niet wil zeggen dat deze interviews geen bijdrage zouden kunnen hebben, want indien men grounded te werk wenst te gaan, dan dient de organisatie niet te starten bij haar zorgmedewerkers, maar bij de bewoners welke in een zorgafhankelijke positie verkeren. Gezien het onderzoeksonderwerp beperk ik mij hier tot de medewerkers en leidinggevendenden, maar stimuleer een vervolgonderzoek onder de bewoners van Vremdieke of patiënten van ZorgSaam aangezien deze interviews als een directe feedback kunnen dienen voor de aangereikte zorg.

Informele gesprekken

Naast de afgenomen interviews heb ik tevens met een tiental medewerkers gesproken over hun rol binnen de organisatie en vooral de motivatie waarom ze op een bepaalde manier een (zorg)handeling uitvoerden. Maar ook heb ik gesproken met enkele leidinggevendenden, een praktijkopleidster en enkele ethicus / geestelijk verzorgers. Met hen heb ik in meer of mindere mate gesproken over de voortgang van mijn onderzoek, waarna een open dialoog ontstond over de verschillende interpretaties en uitwerkingen van de belevingsgerichte visie in de praktijk.

Shadowing techniek

In totaal heb ik ruim negen dagen meegelopen met verschillende diensten en verschillende niveaus binnen het verzorgingstehuis van Vremdieke. De wijze waarop ik mijn observaties heb verkregen is tweedelig.

- Op de groep en het meedraaien met de huishoudelijke dienst (incl. de maaltijdkar) heb ik voornamelijk een participatieve houding aangenomen. Tijdens het uitvoeren van de werkzaamheden heb ik de medewerkers vervolgens geobserveerd en heb tussen de verschillende handelingen fieldnotes gemaakt.
- Binnen de zorg heb ik voornamelijk een compleet observerende houding aangenomen, waarbij ik in tijden van aan het lijf gebonden zorg in de kamer verbleef of mijn zicht afkeerde van het zorgmoment ten behoeve van de privacy van de bewoner. Op een incidentele uitzondering na zijn alle bewoners vooraf gevraagd naar diens goedkeuring. Tussen de zorgmomenten heb ik mij enkele malen afgezonderd voor het maken van fieldnotes of nam even van de gelegenheid gebruik om de zorgverlener de bevragen naar diens handelen, alsook motivaties voor een handelings- of benaderingswijze.

Uiteindelijk zijn alle fieldnotes uitgewerkt in dagrapportages welke in een later stadium zijn gecodeerd en geanalyseerd. Toch dien ik bij uitvoering van deze onderzoekstechniek op te merken dat de teamleiders van Vremdieke mij veelal koppelde aan een bewuste medewerker. Dit kan mogelijk van sterke invloed zijn op mijn beeldvorming van de zorgverleners binnen Vremdieke. Toch gebeurde het geregeld dat ik gedurende de dag van medewerker kon wisselen en na meerdere dagen te hebben meegelopen binnen het verzorgingstehuis was de sfeer ook meer ontspannen om ook uit eigen beweging op zorgverleners af te stappen met de vraag of ik eens mee mocht kijken in hun eigen zorgpraktijk.

Observaties van cliëntbesprekingen en teamvergaderingen

Naast het observeren van de dagelijkse (zorg)overdrachtsmomenten ben ik tevens als een compleet observator aanwezig geweest tijdens drie cliëntbesprekingen (van elk team: zorg) en een algehele teamvergadering. Tijdens deze besprekingen heb ik naast het algehele proces van de dialoog / discussie gekeken naar de mate van betrokkenheid van de medewerkers en ik heb gekeken naar de rol van de teamleiders in deze.

Observaties van Prudentia werkgroep

Doordat Vremdieke een onderdeel vormt van het overkoepelende orgaan heb ik tevens de mogelijkheid gehad om als een compleet observator de bijeenkomsten van de prudentia werkgroep bij te wonen. Deze werkgroep is samengesteld om mogelijk voor het jaar 2013 de landelijke prudentia conferentie te organiseren waarbij professionals uit de zorg bij elkaar komen om onderlinge ervaringen uit te wisselen, met als doel om hier gezamenlijk van te kunnen en mogen leren. Tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep heb ik wederom het proces bestudeerd maar vooral ook de content van het gesprek en waar de verschillende leden van deze werkgroep zich begeven m.b.t. de uitwerking van ZorgSaams belevingsgerichte visie.

Tevens heeft de betrokkenheid van Andries Baart in deze werkgroep, alsook het bijwonen van de prudentia conferentie: *“De tijd, het geld en de wijsheid”* voor verdere verheldering en / of inzichten geleid m.b.t. dit onderzoek.

Analysering van interne documenten

Ondanks de rijke data welke uit bovenstaande methodieken naar boven is gekomen heb ik tevens enkele interne documenten tot mijn beschikking gekregen waarin er o.a. een tussentijdse verslaglegging wordt afgelegd t.a.v. het project: Belevingsgericht werken binnen het verzorgingstehuis Vremdieke. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de uitgewerkte visie van ZorgSaam in: *“Samen gaat het beter – Belevingsgericht werken bij ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen”*.

Ter ondersteuning van het reflectieniveau heb ik ook inzage gekregen in twee documenten van de afdeling opleidingen waarin de competenties voor de desbetreffende functies zijn weergegeven. Dit document zal in een later stadium opnieuw de revue passeren.

4.3.2 De onderzoekslocatie

Binnen de theoretische context is het fenomeen zorg reeds behandeld en daarbinnen zijn ook de verschillende benaderingen tot zorg aan de orde gesteld. Voor een breder begrip van de onderzoekscontext verwijs ik u daarom graag naar dit tweede hoofdstuk van dit onderzoeksverslag. Binnen deze paragraaf zoom ik namelijk in op de onderzoekslocatie waarbinnen ik mijn onderzoek heb verricht. En daarbij start ik met een verwijzing naar het overkoepelende orgaan ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen dat bestaat uit een ziekenhuis, vier verzorgingstehuizen, de regionale thuiszorg en ambulancedienst. Door de verschillende vormen van zorg is er enkele jaren geleden gezocht naar een gezamenlijke visie. Op haar website publiceerde zij hierover het volgende:

“ZorgSaam heeft een visie op werken waarbij de beleving van de cliënt, patiënt, bewoner en collega centraal staat. Bij beleving gaat het om vele dingen: wensen, behoeften, signalen, gevoel, keuzes en het levensverhaal. Iedereen heeft een andere voorgeschiedenis, een andere mate van zelfzekerheid, een andere pijngrens...noem maar op. Belevingsgericht werken is aandacht voor elke cliënt, patiënt, bewoner en collega. Inleven in de ander, hoe kort het ontmoetingsmoment ook is. En proberen die ander te helpen naar zijn of haar behoefte. Doen wat in de mogelijkheden ligt. Niet te snel 'nee dat kan niet' of 'dat doen we hier zo' zeggen.

Dat betekent overigens niet 'u vraagt, wij draaien'. Zorg verlenen is een complex proces dat niet compleet op z'n kop gezet kan worden. Andere cliënten zouden dan tekort gedaan worden. Maar we kunnen wel 'meebewegen met de vraag', kijken wat we toch voor iemand kunnen doen, ook al lijkt het onmogelijk.”

Bron: <http://www.zorgsaam.org/algemeen/belevingsgericht-werken> geraadpleegd 24-04-2012

Uit de bovenstaande visie blijkt dus ook dat de organisatie vanuit een belevingsgerichte visie wenst te opereren. Maar dit belevingsgerichte werken is een continue proces waarin ten alle tijden de patiënt of bewoner centraal dient te blijven staan. Als verdieping op het belevingsgericht werken gaan alle medewerkers met een zorgtaak naar het zorgethische lab; sTimul. Daarin is de keuze gemaakt om

eerst de medewerkers van de verzorgingstehuizen in de gelegenheid te stellen om een sTimul ervaring bij te wonen alvorens ook de overige medewerkers van ZorgSaam deze mogelijkheid krijgen aangereikt.

In de aanloop van mijn onderzoek heb ik in overleg met twee begeleiders van sTimul besloten dat het (vervolg) onderzoek het best kon plaats vinden in een omgeving waar al meerdere medewerkers deel hebben genomen aan een sTimul inleefsessie. Hoewel een sTimul inleefsessie nog niet per definitie leidt tot op-de-zorg-reflecterende medewerker, maakt het ons binnen dit onderzoek wel bewust van het feit dat 71% van de medewerkers van Vremdieke in ieder geval binnen een sTimul reflectie of terugkommiddag heeft nagedacht over de zorgafhankelijke positie van hun bewoners en hun eigen rol in deze.

In mijn gesprek met de begeleiders van sTimul is er vervolgens besloten om in gesprek te gaan met de leidinggevenden van het verzorgingstehuis Vremdieke te Hoek. Dit verzorgingstehuis kent namelijk een vrij stabiele leidersbezetting in tegenstelling tot de overige verzorgingshuizen van ZorgSaam en begeeft zich niet in een fase van transitie. De situatie binnen Vremdieke kan daardoor gezien worden als een stabiele organisatie waarbinnen ook het effect van 'Triple Loop Learning' gestimuleerd kan worden, maar waar ook de rust aanwezig zou moeten zijn voor het implementeren of tot uiting laten komen van presentie binnen de beleavingsgerichte visie. Vanuit deze 'ideale situatie' kunnen we vervolgens kijken waar het proces van leren stagneert of zelfs stopt (dat o.a. door een sTimul is gelanceerd).

Het verzorgingstehuis Vremdieke, gelegen te Hoek, is een verzorgingstehuis welke een capaciteit kent van zo'n tachtig bewoners. Deze bewonersgroep is samengesteld uit intramurale zorg voor ouderen, waarbinnen ook de zorg is opgenomen voor een vijftiental dementerende bewoners en vijftiental bewoners met psychiatrische klachten. Zowel de dementerende bewoners als de bewoners met psychische klachten wonen verspreid door het gehele huis en vormen dus geen gesloten afdeling. Het zijn dan ook patiënten welke nog goed om kunnen gaan met de open structuur van het huis, maar overdag de structuur nodig hebben van een dagelijkse dagbesteding (Kreektzicht voor dementerende & BW+ voor patiënten met een psychische achtergrond).

Het verzorgingstehuis wordt geleid door een locatiemanager, twee teamleiders en in totaal vijf teams. Twee teams staan daarbij op de groep en de overige teams dragen de zorg op zich. Het huis kent in totaal drie verdiepingen waarbij de tweede verdieping een tiental extra bewoners kent i.v.m. de appartementen voor echtparen.

4.3.3 Beoogde onderzoeksuitkomsten

Het uiteindelijke resultaat van dit onderzoek is zoals aangegeven in de introductie verbonden tot enkele belanghebbende partijen. De uitkomst dient daarom niet alleen tot een wetenschappelijke methodiek te leiden, maar dient tot inzichten te leiden welke het bestaande proces kunnen optimaliseren. De uitkomsten zijn daarom uitgewerkt in dit onderzoeksverslag waarin er tevens aanbevelingen zijn opgenomen voor de leidinggevenden van Vremdieke en haar overkoepelende organisatie: ZorgSaam.

Maar een onderzoeksverslag is zeer breed te interpreteren. Om die reden is vooraf overeengekomen dat ik mijn verslag in het Nederlands zal uitwerken en dat de inhoud niet meer dan honderd pagina's zal betreffen (blanke pagina's daarbij uitgesloten). Tevens betreft het een kwalitatief onderzoek waarbij ik met name citaten en korte observaties zal gebruiken ter verrijking aan mijn analyses.

De uitkomst van het rapport dient daarbij verzonden te worden aan Annemarie van Paassen en een tweede beoordelaar. Binnen de organisatie ZorgSaam zal het rapport in eerste instantie met Dick Stap gedeeld worden, na zijn goedkeuring zal het verslag ook naar de leidinggevenden van Vremdieke worden gestuurd alsook naar de begeleiders van sTimul. Geïnteresseerden kunnen zich vervolgens tot hen richten.

4.4 Het onderzoeksproces

Met de teamleiders van Vremdieke was vooraf de volgende planning overeengekomen, waaruit blijkt dat de data gegeneraliseerd diende te worden in de periode van 30 april t/m 20 juni 2012. Met betrekking tot het verzorgingstehuis Vremdieke is dit gelukt. Toch dient er opgemerkt te worden dat de interviews met medewerkers gepland stonden voor week 23 en 24, maar in realiteit zijn uitgevoerd in de weken 22 t/m 25.

Naast de interviews met de zorgverleners van Vremdieke hebben er binnen het overkoepelende orgaan van ZorgSaam nog twee interviews plaats gevonden in de weken 27 en 28. Deze zijn na hun uitwerking ook direct meegenomen in de verdere analysering.

Het daadwerkelijk uitwerken van dit onderzoeksverslag was met een week verlaat en is als eerste concept ingeleverd op 3 augustus 2012, waarna er in diezelfde maand nog kleine correcties zijn doorgevoerd.

Planningsoverzicht						
	Week	Data			Activiteit	
Fase van voorbereiding	Week 14	2-4	t/m	6-4	Inlezen en uitwerken onderzoeksvoorstel	
	Week 15	9-4	t/m	13-4		
	Week 16	16-4	t/m	20-4		
	Week 17	23-4	t/m	27-4		
Fase van datageneratie	Week 18	30-4	t/m	4-5		
	Week 19	7-5	t/m	11-5	9-5 WUR	Observatieperiode 1
	Week 20	14-5	t/m	18-5	Observaties van bewonersvergaderingen & teamleidersoverleg indien relevant	Interviews leidinggev.
	Week 21	21-5	t/m	25-5		Observatieperiode 2
	Week 22	28-5	t/m	1-6		Interviews verzorgers
	Week 23	4-6	t/m	8-6		Observatieperiode 3
	Week 24	11-6	t/m	15-6		
	Week 25	18-6	t/m	22-6	Eerste analyse	
	Week 26	25-6	t/m	29-6		
Fase van afronding	Week 27	2-7	t/m	6-7	4-6 WUR	
	Week 28	9-7	t/m	13-7	Schrijf het onderzoeksrapport	
	Week 29	16-7	t/m	20-7		
	Week 30	23-7	t/m	27-7		
	Week 31	30-7	t/m	3-8	Afronding	

4.5 Data-analyse

Nadat de fieldnotes uitgewerkt zijn in uitgebreide observatieverslagen en ook de interviews uitgewerkt zijn in transcripten is er allereerst begonnen met een kritische reflectie op de eerder geformuleerde onderzoeksvragen. Daarbij zijn de onderzoeksvragen verder aangescherpt en is op basis van de gegenereerde data de samenhang van de vier onderzoeksvragen helder geworden.

Op basis van deze vier onderzoeksvragen is er een coderingslijst ontwikkeld waarbij elke codering naast een cijfer ook verbonden is aan een kleur. In totaal zijn er vier kleuren gebruikt welke in directe relatie gebracht kunnen worden met één van de vier onderzoeksvragen.

Wanneer een citaat of observatie onder meerdere codes kon worden ondergebracht, is dit aangegeven door de verschillende arceringen en codes welke verticaal links van de tekst staan weergegeven. Ook als een observatie of een uitspraak minder sterk gerelateerd kon worden aan of minder sterk geformuleerd was werd er links een verticale arcering aangebracht. Sterke uitspraken werden geheel gearceerd.

Uiteindelijk zijn de verschillende citaten en observaties per code aan elkaar verbonden. Het bij elkaar brengen van de citaten heeft vervolgens tot een verdere analysering van elk onderdeel geleid, waaraan uiteindelijk conclusies zijn verbonden bij het beantwoorden van de desbetreffende onderzoeksvraag.

4.6 Kwaliteit van het onderzoek

Generaliseerbaarheid

Het onderzoek binnen het verzorgingstehuis Vremdieke betreft eerder een case-study (Vaus 2001: 50) dan dat het een algemene bijdrage levert ten aanzien van de zorg. Daarnaast is ook het proces van ZorgSaam een uniek proces en elke zorginstelling wordt door andere actoren en andere interesses aangestuurd. Ik benadruk daarom dat het onderzoek hoogstens iets weergeeft over de bestaande processen binnen het verzorgingstehuis Vremdieke en dat dit zelfs binnen de overige verzorgingstehuizen van ZorgSaam niet aan de orde hoeft te zijn. Wel hoop ik dat dit onderzoek tot reflectie leidt. Reflectie op de zorgpraktijk in zowel Vremdieke als de gehele overkoepelende zorgorganisatie ZorgSaam. Maar ook hoop ik dat mede door dit onderzoek een kritische reflectie zal worden gestart ten aanzien van de relatie en implementatie van een Belevingsgerichte visie of een visie welke zich baseert op de presentiebenadering.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek heb ik allereerst willen borgen door met name te verwijzen naar de huidige wetenschappelijke inzichten en het gebruik van veel citaten en praktijkvoorbeelden. Deze praktijkvoorbeelden zijn daarbij direct gerelateerd aan de observaties welke zijn uitgevoerd volgens de shadowing techniek. Gedurende deze vorm van observeren heb ik mij regelmatig teruggetrokken voor het maken van enkele fieldnotes.

Om in de gegenereerde data zo min mogelijk ruis te krijgen heb ik mijn fieldnotes standaard binnen een termijn van drie dagen uitgewerkt. Er is daarbij een zeer duidelijk onderscheid aangebracht per zorgafdeling, maar tevens ook tussen de zorg en dagbestedingen van BW+ en Kreeksicht.

Binnen mijn observaties van de prudentia bijeenkomst zijn de gedane uitspraken direct te relateren aan de aanwezige leden van de bijeenkomst. Hierdoor is er een mogelijkheid ontstaan om de verschillende opvattingen en de ontstane dialoog te relateren aan de verschillende aanwezigen.

M.b.t. de afgenomen interviews kan ik delen dat alle interviews zijn opgenomen en zijn uitgewerkt in transcripten. Daarbij is nauwkeurig bijgehouden wanneer het interview heeft plaats gevonden en met wie. Allen zijn geïnformeerd over het doel van het interview en het interview is verbonden aan het nummer van de opname.

Validiteit

In dit onderzoeksverslag heb ik getracht om de opgedane observaties of constatering te verbinden aan wetenschappelijk verwante artikelen. Maar bovenal heb ik getracht om het perspectief van de zorgverleners en leidinggevenden door de citaten heen te willen laten spreken.

Toch dien ik tevens een kanttekening te plaatsen ten aanzien van de door mij uitgevoerde observaties. Daarin dient aangeduid te worden dat mijn observaties hebben plaatsgevonden vanuit een perspectief van onderzoeker. Dit betreft een geheel ander perspectief dan dat van de bewoner, zorgmedewerker of leidinggevende. Tijdens de dagen binnen Vremdieke heb ik daarom getracht om de door mij opgedane observaties op een subtiele manier te verifiëren bij de verschillende betrokken partijen. Maar ook heb ik bijzonder goed geluisterd naar de door hen gedane uitspraken ten tijden van de momenten van zorg.

Hoewel ik dit alles nauwkeurig in het oog heb willen houden sluit ik niet uit dat mijn onderzoeksperspectief van invloed kan zijn op de interpretatie van elke geobserveerde taferelen. Maar ook de relatief korte onderzoeksperiode kan van invloed zijn op de uiteindelijke uitkomsten. Om

het proces van de 'lerende organisatie' inzichtelijk te maken dient er overwogen te worden om dit proces langdurig te bestuderen.

Gedurende het onderzoek waren alle medewerkers van Vremdieke namelijk op de hoogte van mijn komst. Op de momenten waarop ik hen volgde waren zij zich er dus ook van bewust dat ik hun handelen observeerde. Hoewel ik verwacht een realistische beeld van de organisatie te hebben gekregen dient er ook opgemerkt te worden dat enkele medewerkers zich wellicht mooier hebben voorgedaan dan dat zij zich doorgaans gedragen. Dit maak ik op uit de correcties die enkele medewerkers, alsook een teamleidster meermaals naar mij maakte voor de niet juiste benadering van een bewoner of van een besprekingspunt.

Toch heb ik sterk de indruk dat ik de medewerkers gerust heb kunnen stellen van het feit dat mijn meelopen geen beoordeling vormde, maar puur een persoonlijke interesse en waarbij ik een realistische schets wilde weergeven van belevingsgericht werken in hun verzorgingstehuis. Hierdoor heb ik de indruk dat de medewerkers trouwer zijn geweest aan hun dagelijkse vorm van zorg geven en heb ook van bewoners geen specifieke reacties vernomen waarbij het gedrag anders zou zijn dan doorgaans.

Resultaten
Presentie in de praktijk

Hoofdstuk 5

Individuele proces van zorg verlenen

"When we honestly ask ourselves which person in our lives mean the most to us, we often find that it is those who, instead of giving advice, solutions, or cures, have chosen rather to share our pain and touch our wounds with a warm and tender hand. The friend who can be silent with us in a moment of despair or confusion, who can stay with us in an hour of grief and bereavement, who can tolerate not knowing, not curing, not healing and face with us the reality of our powerlessness, that is a friend who cares."

Henri J.M. Nouwen, *The Road to Daybreak: A Spiritual Journey*



5.1 Introductie

In Hoofdstuk twee van het theoretische kader zijn de fenomenen 'Zorg' en 'Zorgen-voor' nader toegelicht. Hier is reeds aangegeven dat een ziekte, aldus Hipocrates (460-377 v. Chr.), wetenschappelijk verklaarbaar is. Het fenomeen van de 'zorg' kwam door de medicalisering steeds verder af te staan van de zins-invulling welke men aan de zorg en ziekte verbindt. En vooral na de tweedewereld oorlog zien we mede door de verzuiling een diversiteit aan belangen en interesses ontstaan. Van Hout (2007) verwijst daarin naar de Markt, de Staat en de Gemeenschap. Maar gedurende het onderzoek is het voor mij nog duidelijker geworden dat onder al deze verschillende opvattingen een innerlijke overtuiging richtingbepalend is voor hoe elk individu naar de zorg kijkt. Tronto benoemt dit door aan te geven dat 'Zorgen-voor' politiek geladen is (Tronto 1993). En juist in het proces waarin ZorgSaam zich begeeft is het van essentieel belang om inzicht te verwerven in de verschillende 'politiek-geladen' opvattingen over de zorg. In dit hoofdstuk zal ik kort ingaan op die politieke geladenheid welke van invloed is op hoe men het 'zorgen-voor' verantwoordt of plaatst binnen de visie van belevingsgericht werken. In hoofdstuk zes zal ik ingaan op de organisatorische processen die het belevingsgericht werken kunnen bevorderen of mogelijk zelfs beperken. De hoofdstukken zeven en acht gaan in op het individuele en gezamenlijke proces van reflecteren. Maar allereerst de politiekgeladenheid van de zorg.

5.2 Liberale en sociale opvatting van zorg

Graag maak ik daarin een onderscheid in twee uiterste, al dient aangegeven te worden dat het in de praktijk bij lange na niet zo zwart wit kan worden weergegeven, maar door deze weergave moet het zichtbaar worden welke plaats 'zorgen-voor' krijgt binnen het fenomeen van 'zorg'.

Liberale opvatting van de zorg:

Zorg dient gezien te worden als een service waar een patiënt tegen betaling een beroep kan doen op medische handelingen. Binnen de zorg is er echter geen plaats waar sociale aangelegenheden dienen te worden gecreëerd. Een zorgverlener wordt dus niet geacht om medeleven, steun en/of vermaak te vertonen. De patiënt wordt namelijk geacht om deze sociale aangelegenheden te zoeken in zijn of haar eigen sociale betrekkingen buiten het zakelijke van de organisatie om. Binnen deze opvattingen kunnen we de beschikbare tijd van een zorgverlener het best omschrijven door het woord: Kronos (kloktijd), waarbij haar voornaamste doel gericht is op doelmatigheid.

Sociaal opvatting van de zorg:

Zorg dient niet gezien te worden als een service dat tegen een vergoeding beschikbaar is, maar zorgen-voor is 'sociale waarde', waarbij een zorgverlener door de ontmoeting deel neemt aan het bestaan van de ander en daarmee verbonden raakt met de ander. Het zorgmoment dient niet gekenmerkt te worden door de kwaliteit van het technisch handelen, maar het dient bovenal gekenmerkt worden door de kwaliteit van de ontmoeting: Kairos.

ZorgSaam lanceerde in 2008 haar visie op 'Belevingsgericht Werken'. De visie laat zich omschrijven doordat zij de patiënt centraal wenst te stellen. Het is opvallend dat de verbondenheid met de patiënt minder sterk lijkt uitgewerkt te zijn, het is met name gebouwd op waarden die de zorgpraktijk dienen te kenmerken. Deze vier kernwaarden zijn autonomie, gelijkwaardigheid, gepastheid en gezamenlijkheid. De waarden zijn op zich zelf nog niet bepalend voor de visie op het relationele karakter op zorg. Ook in een liberale vorm van zorg kun je de autonomie integreren. Je kunt besluiten maken t.a.v. de gepastheid van een interventie. Je kunt overeenkomen dat binnen de medische handeling op een respectvolle manier dient plaats te vinden en dat de patiënt betrokken dient te worden in bepaalde besluiten.

Het verschil tussen de liberale en de sociale benadering hebben betrekking tot het relationele vlak van afstemmen. Wanneer we de termen belevingsgericht werken en presentiegehalte hier zouden toepassen kunnen we onszelf de vraag stellen in hoeverre de visie van belevingsgericht werken gekenmerkt mag worden door een hoog presentiegehalte. Mede door het onderzoek heeft dit geleid tot vijf opvattingen ten aanzien van Belevingsgericht werken, waarin ter discussie wordt gesteld hoeveel invloed het relationeel afstemmen mag hebben binnen de huidige zorgsetting.

5.3 Vijf opvattingen van Belevingsgericht Werken

Uit het onderzoek kon ik vijf opvattingen herleiden m.b.t. de belevingsgerichte visie van ZorgSaam. Graag licht ik deze nader toe en zal tevens enkele citaten aanhalen waaruit deze verschillende opvattingen naar boven komen.

1. Belevingsgericht werken als een servicegerichte dienst

Er wordt vanuit eigen beweging nagedacht hoe de zorg zo patiëntvriendelijk mogelijk kan worden gemaakt. Denk aan tools als de gouden-glimlach die het aangenaam dienen te maken voor de patiënt en diens familie. Er is hier echter nog geen sprake van een verbondenheid tussen de patiënt en de zorgverlener en ook het belang van de organisatie kan nog steeds sterk geënt zijn op een winstbelang. De uitwerking van belevingsgericht werken als het verlenen van service kan daarom ook gezien worden als een marketingtool waarbij de klanttevredenheid toeneemt en daardoor mogelijk op termijn ook de afname toe zal nemen, waardoor er tevens meer winst gegenereerd kan worden.

I3: Ten eerste de attitude van de medewerkers. Daarna natuurlijk ook een stukje inzicht en kunde, dus een zeker professionaliteit op diens niveau. En dat kan niveau 2 of niveau 3's zijn, maar dat verwacht ik ook van niveau 1 die de soep aanbiedt. Ook daar verwacht ik een zeker professionaliteit en een stuk vriendelijkheid.

2. Belevingsgericht werken als een vraaggerichte zorgvisie

Het is opvallend dat het gros van de zorgverleners binnen Vremdieke de visie van belevingsgericht werken vertalen met een wensgerichte visie. Wel weten de meeste aan te geven dat je niet altijd aan deze wens kunt voldoen. Het is dus niet een 'Zij vragen en wij doen', maar er wordt wel gezocht naar de mogelijkheden om in de behoefte van de patiënt of bewoner te voldoen. Hoewel de patiënt als individu gehoord wordt wil dit nog niet betekenen dat er een relationele verbondenheid plaats vindt.

I4: Zo veel mogelijk doen wat de mensen willen, maar soms gaat dat ook gewoon niet. En het is ook heel erg moeilijk; belevingsgericht werken. 's Morgens met douchen bijvoorbeeld: Veel mensen willen graag vroeg geholpen worden, maar dat is ook niet altijd haalbaar. En we proberen het ook wel zoveel mogelijk voor de mensen te doen, maar soms moeten we ook 'Nee' verkopen."

I6: Het is hun wens. En niet alles kunnen wij doen natuurlijk. Het is niet: "Ik wil NU dit" dat gaat niet, maar je maakt afspraken. "Dat is goed, maar kan het een andere keer?". Wat hun belangrijk vinden, dat vind ik het belangrijkste. Niet dat ik denk ...

I7: De cliënt staat centraal en wij gaan daar aan proberen te voldoen. Maar dat proberen we zoveel mogelijk. Maar het kan natuurlijk gebeuren dat het belevingsgerichte, dat je daar niet helemaal op in kunt gaan bij iedere cliënt. En dat is ook bij iedere cliënt verschillend.

I8: Nee, ik vind de belevingsgerichte visie wel belangrijk. Om zo te luisteren naar de zorgvraag om zo goed mogelijk die persoon daarin tegemoet te komen. Om zo te werken. Soms is dat wel heel erg moeilijk met de werkdruk, maar ik probeer daarin wel altijd te bedenken. Dit is de wens van de zorgvrager om daar naar toe te werken.

I9: Belevingsgericht is werken naar de wens van die cliënt. Maar ik vind zelf wel dat we, althans ik, dat je daar nog wel met de cliënt in overleg over kunt gaan. Het is dus niet altijd: "Ik wil dit en ik wil dat en dan doen we dat". En ja, als het kan, dan doen we dat wel, maar als ik denk het kan ook iets gemakkelijker vanuit mijn eigen ... niet alleen mijn eigenvoordeel, maar van ons allemaal natuurlijk, dan pas ik het ook wel aan.

3. Belevingsgericht werken als inlevingsgericht handelen

De derde opvatting van belevingsgericht werken laat zich vertalen in een handelen dat door zelfreflectie tot stand is gekomen. Hier hoeft er echter nog geen sprake te zijn van een externe referentie van de patiënt of bewoner. Het inleven gebeurt namelijk op basis van eigen waarnemingen waarin de zorgverlener zich wenst te verplaatsen in de ander. Voor een zorgethisch lab als dat van sTimul is het de uitdaging om zorgmedewerkers van een intern naar een extern referentiekader te krijgen m.b.t. hun eigen zorghandelingen. sTimul is in eerste instantie namelijk gericht op het door ervaring inleven in de zorgafhankelijkheid van patiënten of bewoners, daarbij wordt gebruik gemaakt van hun eigen referentiekader. Als voorbeeld wordt vaak de douchedeur aangehaald; "Tijdens het douchen deed de student de douchedeur open en toen had ik het koud, dat mag ik dus nooit meer doen bij mijn bewoners". Dit betreft een interne reflectie waarbij de reactie van een bewoner nog niet gehoord dient te worden.

15: Nou, dat vind ik niet. Ik vind belevingsgericht werken op die manier zoals je ook graag zelf behandeld zou willen worden. En ja, dat kan soms heel ver gaan denk ik.

16: Ja je hebt soms wel eens, dan ben je bezig met de zorg en dat je collega dan binnenloopt en de cliënt die zit daar dan naakt, dat zou ik echt verschrikkelijk vinden. ... Bij sTimul heb ik ook echt wel geleerd zeg maar... Ik zat ook in die badkamer en dan kwam er ook nog iemand binnen. En ik dacht: "Als die nou maar niet binnenkomt, want ik zit hier al met iemand". En sindsdien let ik daar ook echt wel op hoor.

113: Nou ik zeg altijd: "Hoe zou ik het zelf vinden?" Dat is heel vaak wat ik mezelf afvraag: "Hoe zou ik dit zelf nu zo ervaren?". En heel vaak kom je toch wel tot de conclusie dat het niet zo zwart-wit is weer te geven.

12: En ik meet dat zelf wel heel erg aan een stukje reflectie: Zo van: Hoe zou ik dan vinden? Mijn ouders zijn allebei in de 80 en als die hier zouden wonen, zou dat het dan al helemaal zijn ... Dat zit heel erg in het gevoel. Een ezelsbruggetje is ook: 'Zou je zelf zo in de zorg behandeld willen worden?'

13: Bij alles proberen we het uitgangspunt te hebben dat als ik hier zou wonen en er wordt een verandering gedaan wat zou dat dan voor mij betekenen en we gaan er vanuit dat we het wel doen vanuit het goeddoen naar de cliënten.

110: Er zijn mensen die een instinctieve reactie kiezen en misschien is dat dan ook de juiste of misschien is het instinctieve het verkeerde.

4. Belevingsgericht werken als meeleven binnen de grenzen

De volgende opvattingen zijn sterker geënt op een hogere presentiegraad en zijn verbonden aan een visie waarbij de zorgverlener zich ontdoet van zijn of haar eigen gemaakte opvattingen om de ander te kunnen aanschouwen in diens eigen waarden en normen. Waar de externe referentie binnen het inlevingsgericht handelen nog ontbreekt wordt de patiënt of bewoner hier ten volle gehoord. De crux is echter dat de relatie gekenmerkt wordt door twee verschillende grondbeginselen, namelijk die uit een zorgafhankelijke positie en die van een organisatie afhankelijke positie. Deze discussie speelt zich niet alleen binnen ZorgSaam af, maar ook Baart en Grypdonck brengen het dilemma tussen presentie en interventie aan de orde (2008). Binnen deze vierde uiting van belevingsgericht werken staan de individuele waarden en normen van de patiënt centraal, maar dit alles zal gebeuren binnen de grenzen (regels, protocollen, het beleid e.d.) van de organisatie.

15: Ja, dat is toch wel het stukje mens-zien denk ik. En niet van kamernummer zoveel.

18: En je gaat naar die cliënt toe en dan zeg je: "Het zal niet iedere dag zo zijn dat u vroeg geholpen kan worden". Maar dan voelen ze zich wel begrepen want je geeft gehoor aan hun vraag. Kijk van... er wordt iets mee gedaan. Dan moet je als team daar wel wat mee doen.

Observatie Prudentia bijeenkomst: M. vult haar aan en zegt dat de medewerkers in de zorg moeten werken vanuit een externe referentie. [Ik krijg wel de indruk dat M. hierin ook wenst in te spelen op de beleving van de patiënt en de term moet dus ruimer worden gezien dan alleen het vergaren van informatie om tot een 'diagnose' of 'verzorgingsplan' te komen.]

Den Bakker geeft als voorbeeld hoe een wasmoment van een technische handeling niet alleen een praktisch zorgmoment moest zijn, maar waarin (binnen dezelfde tijd) tevens afstemming plaats kan vinden binnen die ene behandeling. (Den Bakker 2012)

Tot slot verwijst Quartier nogmaals naar de patiënt en diens beleving. De zorg voor een patiënt is volgens hem niet alleen een ingrijpen op de intimiteit van het fysieke handelen, maar het is ook een ingrijpen op dienst individuele (dagelijkse) structuren. Hier zou volgens Quartier meer ruimte en erkenning voor moeten plaats vinden. (Quartier 2012)

Gedurende het onderzoek werd deze vorm van zorgverlening vaak verbonden aan een zekere gepastheid. Het volgende citaat legt dit heel verwoorden uit.

I10: Dat ligt er aan waar je bent. Heel simpel: Intensive Care en de Operatie Kamer niet. Wat je daar zoekt is dat mensen binnen de protocollen de tijd vinden, het moment vinden om contact te maken. En een heel bekend voorbeeld van Pool, maar die man heeft een ernstige hartkwaal en hij is zelf ook patiënt. En hij werd een keer een ziekenhuis in gereden en die werd op een kamertje gelegd en het duurde wel een uur voordat er iemand bij hem kwam. En dat hele uur dacht hij, ik ga dood en straks gaat er van alles gebeuren natuurlijk. Dat is niet gebeurt en later gebeurde hetzelfde in een ander ziekenhuis met gillende sirenes en hij wordt in een kamertje gelegd en nog geen twee minuten later staat er een arts naast hem en die zegt: "Meneer, even twee dingen 1) U gaat niet dood en 2) Ik ga wel weg, maar ik ga wel voor u zorgen, ik heb u in de gaten," Pool zei: "Dat ben ik niet vergeten en mijn hele angst was weg". Dus als je de zorg belevingsgericht wilt maken, dan wil ik dit overal zien. En als je het hebt over de regie meer leggen bij de cliënten, dan wil ik dat zolang er een verblijf aanhangt en dat is inclusief de thuiszorg. Maar als je het nu hebt over een polibezoek en dan in de wachtkamer e.d. dan gaat het om goede informatie, fatsoenlijke afspraken en zodra je dan weer de onderzoekskamer inkomt met die arts, dan zou ik willen dat hij die weer de ruimte geeft voor z'n eigen regie.

Toch wens ik kritiek op deze uitspraak te leveren. Door de term gepastheid vervalt men namelijk al snel op een inlevingsgericht handelen. De patiënt staat dan niet langer centraal, maar het interne reflecteren in hoe een individuele medewerker de situatie beoordeelt en daarop anticipeert. Door de baliemedewerkster uit het bovenstaande voorbeeld te beperken tot een servicegerichtheid, wordt zij beperkt in de mogelijkheden om presentie te beoefenen. Graag illustreer ik dit met een voorbeeld.

Meneer Van Houten heeft onlangs een knobbeltje op zijn lichaam ontdekt en hij vreest dat het een tumor is. Angstig zit hij in de wachtkamer te wachten totdat hij de uitslag van de arts zal ontvangen. Helaas is deze afdeling geen onbekend terrein voor hem, want hij heeft namelijk een soortgelijk traject doorgemaakt met zijn vrouw die overleed aan de ziekte. Tijdens haar onderzoeken was hij altijd bij haar om haar te steunen, maar nu voelt Meneer Van Houten zich eenzaam en alleen. De baliemedewerkster ziet aan de gespannen houding van meneer dat het proces zeer moeilijk voor meneer is. Ze zou zich graag even tien minuten vrij willen maken van haar werk om naast deze meneer te gaan zitten. Haar collega zou haar werk wel kunnen overnemen, zo druk is het immers niet. Maar toen ze dat zes maanden geleden deed kreeg ze van haar leidinggevende te horen dat ze aan het werk moest. Zij was er alleen om ervoor te zorgen dat het administratieve deel zo goed mogelijk en klantgericht mogelijk verliep. Het bij iemand zitten in zijn of haar verdriet behoorde niet tot haar takenpakket, daar zijn immers specialisten voor.

Gedurende het onderzoek is mij meermaals ter oren gekomen dat administratieve medewerkers in de meest ideale situatie tot een uiting van een servicegerichtheid zouden moeten willen komen. Het argument is dat andere vormen van Belevingsgericht werken hier niet gepast zouden zijn. Het vormt een argument om de uitwerking van het belevingsgericht werken per afdeling te herzien in wat wel en wat niet toelaatbaar is. Het beoefenen van Presentie in deze wordt daarin gezien als ongepast. Toch wil ik met het voorbeeld van hierboven laten zien dat presentie in het bovenstaande voorbeeld juist wel gepast zou zijn.

Het probleem schuilt echter in de perceptie dat de baliemedewerkster dan altijd presentie dient te verlenen tot ergernis van de patiënten. Dat is uiteraard ook niet de bedoeling van presentie. In hoofdstuk twee heb ik laten zien dat presentie gekenmerkt wordt door de afstemming op een patiënt of bewoner. Baart en Meininger hebben daarbij drie verschillende patiënttypes weergegeven, wat

maakt dat de ene patiënt die aansluiting wel wenselijk acht, maar daar waar de aansluiting niet wenselijk wordt geacht doet Baart een beroep op de latende modus. Het aanbod van presentie blijft van kracht en een patiënt kan ten alle tijden beroep doen op de baliemedewerkster, maar de patiënt heeft tevens de volkomen vrijheid om dit aanbod van presentie of verbondenheid af te wijzen. Deze vorm van een latende modus is niet alleen van kracht voor de baliemedewerkster, maar dit moet overal van kracht zijn daar waar presentie verleend wordt.

17: En belevingsgericht werken begint daar eigenlijk al mee. Hoe benader je een cliënt? En hoe wenst een cliënt benaderd te worden? (gedeeld met klem). Sommige mensen vinden het prettig om een praatje te maken, maar mevrouw M. bijvoorbeeld die vindt het verschrikkelijk om een praatje te maken. Dus dan moet je gewoon niet veel zeggen. En dat is natuurlijk cliënt gericht; "Hoe wil de cliënt het?" En dat is natuurlijk het belangrijkste van al.

Als ZorgSaam in de gehele linie deze vorm van presentie wenst te implementeren, dan zal het gros van de patiënten wellicht geen aanspraak doen op het aanbod van de baliemedewerkster om present te zijn, maar misschien komt het één keer per dag of eens per maand voor dat er een patiënt aan de balie komt die wel deze behoefte heeft. Een servicegerichtheid zal deze baliemedewerkster beperken om uiting te geven aan de belevingsgerichte visie van ZorgSaam in de vorm van meelevend betrokken. Zij zal zich nooit eigenaar voelen van de visie, terwijl ik later op de essentie van dit 'eigenaar-zijn' zal gaan wijzen.

5. Belevingsgericht werken als meeleven zonder grenzen

De laatste vorm van belevingsgericht werken werd gedurende het onderzoek wel aan de orde gesteld, maar vaak werd deze benadering als onhaalbaar weergegeven. Hierin is de interventie niet meer leidend voor de zorg, maar staat presentie volledig centraal. De zorgverlener ontdoet zich dan ook niet alleen van eigen interpretaties m.b.t. de zorg van een patiënt, maar ontdoet zich tevens van al haar intenties. Hier komen de acht werkdisciplines van Baart welke in hoofdstuk twee zijn aangehaald ten volle tot hun recht, namelijk het: *zich [laten] vrijmaken, zich [laten] openen, zich [laten] betrekken, zich [laten] voegen, zich [laten] verplaatsen, zich [laten] lenen, zich [laten] beheersen, zich toewijden.*

We spreken hier niet langer over een centrale regie, welke gekenmerkt wordt door beleidmatige stukken en protocollen, maar we spreken hier over een individuele regie vanuit de patiënt, waarbij zorgverleners zich ten volle willen aansluiten op de waarden en normen van hun patiënt of bewoners. Door uit de gangbare protocollen te treden begeven zorgverleners zich op een kwetsbaar niveau van afstemmen, waarbij een lid van de prudentia bijeenkomst verwijst naar de kwetsbaarheid van het niet-weten.

Observatie Prudentia bijeenkomst: Er ontstaat een korte dialoog waarbij A. o.a. wijst op de zorgsituatie waarbij een zorgverlener zich bewust mag zijn (en dit ook mag delen) van de kwetsbaarheid van het niet-weten.

Reflectie op grenzen is noodzakelijk. Als de zorgverleners zich zou gaan afvragen wat die gestelde regel / grens doet met de familie welke in de wachtkamer zit (reflectie), dan kan deze wellicht grensoverschrijdend te werk gaan. Quartier geeft als voorbeeld hoe een zorgverlener kan zeggen: "Gaaf u alvast maar naar binnen omdat het zondag is" (Quartier 2012)

15: Dat iedereen zijn eigen dingetjes heeft en dat je daar best wel een stukje in mee mag gaan. Kijk het moet niet zo zijn dat als mevrouw X elke dag een massage wil of zo,... dan zeg ik gewoon "Sorry". Maar waarom zou dat niet een keer kunnen? Ja, ik vind dat er gewoon bij horen.

15: Nee, ja... ik ben gewend om soms ook een knuffel te geven... het is niet zomaar een cliënt die daar zit, die heeft ook gevoelens en die vind ik er ook bijhoren. En dat vind ik ook belevingsgericht. En er zijn een heleboel collega's die daar totaal niet om geven of van houden. En ja, ik vind dat er bij horen. En dat doet ook niet iedereen. En dat vind ik ook iets dat moet je zelf bepalen, er zijn er bij die zouden dat absolute niet willen, maar er zijn er ook bij die willen dat heel graag. Dat merk je.

114: Ik hoorde vorige week nog van iemand die in de nacht voor iemand een kopje thee had gezet voor de familie van een patiënt op de IC. En ze zei: "Ja ja, ik ben er maar even naast gaan zitten en heb maar even een kopje thee voor die mevrouw gebracht. Die mevrouw begon toen wel te vertellen en ik heb haar wel even gehoord, maar na een half uurtje, toen MOEST ik weer aan het werk". En ik heb toen tegen die mevrouw gezegd: "Het spijt me dat ik niets voor u heb kunnen doen". En waarop die mevrouw gereageerd: "Je hebt juist heel veel voor me gedaan".

5.4 Het individuele proces van zorg verlenen

In de voorafgaande paragrafen van dit hoofdstuk ben ik ingegaan op de belevingsgerichte zorgvisie van het overkoepelende orgaan: ZorgSaam. Maar een visie realiseer je niet zomaar, je wilt een visie namelijk ook kunnen borgen. Wanneer ZorgSaam een servicegerichtheid nastreeft, dan zou men dit eenvoudig kunnen nagaan aan de hand van checklists die de service en het gedrag van de zorgverleners beoordelen. Maar naar mate men meer en meer wenst af te wijken van centrale opgestelde protocollen om presentie de ruimte te bieden kunnen we onszelf de vraag stellen hoe we deze presentie kunnen meten. En het meten van het presentiegehalte blijkt een lastig dilemma, want kun je presentie wel meten? Van Goossensen deelt dat het meten van presentie moeilijk is in verband met de verschillende perspectieven op een bepaalde handeling. Zo is er het perspectief van de patiënt, dat van de zorgverlener en dat van de onderzoeker, alle drie kunnen een andere opinie hebben ten aanzien van die ene ontmoeting (2009).

Zelf vergelijk ik het meten van presentie met het meten van vertrouwen of het meten van verliefdheid. Ook deze elementen zijn zeer subjectief en moeilijk te vatten in een schaalverhouding. Wat we wel kunnen uiten is of ons vertrouwen groot of laag is. In de onderstaande voorbeelden tracht ik voorbeelden aan te geven welke ik vanuit een buitenstaanders perspectief geobserveerd heb, de beleving van de bewoners kunnen in deze zeer afwijkend zijn. Daar waar ik inzicht heb gekregen in de beleving van de zorgverleners of hun bewoners zal ik dit ook nadrukkelijk toelichten.

Vanuit mijn perspectief als onderzoeker heb ik de indruk gekregen dat de uiting van de eerste drie vormen van belevingsgericht werken met name de bovenhand hebben. De verdeling is daarin grotendeels evenredig te noemen. Het aantal mensen dat daadwerkelijk komt op het niveau van meeleven binnen de grenzen van de interventie is echter beduidend lager dan de overige uitingen. Daarnaast dien ik op te merken dat ik gedurende het onderzoek gekoppeld ben door de teamleiders er bestaat een mogelijkheid dat ik hierdoor met een voorgeselecteerde groep over de schouders heb mogen kijken, waardoor mijn bovenstaande inschatting beïnvloed kan zijn.

1. Belevingsgericht werken als een servicegerichte dienst

Vremdieke verantwoordt haar belevingsgerichte vorm van werken o.a. door het feit dat er momenteel op de kamers koffie en thee wordt gezet (in 'Stand van zaken implementatie visie belevingsgericht werken Vremdieke'). Ook wijzigingen in de tijden waarop de broodkar langs de deuren rijdt en de wanneer de dames van de linnenkamer langs de deuren gaan is aangepast. Wanneer deze wijzigingen echter niet op het relationele vlak worden bekeken blijft het aan de desbetreffende medewerker hoe hij of zij hier invulling aan wenst te geven.

Tijdens het meelopen met enkele medewerkers van de huishoudelijke dienst (niveau 1) viel het mij op dat het verzorgen van ontbijt, het schoonmaken van de kamers en het afwassen van de afwas veelal een servicegerichte handeling betrof. De individuele patiënt stond m.u.v. enkele medewerkers in de meeste situaties niet centraal. Dat maak ik op uit verschillende observaties.

- Geregeld werd het ontbijt verzorgd terwijl de patiënt gewassen werd of zelfs wanneer deze in dezelfde ruimte nog lag te slapen. Het doel om juist op de kamer aanwezig te zijn om aansluiting te kunnen maken met een bewoner wordt hierdoor volkomen gemist.
- Tijdens het schoonmaken van de kamers gebeurde het meermaals dat de bewoners de kamers verlieten. In gesprek met mevrouw De J. (BG) gaf ze ook aan dat ze zich geconfronteerd voelde met haar eigen beperkingen en dat ze graag van hulp wilde zijn. Op de eerste verdieping ging een oudere dame op de gang zitten. In een dialoog met haar deelde ze met mij dat ze zich overbodig voelde en niet erg gemakkelijk om dat in haar kamertje te blijven.

Maar niet alleen bij de medewerkers van de huishoudelijke dienst werd deze doelgerichte benadering zichtbaar. Ook binnen de verzorging (niveau 2 en 3) viel het mij op dat het voornaamste contact met de bewoners plaats vond op basis van een interventie. Ook hier geldt dat het presentiegehalte binnen de interventie bij elke zorgverlener anders was en helaas kwam ik ook voorbeelden tegen waarbij de handeling puur als een technisch handelen werd uitgevoerd. Dit maak ik o.a. op uit de volgende observaties:

- Diverse zorgverleners lopen te pas en ongepast een kamer binnen om een bepaalde interventie uit te voeren. Bij één medewerkster op de tweede verdieping gebeurde dit veelal in ijzige stilte en werd er nauwelijks contact gelegd met de bewoners. Door het herhalende karakter bij meerdere patiënten stel ik de kritische vraag of hier wel sprake is van enige vorm van relationele afstemming. Hier kreeg ik de indruk dat de wasbeurt meer een service verlenend karakter heeft, dan dat het gebeurt vanuit een relationeel afstemmen. Ondanks haar kille houding dien ik wel aan te geven dat zij mijn vragen ruimhartig beantwoordde en daarin bespeurde ik wel dat zij zich kon identificeren met haar bewoners.

Naast het voorbeeld van deze dame zijn er nog meer voorbeelden aan te dragen waarbij met name de interventie centraal staat en het relationeel verbinden met de patiënt van mindere waarde is. In deze gevallen vormt routine een aanleiding tot distantie van de individu.

2. Belevingsgericht werken als een vraaggerichte zorgvisie

Wat voor de meeste zorgverleners de normaalste zaak van de wereld is geworden is het gebruik van een bellensysteem. Elke bewoner heeft een telefoon in zijn of haar appartement en/of een belletje dat zij aan het lijf kunnen dragen. Als de bewoner een bepaalde behoefte heeft of afhankelijk is van de zorg dient deze de hulp in te roepen van de zorgverlener. Hoewel er niet op elke vraag of behoefte kan worden ingegaan weerspiegelt het gebruik van een bellensysteem zeer duidelijk een vraaggerichte zorg. Iemand die niet belt of durft te bellen, zal binnen een interventiegerichte zorg alleen die zorg ontvangen welke voor hem of haar beschikbaar is gesteld.

In paragraaf 5.2 heb ik de kwaliteit van het moment aangehaald en mijns inziens doet een bellensysteem afbreuk aan de kwaliteit van het moment. Op de meest ongepaste momenten gaan de telefoons af en doen een inbreuk op de zorgontmoeting welke op dat moment gaande is. Momenteel installeert Vremdieke een nieuw bellensysteem waarbij de zorgverlener ook terug kan spreken met de betreffende beller, dit maakt dat de zorgverlener zelfs tijdens het zorgmoment zijn of haar gesprek met de betreffende patiënt moet onderbreken om de beller te woord te staan. Ondanks het serviceverlenende karakter bewerkt een belsysteem mijns inziens dat er aan de kwaliteit van de ontmoeting te kort wordt gedaan. Een medewerkster van Emmaus benoemde het bellensysteem in het voorafgaande onderzoek als haar grootste ergernis.

3. Belevingsgericht werken als inlevingsgericht handelen

Het niveau van inlevingsgericht werken komt in meerdere vormen tot uiting. Maar enkele sprekende voorbeelden zijn hieronder opgesomd.

- Op de eerste verdieping woont het echtpaar L. beide zijn dementerend en wat onrustig. Meneer L. duwt dagelijks meermaals mevrouw in haar rolstoel over de gang. Tijdens de cliëntbesprekingen en zorgoverdracht momenten geven de zorgverleners herhaaldelijk aan dat ze zo te doen hebben met meneer L. Volgens hen zou meneer L. ontzien moeten worden om nog langer de rolstoel voort te duwen door het echtpaar van elkaar te scheiden. Uiteindelijk weet de teamleidster de medewerkers te wijzen op een perspectief waarin de autonomie van meneer L. in acht wordt genomen waarbij de eigen opvattingen over deze situatie ondergeschikt worden gemaakt.
- Op de tweede verdieping help ik een huishoudster mee met het maken van een ontbijtje voor meneer F. En terwijl we in de kamer zijn ziet de medewerkster dat meneer F. met zijn elektrische rolstoel slik van buiten mee heeft gebracht in de kamer. De medewerkster toont initiatief en zegt; "Als we kunnen dan nemen we dat gewoon even mee, want het is wel zo fijn als het weer lekker schoon is, toch?"
- Nadat meneer F. gedoucht is loop ik samen met de stille verzorgster de gang op. Als ik haar enkele vragen stel deelt ze hoe verschrikkelijk ze het zelf zou vinden als je jezelf in de positie van deze meneer zou verplaatsen. (Door een CVA volledig bij kennis, maar geen volledige spraak om zichzelf uit te drukken).

- Tijdens een avonddienst loop ik samen met een verzorgster door het gebouw en in de centrale hal zit een bewoner welke net is behandeld aan het oog. Nadat er een praatje is gemaakt ziet ze tijdens een volgende ontmoeting dat meneer nog een ziekenhuisbandje om zijn pols heeft. Ze zegt: "Oh die kom ik zo wel even afknippen, want dat vind ik toch altijd zo'n akelig zicht".
- *16: Bij ons op de afdeling bijvoorbeeld, daar heb je een bewoonster en je komt nog maar binnen en meteen zit ze zo van: "Oh, wat kom je doen?". En dan weet je al dat je dan niet heel de dag heen en weer moet lopen. Maar ja, je moet wel eens wat opzoeken in de map of zo. En ik probeer dan zoveel mogelijk in één keer te doen of de map even mee te nemen zodat ik daar niet te veel uitgebreid moet werken.*

De bovenstaande voorbeelden geven aan hoe zorgverleners incidenten, situaties of uitspraken verklaren door hun interne referentie kader. Ze verplaatsen zichzelf in de ander zonder dat de ander daadwerkelijk gehoord hoeft te worden.

4. Belevingsgericht werken als meeleven binnen de grenzen

Hoewel het gros van de medewerkers bleef hangen in een vraaggerichte dienstverlening, ben ik ook voorbeelden tegengekomen van medewerkers welke zich verbonden tot de bewoners. Deze verbondenheids relaties verschilden echter wel van intensiteit. Graag licht ik het wederom toe aan de hand van enkele observaties:

- Op de tweede verdieping viel het me op dat de huishoudelijke medewerkster allereerst contact maakte met de betreffende bewoonster alvorens van start te gaan met het schoonmaken van het appartementje. Ook gedurende de handeling maakte de huishoudelijke medewerkster meermaals contact met de bewoonster door deze te bevragen naar haar persoonlijke leven.
- Op de eerste verdieping volgde ik een zorgverleenster en het viel me op dat ze zich relationeel verbond met haar bewoonsters. Gedurende de interventies sprak ze niet alleen over het mooie weer of de nieuwe dag, maar ook maakte ze de bewoners deel van haar persoonlijke gezinsleven. Zij biedt hierdoor niet alleen haar diensten aan, maar relateert zich tot de desbetreffende bewoners.
- Als ik dezelfde zorgverleenster bevroeg hoe ze kijkt naar de maandelijkse interventie van het meten van o.a het gewicht en de bloeddruk reageert ze zeer opportunistisch: "Dit bloeddrukmeten is weer even een sociaal momentje met de bewoner, want anders kun je hebben dat er overdag helemaal niemand binnen stapt bij de bewoners". Als ik mijn bezorgdheid uit of dit door iedereen zo wordt gezien licht ze toe dat je deze interventie sociaal kunt maken door een persoonlijk praatje aan te gaan, maar ze geeft toe dat niet iedereen altijd even sociaal is en dat sommige ook handelen uit routine.
- Wederom is het deze zorgverleenster welke tijdens de zorgoverdracht momenten niet alleen zorgtechnische elementen deelt aan haar collega's, maar welke ook de menselijke elementen van de zorg met haar collega's wenst te delen. Zo deelt ze o.a. opvattingen van een bewoners over diens situatie en betoont ook haar medeleven in o.a. de onrust die een bewoner die nacht heeft gehad.
- En hoewel de grens tussen inleven en meeleven niet altijd even eenvoudig is weer te geven wens ik ook een voorbeeld aan te kaarten van een huishoudelijke medewerkster van de eerste verdieping. Gedurende haar werkzaamheden stopte ze even om vijf minuten vol verwondering te kijken naar de bewoners die gymoefeningen uitvoerden. Tijdens het schouwspel lacht ze meermaals en doet uitspraken als: 'Prachtig'. Hoewel ik haar niet gevolgd heb in het directe contact met de bewoners tref ik een foto van haar bij de lift aan. Het is een getrukeerde foto waarin ze staat afgebeeld met een grote vis met de tekst: "XXX's grote vangst". Hoewel het geen directe aansluiting met de bewoners weerspiegeld geeft het wel een ter beschikkingstelling weer voor een open dialoog.

In het volgende hoofdstuk zal ik uitvoeriger in gaan op tijd wat veelal wordt gezien als een obstakel in het belevingsgericht willen werken. Maar ondanks de beperkte tijd tijdens een avonddienst ben ik ook zeer te spreken over een medewerkster van de eerste verdieping.

- Gedurende de dienst sprint ik letterlijk met haar van kamer naar kamer, maar ondanks de werkdruk weet ze zo nu en dan zo'n dertig seconde vrij te maken om de bewuste patiënt centraal te stellen. Er wordt ruimte gemaakt voor een gesprekje over muziek en bij weer een andere dame gaat het gesprek over de activiteiten van het huis. In tegenstelling tot de eerder aangehaalde zorgverleenster is ze iets meer gesloten over haar eigen privé-leven.

5. Belevingsgericht werken als meeleven zonder grenzen

De in punt 4 genoemde voorbeelden weerspiegelen grotendeels een verbondenheid met een patiënt of bewoner, maar veelal vinden deze ontmoetingen plaats binnen een bestaande vraag of interventie. Bij het analyseren van de beschikbare data heb ik mijzelf de vraag gesteld wat de grenzen zijn binnen de huidige zorgsetting van Vremdieke. Als we de grenzen van de verzekeringsmaatschappijen zouden hanteren, dan wordt de tijd voor een gesprek met de bewoner niet vergoed. Vanuit dat verband redenerend kunnen we concluderen dat Vremdieke meermaals over de gestelde grenzen gaat om aansluiting te maken met de bewoners.

Binnen het verzorgingstehuis van Vremdieke ga ik er echter vanuit dat de grenzen niet zo sterk zijn afgesteld door de organisatie, maar deze worden met name bepaald door wat de zorgverleners onderling gangbaar achten. Hoewel presentie meer is dan iets extra's doen voor iemand, wordt dit extra's vaak gezien als een bedreiging voor de ander:

- Tijdens de teamvergadering werd er een punt ingebracht waarbij teamleden elkaar bekritiseerden van het feit meer te doen dan de anderen, waardoor de aldus de zorgmedewerkers, de bewoners er tevens van uit gingen dat de collega's dit ook zouden gaan doen. In deze casus gaat het om de nachtdienst die enkele bewoners in hun behoeftevraag voorziet door hen voor de komst van de ochtendgroep al te wassen.
- Maar ook deed een medewerkster van de begane grond de uitspraak dat de zorg op de eerste verdieping naar haar mening te belevingsgericht zou zijn. Haar opvattingen over belevingsgericht werken zijn veel meer te beperken tot het niveau van inlevingsgericht werken of het willen meeleven binnen de grenzen van de interventies. Een zorg dat over deze grenzen heen gaat is volgens haar ongepast.

Ter ondersteuning aan het bovenstaande voeg ik ook de volgende citaten toe:

13: Bijvoorbeeld als iemand opgenomen wordt en je vertelt dan dat het geen hotelfunctie is en laat die persoon zo zelfstandig mogelijk. Maar we hebben hier ook mensen lopen en die vallen daar voortdurend mee door de mand. Die gaan het vaak van bewoners overnemen omdat ze het allemaal zo goed willen doen. Die medewerkers hebben we ook, die moeten we juist aanspreken omdat ze de zorg allemaal over willen nemen. Laat dat de cliënt zelf doen, stimuleer hem of haar daarin ... En dan krijg je een reactie: "Maar die patiënt was zo dankbaar dat we dan allemaal voor hem gedaan hebben". En ja natuurlijk begrijp je dat wel, maar we sturen daar ook wel in ... die worden ook wel eens op de rem getrapt, maar dan langs de andere kant.

17: En wij mogen niet mopperen met ons team en er gebeurt wel eens wat, maar we denken ook vaak op dezelfde manier, zo van: zo gaan we het aanpakken". En dat is boven niet altijd het geval, want er zijn een paar medewerkers en die leggen de mensen verschrikkelijk in de watten. Maar dan verknaal je het weer voor een ander, even plat gezegd.

17: Ik zelf denk een beetje aan beide. En ik noem even een voorbeeld, maar dat is niet altijd zo hoor, want het ligt ook een beetje aan jezelf, want bij het echtpaar De P., dat is een zeer bewerkelijk echtpaar. En wij hadden op de afdeling vroeger ook zo'n vrouwtje en dat kan. En die bedden stonden naast elkaar en je had aan beide zijden maar een halve meter met ook nog eens een kast. En die vrouw moest met een stalift geholpen worden en later die man dan en dat ging op een gegeven moment niet meer. Dus de ruimte was te beperkt en dat bleef maar aanmodderen. En ik geloof wel vier of vijf maanden. En op een gegeven moment gingen ze allemaal mopperen, de nachtdienst en ga zo maar door. En dan hebben ze ik weet niet hoe lang over gehad in de cliëntbesprekingen e.d. en dan zeggen ze: "Maar het is cliëntgericht" en dan denk ik, ja, dat kan wel waar wezen, maar je werkt ook met het personeel dat aan hun rug moet denken. En die ook goede zorg moet kunnen geven, waar zowel de cliënt als de medewerker niet de dupe van wordt. En het was op een gegeven moment in de morgen en iemand kwam bijna brullend naar beneden. En toen zei ik: "Hoe lang is dat nu al en hoe lang gaat dat nu nog zo door!" En toen zei de andere teamleidster: "En nu ben ik het beu en zij heeft heel die kamer verbouwd" En zo gaat het gebeuren. "Mevrouw de P. natuurlijk u moet elkaars hand kunnen vasthouden, maar dat doet u maar als u naar bed gaat, maar zo kunnen wij u niet langer verzorgen.". Maar die andere teamleidster heeft het gedaan, maar dan laat je het veel te lang aansudderen. En dat is bij meer dingen zo.

113: Door je directe collega's dan merk je gewoon dat ... (twijfel). Ik kan het moeilijk onder woorden brengen eigenlijk. Maar dat ze wel eens zeggen: "En nu moet je het loslaten, want je kunt niet voor iedereen alles bewerkstelligen". Bijvoorbeeld: Er is hier een mevrouw die is bang voor water en dan wassen we eens per week haar rug. En eigenlijk kan ze zichzelf gewoon helemaal wassen. En dan kijken we hoe ze het doet. En eigenlijk als je er alleen bij zou staan of je gaat bijvoorbeeld op de wc zitten, dan is het op een mum van tijd gebeurd ... En die meiden die laten haar douchen en dan zijn ze weg. Waarbij ik toen dacht, waarom ga je daar dan niet even tien minuten bij staan en je laat haar douchen. Maar die mevrouw die gebruikt die angst ook wel om aandacht te krijgen. Maar op een gegeven moment heb ik dat dan ook maar een beetje losgelaten. En dan krijg je dat bij de zorg niet bij elkaar. Die wil wel helpen bij iemand die gewassen wil worden, maar niet om daarbij te staan kijken naar iemand die dat eigenlijk zelf weer kan.

Het meewillen leven en het meewillen gaan is dus niet altijd sterk weer te geven in vastomlijnde grenzen, maar het is veelal opgemaakt uit onderlinge overeenkomst van wat acceptabel is als een grens van de zorg. Gedurende het onderzoek heb ik de indruk gekregen dat mensen niet vaak over de gezamenlijke grenzen heengaan, maar dat de beschikbare tijd wel vaak anders wordt ingedeeld. Een zorgverlener welke graag belevingsgericht wil werken zal de voor haar beschikbare tijd snel gebruiken om aansluiting te zoeken bij een bewoner, terwijl deze aansluiting een mindere waarde kent bij iemand die belevingsgericht interpreteert als servicegericht.

6. Geen patiëntgerichte zorg

Helaas ben ik gedurende het observaties ook voorbeelden tegengekomen waarbij de patiënt naar mijn optiek helemaal niet centraal kwam te staan in de zorg. Daarin kunnen we allereerst de interventiegerichtheid van de zorg aan de orde stellen, maar aangezien de zorg standaard verbonden is aan interventies wil ik me niet uitgebreid uiten over deze uitingen van de zorg. Waar ik wel de aandacht op wil vestigen zijn incidenten waarin de waarden van de patiënt mijns inziens te kort zijn gedaan.

- Op de begane grond deed zich een situatie voor waarbij een zorgverleenster nadrukkelijk aan mevrouw D. aangaf dat de dames van de huishouding het vlees zouden moeten snijden. Haar lijst was namelijk niet ingevuld en kenbaar gemaakt bij de keuken, waardoor de huishoudelijke dienst eenmalig deze extra dienst diende te verzorgen. Bij het rondgaan van de maaltijd haalt een van de dames haar schouders op als ik aangeef dat het vlees bij mevrouw D. waarschijnlijk gesneden moet worden, haar collega neemt initiatief en loopt de kamer van mevrouw D in. Als ik later opnieuw met de zorg meeloop blijkt mevrouw D. niet het gesneden vlees te ontvangen van haar keuze. Volgens de huishoudelijke hulp moest ze het maar doen met een ander type gemalen vlees (is dus niet fijngesneden).
- Na de lunch volg ik een zorgmedewerkster op haar maandelijkse bloedmetingen. Ze geeft aan dat de automatisch pompemde bloeddrukmeter niet zo goed meer werkt, als mensen een te brede omtrek van de arm hebben laat het klittenband namelijk los. Als we één van de kamers inlopen geeft ze aan dat het hier waarschijnlijk niet zal lukken. Haar inschatting blijkt te kloppen, de bloeddrukpomp laat ze meermaals oppompen waarbij de klacht van de bewoonster over pijn in haar arm niet gehoord wordt. Uiteindelijk dient er een derde of vierde maal alsnog gebruik gemaakt te worden gemaakt van een handpomp.
- Bij het uitdelen van de medicatielijst voor bloedverdunners weet de zorgverleenster dat mevrouw D. graag een kopie wenst te hebben van haar medicatielijst. Wanneer de gang van mevrouw D. heeft bereikt realiseert ze zich dat ze het kopie is vergeten ze geeft aan dat ze het toch nog even zal proberen. Mevrouw D. houdt ditmaal voet bij stuk en geeft aan dat ze graag een kopie ontvangt, maar eigenlijk was dat al duidelijk en plaatste deze vraag haar opnieuw in een positie waarin ze opmoest komen voor haar eigen wens welke reeds duidelijk was bij de zorgverleenster.
- Een medewerkster van de begane grond ging langs bij een dame welke hele dagen op bed ligt. En tijdens het bezoek trekt ze de kast open en graait naar enkele snoepjes terwijl ze roept: "Ik jat even een snoepje, dat vindt ze vast niet erg" en biedt mij tevens aan om in de snoeppot te graaien. Als ik het aanbod afwijs reageert ze namens de bewoner: "Maar dat mag hoor, dat mag". De dame zelf reageert echter niet op de gehele situatie en ik vraag me af in hoeverre de dame dit werkelijk apprecieert.

- Op de tweede verdieping kom ik met een zorgverleenster bij een dementerende patiënt, eerder in de ronde heeft de zorgverleenster al een vergissing gemaakt door meneer F. op bed te willen wassen, maar door de hevige bewegingen van meneer F. en de weerstand welke hij vertoonde ging ze over op het douchen van meneer F. zoals ook het rooster voorschrijft. Als we bij deze dementerende dame zijn geeft R. na een vijf minuten aan: "Maar ik moet toch gedoucht worden?". De zorgverleenster wuift het weg met: "Oh dan ben ik helemaal mis, maar dan douchen we u morgen wel". Ze maakt er verder geen aantekeningen van en ik vraag me sterk af of mevrouw R. morgen gedoucht zal worden. Hoewel de zorgverleenster in beide situaties aangeeft dat ze zich vergist heeft trek ik deze vergissingen in diskrediet en wens de optie van doelbewust handelen m.b.t. het eigen voordeel niet uit te sluiten.
- De onrustige meneer H. kan door een gebroken bovenarm moeilijk overeind komen om zelfstandig naar de wc te gaan. Hij heeft gedurende de dienst meermaals het verzoek gedaan om naar het toilet te gaan. De zorgverleenster van de dagbesteding reageert kortaf: "Nee meneer van H. nu moet u eens goed naar me luisteren, u bent in een half uur tijd al twee keer naar de WC geweest. U moet helemaal niet naar de wc, maar u moet gewoon even rustig blijven zitten." Meneer van H. blijft echter onrustig en roept: "Maar anders dan doe ik het in mijn broek" Het is vervolgens de collega die reageert en meneer Van H. nogmaals begeleid naar het toilet. Als ze terug in de kamer komen geeft de collega aan: "Meneer heeft toch wel geplast deze keer".
- Tijdens het overleg verneem ik dat één van de bewoners door zijn medische situatie niet mee mocht lopen met de 'wandelclub'. Gedurende de bijeenkomst wordt mij duidelijk dat de vrijwilligers dit niet wilden omdat de man tijdens het lopen een aandoening zou kunnen krijgen waarbij er binnen 30 minuten medicatie toegediend diende te worden i.v.m. zijn psychische toedoen. Er werd vervolgens aangegeven dat mensen met zware hartkwalen wel mee mochten lopen met de vrijwilligers. De conclusie is nu dat het van de vrijwilligers afhangt of deze meneer al dan niet mee mag lopen (dat is nu in +/- 50% van de gevallen positief).

Helaas zijn de bovenstaande situaties slechts enkele observaties en is de lijst met voorbeelden een stuk langer. Daarbij valt te denken aan hoe medewerkers voornamelijk met elkaar in gesprek zijn op de kamer van een patiënt, terwijl deze niet in het gesprek wordt betrokken. Er valt te denken aan de vele momenten waarop medewerkers de kamers instormen terwijl er een verzorgingsmoment plaats vindt. Het doet de vraag opkomen of het lichtje op de gang ter bescherming is voor de bewoner omdat het aangeeft dat er een zorghandeling plaats vindt of dat het collega's sneller helpt om te achterhalen waar hun collega's actief zijn. Maar uiteindelijk is het niet helder of bovenstaande voorbeelden incidenten betreffen of dat het structureel plaats vindt. Dat geldt ook voor de volgende situatie welke ik bewust afzonderlijk aanhaal.

Als laatste komen we bij een bewoner die blind is. Ik geef de man een hand en licht toe waarom ik erbij ben. Als collega A. de bewoner naar de douche begeleidt komt ineens collega B. de kamer in en loopt direct de badkamer in en zegt dat ze collega A moest spreken, maar later wel weer terug zou komen. Nog geen 5 minuten later staat ze opnieuw in de kamer en gaat weer de badkamer in.

Als ze iets opvangt van een horloge dat kapot is trekt ze direct het nachtblaatje van de bewoner open en zoekt een schaar om het horloge te kunnen maken. In de tussentijd komt de heer ook uit de badkamer gelopen. Collega A begeleidt hem door duidelijke instructies te geven hoe de meneer opnieuw naar zijn bed kan lopen. Ik zie tevens dat ze daarbij de rollator vasthoudt om deze zelfstandig wat bij te sturen. Als meneer zit komt collega B. bij hem en maakt wat grapjes met de bewoner die mijns inziens op het randje zijn. Tevens zegt ze tegen de bewoner dat zijn horloge is gemaakt en ze stoort collega A. in haar zorgmoment door de hand van de bewoner te pakken en het horloge aan te doen. Dan zegt ze tegen de blinde heer "dat is dan 100 euro".

De meneer aarzelt in het geven van een antwoord en als ze toelicht dat het een grapje is zegt de heer: "Dat was me ook wel meer waard dan honderd euro". Vervolgens is het voor collega B. nog niet voldoende en ze stoort wederom collega A. door te zeggen dat de blinde bewoner alleen een zoentje moet geven. Ze pakt eerst zijn hand en zegt: "Voel je dat, dat is mijn wang, toe dan... Je weet dan toch wel wat ik wil?". Als de man niet reageert pakt ze met beide handen zijn gezicht en forceert zijn gezicht in de richting van haar wang. Als de man hier niet op anticipeert zegt ze tegen ons: "Dat doet hij dan weer niet he?". Op het gezicht van collega A lijk ik een geïrriteerde blik waar te nemen. Deze wordt nogmaals versterkt als ook een derde verzorgster de deur open doet en direct haar vraag voorlegt in de kamer van deze man. Als de rust weer wat is wedergekeerd valt het me op dat zowel collega A. als de bewoner niet over de voorgevallen situatie praten. Het gesprek van voor het incident is stil komen te liggen. Nadat ook het haar is gekamd begeleidt ze de meneer naar zijn tafel voor het ontbijt.

De vraag welke in deze situatie gesteld moet worden is in hoeverre mijn interpretaties van dit zorgmoment correct zijn. Mede door het externe perspectief ben ik niet op de hoogte van de relatie tussen deze blinde meneer en zorgmedewerkster B. Het kan namelijk zo zijn dat ze door de jaren heen een bepaalde omgangsmanner hebben ontwikkeld waar ik persoonlijk geen weet van heb. Toch trekt ik die conclusie sterk in twijfel, mede door de angst welke ik leek af te lezen in het gezicht van deze oudere meneer alsook hoe collega A na de situatie stil leek te vallen en kortaf reageerde op ook de derde collega welke haar stoorde in haar zorgmoment. Uiteindelijk mondde het zorgmoment uit in een stilte.

Met deze voorbeelden wil ik niet de zorgmedewerkers in diskrediet brengen, maar wel wil ik de gerichtheid van het zorgmoment aan de kaak te stellen. Als ZorgSaam een beleavingsgerichte visie wenst te hanteren zou daarin de patiënt of bewoner centraal moeten staan, maar in de voorbeelden hierboven lijkt het eigen belang van de zorgverlener van hogere prioriteit dan dat van de bewoners.

In de volgende uitspraak is te zien dat de zorgverlener wel wenst in te spelen op de vraag van de bewoners, maar hieruit blijkt de afhankelijkheid van de patient of bewoner. De zorgverlener profileert zich namelijk als iemand die de uiteindelijke regie voert. De wil van de patient of bewoner is daarmee ondergeschikt aan het belang van de bewoner.

*15: Het is wel zo van: Zij vragen... En ik wil best daarin bijdragen, maar dan wel in mijn richting. Ik moet dat wel kunnen behappen en kunnen plaatsen. Zoals ik ook net zei (vooraf aan interview) zo van: "Wil je mijn nagels lakken en NU moet het gebeuren". Snap je, dan zeg ik: "Ja het is goed als ik strakjes tijd heb. Ik heb om zeg maar 16:30 tijd en zorg maar dat je klaar bent". Dat vind ik heel iets anders dan dat zij zegt: "Ik wil NU". Zo niet, dan maar helemaal niet. Ja dag! Dat mag ik misschien niet helemaal zeggen, maar: **"De klant is koning en ik ben keizer"**... Dat mag ik niet zeggen, maar dat vind ik echt wel.*

De volgende uitspraak is wederom zeer subtiel, maar het leverde een zeer kritische vraag op m.b.t. de mogelijkheden die een zorgafhankelijke bewoner heeft. Hieronder zien we namelijk dat de contactverzorgende (niveau 3) van patiënten ruilen als het niet klikt met de bewoner. Ik vraag me echter sterk af wie bepaald dat er geruild wordt? Uit de dialoog krijg ik de indruk dat het ruilen gebeurt in het belang van de zorgverlener. Of ook de zorgafhankelijke bewoner in de mogelijkheid is om te bepalen wie zijn of haar contactverzorgende wordt neem ik sterk in twijfel.

19: Maar ook omdat je de contactverzorgende bent, dan bouw je eigenlijk ook wel een soort band op met die mensen. En soms gebeurt het wel eens dan klikt het echt niet en dan gebeurt het wel eens dat je verwisselt wordt.

Maar hebben de bewoners ook inspraak in wie hun zorgmoment verzorgd of wordt dit eenvoudig bepaald door een rooster of door onderlinge afstemming op de werkvloer? Veelal lijkt het systeem van de organisatie en het geprogrammeerde programma van interventies van hoger belang dan de waarden en normen van de bewoners.

113: Ook mensen die zeggen: "Ik woon hier, maar iedereen die loopt hier zomaar in en uit. Ik wil dat niet, dat kan ik me ook heel erg goed voorstellen. En van het huis doen ze hun best om daar iets aan te doen en om daar aan te werken ... maar in de praktijk is het vaak moeilijk."

Maar niet alleen het belang van de zorgverlener kent een hogere prioriteit. Ook het belang om veranderingen door te voeren kan van een hogere prioriteit zijn dan dat van de bewoners. Het volgende voorbeeld gaat over een kast welke mogelijk op maat gemaakt is en precies past op één specifieke plek in de kamer. De organisatie voert echter een nieuw bellensysteem in. In plaats van het bellensysteem op een andere muur te plaatsen is het belang van de bouwtekeningen van een hogere waarde.

113: Ik zal een voorbeeld geven van een mevrouw waar ik net vandaan kom. Want er komt een nieuw bellensysteem en bij haar staat die hele kast daartegen. En nu komt er een groter bellensysteem en die kast staat daar tegen en die kast moet nu weg. Dus die mevrouw is nu helemaal over de rooien. En ze zouden haar dat komen vertellen, maar ze was toen naar de kapster. En toen zou de teamleidster het na de kapster vertellen en dan loopt dat een beetje spaak, want dan zit de teamleidster in bespreking en dan zijn die mannen daar bezig en die

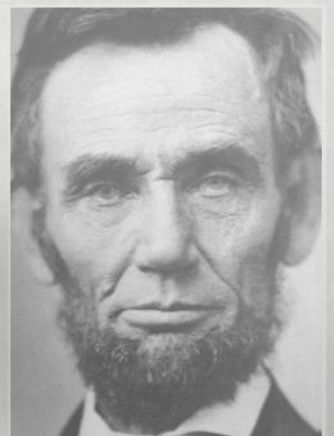
zeggen dan: Ja je kast moet hier weg. En ja, dan is zij daar helemaal van slag van. En nu weet ik wel dat die kast daar weg moet, dat is gewoon het beleid, dat bellensysteem komt daar en die mannen hebben ook bepaalde instructies van hoe dat aangesloten moet worden, dus die kast die staat daar ook gewoon in de weg. Dus die kast die moet weg, zo simpel is het, maar die mevrouw ja... En dan denk ik: "Ja je woont hier en dan komt er iemand langs en die zegt, je kast moet hier weg. En dat wil je niet". Er verandert niets aan de situatie, maar ik kan me wel heel erg goed inleven in die mensen hun situatie, dat is best moeilijk. En psychiatrisch die kunnen al niet goed tegen veranderingen en dan nog eens miscommunicatie, dus dan loopt het al snel op.

Hoofdstuk 6

Organisatorische ruimte voor Presentie

"We are not enemies, but friends. We must not be enemies. Though passion may have strained, it must not break our bonds of affection. The mystic chords of memory will swell when again touched, as surely they will be, by the better angels of our nature."

— Abraham Lincoln



6.1 Inleiding

Uit hoofdstuk vijf blijkt dat er verschillende uitingen van belevingsgericht werken zichtbaar zijn binnen zowel ZorgSaam als het verzorgingstehuis Vremdieke, maar niet alleen zijn de vijf vormen van belevingsgericht werken zichtbaar ook op de werkvloer treffen we tal van situaties waarin het belang van de bewoner ondergeschikt is aan het belang van de medewerker of het zorgmoment. De vraag die gesteld kan worden is hoe het mogelijk is dat deze verschillende uitingen van belevingsgericht werken zich hebben ontwikkeld. Enerzijds kan dit liggen bij de eigen motivatie van de medewerkers, maar het is tevens van essentieel belang om te kijken naar hoe de organisatie gelegenheden aanreikt om tot een hogere presentiegraad te komen in de zorg. In dit hoofdstuk zal ik daarom ingaan op de organisatiestructuur en de ruimte welke zorgverleners krijgen tot het uitoefenen van presentie. Maar ook zal ik ingaan op contextuele beperkingen in de zorg, dit wens ik niet abstract te houden door een weergave van de staat, de markt en de gemeenschap, maar ik zal op deze drie niveaus ingaan en enkele voorbeelden aan te halen waaruit de invloed van deze elementen in de praktijk zichtbaar wordt.

6.2 Organisatie opbouw en betrokkenheid

Binnen dit onderzoeksverslag zal ik o.a. aanhalen hoe er binnen de organisatie gereflecteerd wordt, daarin stel ik ook de kritische vraag in hoeverre er sprake is van een 'lerende organisatie'. Een lerende organisatie kenmerkt zich namelijk op een uit de praktijk verworven kennis en inzichten waarin met name de medewerkers uit de praktijk worden betrokken in interne processen aangaande het specialisme. De manager Personeel en Management Ondersteuning deelt daarin haar visie op een zorg waarin het personeel betrokken wordt in de koers welke ZorgSaam wenst te varen.

I10: Bij het beleidskader bijvoorbeeld ben ik of iemand van de raad van bestuur bij groepen van zo'n 25 man op bezoek geweest om te praten over de toekomst van ZorgSaam en dan is het niet zo van: "Dan gooien we daarna de gegevens weg" Maar dan willen we daar ook wat mee ... het is dan een betrokken reflecteren. Het is echt een gesprek, het is dus niet: 'Ik ga presenteren hoe het moet' het is dus echt; we hebben een aantal vragen ... En dan krijgt de ondernemersraad alle ruimte om daar wat van te vinden. Wat ik wel merk is dat medewerkers dat echter lastig vinden. Vandaar ook mijn zoektocht naar hoe doe je dat nu goed? Doe je dat sneller met sociale media of doe je dat sneller door mensen uit te nodigen, maar het is weldegelijk zo dat we betrokkenheid zoeken.

De meest ondervraagden in Vremdieke erkenden dat ze betrokken werden binnen de organisatie en velen van hen waren ook tevreden over hoe dit ging. Toch stel ik kritische vragen bij die betrokkenheid, wat vanuit een top-down structuur plaats vindt.

I13: *Ja dat gevoel heb ik wel hoor. Dat het dan er ineens is, hoe goed het dan ook is hoor, maar dat wordt dan ineens besloten. We gaan nu belevingsgericht werken. (Lacht even)... Ja zo kort door de bocht misschien niet, maar ja, en bijvoorbeeld dat sTimul, dat vind ik dan ook wel zonde, want dat kost dan zoveel geld. Maar ik ben zelf nog niet geweest. Maar dat vind ik dan wel eens zonde en dan denk ik doe dan eens een reisje. Maar ja, dat is mijn mening. Maar dat zal dan wel weer uit een andere pot komen denk ik.*

I1: *Nou ja, voor een gedeelte dan. Sommige mensen en medewerkers met name vinden het ook prettig als je zegt, jij gaat dit en dat nu doen. Het is een wisselwerking van zowel top-down als bottom-up en halverwege gebeurt er ook nog iets. Het is niet een bottom-up organisatie en het is ook geen top-down benadering. Dus je probeert die wisselwerking er in te halen.*

I2: *Ik zou zo graag een bottom-up approach willen zeggen, maar ik denk dat het hier in Vremdieke nog behoorlijk Top-down is. Omdat het beslissen en het aansturen en het richting bepalen nog veelal uit de Top komt.*

I3: *Maar nee, ik denk niet dat we veel dingen opleggen, maar ja, verandering als het aan bepaalde dingen voldaan moeten worden, dan wel natuurlijk. Maar dat is ook niet drop en doe het er maar mee. Nee, ik heb het idee dat het van twee kanten werkt. Dat wij inspraak hebben in de teams, duidelijk! Maar ook dat de team inspraak hebben in onze gedachten. Dat geloof ik ook wel.*

Zoals aangegeven zijn ondanks de negatievere reactie van I13 zijn de meeste geïnterviewden helemaal niet ontevreden over de betrokkenheid in de organisatie. Ik ben echter niet echt happig op

het woord betrokkenheid omdat het een actieve betrokkenheid lijkt te weerspiegelen. Deze actieve betrokkenheid is er wel tijdens de cliëntbesprekingen per afdeling, maar zodra het organisatorische gevolgen kent uit de betrokkenheid zich meer in een geïnformeerd houden van de medewerkers.

16: Veel wordt er natuurlijk wel van bovenaf geregeld, maar ik vind wel dat de teamleiders er positief op inspelen. Ze zeggen het wel allemaal en dan kun je wel je mening durven geven. Dus het is niet pats-boem zo is het, maar 'Nee, ik vind wel dat we hier wat medezeggenschap hebben.' Je kan wel je mening uiten ... Ze vragen soms ook van: "Hoe denk jij daar over?"

17: Eh, ja de organisatie die bepaalt, maar ik vind wel dat ze wel mee kunnen denken. Want de leidinggevende stelt toch altijd wel de vraag: "Zouden jullie het nog anders willen zien?"

18: Op zich krijgen wij best wel veel inspraak, tijdens de teambesprekingen e.d. En er wordt altijd veel gedeeld van waar de organisatie mee bezig is aan ons voorgelegd. En dan wordt daar ook een mening of een advies over gevraagd en daarin worden wij wel heel erg in betrokken vind ik ... Zo van: "We zijn hier mee bezig als organisatie" of "Dit komt er aan en houd daar rekening mee".

113: Nou ja betrokken? (aarzeling) Het is meer dat het wordt medegedeeld, maar dan is het wel al besloten hoor. Het kan ook eigenlijk niet anders, want ze kunnen moeilijk vragen: wat je kan dat moeilijk per afdeling gaan doen.

Gedurende het onderzoek ben ik tevens in de gelegenheid geweest om één teambijeenkomst bij te wonen. Het meest opvallende aan deze bijeenkomst was dat in een groep van ruim 30 man de toekomstvisie van Vremdieke werd besproken. Naast de toekomstvisie stonden er nog enkele punten op de agenda terwijl de bijeenkomst beperkt was tot (naar ik meen) een uur. Gedurende de teambespreking nam ik het volgende waar:

Tijdens het bespreken van de toekomstvisie zie ik nauwelijks iemand met het document in de hand (wat overigens wel voorafgaand is toegestuurd). Alleen F. geeft aan het gelezen te hebben en ze stelt meermaals enkele kritische vragen. Dan vraagt één van de teamleiders vervolgens aan F. of ze nog meer punten heeft.

F. reageert met: "Laat maar, Ik kan wel door discussiëren, maar nee, laat maar". Ze verwijst naar de hele groep, waarbij ik de indruk krijg dat ze zich beperkt voelt om nog meer punten aan te dragen.

Als F. nog één puntje aangeeft krijgt ze opnieuw te horen dat ze het niet zo moet opvatten. De term zelfwerkende teams zou volgens de teamleidster niet kunnen worden gebruikt omdat je altijd een aansturing blijft behouden. Toch is de term volgens F. opgenomen in de visie ontwikkeling en ze reageert excuserend: "Oh maar ik dacht dat ik dat er in gelezen had".

Als er later in de vergadering nagedacht wordt over een dienst welke start om 6:00 reageert F. en zegt dat het voor haar niet haalbaar is i.v.m. haar thuissituatie. De andere teamleidster moeit zich in het gesprek en maakt een naar mijn mening felle uitspraak te midden van de groep: "Maar F, je bent ook maar een 0-uurder" (Wat ik interpreteer als, dan laten we je toch gewoon niet meer komen).

De reacties van deze medewerkster kunnen naar mijn inzicht gezien worden als waardevolle feedback. Toch lijkt F. wat kort gehouden te worden door de teamleiders. Hierdoor is bij mij de vraag ontstaan in hoeverre er eigenlijk wel behoefte is aan inspraak / tegenspraak? Vanuit het overkoepelende orgaan ZorgSaam wordt aangegeven dat elk team teambesprekingen moet hebben waarin hij of zij zich kan uiten over diens werkzaamheden op de afdeling. De manager Personeel en Management Ondersteuning deelde over de kwaliteit van de teambesprekingen het volgende:

110: Maar we toetsen de kwaliteit van de werkbijeenkomsten niet. We gaan er soms van een iets te ideaal situatie uit dat onze leidinggevers denken dat ze het ook zo zullen doen ... maar ik weet dat vanuit het Nias... dat er altijd werkoverleg wordt gehouden, maar ik weet niet

of ze altijd van kwaliteit zijn waarin de leidinggevenden de medewerkers uitnodigen. Want de beste vorm van betrokkenheid is natuurlijk als het over je werk is, dat er ook ruimte is. Want daar was ik in de ondernemersraad ook op gewezen dat één van de rayons van de thuiszorg bij de UHV-ers geen werkbijeenkomst gehouden werd.

Toch heb ik niet de indruk gekregen dat de teamleiders van Vremdieke de teambesprekingen als een moeten ervaren. De bijeenkomst werd namelijk gekenmerkt door een heleboel praktische informatie en ook kregen de medewerkers de gelegenheid om in een dialoog te gaan over een nieuw dienstrooster. Hierin kreeg ik sterk de indruk dat de medewerkers geen beslissingsbevoegdheid kregen, maar dat de teamleiders door het voeren van een dialoog inzicht verworven in 1) de noodzaak voor deze nieuwe dienstregeling en 2) de opvattingen van de medewerkers m.b.t. hun voornemen.

Het verschil tussen betrokkenheid in de vorm van medeverantwoordelijkheid en betrokken door informatieve betrokkenheid heeft alles van doen met het eigenaarschap. In hoofdstuk acht zal ik uitgebreider stilstaan op het eigen maken van de beleevingsgerichte visie. De manager Personeel en Management ondersteuning geeft echter aan dat ze het beleevingsgericht werken niet als een top-down geïnitieerd project hebben willen zien, maar de medewerkers eigenaar hebben willen maken van de nieuw in te voeren visie.

I10: Ik denk om niet iets van boven af te willen opleggen, maar om het zelf te willen laten ontdekken. En de gedachte was toen, we laten de afdelingen een enquête afleggen onder alle medewerkers en dat is ook gebeurt. Althans, in het ziekenhuis weet ik zeker dat dit gebeurt is. En vervolgens kijken we naar die uitkomsten en dan kijken we waar is nu een reden om iets te gaan doen. En op basis van die uitkomsten een plan van aanpak te gaan maken. Dus in plaats van boven naar beneden te zeggen zo van: Je moet dit of dat... Tegelijkertijd hebben we voor alle leidinggevenden een bijeenkomst gehad met Aart Pool, de grondlegger van Belevingsgericht Werken, om het concept beter uit te kunnen leggen. Zodat ze weten: Waar hebben we het hier over en zijn er ook flyers of boekjes over verspreidt. Dus we hebben mensen zelf een project laten kiezen en aan een eigen thema laten werken. Ook met de gedachte, dan zal er wel een vlieg wiel opgang treden, maar ik moet zeggen dat dat niet echt van de grond gekomen is.

Ze besluit met de conclusie dat de medewerkers geen eigendom hebben genomen over de top-down geïnitieerde visie. We kunnen de antwoorden op verschillende terreinen zoeken, namelijk in de betrokkenheid van de individuele medewerker, maar ook op het niveau van de organisatie en de ruimte welke zij wenst aan te bieden aan haar medewerkers om inspraak te kunnen leveren.

I11: Ik vind dat wij daar eigenlijk heel erg veel in worden betrokken. En nu ben ik wel zo'n type dat daar ook allemaal wil induiken. Maar het valt me dan op dat er dan veel medewerkers zijn die dat beleidsplan helemaal niet hebben gelezen. Dat frustreert me soms wel. Ik vind het juist leuk dat we mogen meedenken over de organisatie - beleidstuk - Wij hebben het als afdeling helemaal gelezen, maar ik denk dat het voor velen een ver van het bed show is. En voor sommige is het ook gewoon desinteresse ... Sommige zijn gewoon veel meer gericht op het zorgmoment en veel minder op de organisatorische elementen en daar is in principe niets mis mee.

I15: Nou, op een gegeven moment hadden we de broodkar om vijf uur en één keer in de maand kregen ze zoveel voor de broodmaaltijden en daar moesten ze het mee doen. En nu wilden ze dat anders gaan doen en er is gewoon een groepje samengesteld van mensen die daar over mochten discussiëren en wat die broodkar moest gaan doen en hoelaat en hoe die moest gaan lopen. Wat ze wilden en dat soort dingen en daar is dit uit voortgekomen. En dat zijn zo een heleboel dingen die hier uit voort zijn gekomen.

Uit bovenstaande uitspraken blijkt dat er wel medewerkers zijn die met de organisatie willen meedenken, maar volgens één van de ondervraagden is het aantal schaars. Waar het probleem zich ook schuilt, ik zou het kortzichtig vinden als ZorgSaam en Vremdieke het probleem enkel en alleen toekent aan het gebrek aan zorgverleners dat eigenaar wenst te zijn van de beleevingsgerichte visie. Gedurende de prudentia conferentie 'De tijd, het geld en de wijsheid' was ik in de gelegenheid om in een tafelgesprek enkele zorgverleners (welke niet werkzaam zijn binnen ZorgSaam) te bevragen naar het probleem in de zorg. Daarin werd het gemis aan betrokkenheid van de

leidinggevers aangekaart als een mogelijke dilemma voor zorgverleners om eigenaar te worden van een bepaalde taak of verantwoordelijkheid.

De jongedame die in de vereniging voor zorgaanbieders werkt deelt dat druk vaak gerelateerd kan worden aan verantwoordelijkheid. Het zou volgens haar niet gaan om de werkdruk (kloktijd), maar om het beperkte contact van de leidinggevende met de vloer en managers die te weinig sturing bieden. Ook geeft ze aan hoe zelfwerkende teams druk kunnen ervaren, ze worden namelijk (regelmatig) voor situaties geplaatst waarbij ze niet de ervaring of kunde hebben en niet direct weten hoe ze dit dienen op te lossen.

Ze deelt tevens dat de werkdruk met name wordt veroorzaakt door de frustratie van het niet gehoord worden. En het gevoel dat ze door de druk van registraties dienen in te leven op de kwaliteit van de te leveren zorg. En dat zou de medewerkers juist frustreren, want ze willen juist niet inleveren op die kwaliteit.

Uiteraard dient aangekaart te worden dat het hier om ziekenhuismedewerkers ging van diverse ziekenhuizen verspreid over geheel Nederland. Ik wil dus niet anticiperen dat de teamleiders van Vremdieke zich hier schuldig aan maken, maar wel wil ik enkele kritische noten plaatsen bij de betrokkenheid van het huishoudelijke personeel

Betrokkenheid van niveau 1

Gedurende de teambespreking en de cliëntbesprekingen op de begane grond en de tweede verdieping heb ik namelijk niemand van de huishoudelijke dienst waargenomen. Is dit incidenteel of worden de huishoudelijke medewerkers niet betrokken in de besprekingen. Een praktijkopleidster binnen ZorgSaam doet overigens een ernstig appèl om de medewerkers van niveau 1 en 2 te betrekken.

I14: Dat er binnen een organisatie aandacht moet zijn voor juist de mensen van niveau 1 en 2 en de mate waarin zij eigenaar kunnen gaan worden van zo'n zorg visie. Dat ze daar misschien meer dan gemiddeld hulp bij nodig hebben en dat het op zich geen schande is, maar dat er zo vaak aan voorbij gegaan wordt. En dat het niet betekent dat ze het niet kunnen, maar ze moeten het wel aangereikt krijgen ... het is niet evident voor die mensen van die niveaus dat ze in de spiegel kijken en denken. Hoe heb ik het nu gedaan? Heeft mijn handelen nu een effect gehad voor die mevrouw of meneer? Dat krijgen ze niet aangereikt en wij doen nu als zorgorganisatie alsof dat de gewoonste zaak van de wereld is, maar dat is voor die mensen niet zo. En daar wordt naar mijn idee veel te snel aan voorbij gegaan. Dat vind ik wel een punt van zorg.

Haar reactie is met name gericht is op het betrekken van de huishoudelijke dienst in de uitwerking van belevingsgericht werken. Hoewel zij niet zorgtechnisch verbonden zijn aan de cliënt deelde één van de teamleiders dat de huishoudelijke medewerkers steeds meer aandeel krijgen in de zorg voor bewoners. Door een verschuiving van verantwoordelijkheden dienen ook zij gebriefd te worden over de ontwikkelingen bij bepaalde bewoners. Nu wordt het mijns inziens maar al te veel afgedaan met het verschil in opleidingsniveau. Hoewel ik dit niveau niet ontkent is het onterecht om medewerkers te wijzen op een stuk onkunde als zij structureel niet betrokken worden in cliëntbesprekingen en/of teambesprekingen. In hoofdstuk zeven zal ik nader ingaan op het individuele niveau van reflectie, maar nu beperk ik me tot de betrokkenheid van huishoudelijke medewerkers.

Waar de huishoudelijke medewerkers niet betrokken worden op de begane grond en de tweede verdieping worden de huishoudelijke medewerkers van de eerste verdieping wel betrokken bij de dagelijkse zorgoverdracht (om 10:00 uur),

I9: Nee, ik vind persoonlijk dat we op deze afdeling wel, ook met de huishouding, wel een goed team zijn ... We merken dat ook bij de teamdag bijvoorbeeld. Het klikt gewoon veel beter en op de andere afdelingen, dan hoor ik mensen wel eens klagen over de huishouding en hier zeggen we het gewoon rechtstreeks. En ik denk dat het ook wel komt omdat we meestal na de zorg (ochtendmoment) even samen theedrinken en dat de huishouding daar dan ook bij zit en dan betrek je ze daar toch ook wel weer een beetje bij.

De bijdrage van de huishoudelijke medewerkers stelt bovenstaande verzorgster echter ter discussie en ze geeft aan dat ze met name de huishouding instructies kunnen geven m.b.t. een zorgtechnische handeling. Zelf ben ik slechts twee keer aanwezig geweest bij deze zorgoverdracht en zou de beperkte ruimte voor de huishoudelijke dienst willen verklaren doordat de medewerkers met name een zorgtechnisch moment bespreken. De patiënt en diens beleving werd in de twee bijeenkomsten niet aan de orde gesteld en dit maakt dat de huishoudelijke dienst is uitgespeeld, aangezien zij mogelijk alleen informatie hebben over het sociale aspect van de bewuste bewoners.

De teamleidster waar geen huishoudelijke medewerkers betrokken waren gedurende mijn observaties gaf de volgende uitdaging aan m.b.t. de betrokkenheid van huishoudelijke medewerkers:

I2: Maar we zijn de laatste jaren ook steeds meer gericht op de teams per afdeling en die focus die ligt er ook op dat een team bestaat uit niveau 1,2 en 3. Dat betekend huishouding, zorgniveau 2 en zorgniveau 3. Terwijl in het verleden er een hele dikke baken lag tussen de huishouding en de zorg. En daar is nog steeds heel veel werk aan, absolute.

Betrokkenheid van bewoners

Naast de betrokkenheid van de medewerkers en de huishoudelijke dienst is er nog een derde stem welke aan de orde gesteld moet worden en dat zijn de bewoners. Eén van de teamleiders gaf het volgende aan m.b.t. het werken in Vremdieke:

I3: En dat de mensen hier wonen en dat wij hier mogen werken. En dat het niet is: 'Wij mogen hier wonen want zij werken hier'. Dat is een heel andere insteek. En dat niet alle medewerkers daar aan voldoen, daar ben ik mij van bewust ... En ik wil ook dat de medewerkers daarin een klantvriendelijke werkhouding in aannemen, een logische houding.

Juist het centraal stellen van de bewoners is ook de visie van ZorgSaam met haar belevingsgerichte visie, daarbij in het midden gelaten hoe dit tot uiting komt. Hierdoor vind ik het van essentieel belang om niet alleen over de bewoners te spreken, maar ook te kijken naar de mate waarin de bewoners de ruimte hebben om mee te denken in de organisatie. Binnen Vremdieke zijn hier door de tijd heen diverse initiatieven gelanceerd welke dit proces bevorderen. De aanwezigheid van deze initiatieven juich ik daarom ook alleen maar toe. Ik heb het dan over:

1. Twee maal per jaar een evaluatiegesprek

In dit gesprek krijgt de bewoner de ruimte om te reflecteren op de zorg welke zijn momenteel ontvangt en waar dit mogelijk beter of anders zou kunnen.

2. Eén à twee keer per jaar een bewonersbespreking

Voorheen werd dit geleid door de locatiemanager en teamleiders waarbij er per afdeling gereflecteerd werd op zowel de zorg als op de organisatie in en om het huis. Door de grote van de groep is er besloten om dit terug te brengen naar kleine gespreksgroepjes van drie à vier bewoners waarbij per groepje twee zorgverleners aan worden toegevoegd.

3. De cliëntenraad

Tot slot is er ook een raad van cliënten waarin cliënten gezamenlijk het gesprek aangaan over de organisatie in en om het huis en daarbij verbeterpunten aandragen aan de locatiemanager.

Toch zal ik met een kritisch oog kijken naar de huidige uitwerking van voornamelijk het evaluatiegesprek en de bewonersbesprekingen. Daarin dien ik wel aan te geven beperkt te zijn gebleken in het observeren van de bewonersbespreking en de cliëntenraad en ook het aantal observaties van het evaluatiegesprek zijn summier. Ik baseer mijn uitspraken daarom met name op datgene wat mij gedurende het onderzoek ter ore is gekomen.

Het evaluatiegesprek

Omdat ik zelf geen zorg-opleiding genoten heb moest ik regelmatig navraag doen wat de zorgtechnische termen inhielden. Ook het evaluatiegesprek was iets waar ik me persoonlijk wel een voorstelling bij kon maken, maar toch was ik benieuwd wat ik mocht verwachten. Mijn eerste indruk was namelijk dat bewoners als gespreksleiders vrijuit konden spreken over de zorg welke zij momenteel ontvangen. Tijdens één van de lunchpauze blijf ik achter met een zorgverleenster.

Ze licht toe dat dit evaluatiegesprek er met name op gericht is om de bewoner in te kunnen delen binnen een bepaald zorgprofiel. De te ontvangen zorg moet daarbij door de verzekeringsmaatschappij worden goedgekeurd, waardoor de uren van zorg vergoed worden.

Ik ben enorm benieuwd wat ik vervolgens mag verwachten en als ik het aanbod krijg om bij een evaluatiegesprek aanwezig te zijn ben ik benieuwd hoe het gesprek zal gaan verlopen.

Als we binnen zijn realiseert A zich dat ook de huishoudelijke dienst er even bij aanwezig moet zijn. De dame maakt meermaals de opmerking: "Als jullie hier maar niet komen vergaderen", "Als het maar geen vergadering wordt". Er wordt door zorgverleenster niet op gereageerd. A zit aan tafel met de dame en heeft haar formulieren uitgespreid op het kleine tafeltje. Haar hoofd is veelal op de papieren gericht en ze start gelijk met praktische vragen over de huishouding en of deze naar de tevredenheid is van de bewoonster. (Ik vraag me persoonlijk af waarom de huishoudster hierbij aanwezig moet zijn en hoe vrijuit de bewoonster nu durft te spreken.)

Terwijl A over de lijst gaat vult ze sommige vragen gewoon zelf in en andere vraagt zij even na. Na een vraag of zes van het formulier te hebben opgelezen moet de huishoudelijke hulp het papier ondertekenen. En ze verlaat de kamer.

A. maakt een sprong naar de zorgtechnische vragen. Bij sommige vragen reageert de dame: "Dat zouden jullie toch moeten weten" als het om zeer zorgtechnische vragen gaat waar ik als onderzoeker ook geen weet van heb. De vraag reist in mijn gedachten, waarom wordt deze dame met deze zorgtechnische vragen geconfronteerd? En als het noodzakelijk is, waarom wordt deze dan niet dusdanig geformuleerd dat deze voor een leek ook te beantwoorden zijn?

De houding van A. is nog steeds voorover gebogen en ik bemerk dat zij weinig met haar ogen afwijkt van de formulieren. Als de dame ook ondervraagd wordt rondom reanimatie e.d. geeft ze aan hoe haar geloof haar op de been houdt en deelt ook een deel van haar geschiedenis waarin haar moeder en broertje in de oorlog waren omgekomen. A. lijkt weinig aandacht voor het verhaal te hebben. Ze reageert met een 'oh' en een 'ja' om vervolgens haar volgende vraag te stellen.

Tot slot vraagt A. ook hoe de dame de zorg van haar en haar collega's heeft ervaren en of alles nog naar wens is. Wederom vraag ik me af hoe vrij de dame zich zal voelen om deze vraag te beantwoorden. Ze mompelt wat: "Tevreden zullen we maar zeggen?".

In gesprek met één van de teamleiders deelt ze het volgende t.a.v. de evaluatiegesprekken:

I2: Ik ben daar niet helemaal tevreden over zoals het nu loopt. Ik denk dat een deel van de gesprekken goed gevoerd wordt en een deel van de gesprekken, door de capaciteiten van de medewerkers of het inwerken of het voorbereiden of het coachen te weinig is geweest, die daar niet goed mee uit de voeten kunnen. En dat is wat ik vooral uit de terugrapportages zie van de cliëntgesprekken ... Wat je ook merkt dat is dat er een soort belang achter zit. De eis is dat het gesprek twee keer per jaar wordt afgenomen. Daar zijn we behoorlijk op gefocust ... En dan merk je dat er in de evaluatiegesprekken een bepaalde must en een routine komt. "Oh ja... ik moet nog een gesprekje voeren!". Maar nee, die gesprekken zijn juist belangrijk om daadwerkelijk te luisteren en te horen van je cliënt zodat de dingen gaan zoals die dat wil. En je kunt misschien wel aan de eis van twee keer op een jaar voldoen, maar dat vind ik dan minder belangrijk dan de inhoud.

Mede door deze uitspraak en mijn eerdere ervaringen heb ik ook in de interviews navraag gedaan m.b.t. de evaluatiegesprekken en daaruit is op te merken dat de zorgverleners hun eigen werkwijze

hanteren en dat er geen algemene werkvorm gehanteerd wordt. Nu pleit ik niet voor één vaste werkvorm, maar wellicht is het een uitdagende training voor sTimul om medewerkers te trainen in het voeren van deze evaluatiegesprekken. Dit is wat enkele zorgverleners zelf deelden over de evaluatiegesprekken:

17: En als je het zorgdossier bij je pakt, dan blader ik dat helemaal door. (Voert een kort rollenspel uit waarin ze alle elementen van het zorgdossier checkt; En hoe is het met de zorg? Hoe voelt u zich? En kunnen we daar nog iets aan veranderen? En dan wordt er iets gewijzigd.) En dan besteed je zorg voor het zorgdossier en dus voor de cliënt... actielijst e.d. En de routine komt omdat je bepaalde dingen moet vastleggen. Maar je moet heel dat zorgdossier met ze doornemen!

17: En ik zeg niet dat medewerkers hier het wel als een routine zien van: "Dat is gebeurd, en dat is gebeurd en dat is ook gebeurd". Maar dat ligt denk ik werkelijk aan de medewerker, want ik kan niet zeggen dat het routine is. (O: Zie je dat wel bij anderen terug?) Ja dat klopt, ik kan er zo een paar opnoemen waarvan ik denk: 'Oh dat is weer gebeurd en zo dat is weer klaar' Dat gebeurt!"

18: Ik probeer allereerst een gesprekje met de betreffende meneer of mevrouw aan te gaan en probeer in dat gesprek de basisvragen naar boven te halen. Vervolgens pak ik pas de map erbij en probeer de resterende vragen aan de orde te stellen. De antwoorden op de basisvragen vul ik later meestal in de zusterpost in.

Een eenduidige uitspraak over de cliëntevaluatiegesprekken is hier dus niet op z'n plaats. Elke medewerker hanteert namelijk een eigen methode. Sommige medewerkers hanteren een methode welke de bewoner in de gelegenheid stelt tot het geven van input, terwijl er ook voorbeelden zijn weer te geven van medewerkers die eenvoudigweg een lijstje afvinken. Een medewerkster van BW+ (welke slechts beperkte aan het lijfgebonden zorg verleend) deelde het volgende m.b.t. het evaluatiegesprek.

113: Ik vind het wel altijd heel positief eigenlijk. Je gaat even rond de tafel zitten en neemt er even de tijd voor. Zo doe ik dat, even op hun kamer in de privé-sfeer en dan neem je even alles door. En het zorgplan, dus van medicijnen of mijn rug wordt gewassen of ik mag bellen voor het naar bed gaan. Dus van alles waar ze hulp of zorg bij nodig hebben dat staat in dat zorg-leefplan ... Je moet wel een lijstje afwerken en je moet alles bespreekbaar maken, maar je doet het ook een beetje tussendoor. En ik begin altijd met de vraag: "Is er nog iets waar je specifiek over wilt spreken?". En meestal hoor je dan "Oh nee hoor, het gaat allemaal goed." Maar als je dan met ze gaat spreken over bijvoorbeeld de medicijnen dan komt er wel eens uit: "Ze komen zo laat of juist zo vroeg" en dan komt er toch wel altijd nog iets uit. En dat is dan een klein dingetje zo van: "Ik wil eigenlijk om 21:00 uur naar mijn bed, maar ze komen pas om 21:30 met mijn oogdruppels". Dan is het heel erg simpel om dat even te regelen met die meiden zo van: 'he, kun je ook om 20:45'. En dat wanneer ze zeggen dat alles goed gaat, dat je dan met een heel beperkte informatie, dat je dan daar toch nog iets mee kunt gaan doen.

Een verschil dat hier duidelijk aangeduid dient te worden is dat de medewerker van BW+ een evaluatiegesprek houdt over de zorg wat niet direct betrekking heeft op haar eigen werkzaamheden. De vraag kan dus gesteld worden in hoeverre de bewoners zich vrijer voelen om de vragen over de zorg te beantwoorden. Daarnaast kunnen we de relatie tussen de medewerker van BW+ en haar bewoonster als veel intenser omschrijven daar ze dagelijks in contact komen door het dagprogramma van BW+.

Toch blijft er een uitdaging liggen, want enerzijds zijn de gesprekken bedoeld om af te wegen in hoeverre de zorg nog steeds aansluit op datgene wat er bij de zorgverzekering is aangegeven, maar anderzijds dient het ook het belang om de bewoners aan het woord te laten. De vraag welke hier centraal komt te staan is: 'Hoe kun je dit gesprek op zo'n manier leiden dat beide belangen hun plaats krijgen in het gesprek?'

12: Ook bijvoorbeeld: "Hoe voer je nu met een cliënt een evaluatiegesprek?". Hoe laat je die cliënt nu die ruimte om zelf ook inhoud aan het gesprek en hoe die zijn zorg ervaart. En wij (teamleiders) zijn heel erg geneigd om mensen gewoon de dingen te laten zien. Gewoon een act, toneelstukje... dat maakt niet uit

Bewonersbespreking

Het doel van de bewonersbespreking is naar mijn idee met name bedoeld om daadwerkelijk de bewoner in de gelegenheid te stellen om zijn of haar reactie te geven op de organisatie in of om het huis. In tegenstelling tot de evaluatiegesprekken zit er geen belang bij waarin de zorg verantwoord moet worden. O.a. in het document: 'Stand van zaken implementatie visie beleavingsgericht werken Vremdieke' wordt er aangehaald hoe Vremdieke mede door de bewonersbesprekingen enkele wijzigingen heeft doorgevoerd waarin zij wenst in te spelen op behoeften van haar bewoners.

18: Zoals laatst hebben we best wel een hele omgooi gedaan... En daar hebben we overigens ook de cliënten bij betrokken. Het sinasappels persen, de broodkar e.d. allemaal naar wat andere tijdstippen omdat het allemaal achter elkaar kwam 's morgens. Dus met zulke dingen, dat is iets voor de hele organisatie en dat is wel van hogere hand beslist, maar daarin zijn we wel heel erg betrokken. Waar wij tegenaan liepen: "'s morgens dan kwam die schone waskar en dan waren wij volop bezig en dan liepen we langs elkaar heen en daar is dan wel naar geluisterd en nu doen ze dat 's middags alles op het gemakje klaar zetten en bij de mensen brengen. Dan is het gelijk een stuk rustiger.

14: Nee, ik vind dat wel goed (stellig). Want net zoals de linnenkamer, die bracht eerst 's morgens vroeg al alle schonen was terug. En nu is dat verzet naar het eind van de ochtend, dan kunnen de mensen zelf de was komen ophalen en netjes opbergen, want anders werd het gewoon maar op het plankje gelegd (plankje naast de deur van de kamer). Want als het groene lampje brandt, dan mogen ze niet naar binnen (verzorging). En ook de broodkar die is ook verzet van 's morgens naar 's avonds. Want eerst werd er zomaar wat neergelegd en nu kunnen ze echt zelf kiezen hoeveel boterhammen ze willen, hoeveel vleeswaren. Dus dat is wel positief veranderd.

Hoewel deze veranderingen zeer positief overkwamen deelde één van de zorgverleensters het volgende:

19: In mijn tienertijd werkte ik in een ander verzorgingstehuis en in de avond ging ik dan met de koffie rond en dan was het brood al gesmeerd en ik kwam binnen met koffie binnen die al gezet was. En toen ik daar stopte begonnen ze ook met het beleavingsgerichte. Dus niet meer met een kar langs de mensen hun kamer, maar ze gingen op de mensen hun kamer koffie zetten. En veel mensen vonden dat gelijk al niks, want je was langer bezig in de kamer, je was in de kastjes aan het rommelen op zoek naar kopjes of koffie. Mensen moesten zelf hun koffie en koffiemelk gaan kopen. En dat was eigenlijk stap één en als je nou kijkt ... toen werd ook het eten al opgeschept voor het de kamer op kwam en nu mogen de mensen nog zelf kiezen als het langs komt. Maar voor die mensen van die generatie hoeft dat niet per se. Er zijn wel wat uitzonderingen, maar voor de meeste... De meeste zijn gewent dat er voor hen gekozen werd. En er waren regels en daar moest je jezelf aan houden.

19: Maar die hogere functionarissen die denken dan inderdaad dat het prettig is dat er koffie op de kamers gezet wordt i.p.v. dat het gebracht wordt. En mensen moeten nu ook zelf hun soepkom aanschaffen i.p.v. dat het nu ook al kant en klaar voor ze ingeschept is ... Ja dat is de laatste verandering. Die is deze maand ingegaan. Meer ook omdat die bekers versleten waren en toen dachten ze we kunnen nu ... Het voordeel van de soepkom is wel dat het lekker ruikt natuurlijk.

De vraag welke gesteld kan worden is: in hoeverre zijn de veranderingen daadwerkelijk doorgevoerd vanuit het belang van de bewoner. Of worden bepaalde veranderingen beleavingsgericht werken genoemd terwijl het eigenlijk andere doelen beoogd, zoals de bovenstaande citaten doen vermoeden. Dat maakt dat het van belang is om te gaan kijken hoe deze gesprekken momenteel, maar ook in het verleden zijn vormgegeven.

17: De huiskamer gesprekken, dat was aan het begin het hele team en alle cliënten en dat werd dan in de zaal gehouden en dan werd het gepresenteerd waar het over zou gaan. Dus dat was iedere keer verschillend. ... Alle bewoners per afdeling. Maar goed, dan zijn er bepaalde veranderingen met de keuken geweest en dan moesten ze toch de mening weten en toen gingen de mensen door elkaar roepen. En dat hebben ze nu anders aangepakt. Nu doen ze het gewoon met groepjes en de EVV'er doet gewoon per afdeling de medewerkers

koppelen aan de groepjes, alsook een aantal medewerkers van BW + en Kreeksicht. En die krijgen de opdracht van wat ze met het groepje cliënten moeten doen en dan wordt dat gewoon zo gedaan. En die worden in behandeling genomen. En meestal zijn het stellingvragen of ja en nee. En dan komt het bij collega M. en die telt alles op en dan wordt de uitslag bekend gemaakt. Zoiets van een stelling: "Iedereen een eigen soepkom; Ben je het er mee eens of mee oneens?" En dat is veel beter, want dan heb je ook meer contact met de cliënten.

I12: Vroeger was het zo dat het personeel daar niet bij mocht zitten omdat de mensen dan opener konden communiceren. Dat werd dan geregeld door de locatiemanager en de teamleiders.

I11: Maar laatst is dat wel veranderd. Toen zat ik er ook bij en toen hadden we eerst gegeten en toen zat ik met een groepje van drie of vier cliënten van Kreeksicht en toen moesten we het hebben over een paar vragen die de locatiemanager had samengesteld.

De bovenstaande citaten doen ons vermoeden dat de bewoners beperkte ruimte krijgen tot het geven van inspraak. Veelal zouden de onderwerpen opgesteld zijn door de locatiemanager. Toch ziet niet iedereen deze vragen of stellingen als een leidraad. De onderstaande medewerkster ziet het vooral als een middel om het gesprek op gang te brengen al geeft ze zelf aan de laatste keer afwezig te zijn geweest en hierdoor heeft ze geen weet van de nieuwe aanpak welke hierboven is toegelicht.

I13: De keren dat ik er bij was werd er eigenlijk ook heel erg weinig gezegd en toen werd er eigenlijk meer van hogerhand gezegd: hoe vinden jullie dit of hoe vinden jullie dat om het gesprek een beetje op gang te brengen. ... Dat was echt alleen om het op gang te brengen.

Ondanks het positieve initiatief om met de bewoners in een dialoog te gaan kunnen we bij deze huiskamergesprekken de kritische vraag stellen in hoeverre de bewoner eigenaar is en in hoeverre de onderwerpen aansluiten bij de behoeften van de bewoners. Vanuit een beleavingsgerichte visie zouden we kunnen bepleitten dat de bewoners de leidraad zouden moeten krijgen in hoe zij willen dat de zorg gegeven wordt. De vraag is echter in hoeverre zij hierin betrokken worden.

De cliëntenraad

De laatste vorm waarin cliënten de mogelijkheden krijgen om inspraak te leveren in de organisatie is door middel van de cliëntenraad. Gedurende het onderzoek is mij ter ore gekomen dat het animo vanuit de bewoners beperkt is en dat er regelmatig via speciale attenties aandacht wordt gegeven aan deze cliëntenraad. Gedurende het onderzoek kwam dit tot uiting in een muziekmiddag. Het is voor mij dus niet helder hoe deze bijeenkomsten geleidt worden, wie er sturing geeft aan deze cliëntenraad en in hoeverre de uitkomsten komende uit deze raad (mede) bepalend zijn in de organisatie in en om het huis.

De uitspraak van de locatiemanager doet vermoeden dat de raad voornamelijk feedback levert op het reilen en zeilen van de organisatie en dat het vervolgens aan de teamleiders en de locatiemanager is om te kijken wat zij met deze feedback kunnen, maar ook willen doen.

I1: En dan zie je en proef je van het lopen. En ik ben er altijd bij met het cliëntenoverleg bijvoorbeeld. Daar haal je ook je informatie vandaan en dan probeer je op basis daarvan de organisatie wat bij te sturen als je denkt dat dat nodig is.

6.3 De organisatie in werking

Betrokkenheid binnen organisatorische besluiten of de eigen te ontvangen zorg is slechts één element dat van invloed kan zijn op het belevingsgericht willen werken. Maar toch is het bieden van ruimte tot betrokkenheid slechts een randvoorwaarde. Uiteindelijk dient er tevens gekeken te worden naar de wijze waarop de organisatie functioneert. In de vorige paragraaf ben ik met name ingegaan op het functioneren van de evaluatiegesprekken met bewoners, de huiskamergesprekken en ik heb kort de cliëntenraad aangestipt. De cliëntenbesprekingen en teamvergaderingen voor medewerkers zijn ook kort de revue gepasseerd, maar zullen in hoofdstuk acht nader worden besproken.

In deze paragraaf wil ingaan op enkele interne en externe factoren die het belevingsgericht werken binnen de organisatie in de praktijk stimuleren of juist kunnen beperken.

6.3.1 De individuele medewerker

Uit hoofdstuk vijf is reeds gebleken dat elke medewerker een andere invulling geeft aan het belevingsgericht werken. Bij sommige staat de verwondering in de bewoners centraal, terwijl anderen zich voornamelijk richten op het leveren van goede service. Ongeacht de individuele opvattingen ten aanzien van belevingsgericht werken zien we dat de zorg met name gekenmerkt wordt door een doementaliteit.

I14: En er schiet me nog iets anders te binnen, want verzorgende en verpleegkundige zijn per definitie doeners. Dus het zit niet alleen in de opleiding of in de tijdsdruk, of dat is een excuus, het zit niet alleen in de druk van buitenaf die hoe dan ook opgelegd word, maar ik denk ook dat we als hele beroepsgroep vinden dat als we onze handen niet kunnen laten wapperen, dat we dan niets doen.

Wellicht verklaart dit waarom veel medewerkers snel geneigd zijn om het belevingsgerichte werken te vertalen met het vervullen van de behoefte van een patiënt of bewoner. Maar het creëert ook een eigen opvatting over hoe de zorg er uit zou moeten komen te zien. In hoofdstuk vijf heb ik tevens toegelicht dat zorgverleners niet zozeer begrenst zijn in hun tijdsindeling, maar met name begrenst zijn in hun opvattingen rondom werk en de opvattingen over hoe je omgaat met de beschikbare tijd. Tien minuten bij een bewoner gaan zitten wordt lang niet door iedereen gezien of ervaren als werken.

6.3.2 De organisatie van Vremdieke

Het gebouw van Vremdieke is opgebouwd uit drie verdiepingen, waarbij er elke verdieping één team van de zorg werkzaam is. De bewoners van BW+ (begeleid wonen) wonen verspreid over het huis en worden vrij gelaten om al dan niet mee te doen in de dagelijkse activiteiten. Ditzelfde is van kracht voor mensen van Kreeksicht (dementerende). Indien de bewoners gaan dwalen of tot overlast zijn van medebewoners (of een gevaar voor zichzelf) dient er gezocht te worden naar een gesloten afdeling in een ander verzorgingstehuis dan dat van Vremdieke. Op de groepen BW+ en Kreeksicht staan twee individuele teams welke zich richten op de dagbesteding en minder op de dagelijks aan het lijf gebonden zorg, deze zorg wordt op de afdeling verzorgd. Alle medewerkers hebben dus te maken met zowel dementerende als psychiatrische patiënten, maar ook met oudere bewoners welke volledig bij kennis zijn, maar vanwege lichamelijke beperkingen in het verzorgingstehuis verblijven.

Opvallend aan de verdeling van deze teams is dat de eerste verdieping zo'n tien extra bewoners kent in vergelijking met de begane grond en de tweede verdieping. Het is daarbij onterecht om dit verschil enkel in aantallen te benaderen. Niet elke bewoner dient ondersteund te worden bij het wassen en niet elke bewoner heeft hulp nodig bij het ontbijt. De zorgvraag per afdeling is dus relevanter dan het aantal bewoners. Hoe hoog de zorgvraag in het aantal uren per afdeling is, dat is niet duidelijk geworden uit het onderzoek, maar als leek heb ik de indruk gekregen dat de zorgvraag gemiddeld per bewoner op de eerste verdieping niet minder is dan op de andere verdiepingen. Dit maakt dat de totale zorgvraag per dienst hoger ligt dan op de andere afdelingen. De vraag die vervolgens gesteld dient te worden is hoe de personele bezetting hierop is gebaseerd en over het algemeen werken alle drie de afdelingen met drie medewerkers. Ruw weergegeven vertaalt zich dit in de ochtend naar +/- 7 bewoners per verzorgende op de eerste verdieping is dit +/- 10 bewoners per verzorgende. In de middag varieert de bezetting van één tot drie verzorgers per afdeling en in de avond is er één

verzorgende per afdeling. De nachtdienst bestaat uit twee personen en deze draait gezamenlijk in het hele huis.

Uiteraard is het gevoelig om een onderwerp als tijdsdruk aan de orde te stellen. Ik wens echter niet het te kort aan tijd aan de orde te stellen, maar de verdeelsleutel van de tijd en hoe de verschillende teams zich tot elkaar verhouden.

Tijdsdruk op de tweede verdieping

Gedurende de ochtenddienst valt het me op dat we om 9:20 al klaar zijn met de zorg als we vervolgens naar de zusterpost lopen neemt ze ruimschoots de tijd om een gesprek met me aan te gaan over mijn studie e.d. Na tien minuten sluit ook de collega zich aan bij het gesprek. Ook zij is klaar met de zorg. Wellicht komt het door mijn aanwezigheid dat de dames een half uur uittrekken om mij wat bij te praten over de afdeling, maar ik heb het idee dat ze het ook wel prettig vinden om te wachten tot 10:00 uur om op de koffie te gaan. Een medewerkster die voorheen elders (niet binnen Vremdieke) werkzaam was reageerde als volgt op de zorg :

I: Maar daar was de werkdruk vier of vijf keer zwaarder dan hier. En toen ik hier kwam had ik echt zo iets van "Mah, ze hebben hier nog tijd voor de mensen om eens even een stukje buiten te gaan met ze om eens even een praatje met ze te gaan maken." Dat kende ik niet. Dat was er gewoon niet. Je was daar gewoon echt van 7:00 tot 16:00 uur druk.*

Was mijn observatie slechts een moment opname of is deze situatie eerder structureel?

Tijdsdruk op de begane grond

Op de begane grond leek de tijdsdruk op de zorg wat hoger te liggen dan op de tweede verdieping. Tot aan de koffiepauze zijn we bezig met de verzorging van bewoners, we hebben de verzorging in de ochtend dus afgerond tegen een uur of 10, net op tijd om alle bewoners naar de grote zaal te brengen. Een medewerkster van de begane grond deelde het volgende:

I: Een mannetje meer zou altijd welkom zijn. Zeker 's ochtends, want 's avonds vind ik, dan heb je daar wel meer tijd voor. En kan het ook. Maar 's morgens is het zo'n race tegen die klok en dan wil iedereen aan de koffie en dan is het zo druk.*

Tijdsdruk op de eerste verdieping

In tegenstelling met de begane grond en de tweede verdieping is de tijdsdruk daar een stuk hoger. Dat blijkt ook uit de volgende uitspraken:

I: Op het moment is het hier op twee wel wat rustiger in tegenstelling tot de eerste verdieping en dan kun je niet altijd voldoen aan de behoefte van de cliënt, dat lukt dan niet altijd. Maar dan moet je riemen met de riemen die je hebt.*

I8: Ik denk dat de zorgvraag hoger is, omdat er sowieso al meer mensen zijn, is die zorgvraag ook al hoger.

Hier blijkt tot op zekere hoogte ook begrip voor te zijn, waardoor collega's van de andere verdiepingen ook bijspringen om de zorg in de eerste verdieping tegen een acceptabele tijd afgerond te krijgen.

I6: We hebben soms wel eens dat er tegen half negen iemand naar een andere verdieping gaat om daar te gaan helpen.

I5: Wij zijn ook altijd degene die overal bijstaan als er wat is. Dan is het altijd: "Ja hoor, dat doen we wel... dat gaat goed komen".

Toch deelde een medewerkster van de eerste verdieping dat het verschil in werkdruk ook de nodige frustraties met zich meebracht. Eerder op de avond heeft ze gedeeld dat ze de nachtdiensten als een positieve gelegenheid ziet om al haar administratieve activiteiten bij te werken waar ze elders in haar werkzaamheden weinig tot geen tijd voor ervaart. Om de werkdruk van een avonddienst op de eerste verdieping te illustreren biedt ik u hier een kijkje achter de schermen:

Casus tijdsdruk

De zorgoverdracht is wederom zorgtechnisch van aard, maar komt zeer onvoorbereid op me over. De dame haalt een briefje uit haar zak, kijkt in de agenda en verwijst ook nog naar een map (De notities staan klaarblijkelijk op meerdere plekken). Later op de avond blijkt dat er ook informatie uit is gebleven (vernieuwing van katheter) dit stond overigens wel in de zorgmap van deze bewoonster vermeld. Na de zorgoverdracht vertrekt de collega van 1. en ik volg 1. op haar dagelijkse ronde. Het valt me direct op dat 1. er stevig de vaart in zet.

Hoewel 1. sprint van kamer naar kamer valt het me op dat ze toch aansluiting maakt bij de bewoners. Ze vraagt o.a. naar de cocktailparty en klopt heel duidelijk op de deur. In sommige gevallen wacht ze heel nadrukkelijk op een reactie, als een reactie uitblijft steekt ze voorzichtig haar hoofd door de deuropening. ... Heel sporadisch deelt ze ook wel eens wat over haar eigen leven. Het feit dat dit niet veel gebeurd heeft naar mijn mening niet met haar capaciteiten te maken, maar met de druk van de zorgtaak.

Als ik haar op een later tijdstip vraag of de hele avond zo hectisch is zegt ze: "Als ik langzamer loop, dan redt ik het niet". Ik deel enkele uitspraken met haar van collega's (van de tweede verdieping) die de avond ervaren als een rustige dienst waar je nog eens tijd hebt voor je bewoners voor een praatje o.i.d. Waarop F. vrijwel direct reageert: "Dat was zeker de tweede verdieping?". Ze licht me toe hoe de BW+ bewoners al snel in een hogere graad van zorgvragers vallen en dus is er meer tijd beschikbaar... Later deelt ze in de wandelgang dat de verschillen in werkdruk tussen de verschillende verdiepingen soms ook tot irritaties leiden. 1. geeft vrijwel direct erachter aan dat er ook collega's zijn die in elk mogelijk gaatje even komen bijspringen, maar dat er ook momenten zijn (net als nu) dat dit niet gebeurd.

Als we even zitten deelt 1. dat ze vaak 's avonds niet kan slapen. Ze loopt dan meestal tot 1 uur 's nachts te malen of ze niets vergeten is. "Je wilt natuurlijk niets vergeten en het ook netjes overdragen". ... 1. deelt tevens dat ze laatst ook op de BG had gestaan. Hier had ze aan het eind van de dag zelfs tijd over, ondanks het feit dat ze niet volledig bekend is met de gebruiken en handelingen welke op deze verdieping getroffen dienen te worden. ... Ook deelt 1. dat ze hier nooit warm eten mee naar toe neemt omdat ze op de meeste tijden opgebeld kan worden.

Ik zie later de collega van de tweede verdieping voorbij lopen. Ze komt even helpen met enkele steunkousen uit te doen bij enkele bewoners. De collega van de begane grond belt of we mee gaan om nog even wat koffie te gaan drinken. 1. geeft aan dat ze dat niet ziet zitten omdat ze het dan al helemaal niet meer redt. Hoewel de verschillen in werkdruk soms irritaties kunnen opwekken is 1. zeer te spreken over haar eigen team.

Zodra we even dit moment hebben gehad met meneer L. stromen de telefoontjes binnen. Het zijn er inmiddels al vier en bij binnenkomst van de eerste beller treffen we een bebloede man aan. Hij slikt bloedverdunners, maar is ondanks dat toch behandeld en gehecht aan het oor. Dan trekt 1. het even niet meer en zegt "Ik heb nu even hulp nodig". Ze belt 2. van de tweede verdieping met de vraag of zij twee bewoners kan helpen.

Het valt me op dat er een piekmoment is waarop 1. opnieuw enkele kamers binnen stapt en zich verontschuldigd dat ze straks terugkomt. Ze geeft vaak aan dat ze eerst nog iets anders moet doen, maar verteld geen reden hierbij (dit is opvallend en ik vraag me af of ik dit als positief of negatief moet ervaren). Tegen één bewoonster zegt 1. dat ze binnen 10 minuten of een kwartiertje terug is, maar uiteindelijk is het naar mijn mening een half uur geworden. De dame wordt dan op een po geplaatst.

Als we het einde van de dienst naderen zijn er nog steeds vier wachtenden en als 1. nogmaals gaat kijken bij de meneer welke geholpen is aan het oor treft ze voor een derde maal een meneer aan met een bebloed hoofd en ook de vloer en het shirt zitten onder het bloed. Opnieuw roept 1. de hulp in van haar beide collega's. Binnen een minuut staan beide collega's op de eerste verdieping. Collega BG gaat direct van start om de dame van deze meneer naar bed te begeleiden. Als zorgverlener 2. bij het echtpaar De P. wil beginnen wordt ze gecorrigeerd door BG.: "Als we dan gebeld worden door iemand van de begane grond of de tweede verdieping, dan zitten we helemaal klem, dan kan er helemaal niemand naar toe."

Als de dienst er bijna opzit komt 1. als laatste bij de dames zitten voor de zorgoverdracht. (Ik realiseer me dat ze helemaal geen tijd heeft gehad om alles zorgvuldig op een rijtje te zetten en kan me realiseren dat er zo fouten in kunnen sijpelen. Dan vraagt 2. of er ook een laatste meting is gedaan bij twee bewoners (dit moest rond 21:00 uur gebeuren). Het is 1. compleet ontschoten en de nachtdienst zal gaan kijken of er nog iemand hier iets mee kan doen.

Buiten de eigen zorg op de eerste verdieping blijkt de zorgmedewerker van de eerste verdieping tevens verantwoordelijk voor extra handelingen op de tweede verdieping omdat haar collega van de tweede hier niet de bevoegdheid voor heeft. Soms gebeurt het zelfs dat zowel de collega van de begane grond als op de tweede verdieping een niveau 2 medewerker betreft. In dat geval is ze verantwoordelijk voor alle aan niveau drie gerelateerde zorg in het gehele huis. Als ik haar vraag of dit vervolgens ook betekent dat de zorgverleners van die afdelingen ook bijspringen op de eerste verdieping is ze sceptisch. Uit haar reactie blijkt dat lang niet alle medewerkers dat doen. Sommige medewerkers schieten bij waar ze kunnen, maar indien dit niet gebeurt wordt de tijdsdruk van een niveau drie medewerker op de eerste verdieping nogmaals verhoogd.

Met de weergave van deze casus wil ik niet weergeven dat de bezetting in de zorg onredelijk is, maar ik zet wel sterke vraagtekens bij de verdeling van deze werkdruk. Uit de interviews blijkt dat er in de ochtend vaak collega's komen helpen met de zorg op de eerste verdieping. In de avond was er voorheen nog een vierde kracht aanwezig vanaf 20:00 uur, maar deze kracht is komen te vervallen omdat er momenteel met twee medewerkers in de nacht wordt gewerkt.

Oorzaken van tijdsdruk

Tot de bewuste avonddienst was ik me niet bewust van de grote verschillen in druk binnen de organisatie. Tot dan toe werd mij medegedeeld dat er op deze afdeling belevingsgericht zou worden gewerkt dan op de andere afdelingen en dit zou zich relateren in het feit dat de zorg meer tijd vergt.

17: En boven op de eerste verdieping geven ze eerst iedereen altijd eerst te eten, maar wij stemmen dat op elkaar af, want iemand moet natuurlijk niet om 10 uur nog eens gaan eten. Maar wij stemmen de zorg daar wat op af. Want als je eerst iedere patiënt te eten moet gaan geven, dan ben je daar al een dagtaak aan kwijt en dan moet je nog beginnen met de zorg. En nu moet ik ook wel zeggen dat die het ook wel druk hebben, maar we hebben het ook altijd zo druk gehad. En dan komen zij naar ons van: "He hoe moet dat nu, want we moeten die patiënt nog te eten geven." Dan denk ik: "Help die eerst en dan ga je zeggen dat die andere patiënt uit bed kan gaan komen, maar dat zit niet op één lijn. [* Later licht ze toe dat ze vroeger ook wel een hogere zorgvraag hebben gekend, maar momenteel is het een stuk rustiger op de afdeling.]*

Dat werd ook bevestigd in een gesprek met een medewerkster van de eerste verdieping:

1: Ja het valt mij vaak op dat de mensen die langer bezig zijn vaak wel belevingsgericht werken omdat die alles tot in de puntjes afgewerkt willen hebben bij de bewoner ... Je hebt gewoon veel eisende mensen en je hebt ook gewoon weinig eisende mensen. En die veel eisende mensen, die kosten gewoon heel erg veel tijd. En je kan het natuurlijk wel zo goed mogelijk verdelen. Zo van: "Ik moest dan toch nog terugkomen en dan kan ik dat en dat ook wel gelijk doen". Maar als diegene dat op dat moment wil, dan doe ik dat ook wel als dat op dat moment ook kan.*

De leidinggevende van de afdeling geeft echter aan dat de medewerkers niet zozeer in de vorm van tijd dienen te denken.

13: En van de zorg ook nog altijd de drang om in de vorm van tijd te denken en niet in de vorm van 24 uren zorg. En ik snap dat ook wel allemaal hoor, want als ik late dienst heb, dan wil ik het ook allemaal netjes afgerond hebben overgedragen aan mijn collega. Maar als je het van de zijlijn bekijkt, dan denk je, ja lekker belangrijk voor die cliënt. Dat heeft altijd twee kanten en dat is niet makkelijk om daar altijd je vinger op te leggen. Ja dat die drang er nog altijd is van: 'We hebben goed gewerkt als het om een vaste tijd bijvoorbeeld klaar is' en dan wordt het ook vertaald als: 'Dan zijn de cliënten tevreden, want dan is het ook op tijd klaar. Maar ik geloof nooit dat dat voor iedereen zo is.

Toch mogen we uit de casus opmaken dat de druk niet ontstaat door het willen afronden van diverse zorgtechnische elementen binnen de eigen dienst, maar het ontstaat met name door de zorgvraag van de bewoners welke via het bellensysteem de hulp van een zorgverlener oproepen. Mijns inziens mag er niet voorbij gegaan worden aan het feit dat de zorg op de eerste verdieping (op basis van het aantal patiënten) 33 % hoger ligt. Als een medewerker uit de bovenstaande casus vervolgens ook nog

verantwoordelijkheden heeft op de begane grond of de tweede verdieping, dan ligt dit percentage nog hoger. Een kritische zelfreflectie als organisatie is vanuit mijn optiek niet misplaatst.

Tijdsbesteding

Naast de tijdsdruk of de beleving van tijd is er nog een tweede element en dat heeft te maken met de tijdsbesteding. Zoals ik reeds heb aangegeven bepleit ik niet dat er in Vremdieke een tekort aan beschikbare tijd is, maar dat er een verschil in tijdsdruk bestaat tussen de verschillende afdelingen. Daarnaast is het opvallend hoe medewerkers omgaan met hun beschikbare tijd. Eerder heb ik een voorbeeld aangehaald van hoe twee medewerkers van de tweede verdieping het half uurtje tot de koffiepauze gebruikten om in de zusterpost bij te praten alsook om mij te ondervragen omtrent mijn studie. Deze situatie kan ik nog enigszins verdedigen, maar gedurende het onderzoek viel het me op dat de beschikbare tijd na de lunchpauze fors te noemen is. Juist dan gingen de meeste zorgverleners aan de haal met hun zorgdossiers, sporadisch gingen er enkele medewerkers een ommetje maken met één van de bewoners. Tijdens het werken aan de zorgdossiers worden de medewerkers overigens wel gestoord worden door belletjes tussendoor. Vanuit mijn management achtergrond vraag ik me af waarom niet één zorgmedewerker wordt aangesteld om zich volledig op de belletjes te richten, waardoor de andere medewerkers doelgericht kunnen werken aan de zorgdossiers, maar dat ter zijde.

De administratie lijkt een steeds grotere rol in te nemen, dat wordt ook erkent door de leidinggevenden:

I3: Als de zorgdossiers niet op orde zijn dan worden ze ook op appel geroepen waarom dat dan zo is. En als ze dan zeggen, maar ik heb zoveel late diensten, dan gaan we ook kijken van, dan kun je dat daar en daar ook nog doen. Maar in principe is dat tijd die je bij de cliënt weg haalt. Dus waar je eerst een wandeling met een bewoner maakte of waar je voor iemand zorgt, daar worden nu andere dingen gedaan. Dus dat is jammer, maar dat is een feit en een gegeven. En daar blijf ik ook niet in hangen, dan moet je wel heel rooskleurig moeten willen zijn.

Toch ben ik kritisch over de hoeveelheid tijd die er geïnvesteerd wordt in het werken aan de zorgdossiers. De zorgdossiers zijn namelijk toebedeeld aan niveau drie medewerkers en elke medewerker is contactverzorgende van zo'n vier bewoners. Als ik de medewerkers bevraag hoeveel tijd het kost om aan de zorgdossiers te werken kunnen ze mijn vraag moeilijk beantwoorden.

I4: Ja het is vooral de tijd ook. Want bijvoorbeeld de mappen in orde maken, daar hebben we ook niet veel tijd voor. Dat moet ook allemaal ... (O: Want hoeveel tijd moet je daar aan besteden? Is dat de helft of is dat een kwart?) Ja, dat is eigenlijk een beetje verschillend, want als er niets veranderd met die persoon, dan moet je ook niets veranderen. Maar als er ineens wat veranderd, dan moet je dat ook doen... Als mensen bijvoorbeeld achteruit gaan of de medicijnen veranderen, dan moet je dat wel gelijk veranderen.

Als ik vervolgens de mogelijkheid heb om op de groep te staan van psychiatrische patiënten ben ik in de gelegenheid om te observeren hoeveel tijd hier wordt besteed aan administratieve handelingen. Met administratieve handelingen versta ik het werken achter de zusterpost. Hieruit kon ik het volgende opmerken:

Van 9:00-10:00 uitvoerig bijpraten over de mogelijke terugkeer van een cliënt en diens revalidatieproces. 10:30-11:30/11:45 dames werken aan zorgdossiers/zitten achter de zusterpost. 12:30/13:00-13:30 Dames zitten achter de zusterpost. 13:30-15:20 Eén dame is met cliënt naar de Gamma en pikt tevens samen een terrasje. Andere dame loopt een uur door het gebouw (heb geen idee van haar werkzaamheden tijdens dit uur

Wederom is het een moment opname van twee medewerkers die op een groep werken en hoeft het niet de dagelijkse praktijk te weerspiegelen. In de zorg is deze beschikbare tijd beduidend minder., maar dagelijks zal dit zeker een uur tot anderhalf uur betreffen. Ik wil de medewerkers van Vremdieke met mijn constatering niet afvallig zijn en ik beoog ook niet dat er op de tijd bezuinigd dient te worden, maar als ZorgSaam een belevingsgerichte visie wenst te hanteren, dan kunnen we ons wel de vraag stellen hoe de beschikbare tijd gebruikt wordt. De dames van BW+ lieten weten dat er geen dagelijks programma werd aangeboden. Hoewel de dames 7 uur diensten draaien komen de

bewoners pas na de koffiepauze (10:30) binnen en het programma duurt tot +/- 15:45, terwijl het ruim anderhalf uur onderbroken is na de middagmaaltijd. Een ruwe berekening geeft aan dat er van deze 7 diensturen zo'n vier contacturen overblijven voor de bewoners, terwijl er ook in die vier contacturen veelvuldig aan de administratie werd gewerkt.

Bij de groep voor dementerende heb ik niet het aantal uren voor administratie bijgehouden, maar naast het feit dat de medewerkers hier ook grote delen van de dag alleen op de groep staan gebruikten enkele van de dames de beschikbare tijd om bewust aandacht te schenken aan de bewoners. In tegenstelling tot mijn ervaringen bij BW+ mengden zij zich in het groepsgebeuren terwijl de BW+ medewerkers zich afstandelijker gedroegen ten opzichte van de groep. Dit mengen in de groep maak ik op uit het voorlezen van de krant, met de verschillende bewoners een gesprek aangaan en ook tijd uit te trekken om zich vanachter de zusterpost vrij te maken om bij de bewoners te gaan zitten zonder dat er een interventie of zorgtaak diende uitgevoerd te worden.

De kritische vraag welke gesteld kan worden is daarom: Hoe wordt de beschikbare tijd in de dagelijkse praktijk ingevuld? De locatiemanager gaf een volgend voorbeeld aan:

I1: We hebben hier ook een stel huishoudelijke medewerkers (niveau 1) in de avond die dan koffie en thee zetten voor de broodmaaltijd. Wij hebben er voor gekozen om geen bak koffie of thee te zetten, maar we lopen bij iedereen op de kamer even langs en zetten daar een bakje koffie of thee, so what. Daar zit je natuurlijk even met een stukje dooitijd. Iedereen zit natuurlijk te eten en dan kun je nog niet afwassen. En dan gaan ze uiteraard hier zitten en in de zomer lekker buiten. En dan gaat het al gauw om drie keer een half uur (Elke medewerker 30 min) en dat is allemaal werktijd. Anderhalf uur, waarvan ik zeg: "Die kun je ook bij de cliënt doorbrengen" en dan krijg je de reactie: "Maar die zitten nu dit te doen of dat te doen." En ja, ze zullen het dan niet direct meer tegen je zeggen dat ze het niet meer druk hebben, maar dat wil nog niet zeggen dat het ook in hun hoofd niet zo is. Ja.. ze moeten er gewoon niet mee aankomen, want dan krijgen ze dit antwoord en dat weten ze ook. Maar in hun beleving wil dit niet zeggen dat ze dit anders gaan beleven of dat ze hun gedrag erop gaan aanpassen. Voor de ene wel, maar de ander niet. En dat kun je ook moeilijk opleggen. (bezoeken van bewoners?)

Toch hoop ik dat op basis van bovenstaande uiteenzettingen tijd niet zal worden afgedaan met een eenvoudige reactie waarin alleen de medewerker verantwoordelijk wordt gesteld voor diens tijdsbestedingen, maar dat het tevens mag leiden tot een kritische zelfreflectie als organisatie zijnde.

6.3.3 De overkoepelende organisatie

De derde factor welke van invloed is op de dagelijkse zorg is de verbondenheid tot het overkoepelende orgaan. De invloed lijkt echter voornamelijk bestuurlijk te zijn.

I1: Je probeert natuurlijk het geluid van Vremdieke zoals dat altijd al door de jaren heen geklonken heeft te blijven behartigen binnen de grotere organisatie. Want die hebben toch wel een andere kijk op sommige dingen. Bijvoorbeeld inkopen; wij doen hier graag zaken met locale mensen, daar eet je van en dat probeer je dan later terug te verdienen.

I1: Nee, nou ja, je bent nu een grotere organisatie en je bent een kleinere organisatie gewend, dus alles gaat een stukje trager. Als er nu iets met een PC aan de hand is, dan moet je de storingsdienst bellen en dan wordt er een bonnetje opgesteld en dan komen ze dat ding maken. En als je mazzel hebt doen ze dat binnen een week, anders belde je zelf een PC bureau en dan stonden ze dezelfde dag nog op de stoel. Dat soort dingen, maar zijn dat beperkingen? Nee niet echt.

Toch hebben sommige bestuurlijke besluiten ook directe gevolgen op het uitvoerende niveau van de zorg.

I13: Ja, in het verleden gingen we eens een dagje weg en toen kon dat ook allemaal. En dan kreeg je koffie en thee e.d. En ja zo zijn we ook eens naar de dierentuin in Antwerpen geweest. Als groepje en dan ga je daar met de bus naar toe en dan kreeg je eten en drinken en dat werd dan allemaal gefinancierd. En dat snap ik wel dat het allemaal wat duur werd ...

En dat is denk ik ook wel omdat ze nu bij ZorgSaam zijn, want als huis zelf kun je natuurlijk zelf wel een beetje dat budget regelen natuurlijk.

I12: Maar als je het hebt over belevingsgericht werken, dan vind ik het bijvoorbeeld jammer dat we niet meer met de bewoners op reis konden gaan. Zo waren we eens een jaar met onze groep op vakantie gegaan naar een huis van het rode kruis in Nieuwvliet en ook de bewoners hadden hier een eigen bijdrage in geleverd. Maar toen we dat het volgende jaar weer wilden gaan doen werden we op de vingers getikt door ZorgSaam omdat dit niet meer kon. De vakantie was niet het probleem, maar de 24 uren zorg welke er aan gekoppeld is vormde het probleem. Want die extra zorg op dat moment moet ergens anders gecompenseerd worden en dat gaat niet... Maar daarin vind ik het jammer dat de eigenheid van Vremdieke dat niet meer kan toestaan. (Ik krijg de indruk dat ze wil zeggen dat Vremdieke het nog wel zou willen doen, maar dat ZorgSaam het beperkt).

De directe invloed op de zorg moet met name gezocht worden in de topdown geïnitieerde visie van ZorgSaam, namelijk Belevingsgericht Werken. ZorgSaam tracht deze visie in de praktijk te borgen via o.a. haar medewerkers veelvuldig op de visie te wijzen en te trainen binnen het zorgethische lab; sTimul.

6.4 De invloed van de staat, de markt en de gemeenschap

Nadat in paragraaf twee de betrokkenheid van de verschillende actoren is besproken, heb ik in paragraaf drie enkele organisatorische elementen tegen het licht gehouden welke de uitwerking van belevingsgericht werken kunnen stimuleren of de uitwerkingen kunnen beperken. In deze laatste paragraaf van dit hoofdstuk zal ik kort de invloed van de context van de zorg aanhalen. Ik heb er bewust voor gekozen om de contextomschrijving te beperken tot de eerdere weergave in hoofdstuk twee. Momenteel zal ik op basis van deze weergave (Van Hout, 2007) enkele incidenten of situaties aanhalen welke gedurende het onderzoek aan de orde zijn gekomen. Maar voordat ik hier op inga haal ik graag nog twee uitspraken van leidinggevendenden aan:

I2: Je kunt het hebben over de financiën ... Maar ik denk dat die wel allemaal invloed hebben, maar ik denk niet per definitie dat die dominant zijn. Dat denk ik niet. Dat is je speelruimte en ik denk dat als je alle randvoorwaarden als optie gaat benoemen waarom het onmogelijk is, dan kun je beter stoppen. Dan gaat het gewoon niet werken. En uiteraard heb je kaders waarbinnen je moet werken, maar ik vind die niet onmogelijk. Zeker niet binnen Vremdieke.

I1: Die beperkingen die aangegeven worden door c.q. beleidsmedewerkers of mensen die daar maar mee te maken hebben. Ik heb die nooit zo ervaren ... En ja de ene keer heb je misschien eens wat meer geld en de andere keer heb je misschien weer eens wat meer inspiratie. Maar ik vind het zo simpel het is de schuld van hier of van daar. Dat zie ik overigens ook niet in mijn omgeving gebeuren.

Voorafgaand aan het onderzoek kreeg ik de impressie dat de contextuele invloeden van de staat en de markt een grote invloed hebben op de mate waarin presentie de ruimte krijgt. Echter gedurende het onderzoek lijken de zorgverleners en leidinggevende veel minder gericht te zijn op de beperkingen van de staat en de markt; de invloed wordt veelal afgedaan als een feit en wordt (lijdzaam) gedragen als de speelruimte welke je als zorgverlener of als organisatie hebt.

De invloed van de staat

Uiteraard heeft de staat invloed op de dagelijkse gang van zaken. Meestal zijn dit handelingsvoorschriften denk daarbij aan de hygiëne bij het klaarmaken of serveren van het eten. Maar ook dienen speciale incidenten geregistreerd en gemeld te worden. Gedurende het onderzoek kwam dit onder anderen tot uiting in het moeten rapporteren van diverse valincidenten. In de beoordeling is de overheid met name geconcentreerd in de navolging van de door hen geformuleerde regels en voorschriften.

I1: En je ziet dat vanuit de inspectie ook, daar wordt heel erg gestuurd op mensen die incontinent zijn, hoeveel medicijnen gebruiken ze en dat is allemaal een heel medisch verhaal.

De invloed van de gemeenschap

In zowel dit hoofdstuk als in hoofdstuk vijf heb ik meermaals verwezen naar een sociale opvatting onder zorgmedewerkers dat je in de zorg altijd ' bezig ' zou moeten zijn. Stil zitten om een gesprek met een bewoner te hebben wordt veelal gezien als niet-werken. Volgens een praktijkopleidster van ZorgSaam is dit aan verschillende elementen toe te schrijven.

I14: Het heeft met tijdsdruk te maken, maar ook het perspectief. Het heeft te maken met het opleiden. Nog altijd en dat is al jaren en jaren, dat is dat de technische kant van de zorg voorop staat. Veertig jaar geleden was het nog zo dat als je op een stoel naast een patiënt zat, dat dan de hoofdzuster langs kwam en aan je vroeg of je alsjeblieft weer aan het werk wilde. En dat betekent dan po's schrobben of andere zaken doen.

Maar de invloed van de gemeenschap heeft niet alleen betrekking op het zorgaanbod, ook de zorgvraag verandert en meerdere medewerkers delen hun opvattingen over een nieuwe generatie die meereisend is dan de huidige bewoners van 80 à 90 jaar.

I2: Maar dat heeft misschien ook met de huidige generatie te maken, maar dat stukje gefocust zijn op die ochtendspits, dan denk ik: "Ik hoef niet voor 9:30 gedoucht te worden en ik hoef ook niet voor 10 uur uit mijn bed." Dat soort dingetjes.

I9: Dan staan we daar wel voor open. Er zijn ook mensen die dat vragen. Er zijn ook mensen die we twee of drie keer douchen in de week. Maar zoals ik al aangaf, die oudere generatie die zijn het niet gewend om zoveel te douchen. Die zijn ook niet gewend dat ze zoveel keuzes hebben. En in de jaren zestig zeker is een beetje die vrijheid gekomen, die vrijheid van meningsuiting e.d. Dat zijn die mensen helemaal niet gewend.

I12: Je moet namelijk er ook rekening mee houden dat de zorgvraag verandert. Met deze generatie van bewoners (80 en 90 jaar) die zijn wat meer gelaten en accepteren hoe de zorg plaats vindt, maar als je daadwerkelijk PG bewoners binnen gaat halen die enkele jaren jonger zijn (dus van een andere generatie), dan zul je ook een andere zorgvraag krijgen. Want als je naar de mensen van tegenwoordig kijkt die zijn niet zo gelaten.

Met de huidige veranderingen binnen de zorg naar een liberalere opvatting over hoe de zorg georganiseerd dient te worden staan we tevens voor de uitdaging hoe de nieuwe generatie meer eisen zal gaan verbinden tot de zorg. Deze verandering is volgens enkele medewerkers al zichtbaar in de jongere bewoners van o.a. BW+ (de jongste bewoner bij BW+ is 61 jaar).

Invloed van de markt

De grootste invloed op de dagelijkse zorgpraktijk is echter toe te kennen aan de verzakelijking van de zorg. De zorg moet namelijk te allen tijden verantwoord worden alvorens de zorg ook vergoed wordt. Tijd uittrekken voor sociale activiteiten wordt in eerste instantie niet gezien als zijnde zorg, deze zorg wordt dan ook niet vergoed, tenzij het om een begeleid wonen traject gaat zoals dat van BW+ en Kreekzicht. De aanwezigheid van deze twee open afdelingen maakt dat er meer zorguren per afdeling beschikbaar kunnen worden gesteld wat wellicht ten voordele is ten opzichte van andere verzorgingstehuizen. De druk op constante bezuinigingen heeft volgens de praktijkopleidster geleid tot het wegzuiveren van de niveaus vier en vijf uit de verzorgingstehuizen. Ook binnen Vremdieke wordt er voornamelijk gewerkt met niveau één, twee en drie zorgverleners. Een medewerkster niveau twee deelde het volgende:

I5: Ik denk zelf dat we over vijf jaar ook gaan spuiten, binnen vijf jaar zelfs. En dat we dan ook de zorgmappen doen. En dat we eigenlijk hetzelfde zullen gaan doen als niveau drie. ... Ik denk dat het gewoon een kostenplaatje is. Ja, wij zijn ten slotte goedkoper dan niveau drie, dus ja.. Dan heb je straks waarschijnlijk enkel een niveau drie nodig voor de erge wonden en voor echt het verpleegkundige zeg maar. Dat verwacht ik, dat denk ik. Maar dat zal ook denk ik van het huisafhankelijk zijn.

Als ik in gesprek ben met een niveau drie medewerkster geeft ze aan dat ze graag meer uren wenst te werken i.v.m. haar thuissituatie. Eerder die dag heb ik echter een nieuwe kracht op de afdeling zien rondlopen, als ik haar vraag waarom zij niet meer uren kon draaien reageert ze: "Ik ben te duur".

De invloed van de markt heeft niet alleen betrekking op de tijd van de zorgverleners ook de beschikbaarstelling van materialen leidt tot lastige situaties.

Casus incontinentiemateriaal

Situatieschets: Vanuit het zorgkantoor wordt er een bepaald budget ter beschikking gesteld voor incontinentiemateriaal. Doordat ZorgSaam met één toeleverancier werkt is Vremdieke gebonden en dient bij een bepaalde afnemer af te nemen. Het probleem is dat zij hierdoor een beperkte hoeveelheid kunnen aanschaffen van het ter beschikking gestelde budget. Intern levert dit vier problemen op:

- 1. Het zorgkantoor verwacht eigenlijk dat je als zorgorganisatie slechts 3 inco's per dag gebruikt. Als een inco nog niet vol is, dan dient deze nog niet verwisselt te worden.*
- 2. Als een bewoner zich bewust wordt van het plassen of alsnog naar het toilet wenst te gaan, dan wordt de inco bloot gesteld aan de lucht. De inco is dan niet meer functioneel en door het contact met de lucht voelt deze nat aan. Als je de inco weer zou hergebruiken zou dit irritatie tot het gevolg kunnen hebben.*
- 3. Binnen Vremdieke wordt vervolgens steeds extra incomateriaal gepakt van medebewoners en/of uit de voorraad van Vremdieke. Het gevolg is zowel een ethisch dilemma; want kun je zomaar incomateriaal pakken wat de bewoner niet toekomt en het tweede gevolg is dat Vremdieke steeds onangepaste uitgaven kent om die voorraad op peil te kunnen houden.*
- 4. Maar kun je dan de bewoner waarvan het materiaal op is dan maar gewoon in zijn kleding laten zitten? En in zijn of haar bed laten plassen?*

Tijdens de verzorging van meneer F. wordt de situatie zeer levendig voor mij.

En dan zie ik A. de kamer in stappen en ze loopt in de richting van een inbouwkast waar de inco's zouden moeten liggen. Dan reageert ze gepikeerd want de inco's liggen niet meer op hun plek. Snel loopt ze naar de badkamerdeur en ze geeft aan dat ze even weg is en zo terugkomt. Terwijl ze de deur opnieuw sluit van de badkamer zegt ze... "Oh als hij nu maar niet valt, want hij staat al niet zo stevig". Ik zie dat meneer op een driepoot leunt doordat de deur licht open blijft staan. Na een minuutje zie ik A. terugkomen met nieuw incomateriaal. ... Terwijl deze situatie zich voordoet vraag ik me af hoe realistisch het is om van de zorgverleners te vragen om in een soortgelijke situatie waarbij het incomateriaal op is niet van de voorraad van een medebewoner te mogen pakken. Zou je de man dan werkelijk zonder incomateriaal kunnen laten staan? Het is wel wat er nu gesuggereerd wordt.

Tijdens de teambespreking waar het probleem aangekaart wordt reageert één van de medewerkers:

"We kunnen toch moeilijk al die mensen aan een kateter verbinden?"

Uit de ontwikkelingen bij één van de bewoners maak ik op dat dit momenteel wel ter sprake wordt gebracht omdat de aanschaf van extra inco materiaal niet door de familie kan worden vergoed, dan wel wenst te vergoeden. De betreffende bewoner is noodlottig toegewezen op dat wat hem of haar wordt aangeboden.

Gedurende dit tafereel valt het mij echter wel op dat de teamleiders de verantwoordelijkheid leggen bij de zorgverleners. Ik begrijp dit in eerste instantie wel, maar toch krijg ik de indruk dat zij zich daardoor distantiëren van het probleem. De beperking van incontinentiemateriaal wordt niet langer gezien als een probleem dat de organisatie moet aanvechten met de zorgmaatschappijen, maar de zorgverlener moet zelf maar zien te roeien met de riemen die hij of zij heeft. Senge (1994: 61) omschrijft dit als een 'Shifting the burden structure', de tijdelijke oplossing zal echter snel voor nieuwe problemen zorgen.

Als ZorgSaam de belangen van haar patiënten en bewoners hoog in het vaandel heeft staan, dan dient zij de zorgverlener niet de eigenaar te maken van deze schrikbarende vooruitzichten, maar dan dient zij zichzelf hart te maken voor wegen waarin de patiënt of bewoner de zorg krijgt welke hem of haar toekomt.



Resultaten

Het proces van reflectie

Hoofdstuk 7

Reflectie als individu

"Door studenten al in hun opleiding bloot te stellen aan de leefwereld van die ander, kan presentie als benadering in een vroeg stadium van iemands professionele ontwikkeling worden gestimuleerd. Dit leidt tot de erkenning dat je als hulpverlener de ander niet kunt doorgronden, kweekt bescheidenheid en een blijvend speuren naar wie de ander is en wat er op het spel staat. Dat alleen al is weldadig."

Anne Goossensen—Interview: Laat de ander helemaal tevoorschijn komen—
vaktijdschrift Adriaan—2012



7.1 Inleiding

Hoofdstuk vijf is ingegaan op de individuele interpretaties en uitingen van zorgverleners aan hun dagelijkse zorgpraktijk. Daarin zijn o.a. vijf weergaven weergegeven over de uiting van belevingsgericht werken. In de praktijk blijkt de uiting van belevingsgericht werken zich echter veelal te beperken tot een servicegerichte dienstverlening of een vraaggerichte dienstverlening. Hoewel het presentiegehalte per zorgverlener kan verschillen is het aantal voorbeelden van een meeleavingsgerichte zorg beperkt. De vraag welke automatische volgt is: Hoe komt het dat de medewerkers van Vremdieke niet lijken te komen tot een hoger presentiegehalte in de zorg. Hoofdstuk zes geeft daarom weer hoe de zorg op organisatorisch niveau wordt gestimuleerd of beperkt in de groei naar een hogere presentiegraad in de zorg. Maar niet alleen de individuele inzet van zorgverleners en de organisatorische ruimte dient verkend te worden. Ook de mate van reflectie als individu en als organisatie dient tegen het licht gehouden te worden.

Binnen dit hoofdstuk zal ik me specifiek richten op de individuele reflectie van zorgverleners binnen het verzorgingstehuis van Vremdieke. Daarin stel ik de kritische vraag in hoeverre zorgmedewerkers van de verschillende niveaus in staat zijn om te reflecteren op de door hen gegeven zorg. Ik zal daarin een tweedeling maken tussen reflecteren t.a.v. organisatorische aspecten alsook een reflecteren t.a.v. presentie in hun eigen persoonlijke beroepshouding.

Vervolgens zal ik gaan kijken naar hoe medewerker reflecteren binnen de eigen zorgpraktijk en hoe dit individuele proces van reflectie versterkt wordt of kan worden.

7.2 Het reflectie vermogen van niveau 1,2 en 3

Het reflectievermogen van niveau 1,2 en 3 t.a.v. organisatorische aspecten.

In hoofdstuk drie is zowel de theorie van de lerende organisatie toegelicht alsook de theorie van Single, Double en Triple Loop Learning. Daarin is aangegeven dat het niveau van reflectie op Single Loop niveau zich met name richt op het zoeken naar alternatieven, maar waarbij de handeling veelal naar hetzelfde einddoel streeft.

Een heel praktisch voorbeeld illustreert de casus van mevrouw D. Een zorgverleenster benadrukt mevrouw D. dat ze de dames van de huishouding moet vragen om het vlees voor haar te snijden. Haar lijst was namelijk niet ingevuld en kenbaar gemaakt bij de keuken, waardoor de huishoudelijke dienst eenmalig deze extra dienst diende te verzorgen. Bij het rondgaan van de maaltijd haalt een van de dames haar schouders op als ik aangeef dat het vlees bij mevrouw D. waarschijnlijk gesneden moet worden, haar collega neemt initiatief en loopt de kamer van mevrouw D in. Als ik later opnieuw met de zorg meeloop blijkt mevrouw D. niet het gesneden vlees te ontvangen van haar keuze. Volgens de huishoudelijke hulp moest ze het maar doen met een ander type gemalen vlees (is dus niet fijngesneden).

We kunnen deze situatie verklaren door de houding weer te geven als onwillend, maar wellicht dient er tevens gekeken te worden naar de mate waarin de zorgverlener capabel is om te reageren op situaties die afwijkend zijn van de dagelijkse structuur en routine. Vanuit het niveau van Single Loop Learning kunnen we ons afvragen in hoeverre deze huishoudelijke medewerkster capabel is om het 'probleem' op een andere manier op te lossen. Het is voor mij onbekend of mevrouw D. aan deze medewerkster heeft gevraagd of ze het vlees voor haar kan snijden, mogelijk heeft mevrouw D. alleen gevraagd om fijngesneden vlees. Als de medewerkster zich realiseert dat deze niet aanwezig is dient ze na te gaan wat de mogelijke alternatieven zijn om dit probleem op te lossen. Zij zoekt de oplossing in gemalen vlees dat veel fijner van structuur is dan gesneden vlees en wat bovendien niet het vlees is van mevrouw D.'s keuze. Zowel het snijden van het vlees of het serveren van gemalen vlees dat niet de keuze van mevrouw D. weerspiegelt zijn vormen van een Single Loop besluit. Er is namelijk gekeken naar de alternatieven welke voorhanden lagen. Maar kunnen de zorgverleners van niveau één alle alternatieven overzien? De vraag in hoeverre medewerkers in staat zijn om op organisatorisch niveau te reflecteren wordt ook door de manager Personeel en Management ondersteuning aan de orde gesteld:

I10: En soms zitten afspraken of protocollen ons in de weg. Want dat staat op papier en dat is bijna heilig en het afwijken, dat moet je dan maar durven. Daar moet je soms ook de

consequenties van durven inzien. Ja en ook voor jezelf... als je het hebt over niveau 1, 2 of 3 dan zullen er mensen bij zijn die wel een protocol kunnen volgen, maar die niet kunnen bevatten wat er gebeurt als je daar van afwijkt. Terwijl iemand van niveau 5, die zou veel meer kunnen beredeneren dat: Als ik hier van afwijk, dan gaat die mevrouw niet dood en dan gaat dat niet gebeuren en dat niet gebeuren... En die mevrouw wordt er gelukkiger van? Dan denk ik dat ik dat maar eens doe. Maar daar heb je een bepaald intellectueel niveau voor nodig om dat te bedenken. Om die gevolgstappen te overzien. En wat zie je... mensen die dat niet kunnen die houden zich strakker aan de protocollen en weten dan zeker dat het niet fout gaat.

De beperkingen van het Single Loop niveau wordt ook door één van de teamleiders aan de orde gebracht:

I2: Ik heb in het verleden ook wel met andere groepen medewerkers gewerkt die toch wel een hoger niveau hadden, waarbij je toch wel heel gemakkelijk van beneden naar boven kunt gaan werken. Waarbij hun de input kunnen leveren wat leidend is voor het pad wat jij uitstippelt. Ik denk dat dat ten dele hier wel de wens is, maar dat de medewerkers daar eigenlijk niet... (O: Die capaciteit ziet u als een beperking?) Ja, dat heb je netjes gezegd.

Maar is deze aanname reëel en zijn de niveaus één, twee en drie daarin gelijk of verschillen deze van elkaar. De interviews doen echter vermoeden dat er wel duidelijke verschillen aanwezig zijn. De een maakt dit onderscheid tussen de niveaus één vs. twee en drie en weer een ander legt het verschil tussen juist tussen niveau één en twee enerzijds en niveau drie anderzijds. Ondanks de verschillen doen zowel leidinggevend als medewerkers (niveau drie) vermoeden dat het verschil met de lagere niveaus duidelijk merkbaar is en dat medewerkers van niveau drie capabel worden geacht om een gehele afdeling te kunnen overzien.

I9: Nee, een EVV-er die houdt zich weer bezig met de afdeling zelf. Ik moet wel de afdeling kunnen runnen zeg maar... Ik sta altijd boven een niveau twee zeg maar. En soms sta je met z'n tweeën als niveau drie-ers en dan moet je wat meer overleggen, maar vaak sta je 's middags alleen. Maar in principe moet je een afdeling kunnen runnen.

I14: Niveau drie heeft een van de competenties dat ze moeten kunnen reflecteren op het eigen handelen, dus medewerkers die op niveau 3 IG zijn opgeleid of daarin werken die zouden dat net zoals niveau 4 of 5, kort door de bocht gezegd, gewoon moeten kunnen. Maar bij niveau 1 en 2 ligt dat heel anders, want de competenties bij mensen die opgeleid zijn in die niveaus, daar is het niet evident dat je kijkt naar je eigen handelen. En wat je eigen handelen voor effecten heeft naar anderen toe. Want één van de grote verschillen tussen de niveaus 3,4 en 5 enerzijds en 1 en 2 anderzijds is dat medewerkers van niveau 1 en 2 opdrachten uitvoeren, PUNT. En niveau 3,4 en 5 die werken ook vanuit eigen initiatief, dus die staan ook heel anders in hun werk, waarmee ik niet wil zeggen dat medewerkers die zijn opgeleid in niveau 1 of 2 niet belevingsgericht zouden kunnen werken.

I10: Over UHV-ers (niveau 1): Maar ik denk wel dat ze meer at risk zijn om ten prooi te vallen dat de klant het overneemt. Dat de wens van de klant zo groot wordt, dat de mensen het dan ook maar gaan doen. Het beruchte voorbeeld van de mensen die komen poetsen en nog maar een half uurtje langer blijven, iedere week maar weer want die mevrouw wil ook nog graag dit. Maar niet in staat zijn om met die mevrouw het gesprek aan te gaan van: "Mevrouw, ik heb maar drie uur en ik kan dit en dit in die drie uur doen en wat gaan we daar dan van laten vallen".

I13: Maar de collega's van de huishouding die hebben daar dan toch nog wel wat moeite mee. Zo van ja, ik sta hier met de soep en als mevrouw dan niet reageert, wat dan? En dan zeg ik: "Ja, dan loop je door en probeer je het op de terugweg nog eens. En als ze dan weer niet reageert, dan heeft ze gewoon geen soep en dan kun je nog eens met haar overleggen of dan zet je het op het plankje". Dan is het heel vaak moeilijk om die omschakeling te maken ... Ik denk niet dat dat aan niveau ligt. De persoon denk ik. Zo van: 'Ik sta hier met mijn soep en ik wil verder en ik wil nu mijn soep kwijt' (let op: IK staat centraal) Maar of dat nu niveau verschil is, dat weet ik niet.

Maar als niveau drie capabel geacht moet worden om tot single loop learning te komen. Hoe is het dan gesteld met de medewerkers van niveau één en twee. De praktijkopleidster geeft aan dat zorgverleners van niveau één en twee de competenties nooit hebben aangereikt. In een eerder aangehaald citaat van een praktijkopleidster zien we hoe zij juist een beroep doet op de begeleiding van niveau één en twee in de zorg t.a.v. belevingsgericht werken.

I14: Ik denk juist dat ze (niveau 1&2) het héél erg goed zouden kunnen, maar ik denk dat ze daar wel heel erg veel in moeten scholen. Ze kunnen dat namelijk niet uit zichzelf omdat ze een aantal competenties missen.

I14: Reflecteren voor de ander kan volgens mij dus niet, je zal die ander moeten scholen daarin. En je zult ze aan de gang moeten zetten en dat gaat niet in één keer. Maar je zou ze moeten leren om in te zien dat ze in de spiegel van hun eigen praktijk kunnen kijken.

Hoewel het eerste citaat naar een niveau van belevingsgericht werken verwijst, kan ik me voorstellen dat het belevingsgericht werken binnen een servicegerichte, een vraaggerichte en een inlevingsgerichte zorgbenadering voornamelijk voortkomt uit een interne reflectie. De problemen worden daarbij naar eigen inzichten 'verholpen'. Ik heb om die reden de indruk dat de zorgverleners van niveau één en twee zich niet bewust zijn van het reflecteren op de alternatieven. Het betreft veel meer onbewust intern proces van waaruit er intuïtief gekozen wordt binnen de beschikbare alternatieven.

Vanuit dat perspectief kunnen we ook anders naar de casus van mevrouw D. kijken. Misschien heeft de huishoudelijke medewerkster intuïtief gekozen om het probleem op te lossen door haar van gemalen vlees van een ander soort te voorzien. Zonder dat ze bewust alle alternatieven op een rijtje heeft gezet om van daaruit af te wegen wat de mogelijk beste oplossing voor dit probleem zou kunnen zijn. Ook wanneer de huishoudelijke hulp het vlees zou hebben gesneden kunnen we ons de vraag stellen of hier sprake is van een bewuste afweging of dat het een intuïtieve daad zou beslaan.

Het reflectievermogen van niveau 1,2 en 3 t.a.v. presentie.

De vraag welke gedurende het onderzoek steeds meer waarde begon te krijgen was gericht op het reflectievermogen van zowel niveau één, twee als drie om het reflecteren te brengen naar het niveau van double loop learning. In hoofdstuk twee heb ik het double loop learning verbonden aan een vorm van presentie. Bij dit niveau van reflecteren staat niet langer de eigen interpretatie van waarnemingen voorop, maar probeert de zorgverlener zich te ontdoen van eigen interpretaties om de waarden, normen en behoeften van de bewoner te kunnen aanschouwen. Dit proces van het zichzelf ontdoen betekent dat het niveau van reflectie zich vertaalt van een reflectie op het eigen inlevingsvermogen naar een reflectie op de ander en datgene wat de ander aankaart.

I14: Het ideaal is natuurlijk dat je dan komt op het niveau van het reflecteren op die ander, maar ik denk dat je in de praktijk al heel blij mag zijn als je al zover komt dat de hele club al gaat nadenken over het eigen handelen. En dat er dan een paar uitschieters zullen zijn die reflecteren op de ander. En ik denk dat we dan heel ver zijn. En dat we dat ons ook moeten realiseren.

De crux van deze vorm van reflectie is echter dat het moeilijk aan te kaarten is waar de reflectie gebeurt vanuit een inlevingsvermogen of vanuit een externe referentie. Uit de volgende uitspraken krijg ik als onderzoeker de indruk dat de reflectie eerder een single loop reflectie is op het eigen handelen waarbij de zorgverlener zich vanuit een intern referentiekader wenst te verplaatsen in de ander, dan dat het daadwerkelijk leidt tot een vorm van reflecteren met een extern referentiekader (dat zich in de afgelopen jaren ontwikkeld heeft).

I6: Ja, als je 's morgen bijvoorbeeld bij iemand komt en je begint met: "Hallo" en die persoon heeft niet veel zin en je vraagt: "Kan ik je komen wassen?". "Ja hoor" en dan draait deze persoon zich nog eens om en dan denk ik: "Nou dan kom ik straks wel". Dat ze dan denken: "Ik zou eigenlijk wel moeten, maar ik wil nog eigenlijk niet". Dan denk ik ook, ach laat maar even, dan kom ik straks wel terug.

I5: Dat vind ik heel erg moeilijk. Dat leer je met de jaren en er zit gewoon heel erg veel jong personeel in. ... Hoe ouder je zelf wordt hoe meer inzicht je krijgt. Toen ik twintig was, toen was ik ook vlug dit, vlug dat, maar deze mensen zijn wel negentig, die kunnen dat niet allemaal meer. En die worden hartstikke gek als jij daar binnen komt dartelen zo van gauw dit, gauw dat. Plus dat is niet voor ze te volgen. En ja naarmate je ouder wordt, dan ga je dat ook steeds meer zien, dat is gewoon zo.

Eerder heb ik de uitdaging voor sTimul neergelegd om te komen tot een niveau van belevingsgericht handelen waarbij men zich ontdoet van eigen veronderstellingen en aannames om te komen tot een meelevingsgerichte uitwerking van belevingsgericht werken. Dit niveau laat zich tevens omschrijven als komen tot een niveau van double loop learning of presentie.

7.3 Het reflectie vermogen stimuleren

Gedurende het onderzoek heb ik o.a. gekeken naar de wijze waarop er door zowel de organisatie als door de individuele medewerker gereflecteerd wordt. En hoewel niveau drie zich volgens de praktijk opleidster het reflecteren eigen zou moeten hebben gemaakt trokken we beide in twijfel of dit reflecteren ook het niveau van Double Loop Learning bereikt. Deze zoektocht heb ik verder doorgezet met mijn begeleidster van de Wageningen University en ik ben vervolgens op zoek gegaan naar het proces van reflectie op het niveau van double loop learning. Daaruit kon ik opmaken dat het individuele proces van double loop learning begeleidt wordt door de teamleiders. Zij zijn degene die aan de hand van kritische vragen het perspectief van de bewoners in beeld trachten te krijgen. Dit doen ze door specifiek te vragen naar de waarden, normen en behoeften van de bewoners.

I2: Heb je het over het grotere geheel van belevingsgericht werken of bejegening, dan denk ik dat ik daar best wel heel scherp in ben. Ik denk dat ik daar best wel mensen op zou kunnen coachen, maar ik denk dat het niet gepast is om dan samen met iemand aan bed te staan en de vraag is: 'Is die medewerker dan zichzelf?

I3: Ik stuur bij als ik 's ochtends tijdens een zorgoverdracht zit en ik heb vragen, dan stel ik ze. Maar ik leg ook een hoop van de verantwoording ook vaak bij de mensen van niveau 3IG, daar waar het hoort. Maar ik grijp wel in daar waar nodig. En ik houd ook wel de vingers aan de knoppen.

I3: Sowieso door zelf een voorbeeldfunctie in te nemen en mensen erop aan te spreken als je iets hoort ... en bij de cliëntenbesprekingen de cliënt centraal stellen. En als het team al heeft bedacht wat goed is voor iemand, wat op zich soms heel logisch is als je daar hele dagen werkt, dan zijn wij wel de persoon die zeggen: "Maar hallo, wat doet dat nu met de patiënt? Waar zijn jullie nu helemaal mee bezig?".

De bovenstaande weergaven doen vermoeden dat zorgverleners van alle drie de niveaus niet kunnen komen tot een niveau van double loop learning of tot een vorm van presentie, maar is die veronderstelling terecht? Ook hier houd ik er wellicht een naïeve houding op na door de medewerkers van niveau één, twee en drie niet te willen beperken tot het niveau van Single Loop Learning. Ik geloof namelijk dat de zorgverleners heel vaak beslissingen maken op basis van een Double Loop perspectief, maar dat dit veelal plaats vindt vanuit een intuïtief handelen. De zorgverleners zijn zich er naar mijn idee minder van bewust hoe de waarden, normen en behoeften verstrengeld zijn in de door hen voorgenomen handelingswijze.

Maar waar is dit dan aan toe te schrijven? Dat is een zeer interessante vraag waar ook ik het antwoord niet geheel op heb. Toch heb ik wel een aanname waardoor zorgverleners onbewust komen tot een niveau van double loop reflectie. Mijn hypothese is dat dit verklaard kan worden door een sociale verbondenheid tussen de zorgverlener en de ander. Juist in die sociale verbondenheid leren zorgverleners hun patiënten of bewoners beter begrijpen waardoor er ook een betere afstemming plaats kan vinden tussen de zorgverlener en diens patiënt of bewoner.

Om te komen tot deze sociale verbondenheid dienen medewerkers zich open en daardoor ook kwetsbaar op te stellen naar hun patiënt of bewoners.

I14: Ik denk dat het in grote mate te maken heeft met in hoeverre jezelf kwetsbaar op durft te stellen. Wil je ook voldoen aan het beeld: "Ik ben nu de hulpverlener, dus ik moet het nu allemaal weten en ... Zolang het over harde zaken gaat, dan weet ik het, want dat kan ik leren of opzoeken". Maar als iemand mij vraagt : "Ik heb niet zo veel zin meer in het leven, hoe moet het nu?". Dat je daar dan denkt, met zo'n vraag kan ik niet goed uit de voeten en dat je bij zo'n vraag je kwetsbaar op durft te stellen en zegt: "Met zo'n vraag kan ik even niet goed uit de voeten, ik weet niet goed wat ik met uw vraag aan moet, maar kan ik u daar misschien in helpen?". Dan hebben wij ineens de oplossing niet meer als de zorgverleners en dat is doodeng. Maar waarom is dat eigenlijk zo eng en wat maakt dat het zo eng is, want we durven ook een huis van een paar ton te kopen?

Als een zorgverlener zich openstelt ten opzichte van de ander, dan wil dit nog niet zeggen dat de zorgverlener ook tot een bewust niveau van double loop learning is gekomen, maar dat door de sociale verbondenheid hij of zij onbewust snellere keuzes maakt welke dichterbij de wens van de patiënt of bewoner liggen. Het proces van zich sociaal verbonden voelen tot de ander is niet iets wat gebonden is aan een intellectueel niveau.

Hierdoor zou men kunnen verklaren waarom zorgverleners van niveau vijf soms minder belevingsgericht te werk gaan dan een huishoudelijke medewerkster van niveau 1. Het verschil schuilt hem dan niet in het competentievermogen om te komen tot het reflectie niveau van double loop learning, maar in de sociale vaardigheid om zichzelf te openen en te verbinden tot de ander. De angst welke in het bovenstaande citaat weergegeven is kan wellicht opgevat worden als de angst om zich te verbinden tot een ander terwijl de angst aan een ding (een huis en hypotheek) geen sociale vaardigheden vereist.

Indien mijn hypothesen zouden kloppen, dan zou dit tevens verklaren waardoor medewerkers van niveau één en twee volgens het volgende citaat zoveel aansluiting vonden bij hun patiënten of bewoners.

I14: Als voorbeeld: Jaren geleden hadden we een team wijkverpleging niveau 3,4 en 5 en we hadden een team wijkgezinsverzorgende. Die teams waren apart en die functioneerde ook apart en op een gegeven moment zijn die ook gefuseerd en kwamen de gezinsverzorgende (dus de niveau 1 en 2) bij de wijkverpleging en ik heb toen van meet af aan gezegd dat juist de mensen van niveau 2 bij uitstek expert waren van de sociale cirkel van de cliënten. Wij als wijkverpleegkundige liepen in of uit voor een wond of een wasbeurt en we wisten het wel, maar we wisten het ook weer niet. Terwijl niveau twee mensen, die kenden de hele sociale cirkel die rond cliënten. En dat was niet uit nieuwsgierigheid, maar als een belang dat hoort bij die mevrouw. Dat is de leefwereld van die meneer of mevrouw. En als de buurvrouw hoofdpijn had, dan wisten ze het bij wijze van spreken. Dat ging soms ook wel eens te ver.

Met deze hypothese wens ik de uiteenzetting te maken dat medewerkers van niveau één, twee en drie wellicht niet kunnen komen tot een bewuste vorm van reflecteren op de ander, dus tot het niveau van double loop learning. Maar dat dezelfde medewerkers wel door socialisatie zich verbonden kunnen weten voelen tot de ander en waardoor er een onbewuste vorm van reflectie kan plaats vinden op het niveau van double loop learning. Dit leidt tot intuïtief handelen waarbij het de ene keer wel belevingsgericht handelen betreft en bij de andere keer juist het tegenovergestelde.

I14: Want er zijn zat in de zorg van niveau 1 en 2, die wel bijna intuïtief aan presentie doen omdat het nooit zo benoemd is en omdat het nooit zo gezegd is wijven ze het weg en wordt het ook niet echt van hen verwacht dat ze dat doen.

Dit proces van intuïtief handelen kan expliciet gemaakt worden door de zorgverleners veelvuldig te wijzen op vragen als: "Wat vindt de bewoner zelf?" "Waaruit maak je op dat de bewoner dat vond?" etc. Dit proces wordt binnen Vremdieke momenteel opgevangen door de teamleiders waarbij er wel verschil bestaat in aanpak. De teamleider van de eerste verdieping is daarin veel meer vraaggestuurd terwijl de teamleider van de begane grond en de tweede verdieping sneller tot conclusies komt of namens de teamleden wenst te reflecteren. Ook methodes zoals de vier principe benadering (Beauchamp e.d 1979) waarin de waarden: autonomie, rechtvaardigheid, goed-hulpverlenerschap (goed doen) en niet-schaden worden gebruikt om op ethische niveau de verschillende belangen, motivaties en argumenten tegenover elkaar te kunnen plaatsen.

Dat zelfde zou tevens gedaan kunnen worden met de waarden van belevingsgericht werken autonomie (in de zin van authenticiteit), gelijkheid, samenwerken en gepastheid welke eerder in hoofdstuk drie zijn toegelicht. In tegenstelling tot de vierprincipe benadering verplaatsen deze de aandacht van een kwetsbare zorgrelatie naar het niveau van een professionele verstandshouding.

Hoewel de ruimte wordt geboden om medewerkers in deze vaardigheden te trainen zien we in de zorg dat er steeds minder ruimte beschikbaar wordt gesteld voor socialisatie. Het sociale element van de zorg wordt daarbij grotendeels opgevangen door vrijwilligers en niet langer door de zorgverleners. Doordat de waarde van socialisatie niet erkent wordt ontvangen zorgverleners steeds minder informatie over hun bewoners en kunnen deze informatie niet langer intuïtief benaderen.

I14: Maar die hadden daar heel erg de tijd voor. Maar dat belang is door de tijdsdruk en productiviteit en de toenemende techniek in de zorg is dat onder druk komen te staan en juist dat heeft geen stem gekregen. Maar dat heel veel mensen van niveau 1 of niveau 2 een bepaalde mate van presentie in zich hebben. Maar omdat het nooit zo benoemd is en omdat er nooit echt aandacht voor geweest is komen ze daar geen stap verder mee. En denken ze daar ook niet verder mee. En er is nog iets en dat is het lage zelfbeeld dat mensen van hebben als ze vaak in een lagere functie in de zorg werkzaam zijn. Als ik bijvoorbeeld aan een huishoudelijke medewerkster vraag... Dat is een groep die doet uitzonderlijk belangrijk werk en dat is vaak niveau 1 of zonder opleiding. En die nemen alles op zich. En als er kritiek komt, dan is het hun schuld terwijl zij er niets aan kunnen doen en het ook helemaal hun probleem niet is. Maar het lage zelfbeeld dat zij van zichzelf hebben in hun functie neemt mee dat ze ook niet kunnen reflecteren op dat wat ze aan het doen zijn.

Uiteindelijk kunnen we onszelf de vraag stellen in hoeverre het mogelijk is om als organisatie belevingsgericht te handelen als de informatie niet meer terecht komt bij hen die verantwoordelijk zijn voor de zorg, namelijk de medewerkers, daarna de leidinggevende en uiteindelijk de overkoepelende organisatie. Wederom verwijst het naar een politiekgeladenheid en de vraag waar sociale verbondenheid in dit alles zijn plaats krijgt.

Hoofdstuk 8

Reflectie als 'lerende organisatie'

"And I think that's what our world is desperately in need of - lovers, people who are building deep, genuine relationships with fellow strugglers along the way, and who actually know the faces of the people behind the issues they are concerned about."

Shane Claiborne, The Irresistible Revolution: Living as an Ordinary Radical



8.1 Inleiding

In hoofdstuk zeven ben ik ingegaan op het vermogen van de individuele zorgverlener om te komen tot het niveau van double loop learning. Een vorm van leren waarbij men niet langer gericht is op de eigen normen en waarden of de eigen opvattingen van een situatie. Maar waarbij men zich wenst te ontdoen van deze opvattingen om ook de andere waarden en normen in overweging mee te nemen. In hoofdstuk zeven is tevens toegelicht dat deze vorm van reflectie veelal verbonden is tot een sociale verbondenheid tot de ander waarbij er intuïtief keuzes gemaakt kunnen worden vanuit een double loop perspectief. In de reflectie op de ander zijn of haar normen dienen niet alleen de medewerkers van niveau één en twee name geholpen te worden, maar ook niveau drie blijkt binnen dit onderzoek ondersteund te worden in deze vorm van reflectie.

Deze hulp wordt geboden door de teamleidsters, maar ook initiatieven als een sTimul en een moreel beraad waarin o.a. de vier principe benadering wordt toegelicht vormen een ondersteuning in het reflectieproces van de individuele zorgverlener.

Toch gaat het in de zorg niet alleen over de verbondenheid van een individuele medewerker tot zijn of haar patiënt of bewoners. We hebben ook te maken met een organisatie welke opereert vanuit een bepaalde visie. In dit geval is de visie gericht op Belevingsgericht werken. Als organisatie is het dus van belang om niet alleen gericht te zijn op het individuele proces van zorg verlenen, maar ook op het algehele proces van de zorgorganisatie. De zorgorganisatie dient namelijk de randvoorwaarden te optimaliseren zodat belevingsgericht werken gestimuleerd kan worden.

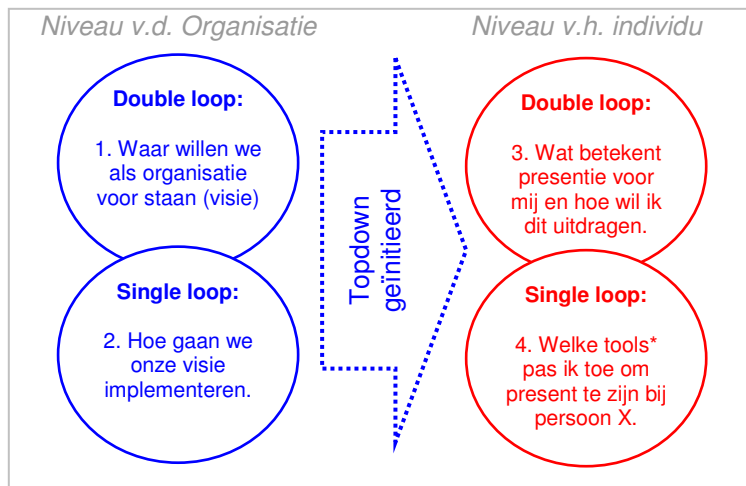
In dit hoofdstuk zal ik daarom als laatste kijken naar het proces van de lerende organisatie en in hoeverre zij in staat is om te reflecteren op het algehele proces.

8.2 Het implementatieproces kent vier deelprocessen

Voordat ik uitspraken doe m.b.t. de lerende organisatie wil ik allereerst een weergave geven van hoe de organisatie haar visie op belevingsgericht werken momenteel wenst te implementeren. We kunnen hier namelijk spreken van een top-down geïnitieerd initiatief.

Deze topdown geïnitieerde visie maakt dat niet de medewerker als eigenaar gezien kan worden van het belevingsgericht werken, maar dat het topmanagement (de organisatie) als eigenaar kan worden beschouwd voor deze visie. In hoofdstuk zes heb ik vervolgens de uitdaging voor ZorgSaam neergelegd dat de medewerkers zich eigenaar dienen te gaan voelen van deze visie. Het is dan niet langer een door de top gedragen visie welke aanspraak doet op het functioneren van de individuele medewerker, maar het is een door de uitvoerende medewerker gedragen visie. Door een gezamenlijk proces van reflecteren op de organisatorische processen en het bestaansrecht van de patiënt of bewoner zal er vanuit het uitvoeringsniveau aanspraak gedaan worden om te komen tot veranderingen in het belang om belevingsgericht te kunnen werken. Het topmanagement zal dan niet langer eigenaar zijn van de zorgvisie, maar als een dienstverlenende ondersteuning dienen om de gezamenlijk gedragen visie tot ontplooiing te laten komen.

Maar helaas kunnen we binnen ZorgSaam en binnen Vremdieke nog niet spreken van een persoonlijk gedragen visie waarin presentie een hoog aandeel krijgt. Uit het onderzoek kunnen we het huidige proces van de organisatie omschrijven met vier deelprocessen, dit zijn 1) De visie ontwikkeling 2) het implementeren van de visie 3) Het interne proces van reflectie op de ander en de begeleiding daarin en 4) de uiteindelijke uitwerking van de visie op het individuele handelniveau.



1. Deelproces gericht op: visieontwikkeling

Binnen ZorgSaam is recentelijk het project 'Belevingsgericht Werken' afgerond. Deze projectgroep heeft zich o.a. bezig gehouden met de visie van ZorgSaam en heeft nagedacht hoe je deze vanuit de top kunt integreren in de organisatie. Toch is er ook veel onvrede over de uitkomst van deze visie alsook het implementatieproces. De onvrede vormde tevens een aanleiding voor ZorgSaam om te overwegen om in 2013 een Prudentia conferentie te organiseren waardoor ze ook genooddaakt is om kritisch te kijken naar haar eigen visie. Hoewel er enkele afdelingshoofden bij betrokken zijn wordt het met name gedragen door een staffunctionarissen met een hogere functie welke de visie wederom via een top-down geïnitieerde werkwijze wensen te implementeren.

2. Deelproces gericht op: implementeren van de visie

Dat maakt dat ZorgSaam naast de visieontwikkeling ook na dient te denken over het tussengelegen proces om deze visie te kunnen realiseren. Dit levert een implementatieproces op waar meerdere groepen in betrokken zijn. Zelf beperk ik me tot een onderscheid in 1) een groep welke nadenkt over trainingen, activiteiten en middelen die de visie van ZorgSaam kunnen overdragen en 2) een groep die de medewerkers ondersteunt en begeleidt bij het implementeren van de nieuwe zorgvisie.

Uiteindelijk ligt het geheel in handen van de zorgverlener of deze de transformatie wil en mogelijk kan maken. Het willen en het kunnen verwijzen naar twee afzonderlijke processen welke in hoofdstuk zeven zijn weergegeven als het single loop learning en het double loop learning.

3. Deelproces gericht op: komen tot het niveau van reflectie op de ander

Allereerst dient de zorgmedewerker in staat te zijn om tot een niveau van double loop learning te komen, waarbij het reflecteren verplaatst van het eigen handelen en het eigen voorstellingsvermogen naar de waarden, normen en behoeften van de ander. Dit proces kan door de trainingen en de begeleiding van teamleiders gestimuleerd of ondersteund worden en dit proces is ook uitvoerig besproken in hoofdstuk zeven. Daarin heb ik tevens toegelicht dat het komen tot een reflectie op de ander niet altijd bewust tot uiting komt binnen de zorgmedewerkers van niveau één, twee en drie. Veelal is er sprake van een intuïtief handelen wat gevoed wordt door socialisatie en dat intuïtief wel eens de juiste zou kunnen zijn.

4. Deelproces gericht op: de visie ontplooiën op het individuele handelingsniveau

Maar uiteindelijk dient de nieuwe vorm van reflectie geïmplementeerd te worden in de dagelijkse praktijk van zorg verlenen. Hoewel de zorg dan niet langer draait om het beoefenen van de professie blijven de zorgtechnische vaardigheden (single loop) een belangrijke rol spelen. Deze kunnen en mogen immers niet ontbreken. Ze worden echter niet langer geraadpleegd vanuit de professie, maar vanuit een sociale betrokkenheid tot de ander. De interventie staat dan niet langer centraal, maar de bewoner of de patiënt komt centraal te staan. (Greenwoord 1997)

Als een zorgverlener zelf niet in staat is om te komen tot het niveau van double loop learning, dan komt men sneller uit op een servicegerichtheid of een vorm van belevingsgericht werken waarbij de zorgverleners handelen vanuit hun eigen inlevingsvermogen. Dit eigen inlevingsvermogen kan daarbij ondersteund worden door het aanbieden van trainingen in hoe een medewerker zich zo klantvriendelijk mogelijk kan gedragen ten opzichte van de patiënt of bewoner. Het aanbieden van deze alternatieven maakt dat de zorgverlener op een bewust moment zal reflecteren op het aanbod

van alternatieven i.p.v. een zorg dat is gebaseerd op een reflectie tot de ander. Deze vorm van handelen is een voorbeeld van Single Loop handelen dat onbewust wel eens de juiste handeling zou kunnen zijn.

8.3 Komen tot het niveau van triple loop learning

De vraag welke we onszelf kunnen stellen met de bovenstaande deelprocessen is hoe er met de verschillende eigenaars gereflecteerd wordt op de zorgpraktijk in relatie tot de zorgvisie. Gedurende het onderzoek heb ik sterk het idee gekregen dat de verschillende eigenaren niet naar het algehele proces kijken, maar dat zij er op gericht zijn om elk deelproces uitvoerig te evalueren. En zelfs binnen elk deelproces zijn verschillende eigenaren zichtbaar.

1. Visie-ontwikkeling: Prudentia & Werkgroep Belevingsgericht werken

Zoals eerder reeds is aangegeven is de visie Belevingsgericht werken in 2008 gelanceerd. Het betreft een topdown geïnitieerde visie welke in het werkveld geïmplementeerd dient te worden. Door tegenvallende verwachtingen ontstaan er initiatieven zoals de werkgroep Prudentia welke nog steeds van een afstand wenst te reflecteren op haar eigen visie, maar ook hoe deze zorgvisie mogelijk aangescherpt of uitgewerkt kan worden.

2. Implementeren van de visie

De eerste gedachten van hoe deze visie moet worden uitgewerkt wordt weliswaar besproken met de trainingsorganen, maar elke trainingsorgaan is een op zich zelf functioneert team. Ik denk dan aan de morele beraden, aan sTimul, aan de werkgroep Belevingsgericht werken. Hoewel er wel mogelijke communicatie tussen de werkgroepen plaats vindt reflecteren de afzonderlijke teams op hun eigen aandeel, namelijk de trainingen welke ze aanbieden. Binnen sTimul worden o.a. studiedagen gehouden om te reflecteren op de eigen sTimul inleefsessies en hoewel mijn inzage beperkt is neem ik aan dat ook initiatieven als Belevingsgericht Werken reflecteren op hun eigen bewustwordingsactiviteiten. De vraag is echter in hoeverre het gehele plaatje wordt gereflecteerd of dat er alleen wordt gereflecteerd vanuit een topdown geïnspireerd gedachtegoed en de ontwikkelingen op de werkvloer geen aanleiding zijn om te kijken hoe dit samenhangt met het gehele traject, maar om vandaar uit aan te nemen dat de trainingen niet doeltreffend genoeg zijn en mogelijk aanpassingen behoeven.

3. Het uitvoeringsniveau

Maar uiteindelijk gaat het om de zorgpraktijk waarin de zorgverlener eigenaar is van het zorgmoment. We zouden graag willen zeggen dat de patiënt of bewoner eigenaar is, maar een patiënt of bewoner kent een kwetsbare en afhankelijke positie. Deze afhankelijkheids positie maakt ook dat ik de patiënt of bewoner niet als een cliënt (klant) beschouw, maar als iemand die eenvoudig weg geen keuze heeft dan afhankelijk te moeten zijn van de zorg van de ander. De zorgverlener is hoe dan ook eigenaar van het moment van zorg en heeft daardoor een machtspositie in hoe hij of zij zich wenst te gedragen ten opzichte van de patiënt of bewoner.

Zolang de zorgverlener geen eigenaar wordt van de belevingsgerichte visie en de interventie (met alle goede bedoelingen) voorop laat staan, dan verandert een topdown geïnitieerde visie de zorg niet. Hooguit kan het servicegerichte of vraaggerichte niveau behaald worden, maar het is aan de medewerkers om met de rijkdom van het werken met de patiënt of bewoner na te gaan denken over hoe de afhankelijke patiënt of bewoner in hun huis of afdeling tot ontplooiing en tot bestaansrecht kan komen. Het gaat dan dus niet langer om het evalueren van de zorgtaak, maar om hoe de ander de ruimte en de gelegenheid krijgt om te bouwen aan zijn of haar eigen authenticiteit, van waaruit de waarden, normen en behoeften uit voort komen.

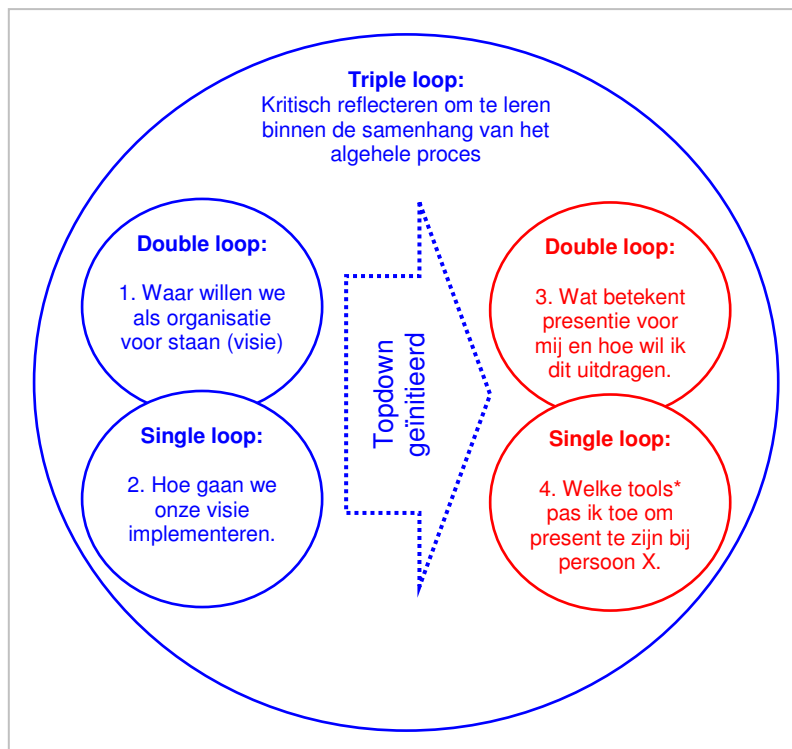
Gedurende het onderzoek is te zien dat de gangbare overlegmomenten in Vremdieke veelal gekenmerkt worden door het reflecteren op hoe de ander wil dat er zorg verleend wordt. De kritische vraag hoe het bestaansrecht van de ander tot ontplooiing komt wordt niet of nauwelijks ter sprake gebracht. Naast de formele besprekingen en teamoverdrachtsmomenten deelde één van de geïnterviewden na ons gesprek een voor haar onschuldig puntje, maar wat naar mijn idee enorm waardevol geacht moet worden. Binnen Vremdieke is er namelijk een groep verzorgers ontstaan dat op informele basis met elkaar rond de tafel gaat zitten om de sTimul ervaringen met elkaar te bespreken. Hoewel ik nooit bij deze bijeenkomsten ben geweest vrees ik echter wel dat het met name een reflecteren zal zijn op de eigen zorgtaak zal zijn en niet direct betrekking zal hebben op het bestaansrecht van de ander, maar ik denk dat Vremdieke en ZorgSaam zeer tevreden moeten zijn

met het feit dat deze zorgverleners zich eigenaar zijn gaan voelen van hun eigen zorgpraktijk. In de volgende paragraaf doe ik echter een ernstige appèl om hier zeer zorgvuldig en beschermend mee om te gaan omdat het vrij eenvoudig is voor hogere functionarissen om het informele proces te formaliseren en het 'eigenaar-zijn' over te nemen in gestructureerde besprekingen.

Triple Loop Learning?

Nadat ik hierboven de reflectieprocessen heb weergegeven kunnen we ons kritisch de vraag stellen of hier wel sprake is van Triple Loop Learning. Het leren over leren? Het gaat daarin specifiek niet om het evalueren van de visie en de mate waarin deze tot ontplooiing is gekomen, maar het gaat daarin om het kritisch reflecteren op het algehele proces van deze visie, waarin er onderzoekend nagegaan wordt waarom dit heeft geleid tot een bepaald effect.

Een evaluatie is daarbij resultaat gericht, terwijl Triple Loop Learning onderzoekend is gericht op het algehele proces van het komen tot een beleavingsgerichte zorg.



Wanneer we ons naar het niveau van de deelprocessen verplaatsen, dan zien we dat daarin welke vormen van Triple Loop Learning plaats vinden, maar ik trek zeer in twijfel of er tevens kritisch gekeken wordt naar hoe de verschillende deelprocessen en met name het proces van de individuele zorgverlener verbonden is aan dit proces van samen leren. Het sluit aan bij wat Senge zegt over de lerende organisatie, namelijk dat zij af moet stappen van het zoeken naar een lineair oorzaak & gevolg proces, maar dat organisaties moeten gaan kijken naar de interrelaties en het proces van verandering, dan alleen gericht te zijn op de losse onderdelen.

8.4 ZorgSaam; een lerende organisatie?

In mijn optiek blijft het belevingsgericht werken een topdown geïnitieerd project dat zich moest ontplooiën over de organisatie. Eerder heb ik reeds aangegeven dat het topmanagement daarmee eigenaar wordt van de visie en een aanspraak doet op het handelen van de zorgverlener. Maar de zorgverlener bepaalt in zijn of haar machtige positie t.o.v. de zorgafhankelijke patiënt of bewoner in hoeverre deze meelevend wenst te zijn of zich wenst te beperken tot een afstandelijke servicegerichtheid. Het 'eigenaar-zijn' van de zorgvisie moet verplaatst worden naar de zorgverleners, zij moeten zichzelf de zorgvisie gaan toe-eigenen en het is dan aan de organisatie om niet langer eigenaar over het proces te willen zijn, maar om als een serviceverlenende dienstverlening de nieuwe eigenaren, zorgverleners, te ondersteunen in het bereiken van die belevingsgerichte zorg.

Betrokkenheid en alignment

Gedurende een studiedag met medewerkers van sTimul deed Trees Coucke de uitspraak dat de visie van een organisatie het wapen moet zijn van de zorgverleners naar de organisatie toe. Ik geef het minder strijdlustig weer en gebruik liever de term 'De ruggengraat voor zorgverleners'. Het maakt dat de zorgverlener het recht krijgt toebedeeld om de zorg op een bepaalde manier te verlenen. Als de visie van ZorgSaam gericht is om belevingsgericht te werken, dan hebben zij ook het recht om bepaalde handelingen naar die inzage uit te voeren, dat is volgens Trees Coucke immers waar de patiënt of bewoner voor betaalt (doordat de organisatie dit uitdraagt).

Maar alles draait of valt met de alignment van zorgverleners (Senge 1994: 233) versus de topdown geïnitieerde visie. Senge geeft echter aan dat wanneer een alignment niet wordt bereikt, dan zal het overdragen van het 'eigenaar-zijn' leiden tot chaos. Nu kunnen we ons afvragen in hoeverre medewerkers binnen ZorgSaam en binnen Vremdieke zich eigenaar voelen van de visie en hun (zorg)taak. En het is éénvoudig om te wijzen op negatieve ervaringen, maar heeft de organisatie daadwerkelijk die openheid en die veiligheid aan medewerkers geboden om inspraak te doen over deze zorgvisie of heeft zij haar medewerkers vooral beperkt tot het uitvoeringsniveau van een visie?

Binnen ZorgSaam kreeg elke afdeling de opdracht om de visie op belevingsgericht werken uit te werken op de eigen afdeling. Het initiatief om de afdelingen eigenaar te maken van het uitvoeringsniveau is zeer positief, maar doordat de visie verschillend kon worden geïnterpreteerd heeft het tot 'chaos' geleid in wat men nu van die term mag verwachten. Het woord 'chaos' is daarbij afgeleid van Senge (1994: 233) en kan eerder aangegeven worden als een verwarring in wat men van deze visie mag verwachten. Binnen een voorafgaand onderzoek werd duidelijk dat een afdeling in het ziekenhuis de visie vertaalde met een bewust kijken naar iemands thuissituatie om daar de zorg op aan te sluiten. Het ging naar mijn idee niet om een belevingsgerichte visie waarin er aansluiting gemaakt werd tussen twee individuen, maar het ging veelal om het samen opstellen van een zorgplan waardoor deze meneer of mevrouw ook thuis de zorg zou ontvangen welke familieleden hem of haar niet zouden kunnen bieden. Uit directe familiale kringen weet ik dat op een administratieve afdeling waarin dit familielid werkzaam is, de visie vertaald werd door te wijzen op de eigen beperkingen en hoe de medewerkers meer hulpmiddelen nodig zouden moeten hebben om hun eigen werkzaamheden te kunnen volbrengen. En binnen dit onderzoek kon ik in het verzorgingstehuis van Vremdieke de vijf verschillende opvattingen, welke in 5.3 reeds zijn weergegeven waarnemen. Toch vallen al deze voorbeelden onder de visie van haar overkoepelende organisatie ZorgSaam.

Om te komen tot een hogere presentiegraad in het belevingsgericht werken, dient men allereerst te komen tot een alignment m.b.t. de zorgvisie. Senge (1994: 205-231) geeft aan dat een gedeelde visie leidt tot een gezamenlijk draagvlak waarin medewerkers meer ambitie zullen vertonen om een bepaald doel te bereiken. Vosman en Baart (2010) verwijzen voor een hogere presentiegraad naar het installeren van de lerende gemeenschappen. Zoals aangegeven in hoofdstuk drie verwijs ik graag naar de lerende organisatie. Beiden zijn er op gericht om in een gezamenlijk zoeken te kijken hoe de eigen zorgpraktijk of de ondersteuning daaraan kan bijdragen tot een belevingsgerichtere zorgsituatie of een zorgsituatie met een hogere presentiegehalte.

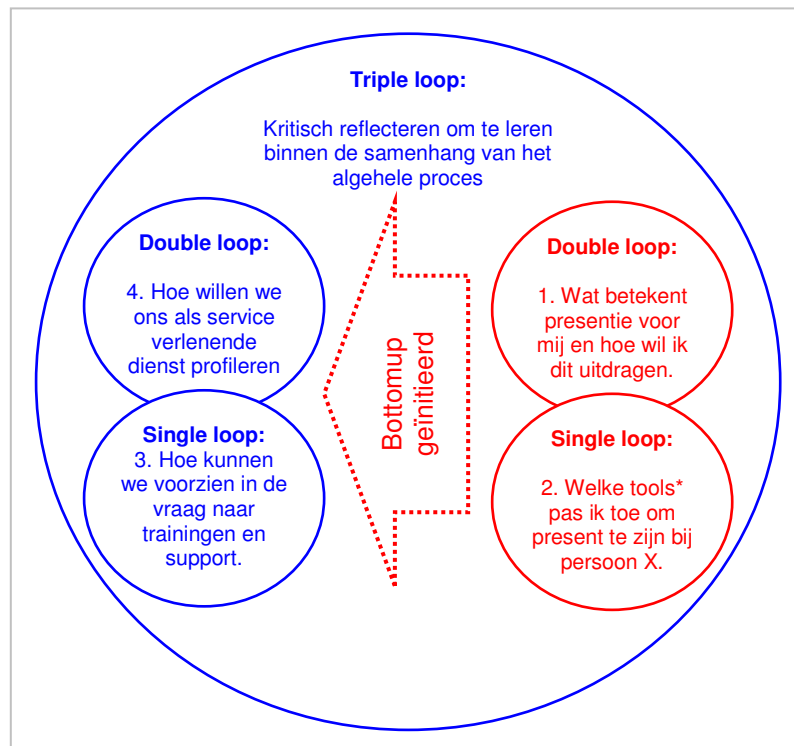
De betrokkenheid van Zorgverleners binnen ZorgSaam?

Gedurende het onderzoek heb ik de indruk gekregen dat zorgverleners soms gemoederd werden. En met de term gemoederd worden verwijs ik in dit geval niet naar een positief effect, maar naar een bewust kleinhouden van de medewerkers. Binnen Vremdieke werd getwijfeld in de capaciteit van zorgverleners, maar ook binnen het overkoepelende orgaan leidde het tot het idee verantwoordelijkheid op te moeten nemen om namens hen te reflecteren op de huidige zorgpraktijk of namens hen na te moeten denken over wat het beste zou moeten zijn. Deze houding maakt dat je de zorgverlener geen eigenaar maakt van je zorgvisie, maar de visie vasthoudt bij de hogere functionarissen.

Toch ben ik ook aangenaam verrast hoe zich binnen Vremdieke een kleine groep van zorgverleners heeft ontwikkeld welke sporadisch met elkaar afspreken om te reflecteren op datgene wat ze binnen een sTimul inleefsessie hebben geleerd en wat ze daarmee in de praktijk kunnen. Helaas is het voor mij niet duidelijk hoe groot deze groep is en wie er deelnemen aan dit informele initiatief. Wel is het duidelijk dat er een link is gemaakt naar de sTimul ervaring, waarbij we weten dat niveau één medewerkers niet in de mogelijkheid zijn gesteld om deel te nemen aan een sTimul inleefsessie. We spreken hier dus van niveau twee en drie. Deze groep is echter zeer kwetsbaar om gemoederd te gaan worden. Wat ik daarmee wil aangeven is dat het informele initiatief geformaliseerd wordt waarin de leidinggevende of de trainers of ethicus binnen ZorgSaam eigenaar wordt van het proces om van daaruit leiding te gaan bieden aan deze informele initiatieven.

Ik wens daarom zéér nadrukkelijk aan te geven dat deze rijkdom van medewerkers die zich eigenaar wil maken van hun eigen zorgvisie moet worden gekoesterd en zij moeten ten alle tijden de eigenaar van het proces blijven. Betekent dit vervolgens dat de organisatie niets meer kan doen? Dat is uiteraard niet wat ik hier wil aangeven. Het proces dat hier gaande is, is een shift van eigenaars. Zoals ik meermaals heb aangegeven dient de organisatie binnen deze groeperingen niet langer de eigenaar te blijven van het proces, maar een servicegerichte dienstverlening te worden. Persoonlijk zou ik er naar neigen om een externe kracht van buiten het team (bijvoorbeeld uit sTimul) deel te laten nemen aan deze ontmoetingen, maar niet als gespreksleiders, maar als een vraagbaak en iemand die af en toe een kritische vraag aan het gesprek toevoegt, waardoor het perspectief van de patiënt of bewoners en diens authenticiteit opnieuw tot de orde komt.

Indien de zorgverleners eigenaar worden van de zorgvisie, dan zal de werking als volgt aangegeven kunnen worden:



Maar niet alle zorgverleners dragen de visie van belevingsgericht werken, dat blijkt uit de vele voorbeelden van zorgverleners die in een zesde groep konden worden samengevoegd. Veelal plaatsten zij hun eigen belang als zorgverlener of als organisatie boven dat van de bewoners. Senge (1994: 249) ziet de weerstand om te komen tot een vernieuwde manier van werken als volgt:

Defensive routines form a sort of protective shell around our deepest assumptions, defending us against pain, but also keeping us from learning about the causes of the pain. For most of us, exposing our reasoning is threatening because we are afraid that people will find errors in it. Defensive patterns of the larger organisation (management) will also lead to defensive routines (by team members) block the flow of energy in a team that might otherwise contribute toward a common vision.

Het komen tot een nieuwe manier van werken vraagt nogal wat van de medewerkers. In gesprek met enkele medewerkers van sTimul viel meermaals de opmerking: “*We doen mensen werkelijk iets aan door hen in de spiegel te laten kijken van hun eigen zorgpraktijk*”. De vraag is dan hoe je dient om te gaan met deze defensieve houdingen. Senge (1994: 266) maakt ons alert dat de defensieve houding niet gezien moet worden als een strijd, maar als een gezamenlijk proces waarin we moeten leren ontdekken waarom we op een bepaalde wijze reageren.

Rather than seeing the defensiveness in terms of others' behaviour, the leverage lies in recognizing defensive routines as joint creations and to find our own role in creating and sustaining them

Om dit proces te stimuleren geeft Senge (1994: 255) drie vaardigheden aan die dit proces kunnen ondersteunen. Dit is onder anderen door 1) self-disclosure; hierbij open je jezelf als facilitator (of als organisatie) waarin je je eigen veronderstellingen en wijze van redeneren deelt op een dusdanige manier dat je open staat voor reacties, waarna je vervolgens ook andere kunt vragen om hun zienswijze te delen. 2) Daarnaast zoek je naar tastbare signalen waaruit je een weerstand kunt opmaken, met als doel om gezamenlijk te leren waarom deze weerstand ontstaat en 3) medewerkers te laten werken vanuit hun defensieve houding in plaats van er tegenin te gaan.

Gedurende het onderzoek stelden de medewerkers uit de prudentia werkgroep zichzelf de vraag of ze met deze conferentie niet het contact met de werkvloer zouden verliezen. Hun angst was dat het (opnieuw) een verhaal aan de Bühne zou zijn i.p.v. een realistisch verhaal van de huidige realiteit binnen ZorgSaam. Uit publicaties van ZorgSaam wenst zij zich heel graag te profileren als zijnde belevingsgericht, terwijl zij in feite niet belevingsgericht is, maar zich in een proces begeeft om belevingsgericht te worden. De erkenning van dit proces en de openheid naar medewerkers zou dan gezien kunnen worden als een vorm van self-disclosure. Je representeert je dan niet langer als degene die alles onder controle heeft, maar je representeert je als een organisatie die lerende is en al gaande door interactie en reflectie wenst te leren uit haar proces om belevingsgericht te worden.

Naast de drie vaardigheden voor zorgverleners deelt Senge (1994: 236) tevens het volgende:

A team committed to learning must be committed not only to telling the truth about what's going on “out there”, in their business reality, but also about what's going on “in here” within the team itself.

Gedurende het onderzoek is het opvallend dat er tijdens de cliëntbesprekingen met name over de zorg gesproken werd, maar in hoeverre wordt er nagegaan hoe medewerkers zich voelen binnen het proces van de cliëntenbesprekingen. Tijdens één van de bijeenkomsten opende een teamleidster de vergadering op een nogal norse manier met de woorden: “*Wiens beurt is het?*” en haalt haar gezicht op. “*Of moet ik soms iemand gaan aanwijzen of zo?*” Na een korte stilte vraagt de teamleidster op een (naar mijn mening) gebiedende wijs of één van de jongere verpleegsters wil gaan notuleren. Als de tijd om is sluit de teamleidster de bijeenkomst af. Dan begint A. ineens een lijst met bewoners op te noemen welke niet behandeld zijn. Ze komt daarbij gefrustreerd op me over. Later deelt iemand met mij dat ze vaak bij cliëntenbesprekingen geen tijd meer hebben voor de overige bewoners en dat de meeste tijd opgeëist wordt aan bewoners van Kreekzicht en BW+.

Te midden van dit voorbeeld vraag ik me twee dingen af. Allereerst in hoeverre de zorgverlener zich kwetsbaar en open durven op te stellen in een omgeving waarin er een vrij denigrerende openingszin

wordt gebruikt. En ten tweede vraag ik me af in hoeverre het proces van de cliëntbesprekingen bespreekbaar wordt gemaakt. Blijkbaar wordt er structureel niet over de overige bewoners gesproken en dus ook niet over hoe de authenticiteit van die bewuste bewoner tot ontplooiing kan komen. Een bewoner met een kleine zorgvraag en een timide houding krijgt naar mijn idee nauwelijks tot geen aandacht. Volgens Senge moet men dus niet alleen gericht zijn op het ontplooiën van, in dit onderzoek, de belevingsgerichte visie, maar tevens dient men gericht te zijn op het teamproces alsook het proces om daar te willen komen.

Vernieuwde benaderingswijze

Binnen de lerende organisatie gaat het volgens Senge in discussies niet langer om het behalen van winst, maar gaat het om het bewustzijn van een gezamenlijk doel. Namelijk het doel om gezamenlijk te leren. Daarnaast doet Senge een appèl op teamleden om de woorden discussie en een dialoog sterk uit elkaar te houden. Een dialoog dient namelijk geen enkele winst in zich te hebben. Volgens Senge moeten alle teamleden leren om hun veronderstellingen op een dusdanige manier open te stellen zodat zij deze kritisch kunnen reflecteren aangaande de andere veronderstellingen. Men moet elkaar zien als deelgenoten in het proces, dat wil niet zeggen dat er overeenstemming moet zijn, maar er moet een bereidheid zijn om met de nieuwe inzichten en ideeën hun eigen voorveronderstellingen te onderzoeken en te testen. Om dit te begeleiden wijst Senge op de essentie van een goede facilitator die de dialoog verder begeleid. (Senge 1994: 243)

Openheid

Maar als randvoorwaarde voor dit alles wil ik net zoals Senge (1994: 273-285) verwijzen naar de essentie van openheid. Senge maakt daarin een onderscheid in een participatieve openheid wat ik vertaal met de vrijheid voor zorgverleners om deel te nemen aan het gesprek en de uitvoering van belevingsgericht werken. En ten tweede een reflectieve openheid waarin de medewerkers van de gehele organisatie bereid zijn om zich te ontdoen van hun eigen veronderstellingen om zichzelf te realiseren dat de enige zekerheid welke we hebben gelegen is in een hypothese van de werkelijkheid. Maar deze hypothese vraagt om een voortdurend proces van testen en verbeteringen doorvoeren. Daarbij is deze reflecterende openheid niet alleen gericht op bereidwilligheid, maar ook op vaardigheden.

Indien ZorgSaam daadwerkelijk wenst te komen tot een niveau van een lerende organisatie, dan dient zij haar medewerkers niet alleen eigenaar te maken, maar dan dient zij haar medewerkers ook te trainen hoe zij deze vaardigheden kan ontwikkelen.

Organizations that are serious about openness support their members in developing these learning skills, but skills take time and persistence to develop, and most managers are completely unaware of them.

De nieuwe rol voor het management

Uiteindelijk kunnen we onszelf de vraag stellen wie de controle heeft over het proces van de zorg. Senge lanceert daarin de term 'Illusion of being in control' en verwijst naar het feit dat men door de tijd heen de illusie heeft gecreëerd dat een topmanagement de controle zou hebben over de gehele zorgorganisatie, maar naar zijn idee is dat een illusie welke veel mensen met zich meedragen. Hij doet een appèl op meer lokaal gedragen verantwoordelijkheden, maar deze kan pas tot ontplooiing komen als ook het centrale management zich bewust wordt van haar nieuwe rol en positie. Ook Senge verwijst naar de rol van 'stewardship for the organization', welke volgens hem de ideeën, de core-values, de missie en de voortdurend in ontwikkeling zijnde visie begeleidt. (Senge 1994: 299) Toch voegt Senge daar nog iets aan toe:

The essence of the new role, I believe, will be what we might call manager as researcher and designer. What does she or he research? Understanding the organization as a system and understanding the internal and external forces driving change. What does she or he design? The learning processes whereby managers throughout the organization came to understand these trends and forces.

Waarbij de rol van managers gericht zou moeten zijn op een vorm van leraarschap, aldus Senge. Zelf vindt ik de term leraarschap te overheersend overkomen, want ook de managers maken deel uit van het proces van leren, maar het maakt de managers tot ambassadeurs om te komen tot een lerende organisatie. Zij worden gekenmerkt door een onderzoekende houding, waarbij Patton verwijst naar

een rol als verantwoordelijke evaluators die naast het willen begrijpen van het individuele proces ook het algehele proces kunnen overzien. De leidinggevendenden kunnen dan niet alleen een pragmatische, doelgerichte focus behouden, maar dienen ook capabel te zijn om naar het individuele proces te kijken.

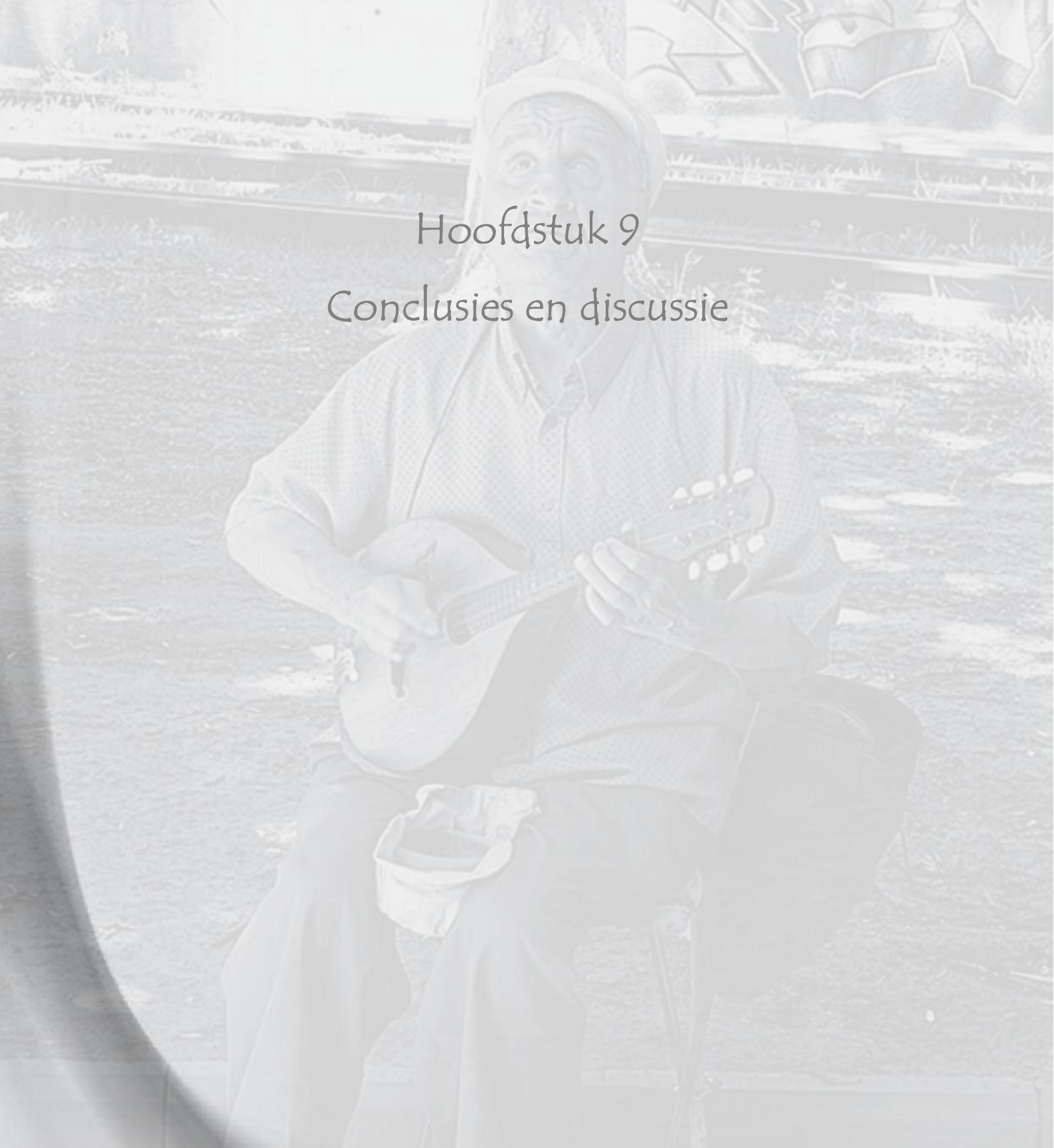
“Pragmatism can overcome seemingly logical contradictions. I believe that the flexible, responsive evaluator can make mind-shifts back-and-forth between paradigms within a single evaluation setting.” Patton (1987: 123)

Hoewel diverse interacties doen vermoeden dat ZorgSaam het initiatief van de lerende organisatie ambieert, moet ik helaas concluderen dat de organisatie op dit moment nog niet opereert als een lerende organisatie. Wel ervaar ik de bereidwilligheid van enkele managers en enkele zorgverleners binnen zowel Vremdieke als binnen ZorgSaam en dat ervaar ik als zeer positief. Het kan daarom gezien worden als een startpunt om in het proces van het komen tot een belevingsgerichte zorg ook te komen tot een lerende organisatie. In paragraaf 9.4.1 zal ik onder anderen verwijzen naar hoe de organisatie ZorgSaam door de toepassing van facilitaire werkvormen en methodieken dit proces kan stimuleren. Daarin zal ik met name verwijzen naar de methodiek van Story telling (Bate 2004) en de methode van Holman (1999) ‘Future Search Conference’.

Den Bakker, eigenaar van Hartlijn Strategiebegeleiding en stafid van stichting de presentie, kon tijdens de Prudentia conferentie 2012 niet aangeven of je Presentie kunt aanbrengen binnen een bestaande organisatie, maar hij ervaart het zeer positief als het management verandert en instemt met een presentiegerichte zorg, waarna hij later verwijst naar de essentie van lerende gemeenschappen, maar waar ik mij verbind aan de lerende organisatie van Senge.



Conclusie, Literatuurlijst & Samenvatting



Hoofdstuk 9

Conclusies en discussie

"The greatest disease in the West today is not TB or leprosy; it is being unwanted, unloved, and uncared for. We can cure physical diseases with medicine, but the only cure for loneliness, despair, and hopelessness is love. There are many in the world who are dying for a piece of bread but there are many more dying for a little love. The poverty in the West is a different kind of poverty -- it is not only a poverty of loneliness but also of spirituality."

Mother Teresa (1995) — A Simple Path



9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik beginnen door de constatering binnen het onderzoek aan het licht te brengen door middel van het trekken van enkele conclusies. Maar niet alleen de conclusies krijgen een plaats in deze, ook lanceer ik drie vragen wat dienen als de start van een dialoog voor de organisatie van ZorgSaam t.a.v. haar belevingsgerichte visie. Na het trekken van de conclusies en het aandragen van de discussie zal ik de wetenschappelijke relevantie van het onderzoek aanhalen en tot slot inzicht bieden in het persoonlijke onderzoeksproces waarin ik zowel het proces zal evalueren als te reflecteren op mijn eigen rol binnen dit onderzoek.

9.2 Conclusies

Binnen dit onderzoek stonden vier aandachtsgebieden centraal welke opgedeeld waren in totaal zes onderzoeksvragen. Binnen deze paragraaf zal ik concreet mijn bevindingen weer geven m.b.t. de gestelde onderzoeksvragen. De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek, wat samenhangt met de centrale onderzoeksvraag zal ik in 9.5.1 nader toelichten.

Presentie in de praktijk

De eerste onderzoeksvraag richtte zich op het vaststellen van de huidige uiting van de belevingsgerichte visie door de individuele medewerkers. Deze onderzoeksvraag luidde als volgt:

1. Hoe komt presentie momenteel tot uiting binnen het individuele proces van zorgen in het verzorgingstehuis Vremdieke?

Gedurende het onderzoek werd het duidelijk dat de belevingsgerichte visie van ZorgSaam verschillend kan worden geïnterpreteerd. De ruimte welke deze visie hierdoor laat ontstaan laat zich vertalen op het uitvoeringsniveau in verschillende relationele afstemmingen met de patiënt of bewoner. Om het onderscheid daarin duidelijk weer te geven zijn er in totaal vijf interpretaties van belevingsgericht werken weergegeven. Dit zijn 1) een service gerichtheid 2) een vraaggerichtheid 3) een inlevingsgerichtheid 4) een meeleavingsgerichtheid binnen de grenzen van de interventie en 5) een meeleavingsgerichtheid zonder grenzen. Daarin is het opmerkelijk dat de eerste drie vormen van presentie zich vertalen in een handelen waarbij de zorgverlener handelt vanuit diens eigen overtuiging of vanuit de instructies welke hij of zij krijgt aangereikt. De twee laatste vormen van belevingsgericht werken vragen echter om een externe referentie waarin er gereflecteerd wordt op datgene wat de ander aandraagt. Om dit te bereiken wordt er van medewerkers verwacht zich te ontdoen van hun eigen voorveronderstellingen om de ander te kunnen aanschouwen in diens eigen authenticiteit van waaruit de waarden, normen en behoeften duidelijk kunnen worden. Helaas vinden niet alle zorgtaken plaats vanuit een hoog presentiegehalte. In veel incidenten staat nog steeds de interventie centraal en soms staat zelfs het belang van de zorgverlener boven dat van de patiënt of bewoner. De meeste uitingen van de belevingsgerichte visie zijn evenredig te verdelen over de servicegerichte, vraaggerichte en inlevingsgerichte varianten van belevingsgericht werken. Het meeleavingsgericht binnen de grenzen van de zorg kwam in mindere mate voor, maar het uitbreken uit de gestelde grenzen werd niet zichtbaar in dit onderzoek.

De tweede onderzoeksvraag richtte zich nog steeds op de vraag hoe presentie tot uiting komt in de dagelijkse zorgpraktijk, maar kijkt niet langer naar het individuele reflectie niveau. De vraag welke hier centraal stond is:

2. Hoeveel organisatorische vrijheden hebben de medewerkers om 'presentie' uit te oefenen en hoe wordt deze benut?

Uit de eerste onderzoeksvraag bleek dat het presentiegehalte niet ten alle tijden even hoog is, maar wat kan hiervoor de oorzaak zijn? Binnen het onderzoeken van de organisatie werd duidelijk dat verschillende beperkingen hier een aandeel in kennen. Daarbij valt o.a. te denken aan een betrokkenheid welke zich in organisatorische veranderingsprocessen eerder lijkt te vertalen in een informeel betrokken houden, dan een actieve betrokkenheid. Huishoudelijke medewerkers welke een steeds belangrijkere positie vervullen in de zorg bleken in veel situaties niet betrokken bij vergaderingen. Daar waar zij betrokken werden kende het gesprek echter een zorgtechnische geaardheid, waardoor het logisch is dat zij daarin weinig inbreng konden en kunnen leveren.

Maar uiteindelijk draait het in de zorg om de patiënt of bewoner die zich in een zorgafhankelijke positie bevindt. De betrokkenheid van bewoners binnen Vremdieke komt o.a. tot uiting in de halfjaarlijkse evaluatiegesprekken, de bewonersbesprekingen en in de cliëntenraad. De evaluatiegesprekken blijken echter zeer divers te worden geïnterpreteerd, door het belang om de patiënt in een bepaald zorgprofiel te kunnen indelen wordt het gesprek veelal gekenmerkt door het doornemen van het zorgdossier. Voor sommige zorgverleners resulteert dit in een routine gesprek van vraag en antwoord. Opvallend daarbij is dat de zorgverlener diens eigen presteren door de patiënt of bewoner moet laten evalueren.

Binnen de bewonersbesprekingen zien we dat de gespreksonderwerpen veelal vooraf door de locatiemanager zouden zijn vastgesteld. Door recente wijzigingen zijn de zorgverleners hier opnieuw bij aanwezig, wat de vertrouwelijkheid van het gesprek mogelijk kan benadelen. M.b.t. de cliëntenraad is er gedurende dit onderzoek weinig data gegeneraliseerd om hier gegronde uitspraken over te doen.

Maar niet alleen de invloed van de individuele medewerker of de betrokkenheid bleek een rol te spelen binnen het beoefenen van presentie binnen de beleavingsgerichte zorgbenadering. Ook de organisatorische verdeling van tijd heeft tot vragen geleid. De werkdruk op de eerste verdieping lijkt daarin beduidend hoger te zijn dan op de overige afdelingen. Het gaat daarin niet om een te kort in de beschikbare tijd, maar om de verdeelsleutel van beschikbare mankrachten. Op deze verdieping ligt de zorgvraag beduidend hoger. Vooral wanneer een medewerker alleen komt te staan is de werkdruk op de eerste verdieping beduidend hoog te noemen. Hoewel sommige medewerkers van de begane grond en de tweede verdieping bijspringen in de zorg, ook in de avonddienst, wordt dit lang niet door elke medewerker gedaan. Bovendien zijn medewerkers van niveau drie soms verantwoordelijk voor enkele zorghandelingen op meerdere afdelingen omdat daar geen bevoegde verzorgende (niveau 3) aanwezig is. De zorgverleners daarentegen kennen overigens ook momenten waarop de zorgvraag lager ligt. Veelal worden deze momenten niet met de bewoners doorgebracht, maar worden deze besteed aan het werken aan de zorgdossiers.

Dat brengt ons bij de invloeden van de markt, de staat en de gemeenschap. En een aanleiding waarom medewerkers sneller gaan werken aan hun administratieve verplichtingen kan wellicht worden toegeschreven aan het perspectief dat men heeft van werken. Tijd vrijmaken om bij een patiënt of bewoner te gaan zitten wordt van oudsher gezien als 'niets-doen'. Mogelijk verklaart dit het gedrag van zorgverleners op één van de groepen om met name achter de zusterpost te blijven zitten om daar te werken aan de administratieve handelingen.

De invloed van de markt en de staat wordt echter niet gezien als dominant en het lijkt er op dat de beperkingen lijdzaam worden gedragen. Tevens werd zichtbaar via een casus rondom incontinentiemateriaal hoe een probleem zich van organisatorisch niveau verplaatste naar de werkvloer. Waarbij Senge (1994) aangeeft dat het verschuiven van het probleem uiteindelijk voor nieuwe problemen zal gaan leiden.

We kunnen dus concluderen dat er zowel organisatorische beperkingen zijn, maar dat de zorgverleners op de begane grond, de tweede verdieping en op de groepen toch ook de tijd hebben om extra tijd uit te trekken voor de patiënt of bewoner, maar dit door interne beweegredenen blijkbaar niet lijken te doen. Daarentegen verschuilen ze zich veelal achter een zusterpost om administratieve handelingen uit te voeren, waarbij ik me persoonlijk afvraag of het aantal uren dat hiervoor besteed wordt in verhouding is tot de zorg.

Het proces van reflectie

Naast het wijzen op de organisatorische invloeden is het tevens van belang om te kijken naar de competentie van zorgverleners om te komen tot een niveau van Single en Double Loop Learning. Waarin ik het double Loop Learning heb verbonden aan een bewust ontdoen van de eigen veronderstellingen om de ander, de bewoner, te kunnen aanschouwen in diens eigen waarden, normen en met diens eigen behoeften. De derde en vierde onderzoeksvragen luidde daarom als volgt:

3. A. *Zijn de medewerkers van het verzorgingstehuis Vremdieke in het individuele proces van zorgen in staat om tot presentie (de fase van double loop learning) te komen?*
B. *Welke mogelijkheden worden er binnen de organisatie gezien om dit reflectievermogen (Een double loop learning) te optimaliseren?*

In de praktijk blijken de zorgmedewerkers van niveau drie opgeleid te zijn in het reflecteren. Het reflecteren zal daarbij met name gericht zijn op het zoeken naar alternatieven of een reflecteren vanuit een intern referentiekader. Hiermee geef ik niet aan dat de niveaus één en twee niet competent zijn om door reflectie tot een juiste keuze te komen, maar dit reflecteren op Single Loop niveau betreft veelal een intuïtief proces.

Gedurende het onderzoek ontstond steeds sterker de vraag naar hoe het reflecteren op de zorg plaats vond en gedurende het onderzoek werd duidelijk dat zorgverleners in het proces van double loop learning ondersteund worden door de teamleiders. De zorgverleners van niveau één, twee en drie kunnen wel reflecteren vanuit intern referentiekader, maar lijken daarin niet te reflecteren vanuit de ander. De aanpak van de teamleiders om dit te ondersteunen of te stimuleren is echter wel verschillend. Op de eerste verdieping hanteert de teamleider een meer vraaggerichte houding wat maakt dat de teamleden uitgedaagd worden tot reflectie. Op de begane grond en de tweede verdieping wordt het reflectieproces veelal namens de medewerkers gedaan.

Op de vraag of zorgverleners van een niveau één, twee of drie zouden kunnen komen tot het niveau van double loop learning ben ik echter niet negatief gestemd. Daarvoor heb ik de hypothese gelanceerd waarin ik aangeef dat de zorgverleners door de sociale verbondenheid wel intuïtief het double loop perspectief tot invloed laten zijn in hun dagelijks handelen. Ik doe wens daarom niet de nadruk te leggen op het kunnen reflecteren op het niveau van double loop learning om presentie te kunnen beoefenen, maar een sociale vaardigheidscomponent om zichzelf te verbinden tot de ander. Deze sociale vaardigheidscomponent kan maken dat er verschil in de uitwerking van belevingsgericht werken is. Zodra de zorgverleners meer en meer beperkt worden in de ruimte voor hun sociale omgang met de bewoners zullen zij ook minder goed intuïtief aanvoelen hoe de bewoner bejegend wenst te worden.

Nu speelt niet alleen het reflectie niveau van het individu een rol. Ook het reflecteren op het organisatorisch niveau is van belang. De vijfde en zesde onderzoeksvraag richtte zich tot dit organisatorisch niveau van reflecteren, alsook het proces om te komen tot een lerende organisatie.

4. A. *Hoe wordt er momenteel binnen de organisatie gereflecteerd m.b.t. het presentiegehalte in de zorg? Betreft het hier met name Single, Double of tevens ook Triple Loop Learning?*
B. *Kunnen we hier spreken van een lerende organisatie? Zo niet, waaruit blijkt dat en hoe kan dit geoptimaliseerd worden?*

Binnen het onderzoek is het opvallend dat we met een top-down geïnitieerde visie te maken hebben welke 'uitgerold' diende te worden over de organisatie. Dit heeft tot vier deelgebieden geleid, namelijk 1) het deelproces gericht op de visie ontwikkeling 2) het deelproces gericht op het implementeren van de visie 3) het deelproces om te komen tot het reflectie niveau op de ander en 4) het deelproces gericht op het tot ontplooiing te laten komen van de visie op het eigen handelingsniveau van de zorg.

Vanuit het gedachtegoed van Senge blijkt hoe cruciaal het is dat de zorgverlener zich eigenaar voelt van deze zorgvisie. Hoewel idealiter de patiënt of bewoner eigenaar is van zijn eigen zorg, is deze door zijn of haar zorgafhankelijkheid aangewezen op de bereidwilligheid van diens verzorger. Binnen de visie van belevingsgericht werken kunnen er wel enkele tools worden aangereikt die de servicegerichtheid bevorderen, maar de zorgverlener bepaald uiteindelijk of deze zich wenst aan te sluiten op de patiënt of bewoner.

Als we ons vervolgens de vraag stellen of hier sprake is van Triple Loop Learning, dan kunnen we concluderen dat er binnen de deelprocessen van visieontwikkeling en implementatieontwikkeling wel gereflecteerd wordt over de eerder ondernomen processen, maar deze reflectie heeft meer te maken met een leerproces op het eigen aandeel in het algemene geheel. Zo probeert de prudentia werkgroep te leren hoe ze haar visie verder kan aanscherpen. sTimul probeert te leren hoe zij haar onderwijsprogramma kan aanpassen om doeltreffender te zijn, maar de reflectie op het uitvoeringsniveau is bij lange na niet gericht op de ontplooiing van het bestaansrecht van de ander. De uitdaging van ZorgSaam is daarom ook om niet langer te reflecteren op het niveau van de deelprocessen, maar te komen tot een reflectieniveau op het geheel. Daarbij is het essentieel dat de zorgmedewerkers zich eigenaar gaan voelen van de belevingsgerichte visie. Niet alle zorgmedewerkers zullen deze handreiking direct aangrijpen, dit proces vergt tijd, maar ook een proces waarin de medewerkers geleerd worden om over hun eigen zorgpraktijk na te denken.

Binnen Vremdieke is er echter een zeer positief initiatief waarneembaar onder de zorgverleners. Zij hebben informele bijeenkomsten waarin ze gezamenlijk terugblikken op hun sTimul ervaringen en reflecteren onderling hoe hun ervaringen van effect kunnen zijn op de eigen zorgtaak. Hoewel ik dit proces aanmoedig vrees ik echter wel dat het reflecteren met name is gericht op de eigen zorghandeling en dus niet een reflecteren op hoe de authenticiteit en dus ook het bestaansrecht van de ander tot ontplooiing kan komen.

Toch benadruk ik ZorgSaam en de leiders van Vremdieke nadrukkelijk om het 'eigenaar-zijn' van dit initiatief niet over te nemen of het proces te willen gaan leiden en te formaliseren. Net zoals Senge roep ik ZorgSaam op om niet langer als eigenaar van de visie van ZorgSaam op te treden, maar de medewerkers als een dienstverlenende service ondersteuning en begeleiding aan te bieden. Dit kan betekenen door de medewerkers in contact te brengen met bijvoorbeeld een medewerker van sTimul die het gesprek niet overneemt, maar die als een vraagbalk kan dienen of enkele subtiele vragen kan stellen zodat de authenticiteit en het bestaansrecht van de individuele medewerker aan de orde wordt gesteld en waarbij de medewerker bij structurele belemmerende factoren als een bemiddelaar kan functioneren door dit met de teamleiders, de locatiemanager of de betreffende staffuncties bespreekbaar te maken. Het bespreekbaar maken dient niet als een afbreuk van de organisatieprocessen, maar als een gezamenlijk zoeken naar hoe de belevingsgerichte visie verder tot ontplooiing kan komen.

Met deze verandering van het 'eigenaar-zijn' begeeft ZorgSaam zich in een transformatie m.b.t. de eigen management rol. Daarin draait het niet langer om het implementeren van de belevingsgerichte zorgvisie, maar een gezamenlijk zoeken en een gezamenlijk leren hoe in alle verschillende deelgebieden we een bijdrage kunnen leveren in het proces van het steeds verder komen tot een belevingsgerichte zorg welke gekenmerkt wordt door een hoog presentiegehalte.

Voor nu moet ik concluderen dat we binnen ZorgSaam niet kunnen spreken van een lerende organisatie. De organisatie kent namelijk nog steeds een Topdown structuur, waarbij de topdown geïnitieerde visie veelal een opdracht naar de medewerkers reflecteert, dan dat de zorgmedewerkers vanuit een persoonlijke motivatie uiting wensen te geven aan deze visie. In 9.4 geef ik aanbevelingen hoe dit proces van transformatie van de organisatie gestimuleerd kan worden.

9.3 Discussie

Momenteel vertaalt het belevingsgericht werken zich met name in een uiting van servicegerichtheid, vraaggerichtheid of inlevingsgerichtheid. Al deze drie vormen zijn echter gebaseerd op een interne reflectie van hoe de zorg zou moeten worden weergegeven. De kritische vraag welke we hier kunnen stellen is in hoeverre deze drie vormen van belevingsgericht werken gezien kunnen worden als een vorm van presentie beoefenen. Aan de ene kant wordt er nagedacht over wat patiëntgroepen als het meest aangenaam ervaren, maar kunnen we hier werkelijk spreken over een proces van het zichzelf ontdoen van enige voorveronderstellingen of aannames. Naar mijn idee kunnen we binnen deze drie vormen wel momenten hebben waarop de zorg sporadisch aansluit op de waarden, normen en behoeften van de patiënt. Maar is hier wel sprake van een fase van double loop learning of worden de handelingen met name door de eigen beschikbare alternatieven vormgegeven?

Maar als we daadwerkelijk tot een zorgsetting willen komen welke gekenmerkt wordt door een hoog presentiegehalte, dan is het tevens de vraag in hoeverre de presentie buiten de grenzen mag gaan. Momenteel is de zorg sterk gerelateerd aan de uit te voeren interventies, maar staat een organisatie

als ZorgSaam toe dat er ook tijd wordt besteed om naast de patiënt te staan. En mag een zorgverlener de visie van ZorgSaam gebruiken als een ruggengraat of als een zwaard om het over de grenzen gaan omdat er dan gehoor is gegeven aan de waarden, normen en behoeften van de patiënt of bewoner.

Als ZorgSaam wenst te komen tot het niveau waarin de zorgverlener eigenaar wordt van de zorgvisie is het vervolgens de vraag in hoeverre de organisatie bereidt is om de verantwoordelijkheden te delen en te komen tot een gezamenlijk proces van leren. Daarin is er niet langer sprake van een topdown gestuurde organisatie met haar topdown geïnitieerde visie, maar daar draait het om een gezamenlijkheid waarin de organisatie als een service verlenende dienstverlening haar diensten aanbiedt aan de medewerkers om de belevingsgerichte visie te realiseren.

Het zijn drie vragen waar de meningen over verschillen, maar het is cruciaal in het doen laten slagen van de belevingsgerichte visie. Want de visie op belevingsgericht werken met een hoog presentiegehalte kan alleen slagen indien de zorgverleners eigenaar worden van de zorgvisie en de tijd, prioriteit en bereidheid hebben om zichzelf te ontdoen van hun eigen voorveronderstellingen om in afstemming met de bewoners, hun collega's, de teamleiders en de hogere functionarissen tot proces van gezamenlijk leren te komen binnen de kaders van de lerende organisatie.

9.4 Wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek

De uitkomst van dit onderzoek biedt de organisatie ZorgSaam inzage in het proces van implementatie van haar Belevingsgerichte visie, maar tevens draagt het bij aan de huidige wetenschappelijke kennis.

Uit het onderzoek bleek namelijk dat de belevingsgerichte visie van ZorgSaam een topdown geïnitieerde visie betrof. Dit blijkt tot grote gevolgen te leiden m.b.t. de uitwerking van haar visie. Een topdown geïnitieerde visie vraagt namelijk van de medewerker dat deze zichzelf eigenaar gaat voelen van de visie. Dit eigenaar-worden is iets heel anders dan aanspraak te maken op iemands uitvoeringswerkzaamheden en het is ook iets anders dan iemand verantwoordelijk maken. Vanuit het eigenaar-zijn ontstaat een persoonlijke betrokkenheid tot de visie. Binnen een visie als Belevingsgericht werken is deze betrokkenheid essentieel omdat het gericht is op het persoonlijk relateren van de zorgverlener met zijn of haar patiënt of bewoners. In het proces van het willen komen tot een lerende organisatie is het essentieel om te bouwen aan een gemeenschappelijk gedragen visie. Het woord gedragen kent daarin een bijzonder diepgang omdat het niet een plichtsgedragen visie is, maar een visie welke de medewerker als individueel persoon wenst uit te dragen. Als de visie niet gemeenschappelijk gedragen wordt, dan leidt dit zoals Senge (1994: 233) aangeeft tot chaos.

Uit het onderzoek blijkt dat velen zich wel achter de visie van Belevingsgericht werken kunnen vinden, maar toch mondde dit uit in o.a. vijf verschillende interpretaties van de visie. Hieruit is op te merken dat de medewerkers hun eigen interpretatie van de visie vasthielden. De medewerkers dienen zich daarom te ontdoen van hun eigen belangen en voorveronderstellingen om te komen tot een gezamenlijk begrepen en gedragen visie. Om de verschillende interpretaties van een bepaalde situatie te kunnen begrijpen verwijzen Baart en Vosman (2010) naar de lerende gemeenschap (CoP) als een vorm waarbinnen er geleerd kan worden om presentie tot uiting te laten komen. Zelf heb ik binnen dit onderzoek verwezen naar de lerende organisatie (Senge 1994). Senge verwijst naar de essentie om een gezamenlijke visie te hebben, maar ik wil daar aan toevoegen dat het ook vereist dat de deelnemers aan dit proces hun eigen belangen durven neer te leggen. Wanneer er een verstrengeling van belangen actief blijft dan kunnen we niet spreken van een gezamenlijkheid.

Als de leidinggevenden het belang van de protocollen en de centrale regie blijven profileren op de medewerker, dan zal het leerproces beïnvloedt en zelfs beperkt worden om tot een gezamenlijke ontplooiing te komen van de belevingsgerichte visie. Als de zorgverlener het belang van zijn of haar visie op het verlenen van zorg niet tegen het daglicht wil stellen en zich bijvoorbeeld niet kwetsbaar durft op te stellen ten opzichte van het team en de patiënt of bewoner, ook dan zal de uitvoering van belevingsgericht werken beperkt blijven. Concreet betekent het implementeren van een nieuwe zorgvisie dus veel meer dan het uitrollen van een implementatieproces. Het betekent dat de organisatie moet komen tot een gezamenlijk gedragen visie waarbij de medewerkers zich allemaal eigenaar weten te voelen. Ik wijs hier echter niet op een eigenaar-zijn in een beheersgerichte vorm, maar ik zie het eigenaar-zijn als het komen tot een kwetsbare positie waarin de individuele belangen van ondergeschikt belang worden gesteld om de visie tot ontplooiing te kunnen laten komen.

Dit vraagt om een grote transformatie van de bedrijfscultuur. Het management dient dan niet langer te functioneren als de bestuurders van het implementatieproces van de visie, maar zij dienen als een serviceverlenend orgaan ondersteuning te bieden aan de lerende organisatie. Daarvoor is het essentieel dat de medewerker zich veilig kan voelen binnen het proces van leren. Het proces van leren wordt daarin gekenmerkt door een kwetsbaar delen van gedachten alsook de erkenning van het niet-(ten volle)-weten. Het draait dan niet op persoonlijke prestatie, maar om een gezamenlijk proces waarbij er van elkaar geleerd kan worden.

Het proces om te komen tot deze lerende organisatie vraagt veel tijd en een goede begeleiding. Deze begeleiding zou niet gericht moeten zijn op de uitkomsten van de te implementeren visie, maar deze zou erop gericht moeten zijn om een nieuwe (bedrijfs)cultuur te scheppen waarin de medewerkers in een gezamenlijk zoeken dienen te komen tot een algemeen gedragen visie. De belevingsgerichte visie of een visie op presentie dient daarin niet geprojecteerd te worden op de medewerkers, maar dient als een aanbod te worden aangedragen, waarbij de medewerkers in een gezamenlijk proces van zoeken proberen om tot een gezamenlijk gedragen visie te komen. Het management dient daarin de bereidheid te hebben dat dit wel eens tot een andere uitwerking kan leiden dan dat zij persoonlijk voor ogen heeft. Zij dient dan niet wederom haar belevingsgerichte visie te imponeren op haar medewerkers, maar dient te zoeken naar hoe zij binnen de nieuw ontstane visie ondersteuning kan verlenen om deze visie zo goed als mogelijk tot ontplooiing te laten komen.

Omdat dit proces van het komen tot een lerende organisatie o.a. verbonden is aan het inter-humane proces van vertrouwen (Baumeister 1995) is het goed om als organisatie na te gaan wie zij wenst aan te stellen als de facilitators van dit proces. Hier kunnen verschillende facilitaire werkvormen voor benaderd worden. Ik beperk me echter tot een facilitaire werkvorm van Story telling en de methodiek van de 'Future search conference'.

Bij Story telling (Bate 2004) gaat een vertrouwelijk persoon in dialoog met de verschillende medewerkers over een vooraf bepaald onderwerp. Veelal betreft dit een extern ingehuurd kracht welke door de verschillende gesprekken inzicht wenst te krijgen van de verschillende situaties, opvattingen en bedrijfsmatige processen. Het doel van deze vertrouwelijkheid is om de medewerkers de ruimte te geven deel te nemen aan de processen en situaties welke plaats vinden binnen de organisatie. Het is vervolgens de facilitator welke alle dialogen samenbindt tot een verhaal of een verslag. Alle verwijzingen naar personen of karaktereigenschappen dienen daarin buitenschoot gelaten te worden of deze worden vervangen ter bescherming van de medewerkers. Het uiteindelijke doel is dat de organisatie aan de hand van deze informatie komt tot een transformatie van de bewust aangedragen processen. Essentieel daarin is om de bijdrage van de medewerkers niet af te doen, maar juist hun bijdrage te waarderen als een proces waarin er gezamenlijk gezocht wordt naar een draagvlak om in dit geval de belevingsgerichte visie tot ontplooiing te kunnen laten komen. De bijdrage van de betrokkenen aan dit onderzoek dient daarom ook gekoesterd te worden. Het dient niet gezien te worden als een afbreuk of veroordeling van medewerkers, maar als een gezamenlijk proces van leren.

Naarmate er meer en meer vertrouwen is ontstaan onder de medewerkers om zich vrij uit te laten, alsook naarmate zij zichzelf bewust zijn geworden dat hun bijdrage er toe doet kan er overwogen worden om de visie uit te diepen aan de hand van de 'Future search conference' methode (Holman 1999). Deze methodiek is erop gericht om in een tijdsbestek van drie dagen met medewerkers na te denken over het verleden, het heden en hoe het heden door de verschillende belanghebbende partijen beïnvloed wordt, om vervolgens te starten met het vormen van een toekomst ideaal. Uiteindelijk dienen de medewerkers in het formuleren van een toekomst ideaal (een toekomst visie) te komen tot een gezamenlijk gedragen visie voor de organisatie, waarna het proces uitgewerkt wordt in een plan van aanpak.

Het uitwerken van de visie aan de hand van de 'Future search conference' methode wil nog niet aangeven dat daarmee het proces is afgedaan. Hoewel de betrokkenen deelgenoot worden van de gezamenlijk gedragen visie, luiden zij daarmee pas het startsein voor een proces waarin zij al lerende zoeken hoe zij de nieuw ontwikkelde visie tot ontplooiing kunnen laten komen. Deze gezamenlijk gevormde visie kan overigens zeer goed uitmonden in de huidige visie van ZorgSaam, namelijk belevingsgericht werken. Het is dan echter niet een topdown geïnitieerde visie, maar een hervonden visie vanuit de medewerkers. Pas als men tot deze gezamenlijkheid gekomen is, dan is de organisatie klaar om als een lerende organisatie te functioneren en om in het proces van 'gaan' te blijven reflecteren op 1) het individuele handelen alsook 2) op het organisatorische handelen.

Dat brengt me bij het reflectievermogen van het individu en de organisatie. En binnen dit onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

Achterhalen hoe de lerende organisatie gerelateerd kan worden aan de niveaus van leren om daarmee het presentiegehalte binnen het verzorgingstehuis Vremdieke te verbeteren.

Binnen een lerende organisatie draait het namelijk niet alleen om het leren van bedrijfsmatige processen en hoe deze bedrijfsmatige processen verbeterd kunnen worden, maar het draait naar mijn mening om het tot ontplooiing laten komen van een ideaal. Dit proces vraagt om de competenties en vaardigheden van reflecteren. Het gaat in dit proces specifiek niet om een proces van evalueren, maar om een proces waarin er geleerd wordt door een reflectie op het eigen handelen of het organisatorische proces.

Ik heb hiervoor verwezen naar Single, Double en Triple Loop Learning en ik heb me op de twee verschillende niveaus van reflecteren gericht, namelijk het individuele niveau en het algehele organisatorische niveau. En binnen het onderzoek werd duidelijk dat medewerkers van een lagere scholingsgraad (niveau 1 en 2) niet opgeleid zijn om te reflecteren op het eigen handelen. Toch is er een intuïtief proces zichtbaar waarbij de zorgverleners van deze scholingsgraad tot een bepaalde handeling komen. Zij zijn zich wellicht niet bewust van dit interne proces en kunnen niet expliciet maken waarom ze tot een bepaalde handeling zijn gekomen, maar toch weten ze in veel situaties tot een gewenst eindresultaat te komen. Een zorgmedewerker van niveau drie zou capabel moeten zijn om te kunnen reflecteren op het eigen handelen.

Maar tijdens het onderzoek heb ik de hypothese ontwikkelt dat de zorgverleners van zowel niveau 1,2 alsook niveau 3 minder snel tot een bewust niveau van Double Loop Learning komen. Hun eigen handelen werd gereflecteerd binnen hun eigen interne voorveronderstellingen van wenselijkheid. De vraag of zij bij het komen tot een bepaalde handeling bewust reflecteerden op het tot ontplooiing laten komen van de authenticiteit en het bestaansrecht van de ander trek ik daarbij in twijfel. Met de authenticiteit verwijs ik daarbij naar de waarden, normen en behoeften welke de identiteit vormen van de bewuste patiënt of bewoner en met bestaansrecht verwijs ik naar hoe er gereflecteerd kan worden op het eigen handelen en de organisatie om die authenticiteit tot ontplooiing te laten komen. Gedurende het onderzoek vormden de teamleidster een ondersteuning om tot dit reflecteren op de ander te komen.

Maar betekent dit dat zorgverleners van deze bewuste niveaus niet een vorm van belevingsgericht werken zouden kunnen bereiken waarbij men zich ontdoet van de eigen voorveronderstellingen om de ander in zijn authenticiteit te kunnen zien? Wanneer we dit zouden concluderen zouden we aangeven dat mensen met dit opleidingsniveau zich niet sociaal kunnen verbinden tot de ander. Presentie zie ik daarom niet als een bewust proces van Double Loop Learning, waarbij de zorgverlener in staat is of capabel is om tot een niveau van reflecteren op de ander te komen. Presentie wordt namelijk niet gekenmerkt door het rationeel kunnen verklaren van de ander zijn of haar waarden, normen en behoeften, maar presentie wordt gekenmerkt door een relationele verbondenheid tussen de zorgverlener en de patiënt of bewoner. Presentie vraagt dus niet alleen om een reflecteren op het niveau van Double Loop Learning, maar Presentie vraagt naar mijn optiek ook om een sociale vaardigheidscomponent van het verbinden met de ander.

Juist door deze sociale en relationele verbondenheid tussen de zorgverleners van niveau 1,2 en 3 met hun patiënt of bewoner is het mogelijk dat zij intuïtief komen tot een reflecteren op de ander. Zij zijn zich dus niet allen bewust van dit reflecteren op de ander. Doordat de sociale verbondenheid per relatie verschilt kan daarmee verklaard worden waarom een zorgverlener bij de ene patiënt of bewoner wel presentie kan verlenen, terwijl dat een kamer verder niet of minder het geval is. Ook zou de hypothese m.b.t. de vaardigheid van het sociaal verbinden kunnen verklaren waardoor de relationele verhouding per medewerker verschilt. Daarin kan het ook verklaren waarom de zorg van een hoger opgeleide zorgverlener tot een lager presentiegehalte kan leiden.

Presentie wens ik daarom niet alleen te verbinden aan een rationeel vermogen, maar ook aan een sociale vaardigheidscomponent van het aansluiten. En naar mijn optiek is het van belang om de constatering m.b.t. het reflectievermogen en de vaardigheidscomponent niet te zien als een

afgedwongen feit, maar als een startproces waarin er gezamenlijk geleerd kan worden om dit reflectievermogen en het relationeel aansluiten te kunnen bevorderen.

Toch kan het aansluiten niet vanuit een top gedirigeerd worden. Het aansluiten is naar mijn optiek inherent verbonden tot een eigen individuele keuze om zichzelf te willen verbinden aan de ander. Het verbinden is daarbij gekenmerkt door twee partijen. Namelijk de zorgverlener alsook de patiënt of bewoner. Meermaals heb ik verwezen naar het feit dat Presentie niet een opgelegde verbintenis mag zijn, maar dat presentie een aanbod vormt dat ten alle tijden door de patiënt of bewoner geweigerd mag worden. Als het geweigerd wordt ontstaat er geen afwezigheid van presentie, maar een afwachtende houding (latende modus) waarbij de patiënt of bewoner ten alle tijden terug aanspraak mag doen op het aanbod van presentie (Baart 2008).

Maar zoals ik aangaf heeft ook de zorgverlener een individuele keuze om zichzelf al dan niet aan te sluiten op de ander. En juist deze keuze om te komen tot een verbondenheid met de ander heeft alles te doen met de visie welke de individuele zorgverlener uitdraagt en de bereidheid om de eigen belangen af te leggen om tot een gezamenlijk proces van leren te komen waarin een gezamenlijke gedragen visie tot ontplooiing kan komen. De 'Belevingsgerichte visie' is dan niet langer een topdown geïnitieerde visie, maar vormt een zienswijze te midden van een dialoog waarin de verschillende visies naast elkaar worden geplaatst om daarin de visies aan elkaar te schaven en aan te passen om zo te komen tot een gezamenlijk gedragen visie welke niet alleen het individuele handelen, maar ook het organisatorische handelen mag beïnvloeden.

Eerder heb ik toegelicht dat ZorgSaam via de toepassing van verschillende facilitaire methoden en werkvormen dit proces van organiseren zou kunnen bereiken. Maar het belangrijkste in dit alles is dat de nieuw gedragen visie niet leidt tot een chaos in de organisatie, maar dat er vanuit de staffuncties en het topmanagement blijvend gereflecteerd wordt op alle deelprocessen binnen het tot ontplooiing laten komen van de gezamenlijk gevormde visie. Met dit reflecteren wijs ik op een voortdurend proces van leren uit de ontwikkelingen binnen het algehele proces en waarin er blijvend de vraag wordt gesteld naar het feit in hoeverre de visie nog aansluiting vindt bij zowel de medewerkers als bij de patiënt en bewoners. Waarbij het proces van de lerende organisatie voor een verdere uitwerking en mogelijke aanscherping van haar nieuw gevormde visie vraagt. De visie is dan niet langer een statisch ideaal, maar een voortdurend in ontwikkeling zijnd proces.

Als ZorgSaam het presentiegehalte binnen haar zorgorganisatie wenst te verbeteren dient zij niet alleen gericht te zijn op het verzorgingstehuis van Vremdieke, maar dient gericht te zijn op het proces van komen tot een lerende organisatie waarin alle medewerkers in de gehele organisatie betrokken worden en tot eigenaar worden gemaakt van een nieuw te vormen visie welke mogelijk wel eens zou kunnen uitmonden in haar huidige visie, namelijk; "Belevingsgericht werken". Het is dan niet langer een topdown geïnitieerde visie, maar een hervonden visie vanuit de medewerkers, waarbij de medewerkers zich eigenaar zullen voelen van de visie en gestimuleerd dienen te worden om te komen tot een gezamenlijk gedragenheid waarin niet langer prestatie of eigen belang de voorhand heeft, maar een kwetsbaar proces van gezamenlijk zoeken om de nieuw ontstane visie tot ontplooiing te laten komen.

9.5 Persoonlijke evaluatie en zelfreflectie:

Na een zeer leerrijke stage, welke uitmondde in het verrichten van een onderzoek bij het zorg-ethische lab sTimul was me de essentie van een goede voorbereiding bijgebleven. In dit (vervolg) onderzoek heb ik daarom ook veel aandacht besteed aan een literaire verdieping om mijn onderzoeksvragen zo scherp mogelijk te kunnen formuleren. Nog voordat het onderzoeksverslag echter definitief afgerond was, startte ik al met het verzamelen van de nodige data. Hier stonden in de planning twee maanden voor uitgetrokken, maar helaas heb ik hier een vertraging opgelopen van ongeveer een week. Deze vertraging trachtte ik gedurende de analyses te kunnen herstellen, maar het coderen en rubriceren vergde meer tijd dan ik aanvankelijk dacht. Uiteindelijk is het concept met een week vertraging verzonden naar mijn eerste examinerator en hoop het definitieve verslag eind augustus 2012 te mogen verdedigen aan de Universiteit van Wageningen (Social Science Group).

Mocht ik ooit nogmaals een onderzoek gaan verrichten, dan hoop ik mezelf ruimte te gunnen voor een eventuele uitloop van het onderzoek wat de kwaliteit van het uiteindelijke verslag ten goede mag komen. Door de strakke planning startte de datacollectie al terwijl het onderzoeksvoorstel nog

aanpassingen behoefde. Maar niet alleen het feit dat bepaalde processen door elkaar begonnen te lopen heeft invloed op de kwaliteit, ook de tijdsdruk heb ik soms als wat beklemmend ervaren, maar uiteindelijk zal elke student beamen dat een stok achter de deur ook geen overbodige luxe is.

Maar over het algemeen ben ik zeer positief over het uiteindelijke resultaat en wanneer ik reflecteer op het onderzoeksproces en mijn aandeel daarin dan zie ik daarin een groeiend enthousiasme om ook zelf te blijven leren. Dit komt o.a. tot uiting doordat ik een drive heb ontdekt om processen niet alleen te kunnen verklaren met wetenschappelijke theorieën, maar ze ook op een sociologisch niveau uiteen te kunnen zetten. Door deze uiteenzetting groeit mijn enthousiasme om juist daarin de onderste steen boven te kunnen krijgen en dat heeft me persoonlijk verbaasd.

Deze drive zie ik tevens terug in die processen welke ik als het meest prettig ervaren heb. Juist het doorvragen tijdens de interviews, het zoeken naar de wetenschappelijke verdieping in bestaande literatuur en de analyse fase heb ik als zeer aangenaam ervaren. Het proces van transcripten schrijven en coderen bleek ik ook in dit onderzoek als minder aangenaam en mogelijk wat als eentonig te ervaren. Toch ben ik blij met het eindresultaat en hoop daarom ook dat het als een toevoeging mag dienen voor de zoektocht van ZorgSaam in het uitdiepen en het uitwerken van de belevingsgerichte visie op zorg. Ik wens hen daarom ook alle succes en voorspoed in het proces van en het komen naar een lerende organisatie voor presentie.

Literatuur

- Argyris, C. (1977), 'Double Loop Learning' in organizations. Harvard Business Review. Vol. 55. No. 5, 115-126
- Assche, B. van (2012) Onderzoeksrapportage: Een procesmatige benadering van het Nederlandse zorgethische lab: sTimul
- Baart, A. & Grypdonck M (2008) Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg. Utrecht: Lemma.
- Baart, A (2001) Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. & Vosman, F. (2008). Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma
- Bate, P. (2004) The role of stories and storytelling in organizational change efforts: The anthropology of an intervention within a UK hospital. In: Intervention Research 1 (2004) 27–42, IOS Press
- Baumeister, R., & Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin. 117, 497-529.
- Bolhuis, S., & Simons, P. R. J. (2001). Naar een breder begrip van leren. In J. W. M. Kessels & R. Poell (Eds.), Human Resource Development. Organiseren van het leren (pp. 37-51). Alphen aan de Rijn: Samson.
- Christakis, N.A. & Fowler J.H. (2008) The collective dynamics of smoking in a large social network downloaded 30-3-2011 from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0706154>
- Cingel, M. van der (2008). Compassie als antwoord op leed. Een verkenning naar compassie in het domein zorg. Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte 2008: 100(3): p.103-120.
- Elst, E. van (2008) Zinnvolle zorg? Het zingevingmodel nader bekeken – Een kwalitatief onderzoek naar de invulling van behoeftegestuurd zorgmodel op psychogeriatrische afdelingen in het verpleeghuis.
- Frieling, M. (2004) Sociocratie als lerende organisatie (Scriptie Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep Onderwijskunde)
- Goossensen, A. (2011) Zijn is gezien worden. Presentie en reductie in de zorg Inaugurele rede door prof. Dr Anne Goossensen. Tilburg University
- Goossensen, A. (2009) in: Studiemiddag stichting presentie: Het meten van presentie op 18 september 2009 te Utrecht door Karin Runia.
- Green J & Thorogood N. (2004,2009) Qualitative Methods for Health Research. SAGE,. London, Reprinted version 2010
- Greenwood, J. (1997) The role of reflection in 'Single' and 'Double Loop Learning' in Journal of Advanced Nursing, 1998, 27, pagina 1048-1053
- Haslam, S.A. (2001) Psychology in organizations: The social identity approach. Sage, London
- Heist, A. van (2005) Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit Kampen: uitgeverij Klement: ISBN 90 77070397

- Heijst, A. van (2008) Zorgethiek, een theoretisch overzicht, in: *Filosofie en praktijk*, 2008: 29(1), 7-18
- Hellinga, J.J. (1999) Autonomie: Wat betekent dit begrip voor het dagelijks werk als arts in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap? in *TVAZ*, nr. 2, pagina 9-11
- Holman P. & T. Devane (1999) Chapter 2: Future search in: *The Change Handbook; group methods for shaping the future*. Berrett-Koehler Publishers Inc. San Francisco.
- Hout, E.J.Th. van & K. Putters (2007) Leiderschap in maatschappelijke organisaties in E. Cornelissen, P.H.A. Frissen, S. Kensen en T. Brandsen (red.), *Betoverend Bestuur. Legitimiteit, vitaliteit, meervoudigheid*, Lemma, Den Haag
- Johari Window Model Theory Sheet in Pfeiffer's classic activities for building better teams John Wiley & Sons Inc. (2003)
- Joldersma F., Mouwen C.A.M., Otto M.M., Geurts J.L (2008) *Strategisch management voor non-profitorganisaties*
- Kaner, S. (1996) *Facilitator's guide to participatory decision-making* Gabriola Island BC New Society, 238-245
- Koot, J. & Vulto, M. (2007) *Medische ouderenzorg in de toekomst – Anticiperen op ziektye en welbevinden*.
- Leeuwis, C. en A. van den Ban (2004) *Communication for rural Innovation: Rethinking agricultural extension*. Blackwell Science, Oxford.
- Lewicki, R.J. (2000). Trust, Trust Development, and Trust Repair. In. M. Deutsch & PT Coleman (Eds.), *The handbook of conflict resolution: Theory and practice* (p. 92-107). San Francisco, CA: Jossey-Bass. Prepared by Sharon Pearson, FDR Graduate Assistant.
- Manschot, H.A.M. en J.N. van Dartel (red.) (2003) *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* Meppel: Boom: ISBN: 90 5352 9438
- McGee, R., (2004), 'Unpacking Policy: Actors, Knowledge and Spaces' in *Unpacking Policy: Knowledge, Actors and Spaces in Poverty Reduction in Uganda and Nigeria*, eds. K. Brock, R. McGee and J. Gaventa, Fountain Publishers, Kampala
- Meininger, P.H. (1999) Authenticiteit en autonomie: mensopvattingen in zorgrelaties met mensen met een verstandelijke handicap in *TVAZ*, nr. 2, pagina 3-8
- Meininger, H.P. (2002) *Zin leren zien. Uit: Zin Geven: Noties rondom vraagstukken van zingeving als je ouder wordt of moet leven met een beperking door: M.H. Kwekkeboom en M.Th. Wijnen-Sponselee (redactie): Avans Hogeschool, locatie Breda*
- Mol, A. (2006) *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- Paassen, A. van Model: *Facilitating interactive processes*. Wageningen University: Module COM 60306 *Facilitating interactive processes* (bijgewoond in 2011)
- Park R. & van der Geest S. (2010) *Doing and Living Medical Anthropology: Personal Reflections*, Diemen, 1-8
- Patton, M. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Pool, A., Atmac-Yigit, N. & Goense, L (2010) *Samen gaat het beter - Belevingsgericht werken bij ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen*, 1^{ste} druk, Boom

- Pool, A.: Mostert, H. & Schumacher, J. (2003) De kunst van het afstemmen. Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept.
- Schelfhout, A. (2012) We komen nu dichterbij de ziel dan op het lichaam. In Waarde-volle zorg en vergelijkbare initiatieven in Zeeland – interviews met directies van Zeeuwse instellingen voor zorg en welzijn. Uitgever: Klaverblad Zeeland, Goes.
- Scoones, I. (2009). Livelihoods perspectives and rural development. In Journal of Peasant Studies, 36(1), 171-96.
- Senge, P. et. al. (1994) The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building a Learning Organization
- Stap, D., Veldhuis, A., Rooze, M., De Bakker, A. & Van Assche, B. (2012) Beleidskader sTimul (Draft version)
- Stevens, L. (2009) Stimul, zorgethisch lab. De invloed van ervaringsgericht leren tijdens een inleefsessie in stimul op de (zorg)ethische deskundigheid van medewerkers in de ouderenzorg. Onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie van Welzijn.
- Ten Have, H.A.M.J.: Ter Meulen R.H.J. & Van Leeuwen, E. (2009) Medische ethiek, 3de druk Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Tosey, P., Visser, M., & Saunders, M.N.K. (2012). The origins and conceptualizations of 'triple-loop' learning: A critical review. Management Learning, 43, published online.
- Tronto JC, (1993) Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. New York: Routledge.
- Tuckman, B. (1965) Forming storming norming performing model, downloaded 10 nov 2008 from: <http://www.businessballs.com/tuckmanfromingstormingnormingperforming.htm>
- de Vaus, D (2001) Research Design in Social Research (Sage)
- Werner: in: Blackmore e.d. (2010) Social learning systems and Communities of Practice. Springer

Overige bronnen

- Belevingsgericht werken (2011) Geraadpleegd op 24-04-2012 via: <http://www.zorgzaam.org/algemeen/belevingsgericht-werken>
- Field Guide to Consulting and Organizational Development: p 217. Geraadpleegd op 15-05-2012 via: <http://managementhelp.org/misc/learning-types-loops.pdf>
- Intern document: Stand van zaken implementatie visie belevingsgericht werken: Vremdieke
- Bakker, J. (2012) Organiseren van Werk en tijd. Tijdens de prudentia conferentie van PAO Heyendaal: De tijd, het geld en de wijsheid. te Westeinde, Den Haag, 15 juni 2012
- Quartier, T. (2012) Betekenisvolle tijd- betekenisvolle zorg; Benedictijnse impulsen voor de gezondheidszorg. Tijdens de prudentia conferentie van PAO Heyendaal: De tijd, het geld en de wijsheid. te Westeinde, Den Haag, 15 juni 2012

Samenvatting

Samenvatting in het Nederlands

Zorgverlenerorganisatie ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen wat is samengesteld uit een regionaal ziekenhuis, vier verzorgingstehuizen, de regionale thuiszorg en de ambulancedienst lanceerde in 2008 haar nieuwe visie, namelijk: Belevingsgericht werken. Binnen de organisatie heerste er echter onvrede over de uitwerking van deze visie, waardoor de komst van een zorg-ethische lab in 2011 als een uitkomst werd gezien. De uitkomst van een eerder onderzoek binnen sTimul liet echter zien dat de zorgmedewerkers van ZorgSaam wel tot persoonlijke handelingsveranderingen kwamen, maar niet tot een proces waarin de zorgverleners initiatief toonden om te komen tot organisatorische handelingenveranderingen.

In dit onderzoek stond de vraag centraal waarom zorgverleners niet tot deze organisatorische handelingenverandering konden komen. Daarin is er gekeken naar 1) hoe de belevingsgerichte visie zich momenteel binnen de organisatie heeft ontplooiën 2) Hoe de organisatie de zorgverlener ook in de gelegenheid stelt om de visie tot ontplooiing te laten komen 3) Hoe de medewerkers van niveau 1,2 en 3 in de mogelijkheid zijn om te komen tot een reflecteren op de ander (double loop) en tot slot 4) Hoe er ook als organisatie gereflecteerd wordt. Uiteindelijk dienden deze onderzoeksvragen inzage te bieden in de centrale onderzoeksvraag, namelijk:

Achterhalen hoe de lerende organisatie gerelateerd kan worden aan de niveaus van leren om daarmee het presentiegehalte binnen het verzorgingstehuis Vremdieke te verbeteren.

Maar voordat er ingegaan wordt op deze onderzoeksgebieden is het van belang om inzicht te krijgen in een theoretisch kader waarbinnen dit onderzoek zich begeeft. Door verschillende wetenschappers wordt hierin verwezen naar een speelveld waarin de zorgorganisatie zich begeeft. Veelal wordt er verwezen naar de plaats van de markt, de staat en de gemeenschap. De zorgethiek heeft echter een politiek geladen opvatting over hoe de zorg vormgegeven dient te worden en vindt dat de zorg gezien moet worden als een sociaal goed (Tronto 1993). Waarbij zorg wordt verbonden aan het 'zorgen-voor'. De zorgethiek zoekt daarin met name naar de zin van het 'zorgen-voor' en heeft verschillende opvattingen over hoe deze zorg zou moeten worden verleend.

De visie van ZorgSaam; Belevingsgericht werken betreft een zorgethische benadering welke gebaseerd is op vier waarden; namelijk autonomie (niet zo zeer in de vorm van zelfbeschikkingsrecht, maar in de zin van het respecteren van iemands authenticiteit), gezamenlijkheid, gepastheid en gelijkwaardigheid. Aan de hand van de zorgethische benadering van de Presentie wordt echter duidelijk dat de visie van belevingsgericht werken nog geen heldere uitspraken doet over de mate waarin zij de regie wenst over te dragen aan de patiënt. Baart geeft aan dat het presentiegehalte relatief laag zal zijn als een zorgorganisatie opereert vanuit een centrale regie, waardoor de zorgverlener gebonden is aan de handelingsvoorschriften en protocollen. Wanneer men echter de regie bij de patiënt zou leggen, dan is er ook meer gelegenheid om te komen tot een hoger presentiegehalte. Deze ruimte noem ik zelf de manoeuvreerruimte voor presentie.

Presentie vraagt namelijk een relationeel aansluiten van de zorgverlener op diens patiënt of bewoners. Daarbij wenst hij of zij niet langer vanuit zijn of haar eigen voorveronderstellingen of belangen te beredeneren en te handelen, maar wenst zichzelf volledig te ontdoen om de ander in zijn eigen waarden, normen en behoeften te kunnen aanschouwen. Het aanbod van presentie moet ten alle tijden weigerbaar blijven voor de patiënt of bewoner. Bij een weigering wil dit niet betekenen dat dit resulteert in absentie, maar men blijft bereikbaar door een ingehouden, gereserveerde voorzichtigheid (latende modus) waarop de patiënt of bewoner een appèl kan doen.

Om presentie te bevorderen verwijzen Baart en Vosman (2010) naar de lerende gemeenschap (CoP). Binnen dit onderzoek is er echter gebruik gemaakt van de lerende organisatie (Senge 1994) omdat het niet alleen een oproep doet om de wijsheid vanuit de praktijk te gebruiken, maar het kent tevens een visie op hoe de rol van het management komt te veranderen wanneer zij van een topdown gestructureerde organisatie over wenst te gaan naar een bottom-up gerichte benadering. Binnen het onderzoek is er vervolgens ook gekeken naar de niveaus van leren en de capaciteit van medewerkers om tot een bepaald niveau van reflecteren te komen.

Om dit te achterhalen is er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode (Green e.d. 2004), waarbij opgemerkt dient te worden dat het hier gaat om een casestudie (Vaus 1999) aangezien het onderzoek zich beperkt tot de organisatie van ZorgSaam en haar verzorgingstehuis Vremdieke. Voor het onderzoek zijn verschillende onderzoekstechnieken toegepast waaronder het gebruik van vijftien interviews, het intensief schaduwen van zorgmedewerkers alsook de observaties van diverse werkgroepen of teambijeenkomsten, waarbij de data voor dit onderzoek gegenereerd is tussen 30 april en 2 juli 2012.

De resultaten m.b.t. de eerste onderzoeksvraag geven aan dat de belevingsgerichte visie van ZorgSaam momenteel opgedeeld kan worden in vijf verschillende interpretaties. Dit zijn: de servicegerichte dienstverlening, een vraaggerichte zorgvisie, een inlevingsgericht handelen, een meeleven binnen de gestelde organisatorische grenzen en een vorm van presentie waarbij de zorgverleners zich volledig wensen te ontdoen van alle intenties om daarbij de ander volledig tot ontplooiing te kunnen laten komen. De presentiegraad is in deze vijf bovenstaande situaties erg verschillend en gedurende het onderzoek werd het duidelijk dat de belevingsgerichte visie voornamelijk uitgedragen werd in de eerste drie varianten. Wat verwijst naar een zorghandeling wat is gebaseerd op een intern refereren. Maar het wordt ook duidelijk dat lang niet alle medewerkers zich eigenaars voelen van de belevingsgerichte visie. Vaak blijft de interventie of het belang van de zorgverlener voorop staan. De visie kan dus pas tot ontplooiing komen als de zorgverlener zich eigenaar zal gaan voelen van de gezamenlijk gedragen zorgvisie.

Kijkende naar de tweede onderzoeksvraag, dan valt het ons op dat er vraagtekens gesteld kunnen worden bij de betrokkenheid van zowel de medewerkers als de bewoners van Vremdieke in het algehele organisatorische proces. De betrokkenheid wordt namelijk vaak omschreven als een betrokken informeren, overigens zijn er weinig medewerkers ontevreden over deze vorm van betrokkenheid, maar vanuit het oogpunt om te komen tot een lerende organisatie is de betrokkenheid essentieel. De medewerkers zijn echter minder harmonieus als het gaat om de verdeling van de zorgvraag, daaruit is op te maken dat met name de eerste verdieping een hogere zorgvraag kent welk naar mijn optiek met name in de avond zichtbaar wordt. Daarnaast is het opmerkelijk dat de beperkingen van hogere hand veelal zonder weerzin worden aangenomen als de beschikbare speelruimte waarbinnen de zorg verzorgd dient te worden. Het werd vervolgens zichtbaar hoe een beperking op het gebruik van incontinentiemateriaal niet werd aangevochten binnen de organisatie, maar werd geprojecteerd op de medewerkers, waardoor er een verschuiving van het probleem zichtbaar werd. De tijd welke zorgverleners aan zorgadministratieve handelingen besteedde was vooral op één van de dagbestedingen erg hoog te noemen en binnen het huis werd er weinig tot geen tijd vrij gemaakt om buiten de interventies om met de bewoners om te gaan. Mogelijk wordt het bij een bewoner gaan zitten gezien als niets-doen en dit kan verklaren dat medewerkers sneller naar administratieve handelingen grijpen dan dat zij t.z.t. zich relationeel proberen te verbinden aan hun patiënten of bewoners.

Dit maakt dat men vragen kan gaan stellen m.b.t. het individuele reflectie vermogen van de zorgverleners. Opvallend daarin is op te merken dat niveau één en twee medewerkers nooit opgeleid zijn om te reflecteren op het eigen handelen. De medewerkers van niveau 3 zouden dit wel moeten kunnen. Maar dit maakt nog niet dat medewerkers met een niveau 1 en 2 oncapabel zijn om tot een goede afweging te komen. Veelal betreft het hier een intuïtief proces wat. Het niveau van het leren reflecteren op het eigen handelen heb ik binnen dit onderzoek weergegeven als het Single Loop Learning.

Toch heeft de zorg niet alleen te maken met een reflecteren op het eigen handelen. Het vraagt van de medewerkers ook om te komen tot een reflectieniveau waarin de waarden, normen en behoeften van de patiënt of bewoner in overweging genomen kunnen worden. Binnen het onderzoek werd zichtbaar dat de zorgmedewerkers hier duidelijke begeleiding in konden gebruiken en deze rol werd ook door de teamleiders aangevuld. Ik stel echter ter discussie in hoeverre de medewerkers en teamleiders in staat zijn om tot dit niveau van reflectie te blijven komen als de sociale component binnen de zorg een steeds mindere waarde begint te krijgen.

Maar niet alleen dient er gekeken te worden naar het individuele niveau van reflecteren t.a.v. de praktijk, maar ook dient er gekeken te worden hoe de organisatie momenteel haar belevingsgerichte visie tot ontplooiing wenst te laten komen. Daarin is het opvallend om te zien dat hier vier verschillende deelprocessen zichtbaar worden, namelijk de visieontwikkeling van de organisatie

(Double Loop organisatie niveau), het implementatieproces wat door de organisatie gecoördineerd wordt (Single Loop organisatie niveau) en de twee individuele niveaus van het reflecteren op de ander (Double Loop individu) en de eigen zorghandelingen (Single Loop individu). Daarin wordt duidelijk dat er per deelproces gereflecteerd wordt, maar de organisatie lijkt niet te komen tot een algeheel proces van blijvend reflecteren waardoor er geleerd kan worden van het algehele proces waarbij de visie op belevingsgericht werken geïmplementeerd kan worden. Om dit te kunnen bereiken wordt er een appèl gedaan op de lerende organisatie, waarbij een team toegewijd in een nieuw proces van leren tracht te stappen.

Maar we moeten concluderen dat de belevingsgerichte visie binnen de organisatie topdown geïnitieerd is en dat de visie tot meerdere interpretaties heeft geleid, waarbij lang niet elke medewerker zich eigenaar is gaan voelen van deze visie. Dit maakt dat de visie van belevingsgericht werken ook geen hoger presentiegehalte bereikt, doordat de zorgverlener mogelijk nog wel bereid is om service te verlenen en/of in te spelen op iemand zijn of haar vraag, maar het relationeel verbinden tot de ander is een interne keuze welke niet extern opgedrongen kan worden. Het is daarom essentieel om als organisatie het gevoel van eigenaar-zijn te bevorderen. Een lerende organisatie kan dit gevoel stimuleren. Een klein informeel initiatief van zorgverleners om hun sTimul ervaringen met elkaar te delen is daarin een zeer waardevol initiatief dat gekoesterd dient te worden en waarbij het eigenaarschap niet ontnomen mag worden door dit proces te formaliseren en door het managen ervan het proces naar de organisatie toe te eigenen. Wel is het mogelijk om dit proces te voorzien van een externe medewerker welke als een vraagbalk bij het gesprek aanwezig is en alleen helpt daar waar het gesprek het nodig heeft.

Uiteindelijk heeft het onderzoek naast een praktisch resultaat tevens tot nieuwe wetenschappelijke inzichten geleid. Zo werd duidelijk dat een visie op Presentie niet direct tot een rationeel vermogen gerelateerd dient te worden, maar wellicht nog veel meer tot een sociale vaardigheidscomponent van het kunnen verbinden aan de ander. Om dit proces te kunnen stimuleren is het van belang om te komen tot een organisatiestructuur waarbij de medewerker ook de ruimte krijgt om zich te verbinden tot de ander. Maar deze nieuwe organisatiestructuur vraagt tijd en een goede begeleiding. Er dient namelijk gekomen te worden tot een nieuwe vorm van leren, namelijk organisatie leren. Uit het onderzoek wordt vervolgens duidelijk hoe de toepassing van de verschillende niveaus van leren gereflecteerd kan worden op het eigen handelen, het bestaansrecht van de ander om tot slot als organisatie tevens gericht te zijn op een Triple Loop Learning wat gericht is op het algehele leerproces bij de invoer van haar hernieuwd gevonden visie.

Summary in English

The care organization ZorgSaam Zeeuwsch-Vlaanderen which is composed of a regional hospital, four nursing homes, regional home care and ambulance service launched her new vision in 2008, namely: 'Belevingsgericht werken' (patient oriented). Within the organization there was, however, dissatisfaction with the elaboration of this vision, so the arrival of a care-ethical lab in 2011 was seen as an outcome. A previous study within this care-ethic lab called sTimul showed that care workers of ZorgSaam could come to personal behavioral changes, but could not come to organizational changes.

This study focused on the question why care workers weren't able to come to these organizational changes. In which we've looked at 1) how the patient-oriented vision had unfold itself within the current organization 2) How the organization gives the care workers the opportunity to unfold this vision in practice 3) How the staff of level 1,2 and 3 are capable to reflect on the other (double loop), and 4) How reflection takes place within the organization. Ultimately these research questions needed to gain insight in the central research question:

Understand how the learning organization can be related to the levels of learning to improve 'presence' within the nursing home of Vremdieke.

But before the outcome of these research questions is discussed, it is important to understand the theoretical frame in which this research has taken place. Different scientists refer to a playing ground in which the healthcare organization operates. They often refer to the place of the market, the state and the community. The care-ethics has a politically loaded idea of how care should be designed and feels that care should be seen as a social good (Tronto 1993). Where care is linked to 'caring-for'. The care-ethics seeks in particular to the meaning of 'caring-for' and has different views on how this care should be provided.

The vision of ZorgSaam, Patient-oriented a care-ethical approach which is based on four values, namely autonomy (not so much in the form of self-determination, but in the sense of respecting one's authenticity), collectively, adequacy and equality. On the basis of the care-ethical approach of Presence it becomes clear that the vision of patient-oriented approach doesn't have a clear statement about the degree to which it wishes to transfer control to the patient. Baart indicates that the level of Presence will be low when a healthcare organization operates from a central control, in which the care provider is bound to the operating procedures and protocols. If, however, the control would be submitted to the patient, then there would be an opportunity increase the levels of presence. This space I call the room to maneuver for presence to take place.

Presence requires a relational connection of the caregiver to his patients or residents. In addition, he or she no longer wishes to act on behalf of his or her own interests or own assumptions to reason and act, but he or she wants to rid himself completely to see the values, norms and needs of the other. The offer of presence must at all times remain able to be refused by the patient or resident. A refusal would not mean that this results in absence, but it remains accessible by a reserved caution attitude on which the patient or resident can make an appeal whenever he or she feels like.

To encourage attendance Vosman and Baart (2010) refer to a learning community (CoP). In this research, however, I have made use of the learning organization (Senge 1994) because it not only calls for the wisdom that flows out of the working floor, but it also has a vision of how the role of management needs to be change from a top-down to a bottom-up structured organization. Within the study we've also looked at the levels of learning and the capacity of employees to come to a certain level of reflection.

Within this research we have chosen for a qualitative research method (Green ed 2004), in which it should be noted that this is a case study (Vaus 1999) because the research is limited to the organization of ZorgSaam and her nursing home Vremdieke. For the study, various research techniques are used of which fifteen interviews, intense shadows of healthcare workers and the observations of various groups or team meetings are included and where the data for this study is generated between April 30 and July 2, 2012.

The results regarding the first research question indicate that the patient-oriented vision of ZorgSaam currently can be divided into five different interpretations. These are: the focus on service, a demand-oriented care vision, empathy-oriented, feelings of companionship within the organizational boundaries and a form of presence which the caregivers are fully intend to get rid of all intentions so that the other can fully unfold. The level of presence is very different in the different interpretations. And during the investigation it became clear that the patient-oriented vision was mainly propagated in the first three variants. What refers to an act that is based on an internal reference. But it is also clear that not all employees are owners of the patient-oriented vision. Often the intervention or the importance of the care workers themselves are paramount. The vision can only flourish if the caregiver will become the owner of this joint supported vision within the care organization.

Looking at the second research question, it strikes us that there are questions that could questioned to the involvement of both staff and residents of Vremdieke in the overall organizational processes. The commitment is in fact often described as a process of informing, by the way, there are only a few employees dissatisfied with this form of involvement, but from the perspective to achieve a learning organization the involvement is essential. The employees are less harmonious when it comes to the distribution of the care that must be provided. During this research it appeared that especially the first floor which has a higher demand for care, especially in the evenings. It is also noteworthy that the limitations of higher hand won't be offended but are seen as a range in which the care should be provided. It became clear when caregivers where restricted to use less incontinence pads. The problem was not challenged within the organization, but was projected unto the employees, which actually means a shift of the problem. The time that caregivers spent on health care administrative work was mainly one of the groups very high. And within the house there was little or no time made available outside interventions to go to the residents. Possibly the occupant seeing a visit to a patient as doing nothing and this may explain that employees quickly tend to administrative works rather than relating they selves with their patients or residents.

This makes that one can ask the question if the caregivers are able to reflect. It is striking to note that caregivers of levels one and two are never trained to reflect on their own actions. The staff at level 3 would be able to do this. But this does not mean that employees from level 1 and 2 are incapable of achieving a desired outcome. The actions often refer to an intuitive process. The level of learning to reflect on their own actions is in this study expressed as the Single Loop Learning.

However, within a care organization it is not only focused on one's own actions. It requires the employees to achieve a level of reflection in which the values, norms and needs of the patient or resident may be considered. Within the research it became clear that the caregivers could use guidance in this process and this role was also supplemented by the team leaders. However, I discussed how the staff and team leaders are able to achieve this level of reflection in a climate that doesn't value the social component in our current health care system.

But we should not only be considered to reflect the individual level of reflecting on the process of giving care, but we also should be looking how the organization currently allows her patient-oriented vision to unfold. It is striking to see that there are four different sub-processes visible, namely the development of a vision (Double Loop organizational level), the implementation process which is coordinated by the organization (Single Loop organizational level) and the two individual levels of reflection on the other (Double Loop individual) and the own care actions (Single Loop individual). It is clear that each sub-process is reflecting, but the organization does not seem to achieve a level of reflection over the entire process in which lessons can be learned by the implementation of this patient-oriented vision. In order to achieve this, we'd strongly like to refer to the concept of a learning organization, where a dedicated team in a new process of learning tries to learn step by step.

But we must conclude that the patient-oriented view within the organization of ZorgSaam is a top-down initiated vision and which has led to multiple interpretations, in which not every employee feels him or her owner of this created vision. This makes that vision of patient-oriented approach could not be recognized by a high level of presence. Caregiver may still be willing to provide service and / or respond to someone's request, but the relational connecting to the other is an internal choice which can not be externally imposed. It is therefore essential for an organization to encourage the feeling of ownership; a learning organization can encourage this feeling. A small informal initiative by caregivers who'd like to exchange Stimul experiences should be seen as very valuable. But this initiative should not be deprived by formalizing the process or trying to manage it. If the organization does so a shift of ownership will take place back to the organization. However, it is possible to support this process by provide an external which employee can approach if needed and who will only help when it is requested.

Ultimately, the study next has lead to practical result as well as to new scientific insights. It became clear that a vision on Presence does not directly related to a rational ability, but perhaps more to a social competence of being able to relate yourself to the other. To stimulate this process it is important to establish an organizational structure in which the employee is also given space to connect to the other. But this new organizational structure requires time and proper guidance. This is because we come to a new form of learning, namely organizational learning. The results coming from this study reveal that the application of the different levels of learning can support reflection on the personal actions, the authenticity of the other and finally to be focused on Triple Loop Learning. In which the learning process is focused on the entire process of implementation as well as the reestablishment of a new or reestablished vision.