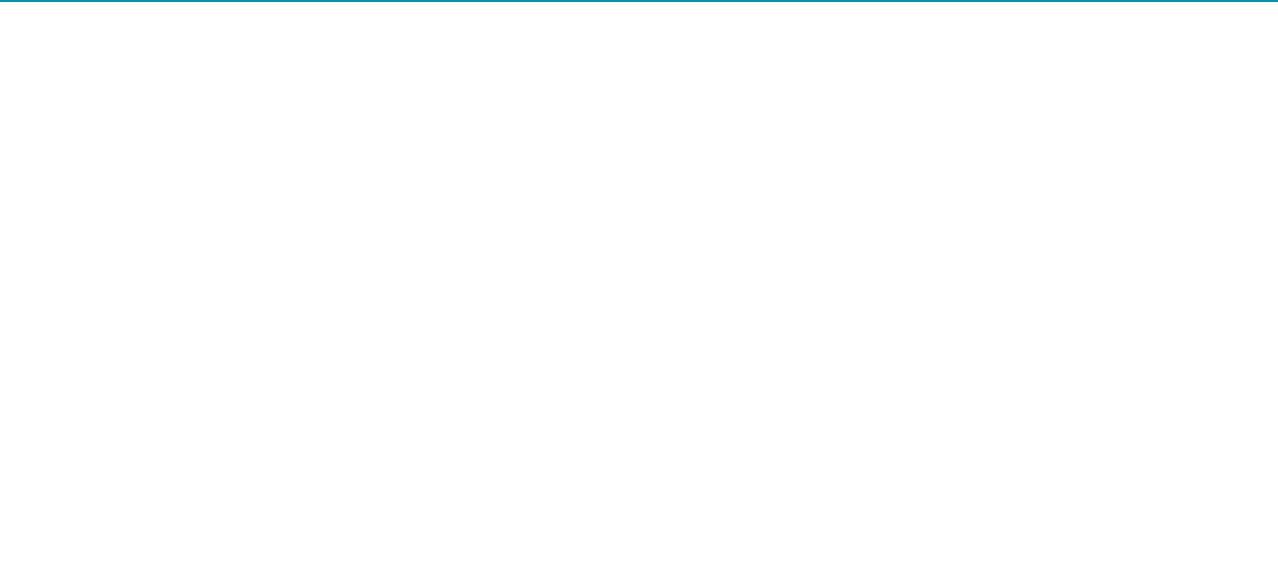


Thuiszorg in transitie

Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg

Harry Kunneman
Marjan Slob





Thuiszorg in transitie

Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg

Harry Kunneman
Marjan Slob

Bunnik, januari 2007

1 HET ONDERZOEK

De overheid heeft de laatste vijf jaar veel veranderingen in de thuiszorg doorgevoerd. Binnen de thuiszorg leiden die maatregelen tot zorgen; de angst is vooral dat menselijke waarden in de thuiszorg door de organisatorische veranderingen in de verdrukking komen. Die zorgen leven bij minstens drie partijen: bij de opdrachtgevers van dit onderzoek (de stichtingen LSBK, SGL en STOOM), bij de professionals die werken in de thuiszorg, én bij een groeiend aantal opiniemakers, zoals blijkt uit tal van krantenartikelen en televisieprogramma's van de laatste tijd.

De besturen van de drie genoemde stichtingen hebben in het voorjaar van 2005 aan de Universiteit voor Humanistiek gevraagd een onderzoek te verrichten dat de inhoudelijke discussie over waarden in de thuiszorg kan voeden. Dit boekje biedt een samenvatting van de belangrijkste resultaten van dat onderzoek.¹

KAREL IN BEELD KRIJGEN

Een thuiszorgteam in een van de grote steden heeft drie kwartier geïndiceerde zorg per dag ter beschikking voor Karel, een alleenstaande oudere man. Karel is moeilijk in de omgang, stelt zich erg afhankelijk op, heeft verder nauwelijks sociale contacten en wordt als lastig ervaren door het team. Soms, als er aan het einde van de drie kwartier nog enkele minuten overblijven en Karel schoon gedoucht en goed verbonden aan tafel zit, begint hij over zijn leven >



Voor de goede orde: de meneer op de foto is niet Karel.

¹ Het onderzoek is vanuit de Universiteit voor Humanistiek verricht door Drs. A. van Elteren en Drs. M. Rozing, o.l.v. prof. Dr. H.P. Kunneman. Drs. M. Slob heeft in samenwerking met hem deze samenvatting van het onderzoeksrapport geschreven. Op de website van de Universiteit voor Humanistiek is voor geïnteresseerden de tekst van het volledige rapport te vinden: www.uvh.nl/onderzoekthuiszorg

en alle moeilijkheden die hij ervaren heeft. Die momenten van beginnende vertrouwelijkheid moeten echter wegens tijdgebrek steeds weer worden afgebroken. Omdat er onvoldoende formele gronden voor uitbreiding van de beschikbare tijd zijn, besluit het team buiten de leiding om per dag een aantal minuten op de tijd voor andere, 'makkelijkere' cliënten in te dikken. De gewonnen minuten worden besteed aan het verdiepen van het contact met Karel. Dit heeft tenslotte succes: Karel wordt gemakkelijker in de omgang, zijn wond geneest, hij wordt zelfstandiger en ze slagen er zelfs in hem 'naar buiten' te krijgen en contacten in het wijkcentrum op te bouwen. Na een half jaar wordt deze clandestiene zorg in overleg met Karel afgebouwd.

Dit is een bijzonder, maar levensecht voorbeeld van de situaties waarin professionals in de thuiszorg hun werk doen. Het geeft goed aan hoe complex en gelaagd zorgsituaties zijn. Wij wilden in ons onderzoek recht doen aan dit soort complexe ervaringen en dat heeft gevolgen voor de manier waarop wij ons onderzoek hebben uitgevoerd.

Wij hebben zoals gebruikelijk empirische gegevens verzameld en die verbonden met theoretische kaders. Minder gebruikelijk is, dat we ons onderzoek hebben aangevuld met een zoektocht naar waarden en morele inspiratiebronnen. Wij zijn geïnteresseerd in de manier waarop de persoonlijke waarden van de professionals in de thuiszorg voor hen functioneren als levende bronnen van morele betrokkenheid. Een waarde van een verzorgende kan zich tonen in de respectvolle manier waarop zij het lichaam van de cliënt wast, of in de zorgvuldige manier waarin zij probeert af te stemmen op 'de vraag achter de vraag'. Om deze praktijken goed in beeld te krijgen, hebben we uitvoerige gesprekken met professionals gevoerd en achteraf gekeken hoe hun waarden daarin functioneren als bron van morele inspiratie en betrokkenheid. Het theoretische kader dat we hebben gehanteerd, is op die visie afgestemd. Dat moest rijk genoeg zijn om zichtbaar te maken hoe de professionals in de thuiszorg uit die morele bronnen kunnen tappen, of soms niet kunnen tappen, in *alle* lagen van hun werk. Zo'n brede benadering vonden we nodig om de alledaagse werkelijkheid van de thuiszorg weer te geven. In die werkelijkheid worden ervaringen, emoties en verlangens van mensen voortdurend verknoopt met professionele kennis, organisatorische kaders, financiële randvoorwaarden, en politieke en economische ontwikkelingen.

De casus van Karel is duidelijk complex; allerlei waarden spelen er een rol in. Als we ons onderzoek volgens de traditionele lijnen hadden opgezet, hadden we die complexiteit niet in beeld gekregen. Dan hadden we ons in zekere zin gedragen als de aangeschoten feestganger die alleen onder lantaarnpalen naar zijn verloren autosleutels zoekt, omdat het daar tenminste licht is. Iets dergelijks is volgens ons aan de hand met de functionele indicatiestelling die de afgelopen vijf jaar is ingevoerd. Die nieuwe structuur doet een helder licht schijnen

op die aspecten van de zorg die te maken hebben met doelmatigheid, transparantie, beheersbaarheid en verantwoording. Maar vragen rond de betekenis van zorgwaarden in en rond de thuiszorg komen zo niet in het zicht. Wij wilden in ons onderzoek ook en juist de ervaringen in de thuiszorg doen oplichten die vaak in de schaduw blijven en het belang daarvan zichtbaar maken voor kwalitatief hoogwaardige en doeltreffende zorg.

Ons onderzoek kent daarom drie invalshoeken:

- de empirische gegevens die we hebben verworven via een enquête onder 500 professionals in de thuiszorg, honderd casusbeschrijvingen, en vijftientig diepte-interviews;
- een breed theoretisch kader waarmee we in kaart kunnen brengen hoe de interactie tussen maatschappelijk, organisatorisch en individueel niveau voor professionals in de thuiszorg uitpakt;
- de morele en existentiële waarden van professionals, zoals die gevoed worden door dagelijkse ervaringen met de vragen en behoeften van individuele cliënten.

Door deze drie invalshoeken te verbinden hopen wij de publieke meningsvorming over de thuiszorg inhoudelijk te voeden, met name rond de benarde positie van verpleegkundigen en verzorgenden en de grote druk op de zorgwaarden die bepalend zijn voor de kwaliteit van hun werk.²



2 Mede op grond van kostenoverwegingen komen in ons onderzoek de ervaringen en behoeften van cliënten alleen aan de orde via de weergave daarvan door verpleegkundigen en verzorgenden. Het benchmark onderzoek in de thuiszorg uit 2004 biedt veel recente informatie over rechtstreekse bevindingen van cliënten.

2 IDEEËN ACHTER HET ONDERZOEK

Modernisering is een populair begrip onder beleidsmakers. Daarmee bedoelen zij gewoonlijk: de organisatie effectiever en efficiënter maken door transparantie te eisen. Begrijpelijk, want transparantie vergroot de stuurbaarheid van de organisatie, waardoor managers kunnen zorgen dat de kwaliteit van de dienstverlening omhoog gaat.

Binnen de hedendaagse sociale wetenschappen worden echter de nodige kanttekeningen geplaatst bij deze positieve invulling van het begrip modernisering. Veel wetenschappers hebben aandacht gevraagd voor de 'achterkant' van moderniseringsprocessen. De bekende socioloog en filosoof Jürgen Habermas maakt hierbij een verhelderend onderscheid tussen systeem- en leefwereld.

SYSTEEM- EN LEEFWERELD

De systeemwereld is het domein waarbinnen economische en bestuurlijke normen domineren.³ Hier draait alles om berekenbare prestaties en om beheersing. In de leefwereld daarentegen gaat het om zingeving, waarden en persoonlijke relaties. Volgens Habermas heeft de moderniteit tot gevolg gehad dat die twee werelden min of meer los van elkaar zijn komen te staan. Deze loskoppeling heeft het grote voordeel dat de economische productiviteit en bestuurlijke beheersbaarheid toenemen. Maar er is ook een nadeel. De systeemwereld wordt snel dominant. De bestuurlijke en economische logica dringt dan de alledaagse leefwereld binnen, waar zij de persoonlijke zingeving en morele betrokkenheid ondermijnt. Wij vinden dit een belangrijk onderscheid, maar het leidt al snel tot verabsolutering van de tegenstelling. Het gaat ons vooral om de verbindingen tussen systeem- en leefwereld. Juist zorgorganisaties en professionals spelen een centrale rol in de relaties tussen systeem- en leefwereld. Zij bemiddelen tussen het macroniveau van de systemen, in het bijzonder de eisen die vanuit het politieke domein aan zorgorganisatie worden gesteld en het microniveau van de alledaagse leefwereld van cliënten. Er is dus voortdurend communicatie en interactie tussen de verschillende domeinen. Maar in die interactie spelen allerlei filters een rol en vinden omvormingen plaats, waarbij belangrijke zorgwaarden in de knel kunnen komen.

3 Habermas gebruikt het begrip systeem dus vooral op meso- en macroniveau, niet op het micro-niveau van het gezinssysteem zoals dat in de thuiszorg gebruikelijk is: gezinssystemen horen in zijn terminologie bij de leefwereld.

Neem 'transparantie en beheersbaarheid'. Binnen het overheidsbeleid zijn dit sleutelbegrippen. Uitvoerende zorgorganisaties leggen deze normen in de vorm van allerlei uitwerkingen op aan hun professionals, die daar op hun beurt weer een eigen invulling aan geven – en zich daar soms ook aan onttrekken, zoals we in hoofdstuk vier aan de hand van verschillende voorbeelden zullen laten zien. Maar de weg 'omhoog' van micro- naar macro-niveau en van de leefwereld naar de systemen is niet makkelijk. Een goede professional heeft oog en oor voor de dieper liggende behoeften van de cliënt, bijvoorbeeld rond aanraking of een luisterend oor, maar het belang van tijd en aandacht voor dergelijke signalen is moeilijk onder de aandacht van beleidsmakers te brengen. Tussen zorgprofessionals en cliënten spelen waarden een grote rol. Maar hoe verder weg van dit niveau, hoe armer de gehanteerde taal in moreel en existentieel opzicht wordt.



Een goed voorbeeld is de opmars van het begrip 'productie maken'. Zorgorganisaties krijgen alleen uren vergoed waarin professionals geïndiceerde zorghandelingen verrichten. Alles wat daarbuiten valt, is niet 'productief'. Zo werkt het begrip 'productiviteit' als een omvormend raster, dat het grote belang van doorleefde zorgwaarden voor de professionele kwaliteit en doelmatigheid van zorg wegfilt.

In het handelen van professionals komen signalen en informatie uit de verschillende domeinen samen. Zij hebben te maken met wisselende politieke beleidsmaatregelen, maken zich de bureaucratische categorieën eigen, internaliseren de doelmatigheidseisen van de organisatie, ontwikkelen hun professionele kennis, communiceren met hun cliënten en zijn zelfs gevoelig voor 'de vraag achter de vraag'. Die centrale positie brengt ook met zich mee dat juist professionals veel last hebben van de fricties, spanningen en aansluitingsproblemen tussen de verschillende domeinen. Wanneer het systeemniveau onvoldoende gevoelig is om dit op te merken en serieus te nemen, dreigen niet alleen overbelasting en motivatieverlies bij de professionals op te treden, maar ook verlies aan kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid.

WAARDEN ALS SENSOREN

Respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, menselijke warmte, collegialiteit en eerlijkheid: dat zijn blijkens ons onderzoek de waarden die professionals in de thuiszorg inspireren en motiveren.

Bijna zestig procent van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat deze voor hun centrale zorgwaarden in de thuiszorg steeds meer in de knel komen, zo blijkt uit onze enquête.

In onze terminologie kunnen we nu zeggen: kijk eens hoe de systeemwereld de menselijke waarden van de leefwereld verdringt! Maar daar willen we het niet bij laten. Want door alleen op de spanning tussen deze twee werelden te wijzen, zouden we zelf het zicht blokkeren op de bijdrage die centrale zorgwaarden leveren aan de effectiviteit, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg – typische normen van de systeemwereld die vaak worden behaald dankzij die waarden uit de leefwereld. Karels hulpverleners delen zorgwaarden die zij in de verdrinking voelen komen. Daarop besluiten zij lichtelijk ongehoorzaam te zijn en de zorg te leveren die zij denken dat nodig is. Dat heeft de geleverde zorg in dit geval uiteindelijk effectiever en efficiënter gemaakt.

Hier raken we aan een belangrijk uitgangspunt van ons onderzoek. Wij denken dat de waarden van professionals in de thuiszorg niet alleen van belang zijn als bron van inspiratie en motivatie, maar ook een economische en beleidsmatige betekenis hebben. Die economische en beleidsmatige betekenis krijgen de beleidsmakers echter niet gemakkelijk in beeld omdat hun taal daar niet geschikt voor is. Dit maakt dat beleidsmakers hun eigen beleid niet altijd kritisch kunnen toetsen. Zij weten soms niet waarom de geleverde zorg effectief is, want de waarden die aan die zorg ten grondslag liggen nemen zij onvoldoende mee in hun eigen evaluaties. En zo krijgen ze ook niet scherp in beeld waarom geleverde geïndiceerde zorg soms niet zo effectief uitpakt, bijvoorbeeld omdat de professional niet bij 'de vraag achter de vraag' komt. Er is dus meer aandacht nodig voor de eigen economische en beleidsmatige betekenis van doorleefde zorgwaarden.

NORMATIEVE PROFESSIONALISERING

Door de eenzijdige focus op normen uit de systeemwereld verdwijnt uit beeld dat de persoonlijke betrokkenheid en de waarden van professionals niet gratis door de organisatie kunnen worden 'afgetapt', maar zélf voeding en ondersteuning nodig hebben. Juist in een domein als de thuiszorg, waar de waarden en betrokkenheid van de professionals het werk in hoge mate dragen, zou meer aandacht moeten bestaan voor wat wij 'normatieve professionalisering' noemen. De waarden en normen van professionals in mensgerichte beroepen zijn geen extraatje, maar betreffen het hart van hun professionele kwaliteit en zijn een onontbeerlijke basis voor doeltreffend handelen. Een goede professional beschikt over technische expertise en wil doelmatig werken, maar werkt ook vanuit doorleefde waarden die zij in de praktijk voortdurend afstemt op haar cliënten. Juist zij verbindt dus de normen van de systeemwereld met de waarden van de leefwereld. Dat doet zij door haar professionele handelen op drie niveaus af te stemmen op normen voor goed professioneel handelen. In de eerste plaats het niveau van *stysteemgerichte* normen zoals doelmatigheid, transparantie en verantwoording; in de tweede plaats het niveau van *vakgebonden* normen voor adequaat professioneel handelen, gebaseerd op de laatste stand van wetenschappelijke en professionele kennis; en tenslotte handelingsnormen die verbonden zijn met *morele* waarden rond zorg, aandacht, betrokkenheid en compassie. Normatieve professionalisering houdt dan in dat professionals op alledrie deze niveaus in samenhang de kwaliteit van hun professionele handelen verbeteren

en daarbij door de organisatie waarin zij werken gesteund en gevoed worden. Dit *normatieve* karakter van adequaat professioneel handelen stond in de verzuilde samenleving buiten kijf, maar is de afgelopen twintig jaar steeds verder naar de achtergrond gedrongen. Dat heeft te maken met de ontzuiling, met de toename van individuele vrijheid en met de levensbeschouwelijke individualisering die in ons land is opgetreden. Ten gevolge daarvan lijken we echter niet goed meer te weten hoe we in gesprek kunnen zijn over waarden zonder te moraliseren. In de praktijk betekent dit doorgaans dat ieder zijn of haar eigen waarden bepaalt. Maar in de thuiszorg en in verwante maatschappelijke sectoren, vormen doorleefde morele waarden een onontbeerlijke voedingsbodem voor adequaat professioneel handelen. Daarom kunnen die waarden niet zomaar aan individuele voorkeuren en toevallige menselijke kwaliteiten worden overgelaten, maar maken zij integraal deel uit van de professionaliteit. Dat betekent ook dat zij vanuit zorgorganisaties aandacht, voeding en steun verdienen. Uit ons onderzoek komt echter naar voren dat centrale zorgwaarden van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg eerder in de knel gekomen zijn, dan ondersteund en gevoed worden.



3 DE NIEUWE REGELINGEN EN HAAR HISTORISCHE ACHTERGRONDEN

Voordat wij de resultaten van het empirische gedeelte van ons onderzoek samenvatten, lassen we eerst een korte terugblik in op de geschiedenis van de thuiszorg, met bijzondere aandacht voor de centrale rol die morele waarden daarin spelen. De recente nadruk in de thuiszorg op doelmatigheid, beheersbaarheid en transparantie past binnen een historische beweging, namelijk de omvorming van de verzuilde verzorgingsstaat tot een postindustriële marktmaatschappij. Een korte historische schets van de morele wortels van de thuiszorg en de transformatie daarvan onder invloed van voortgaande modernisering, kan helpen om de veranderde plaats en rol van morele waarden in de thuiszorg zichtbaar te maken.

ONTSTAAN VAN HET KRUISWERK

Het kruiswerk is ontstaan uit burgerinitiatieven. Zowel nieuwe wetenschappelijke inzichten als geloof en levensbeschouwing speelden daarbij een belangrijke rol. Aan het einde van de negentiende eeuw werd duidelijk dat vervuild drinkwater, slechte voeding en onhygiënische woningen en fabrieken besmettelijke ziekten in de hand werkten. Gemeenten nemen aarzelend taken op zich in de bevordering van de volksgezondheid, maar burgers zijn minstens zo actief, met name via het oprichten van allerlei samenwerkingsverbanden, waaronder ziekenfondsen. Op initiatief van de arts Jacob Penn ontstaat in ons land aan het begin van de twintigste eeuw een netwerk van plaatselijke verenigingen ‘ter afwering van epidemische ziekte en hulpbetoon tegen epidemieën’. Resultaat van zijn inspanningen zijn het algemene Groene Kruis, het protestantse Oranje-Groene Kruis en het katholieke Wit-Gele Kruis. Zijn initiatief is een groot succes. In 1920 bestaan er al 860 plaatselijke kruisverenigingen, een aantal dat zich in de loop der jaren zal verdubbelen. Ook de taak breidt uit: het kruiswerk gaat ook individuele ziekenzorg, kraamverpleging en preventieve zuigelingenzorg via de consultatiebureaus omvatten en krijgt subsidie van het rijk. Nog wat later komt daar het begeleiden van het huishouden van gezinnen in de knel bij. De belangrijkste inzet is de morele of maatschappelijke verheffing van ‘afgezakte gezinnen’. Na de wederopbouw verandert einde jaren 1950 de rijkssubsidieregeling voor de kruisverenigingen. Het zwaartepunt verschuift van hulp aan de huisvrouw en haar gezin naar langdurige zorg voor chronisch zieken en ouderen. De doelstelling ‘beschaving en opvoeding’ verdwijnt grotendeels uit beeld.

VAN PRIVAAT NAAR PUBLIEK, VAN VRIJWILLIG NAAR PROFESSIONEEL

De herkomst van het kruiswerk uit burgerinitiatieven en de worteling in de verzuilde samenleving, hadden een bonte lappendeken van verenigingen en organisaties tot gevolg. De ontzuiling van de jaren zestig maakt daar grotendeels een einde aan; de schaal waarop de organisaties werken, wordt groter en de onderlinge samenwerking neemt toe. In 1977 wordt de Nationale Kruisvereniging opgericht. Het aura van naastenliefde en liefdadigheid verbleekt. In de jaren zeventig stellen de wijkverpleegsters dat hun 'dienende rol' niet meer past bij de tijdgeest. Zij willen *professionele* erkenning.

De overheid ondertussen probeert meer grip te krijgen op het veld. De zogenoemde structuurnota van staatssecretaris Hendriks uit 1974 is daar een duidelijke poging toe. Rond 1990 ontstaat de thuiszorg, voortkomend uit een fusie tussen het kruiswerk en de gezinszorg.

Voortaan beslist de regering welke zorgvoorzieningen nodig zijn – en dus vergoed worden. Het veld stuurt niet langer, maar *wordt* gestuurd. De bedoeling is, dat de kwaliteit van de zorg verbetert en de kosten in bedwang worden gehouden. Dit heeft echter ook gevolgen voor de sfeer in de gezondheidszorg. De oude consensuscultuur van de veldorganisaties maakt plaats voor belangenbehartiging en strategisch gedrag ten opzichte van elkaar en de overheid. De verhoudingen worden steeds zakelijker.

VAN AANBODSTURING NAAR VRAAGSTURING

In de jaren tachtig kantelt de tijdgeest weer: het idee dat de samenleving 'maakbaar' zou zijn, heeft aan overtuigingskracht verloren. En die aanbodregulering brengt veel te veel regels en bureaucratie met zich mee, vindt men nu. Door vraagsturing en gereguleerde concurrentie moet de gezondheidszorg doelmatiger kunnen werken. De doelstellingen in de jaren negentig die daarbij passen zijn 'zorg op maat', 'de cliënt centraal' en 'belevingsgerichte zorg'.

Ook de AWBZ, waaronder de thuiszorg valt, wordt na enig gesputter omgebouwd tot een vraaggestuurd systeem. Deze 'modernisering van de AWBZ' moet een einde maken aan de bestaande wachtlijsten én aan het gevoel van cliënten dat ze soms niet de zorg krijgen die ze wensen. In deze vernieuwde aanbiedersmarkt gaan de zorgkantoren de regie voeren over de levering van zorg. Zij moeten de juiste zorg voor de juiste prijs gaan inkopen. Via het persoonsgebonden budget krijgen cliënten de mogelijkheid om zelf te bepalen welke zorg ze van wie willen ontvangen.

Op 1 april 2003 is een deel van de modernisering van de AWBZ een feit geworden. Dit leidt tot een aantal ingrepen dat het dagelijks werk van professionals in de thuiszorg direct raakt. Hier volgen enkele belangrijke ingrepen:

Centrale indicatiestelling

Een goede AWBZ staat of valt bij een zo objectief mogelijke indicatie van de benodigde zorg, vindt VWS. Daarom heeft zij de indicatiestelling ondergebracht bij het

landelijk Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Op basis van een protocol voert het CIZ een indicatieonderzoek uit bij een cliënt. Het CIZ bepaalt vervolgens welk type zorg nodig is, hoeveel uur per week die nodig is, en hoe lang de indicatie geldig is. Het zorgkantoor moet er voor zorgen dat de cliënt deze zorg ook krijgt.

Functionele indicatie van de benodigde zorg

Zorgaanpakken worden niet meer tot in detail beschreven, maar globaal aangeduid via functies. Het idee hierachter is dat cliënten zo meer te kiezen hebben en het zorgaanbod dus beter aansluit op de vraag. Consequentie is wel dat allerlei diensten die niet aan een individu gebonden zijn, zoals preventie en algemene voorlichting, niet langer verzekerd zijn.

De nieuwe indeling maakt een onderverdeling in zeven *functies*, namelijk huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling, en verblijf.

Het College van Zorgverzekeringen kan zorgaanbieders toelaten als leveranciers van één of meer van deze functies. De binding van instellingen aan specifieke 'doelgroepen' en aan specifieke vormen van zorg, zoals gehandicaptenzorg of intramurale ouderenzorg, schuift daarmee naar de achtergrond. Traditionele schotten tussen de instellingen worden afgebroken en de markt wordt 'opengegooid'.

Functionele bekostiging

Per 1 januari 2005 krijgt een instelling betaald op basis van de functie die geleverd wordt. Voorheen was dat anders: als een verpleegkundige zorg verleende deed zij dat tegen het tarief verpleging, ook al omvatte die zorg handelingen die verzorgend zijn. Tegenwoordig wordt dus betaald voor wat er gedaan wordt in termen van zorgfuncties, en niet voor wie dat uitvoert. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op onbedoelde consequenties van deze ontwikkeling, zoals versnippering van deskundigheid en verlies van informatie.

TWEE BEVINDINGEN

Twee gegevens uit deze historische terugblik zijn van groot belang voor deze studie naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor waarden in de thuiszorg.

Ten eerste: de thuiszorg is ontstaan vanuit burgerinitiatieven, en de drijfveren van deze burgers waren moreel, maar ook moraliserend van aard. In de jaren zeventig raakten begrippen als 'naastenliefde' en 'liefdadigheid' besmet; werkers in de thuiszorg wilden erkenning voor hun professionaliteit. Dit droeg in hoge mate bij aan emancipatie en ontvoogding, maar heeft ook geleid tot het reduceren van morele waarden tot moralisme en betutteling en heeft geleid tot individualisering van morele betrokkenheid. De normatieve professionaliteit van werkers in de thuiszorg is daarmee als het ware ondergronds gegaan.

Ten tweede: in de loop der tijd heeft de overheid steeds meer de regie over de thuiszorg genomen. Vaak om goede redenen: zo kon zij de doelmatigheid van de zorg vergroten en de kosten beheersen, waardoor de zorg binnen ieders bereik kon blijven. Gevolg is wel dat termen als centrale indicatiestelling, functionele zorgaanspraken en functionele bekostiging, die typisch afkomstig zijn uit de 'systeemwereld', diep zijn doorgedrongen in het alledaagse werk in de thuiszorg. Deze begrippen en de daarmee verbonden manier van kijken en van organiseren, zijn dermate centraal komen te staan dat de professionele waarden van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg in de knel zijn gekomen. In de volgende hoofdstukken geven we eerst een beeld van centrale zorgwaarden in de thuiszorg en hun belang voor de kwaliteit van professioneel handelen. Vervolgens laten we zien welke knelpunten verpleegkundigen en verzorgenden vanuit die zorgwaarden ervaren ten gevolge van de moderniseringsoperaties van de afgelopen jaren.



4 CENTRALE ZORGWAARDEN IN DE THUISZORG

Om te achterhalen wat de belangrijkste zorgwaarden zijn in het werk van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, hebben wij drie wegen bewandeld. Wij hebben een enquête gehouden onder de beroepsgroepen, waaraan bijna 500 respondenten hebben meegewerkt; we hebben ruim honderd praktijkvoorbeelden verzameld op regionale bijeenkomsten van de beroepsgroepen; tenslotte hebben we 21 diepte-interviews van ongeveer een uur gehouden en grondig geanalyseerd. Onder de verzamelnaam 'thuiszorg' gaat een zeer divers geheel aan praktijken en omstandigheden schuil. Des te opmerkelijker is het dat de professionals behoorlijk overeenstemmen over hun centrale zorgwaarden. Die zorgwaarden behoren tot de normatieve professionaliteit van de beroepsgroepen. Daarmee bedoelen we dat waarden en normen de kern van het werk van professionals in mensgerichte beroepen betreffen. Hun waarden en normen doen namelijk dienst als 'sensoren', ze maken dat professionals adequaat kunnen afstemmen op de echte zorgvraag.

RELATIONELE ZORGWAARDEN

Op de vraag *'Wat zijn de belangrijkste waarden of "deugden" ten aanzien van het werk in de thuiszorg?'* antwoorden de beroepsgroepen⁴:

Respect	43,0 %
Betrokkenheid	34,4 %
Betrouwbaarheid	29,8 %
Zorgvuldigheid	24,5 %
Menselijke warmte	19,6 %

Op de vraag *'Wat vindt u het allerbelangrijkste in de omgang met cliënten?'* is het antwoord:

Dat wij echt de tijd hebben voor goede en aandachtige zorg	49,7 %
Dat wij precies kunnen afstemmen op de eigenlijke zorgvraag	35,3 %
Dat cliënten ons kunnen vertrouwen	26,4 %
Dat wij cliënten respectvol bejegenen	23,1 %
Dat wij de vraag achter de vraag kunnen horen	18,7 %

⁴ Deze samenvatting vermeldt steeds de vijf antwoorden die het hoogst scoren. Vgl. voor alle cijfers en tabellen: www.uvh.nl/onderzoekthuiszorg

De antwoorden op deze twee vragen vertonen een samenhang. De vijf belangrijkste waarden hebben allemaal betrekking op de onderlinge omgang tussen mensen. Waarden die meer met karaktereigenschappen te maken hebben, zoals 'doorzettingsvermogen' en 'levensmoed', krijgen bijvoorbeeld veel minder stemmen. Kennelijk vinden de professionals vooral relationele waarden belangrijk in hun vak. Dit past ook bij hun beroepsopvatting: zij vinden dat zij hun beroep beter beoefenen als zij dergelijke relationele waarden in hun omgang met cliënten kunnen waarmaken.

Wanneer verzorgenden en verpleegkundigen praten over het geven van goede zorg, noemen zij vaak als eerste het verlenen van zorg zoals de cliënt dat graag wil. Ze willen aansluiten bij de beleving van de cliënt. Daar hoort ook bij dat zij oog hebben voor diens impliciete vragen en behoeften. Een wijkverpleegkundige:

Dat je de cliënt kunt helpen waarvoor je komt, maar dat je ook ... mensen hebben vaak ook andere vragen ... dat je ook wel openstaat voor de cliënt, voor die andere vragen en dat je ze een stukje verder kunt helpen. Want non-verbaal ... zit er vaak een vraag achter een vraag hè ... dat je mensen daar ook mee kunt helpen.

Professionals vinden het dus van groot belang om zorg te verlenen op basis van hun eigen inschattingen van de ware wensen van de cliënt. De centrale indicatie is een kader voor de zorg die pas in de afstemming met de cliënt echt gestalte krijgt. Voor die afstemming is samenwerking heel belangrijk. Een verpleegkundige:

De beste zorg is die waarbij de cliënt aangeeft wat hij wil, en jij doet dat. En de cliënt luistert naar jouw tips of grenzen die jij aangeeft. Dat je kunt overleggen met elkaar en dat je gewoon kunt communiceren. Ja, dat maakt de zorg goed. Dat het gewoon samenwerken is.

De beroepsgroepen streven naar een goed contact en vertrouwen, juist omdat de zorg het intieme leven van mensen raakt. Daarvoor is het nodig een vertrouwensband met de cliënt op te bouwen. Dat kost tijd. Een verzorgende:

Je kunt niet als je de hele week vreemde mensen hebt, dan verleen je zorg, maar ik denk niet dat je echt goede zorg kunt verlenen. Omdat je de persoon niet kent, je kent de gewoontes niet, je kent de gedachtes niet. Want als je iets doet dan weet je al van oh, dit doet ze anders of zo hé? Maar bij vreemde mensen werkt dat niet. Het is ook wel belangrijk dat je een beetje vaste cliënten hebt. Continuïteit is voor twee personen belangrijk, voor mij en voor de cliënt.

Juist door die vertrouwensband bieden verpleegkundigen en verzorgenden tussen de bedrijven door ook psychosociale zorg. Ze luisteren als een cliënt zijn verhaal kwijt moet, geven soms troost of advies. Daar is bij de meeste zorgfuncties en de bijbehorende zorgminuten geen tijd voor beschikbaar. Troost en bemoediging komen niet voor in de indicaties. Maar de ruimte daarvoor maakt wel een belangrijk onderdeel uit van hun taakopvatting en van hun normatieve professionaliteit. Een verzorgende:

(..) als ik alleen het technische gedeelte mag doen, dan werkt het gewoon niet. Dan kan ik net zo goed achter de kassa zitten bij Albert Heijn, dan help ik ook de mensen, daar kan ik ook vriendelijk tegen zijn. Maar dat voegt voor mij niets toe in wat ik doe.

Soms verdiept de begeleiding zich tot een intensievere vorm van contact. Dat gebeurt lang niet bij alle cliënten, maar professionals vinden het belangrijk dat het kán gebeuren. Daarbij zeggen zij wel hun professionele grenzen te bewaken.

RESPECT

Respect staat voor verpleegkundigen en verzorgenden op de eerste plaats als kernwaarde van hun beroep. Daarbij bedoelen ze dat je de ander als een volwaardig persoon ziet. Respect verwijst ook naar een opstelling: de professional realiseert zich bij de cliënt te gast te zijn. Een verzorgende:

Wij laten de mensen zelf beslissen. Alleen de tijden kunnen we niet selectief bepalen, dat vertellen we ze ook. Maar ja als de mensen op een dag wat anders willen is dat hun keuze, we zijn hier om ze te helpen. En niet om ze te dwingen in hun eigen huis te doen wat wij willen.

Bij respect hoort dat de verzorgende of verpleegkundige aandacht heeft voor de gewoonten van cliënten, ook al lijken die in haar ogen vreemd of onpraktisch. Een verzorgende:

(..) ik heb één mevrouw die spoelt haar gebit bijvoorbeeld in het bakje waar ze gewassen in is, daar spoelt ze haar gebit in. Nou ja, dat kan eigenlijk helemaal niet, en ik vind het ook heel vies. Ik heb ook wel eens gezegd van goh, zal ik even een schoon bakje pakken? 'Nee, dat doet ik altijd, dat doe ik al jaren'. Dan denk ik nou, oké, prima. Kijk, ik vind het heel smerig, maar wie ben ik als jij het al jaren doet om dat niet goed te vinden? Snap je? Dat bedoel ik. Dan kan ik er op staan, hoor, dan kan ik zeggen van

nou, dit is gewoon niet gezond, dit is gewoon vies, pak een ander bakje! Maar daar maak ik haar echt niet gelukkig mee. En ook niet gezond, want als ze het al twintig jaar doet, nou dan houdt ze er niets van over dus. Ja toch? Nou ja, dat bedoel ik. Dus niet je eigen normen en waarden bij hun opleggen, dat moet je gewoon niet doen.

Een respectvolle en zorgvuldige omgang met verschillen tussen de waarden van de cliënt en die van de werker vraagt om balanceren tussen je eigen waarden en die van de ander. Je moet je waarden soms loslaten, maar soms ook niet, vinden de professionals. Een verzorgende C:

(...) als het zo vies is dat je uitglijdt in de keuken, of weet ik wat, dan mag je er wel wat van zeggen, want dan gaat het om jou. Dat mag je gerust zeggen, van 'ja, ik vind het niet prettig om hier te moeten werken terwijl ik uitglijd in de rotzooi, daar moeten we wat mee'. Dat mag, ook dan heb je respect.

Deze verzorgende verbindt hier technische veiligheidsnormen waaraan voldaan moet zij opdat zij haar werk goed kan doen, met respect: je respecteert een ander ook wanneer je niet alles maar op zijn beloop laat, maar ook samen lastige feiten onder ogen durft te zien.

Respect in de omgang met cliënten verwijst dus zowel naar ruimte voor verschil als naar professioneel zelfrespect en eerlijkheid in het contact.

JE VAK BEWAKEN

Met 'je werk goed doen' doelen de professionals niet alleen op het opbouwen van een goede relatie met de cliënt. Zij proberen, in de eerder geïntroduceerde terminologie, de normen van de systeemwereld te verbinden met de deskundigheidsnormen van hun eigen beroep en met de waarden van de leefwereld. Zo is technische vakkennis voor hen ook van belang. Een verpleegkundige:

Ja, je moet kwaliteit leveren. Je moet goed in de gaten houden wat je wel en wat je niet kan, je moet goed in de gaten houden dat je bekwaam blijft in een aantal dingen, vakliteratuur bijhouden, het is gewoon een vak en het verandert enorm. Als je denkt dat je wondverzorging goed in de vingers hebt, nou, de ontwikkeling loopt zo achter.

De professionals dragen ook de normen van de organisatie uit, en bewaken die

in de praktijk. Soms moeten zij een vraag om zorg afwijzen met een beroep op de systeemnorm 'verdelende rechtvaardigheid'. Een gespecialiseerde verzorgende:

(..) je hebt natuurlijk ook klanten die halen de hele wereld erbij, bij wijze van spreken, en dan moet je natuurlijk wel heel goed bewaken van 'waar ligt de grens van je werk?' Aan de ene kant ben je natuurlijk wel afgestemd op de klant, maar je moet ook wel grenzen bewaken van je werk, want mensen kunnen natuurlijk ook over je heen gaan walsen van 'ja maar dat wil ik nog, en dat en dat en dat', en dan kijk je toch weer van ja, maar waar is hulp voor gevraagd?

BREDERE ZORGWAARDEN

De relationele zorgwaarden staan bovenaan het lijstje met waarden van professionals. Maar het zijn niet de enige waarden. Juist als professionals de normen van de systeemwereld met de leefwereld verbinden, doen zij een beroep op andere waarden. Zo vinden de professionals een goede afstemming met andere spelers in de zorg, zoals huisarts, specialist of ziekenhuis, van groot belang om goede zorg te kunnen leveren. Ook de afstemming met collega's is een belangrijke waarde, vooral om de cliënt duidelijkheid te kunnen bieden. Bij collega's vinden de professionals ook steun en kritische feedback. Een gespecialiseerde verzorgende:

(..) het teamoverleg vind ik ook belangrijk wekelijks. Dat die ruimte er is, van mocht je ergens tegenaan lopen dat je dat kan inbrengen. Dat je even met elkaar meedenkt van goh, zit ik nog op de goede weg? Of moet er iets bijgesteld worden, of zit ik helemaal op het verkeerde spoor waardoor het niet loopt? Het is een soort toetsing zeg maar, dat je .. Dat vind ik ook belangrijk. Dat je weet dat je nog goed bezig bent in je werk, dat je daar ook een soort feedback krijgt. Van ja, doe ik het nog wel goed? Of kan het ook anders? Zou jij het anders doen, en hoe dan?

De beroepsgroepen zijn zich heel bewust van het belang van dit soort onderlinge toetsing en zelfzorg. Ze spreken regelmatig over 'wakker blijven' om met afstand te kunnen kijken naar zichzelf en de cliënt.

De enquêteantwoorden op de vraag 'Wat vindt u het belangrijkste in de omgang met collega's?' ondersteunen dit:

Dat we zorgen kunnen delen en elkaar zonodig kunnen opvangen	43,9 %
Dat we samen gaan voor de belangen van cliënten	43,7 %
Dat we onderling goed kunnen afstemmen	23,2 %
Dat we elkaar ook kritische feed-back kunnen geven	22,8 %
Dat we een echt team zijn	21,5 %

Die ondersteuning verwachten de professionals niet alleen van hun collega's, maar ook van hun leidinggevenden. Van teamleiders en zorgmanagers verwachten de verpleegkundigen en verzorgenden vooral steun en vertrouwen, zo blijkt uit de enquête. Een verzorgende verwoordt het aldus:

En gewoon, als er wat is, je weet dat je zorgmanager achter je staat. Dan heb je ze ook niet echt nodig. Dus echt als er een keer iets met een cliënt gebeurt, dat je dan weet dat je ze desnoods kan bereiken.

Anderen ontvangen ook graag actieve steun van leidinggevenden. Een verzorgende:

Ja, die nam de tijd dan voor je. Dan kon je bellen van nou, dit en dat is gebeurd, van nou, wil je even met me meedenken of ik het goed aanpak? En ook dat, als je rapportages maakt dat zij die las en bijstelde, weet je wel, dat het goed beschreven was waar je mee bezig was. Dat je het wel zakelijk hield en niet te persoonlijk.

Professionals in de thuiszorg verwachten van de organisatie waar zij werken verder vooral steun in de vorm van deskundigheidsbevordering via cursussen, congressen en dergelijke. Bijna zeventig procent zet deze vorm van steun bovenaan hun verlanglijst. Inspraakmogelijkheden rond zaken die niet goed lopen staat op plaats twee, en op de derde plaats staat een regelmatig inhoudelijk teamoverleg.

DE MAATSCHAPPELIJKE WAARDE VAN THUISZORG

De mogelijkheid voor mensen om zelfstandig thuis te blijven wonen, is in de ogen van professionals in de thuiszorg de belangrijkste maatschappelijke waarde van hun werk. Een verzorgende:

(..) Kijk, als het niet meer kan dan is een verzorgingshuis prima, hoor. Als het echt moet, denk ik dan. Dan is het prima. Maar zolang het niet echt nodig is, dan moet je mensen gewoon in hun eigen bedoeninkje laten. Gewoon in hun eigen huisje, en in hun eigen buurtje, want als je dat niet doet dan raken ze gewoon de kluts kwijt, ze raken letterlijk de kluts kwijt.

Thuiszorg houdt mensen zo lang mogelijk onafhankelijk. Want zelfs al is een cliënt permanent afhankelijk van zorg, dan nog kan hij of zij thuis in zekere zin de regie blijven voeren over het eigen leven, en steun vanuit het nabije netwerk krijgen. Dat is in een instelling moeilijker.

Verpleegkundigen en verzorgenden vinden tenslotte dat ze een signaalfunctie hebben. Doordat zij bij de mensen over de vloer komen, zien zij hoe cliënten er aan toe zijn. Als het echt nodig is, trekken ze aan de bel. Maar dan moeten ze wel de tijd en de ruimte hebben om goed en betrokken te kijken en te kunnen communiceren, in plaats van noodgedwongen aan de oppervlakte te blijven steken. In het volgende hoofdstuk wordt zichtbaar dat de tijd en de ruimte voor aandachtige zorg in de knel zijn gekomen.

5 KNELPUNTEN

Het vorige hoofdstuk maakte duidelijk wat de centrale zorgwaarden zijn van professionals in de thuiszorg. Wij hebben de professionals ook gevraagd welke knelpunten zij in hun werk ervaren als gevolg van de nieuwe beleidsmaatregelen van de overheid van de afgelopen vijf jaar. Kunnen zij hun centrale zorgwaarden goed in praktijk brengen? Wat ervaren zij zelf als belemmeringen daarvoor?

A. KNELPUNTEN: DE PROFESSIONALS

In de enquête vroegen we welke veranderingen in beleid de meeste gevolgen hebben gehad op de werkvloer. Het resultaat:

De invoering van de functiegerichte indicatiestelling	40,6 %
De indicatiestelling door het CIZ	40,4 %
De invoering van de functiegerichte bekostiging	35,1 %
De invoering en daarna het verhogen van de eigen bijdrage	35,1 %
De invoering van concurrentie	33,4 %

Grosso modo oordelen verpleegkundigen en verzorgenden negatief over de gevolgen van de beleidswijzigingen. De kwaliteit van de zorg lijdt eronder, vinden ze. Voordelen zien ze ook wel, waarbij zij vooral denken aan kostenbewustzijn, de ondersteunende werking van protocollen en de eis om de noodzaak van zorg helder te beargumenteren. Maar daar staat tegenover dat 57,9 procent van hen vindt dat de centrale zorgwaarden in de thuiszorg nu onder druk zijn komen te staan. Dat maakt het moeilijker om inspiratie en betrokkenheid overeind te houden, vindt 46,7 procent. In dit hoofdstuk schetsen we de belangrijkste knelpunten die uit de casuïstiek en interviews naar voren komen.

ONVOLDOENDE TIJD

Gebrek aan tijd is een centraal knelpunt. Indicaties worden als krap ervaren, er is onvoldoende tijd om een vertrouwensband op te bouwen en de aandacht komt in het gedrang. Een verzorgende over wat er gebeurt als een collega ziek is:

Want als je al volle pakketten hebt, die zijn gemiddeld 240 minuten, dat is een vol pakket, dus dat is vier uur, zonder reistijd. Ja, dan zit zo'n pakket eigenlijk vol,

want dan is de ochtend om, het zijn ochtendcliënten. En dan krijg je vaak nog twee cliënten erbij, dus dan heb je al vijf uur dat je bezig bent. (..) Je probeert het sneller te doen, en daar lijden dan de andere cliënten onder. Want je bent sneller weg, je hebt geen aandacht. Zo van oh, nog vijf, nog vier. Het worden getallen dan op een gegeven moment, en dat is natuurlijk niet de bedoeling van zorg.

Om toch aandachtige zorg te kunnen geven waar dat het meeste nodig is, gaan verpleegkundigen en verzorgenden zelfstandig schuiven met plannings en aan cliënten toegewezen tijd. Een verzorgende:

(..) Gisterenmorgen kwam ik bij een vrouw, en die is incontinent geworden, en dan zegt ze 'Ik weet het niet meer en wat moet ik nou, zo en zo, ik weet niet meer wat ik gebruiken moet, en ze hebben hier wat neergegoot'. Ik zeg 'nou, kom op'. Dus we zijn samen op bed gaan zitten, ik heb eerst alles uit de kast gehaald wat ze gekregen had, we hebben samen alles bekeken, wat het beste was en ik heb alles uitgelegd. Dan denk ik 'nou, dan kom ik maar een kwartier later', dan denk ik 'ja, jongens. Even de tijd nemen.'

BUREAUCRATISERING

Een tweede knelpunt dat steeds terugkeert, betreft de toegenomen druk van bureaucratische regelingen, met name rond indicaties, herindicaties, en interne kwaliteitsbewaking. De beroepsgroepen vinden dit papierwerk deels wel zinvol, maar men loopt er tegen aan dat het niet geldt als productieve tijd. Een gespecialiseerde verzorgende:

(..) Veel administratie, en van alles moet je weer formuliertjes invullen en zo. En dat moet je wel allemaal naast je werk doen, dan zeggen ze allemaal van 'ja, dat moet je gewoon bij de klant doen', maar ja, als je maar een beperkt aantal uren bij klanten hebt door die beperkte indicaties, dan heb je daar allemaal helemaal geen tijd voor, want dan kan je niet aan je doelen werken, zeg maar.

Zestig procent van de professionals noemt het terugdringen van de bureaucratie dan ook als de belangrijkste verbetering die de komende jaren in de thuiszorg doorgevoerd moet worden.

ZORGBEHOEFTE NIET MEER KUNNEN BEPALEN

Bijna de helft (49 procent) vindt bovendien dat de professionals in de thuiszorg meer ruimte moeten krijgen om de zorgbehoefte van cliënten te bepalen. Vooral voor verpleegkundigen is dit een pijnpunt; zij vinden dat hun deskundigheid bij het inschatten van de zorgbehoefte te weinig wordt benut. Een verpleegkundige:



Wat moet ik nog meer zeggen . dat de taak van de wijkverpleegkundige niet verder uitgekamd moet worden. Dat we eerder meer verantwoordelijkheid moeten krijgen, dat we de indicatie weer terug moeten krijgen, dat we onze eigen deskundigheid kunnen gebruiken. (..) Omdat wij beter kunnen bepalen wat nodig is voor mensen dan iemand van een indicatiecommissie. Want die komt maar even op dat moment op bezoek, dus het is een momentopname waarop ze het beoordelen. En het zijn ook niet altijd verpleegkundigen die dat beoordelen, het kunnen ook maatschappelijk werkers zijn.

FRAGMENTERING

De functiegerichte indicatiestelling brengt met zich mee dat verschillende taken uiteen worden getrokken en aan verschillende deskundigheidsniveaus (en geldbedragen!) worden gebonden, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging en verpleging. Met name verpleegkundigen zeggen hier last van te hebben. In een aantal gevallen is het namelijk doeltreffender en doelmatiger als zij de cliënt ook deels verzorgen, niet alleen omdat dit de vertrouwensband verdiept, maar ook omdat zij via het directe contact dat persoonlijke verzorging met zich meebrengt meer kunnen 'zien', onder andere met het oog op preventie. Veel professionals vinden dat de aard van hun werk om een dergelijke 'integrale' aanpak vraagt. Die verdwijnt door deze fragmentering uit beeld.

BEZUINIGINGEN

Vanwege de bezuinigingen van de afgelopen jaren, kunnen professionals de mantelzorgers minder ondersteunen en wordt nachtzorg veel minder snel toegekend. Dat vinden de professionals het kwalijkste. Maar ook het feit dat thuiszorgorganisaties

bezuinigen op het bijscholen van hun personeel en teams soms erg groot maken om op management te besparen, benoemen zij als een knelpunt. De functionele bekostiging leidt bovendien tot een lager niveau van de teams. Een verpleegkundige:

Onlangs hebben wij in ons team te horen gekregen dat er nog steeds te weinig productie gedraaid wordt en dat die dus omhoog moet. Daarom komt de nadruk te liggen op niveau 3 en 4. Volgens mijn manager wordt niveau 5 niet meer aangenomen want alle neventaken die met name in de rollen van ontwerper en coach thuishoren zijn onproductief.

VERZAKELIJKING

De functiegerichte indicaties hebben verpleegkundigen en verzorgenden een groter besef bijgebracht van de kosten van de zorg. Dat vinden zij positief. Zij denken ook graag mee over hoe de 'productie' van de organisatie verhoogd kan worden. Maar als de zakelijkheid de boventoon gaat voeren, ervaren zij die als een knelpunt. Zo maakt het invoeren van de eigen bijdrage en de concurrentie dat de professional een gesprek met een cliënt die op dat moment in nood zit moet doorberekenen. Een verpleegkundige:

(..) Dan ontstaat er een gesprek, als mensen moeten bijbetalen voor een uur en ik heb daar even een gesprek van een half uur, heb ik eigenlijk de verplichting om te zeggen: 'Nou mevrouw ik heb nu een half uur met u gesproken, dat moet ik op gaan schrijven, dat heeft te maken met uw eigen bijdrage'. Nou daar heb ik zo'n weerstand tegen, daar gaat het op dat moment toch even niet om?

B. KNELPUNTEN: DE BELEIDSMEDEWERKERS EN MANAGERS

Deze knelpunten zijn besproken met ervaren beleidsmedewerkers en managers in de thuiszorg en in verband gebracht met recente literatuur. Daaruit blijkt dat de beleidsmedewerkers en managers veel van de zorgen van verpleegkundigen en verzorgenden delen. De functiegerichte indicatiestelling en de functiegerichte bekostiging helpen om orde te scheppen in de zorgvraag en kosten transparanter maken, zeggen ze – heel nuttig voor instellingen die met elkaar moeten concurreren. Maar de nieuwe manier van werken leidt ook tot drie terugkerende problemen, die we hieronder bespreken.

VERSNIPPERING EN FRAGMENTERING

Het werken met functiegerichte bekostiging belemmert de continuïteit in de zorg. Er komen steeds vaker meerdere zorgverleners bij de cliënt over de vloer. Dit kan de kwaliteit van de zorg ondermijnen, vooral in complexe situaties die veel afstemming vereisen. De fragmentering maakt het opbouwen van een vertrouwensband moeilijker, maakt de kans op fouten groter, en tast de privacy van de cliënt aan. De doelmatigheid van de zorg leidt er ook onder: er gaat veel meer tijd zitten in overdracht, afstemming en registratie.

Vooraf verpleegkundigen komen onder het nieuwe regime nauwelijks meer toe aan het observeren van patiënten en het signaleren van problemen. Ze kunnen alleen *nieuwe* benodigde verpleegkundige handelingen verrichten als de organisatie bereid is verlies te maken op hun inzet. Concurrentie en kwaliteit van zorg staan hier duidelijk op gespannen voet. Ook gespecialiseerde verzorgenden, die bij mensen over de vloer komen met psychische of sociale problemen, ondervinden forse hinder van deze manier van werken. Het opbouwen van een vertrouwensband is in hun werk extra belangrijk, maar zij hebben daar minder mogelijkheden toe. Dat maakt hun zorg minder doeltreffend.



DE FUNCTIONELE INDICATIESTELLING IS ONVOLDOENDE GEVOELIG VOOR ZORGCOMPLEXITEIT

Het nieuwe systeem richt zich op eenvoudig te identificeren en te omschrijven *handelingen*. Daardoor vallen minder zichtbare, maar bijzonder belangrijke aspecten van professioneel hoogwaardige zorg gemakkelijk buiten de boot. Zoals het opbouwen van een vertrouwensband, maar ook het signaleren van eventuele nieuwe ontwikkelingen bij cliënten, en het begeleiden en ondersteunen van cliënten in het leren omgaan met hun ziekte. Het gaat hier om competenties en vaardigheden die men vanwege opleiding en beroepservaring mag verwachten van verpleegkundigen, maar zeker niet altijd van verzorgenden.

De functionele indicatiestelling heeft geen oog voor de morele en existentiële aspecten van de zorg. Door de nadruk op handelingen valt het grote belang van een juiste *houding* ten opzichte van zieke mensen weg. Een goede verpleegkundige heeft begrip voor de situatie waarin de cliënt zich bevindt. Dat hoort bij haar deskundigheid en is essentieel voor het leveren van goede zorg. Maar het systeem biedt geen manier om die kwaliteiten te signaleren en te honoreren. Zo kan het gebeuren dat een terminale cliënt voornamelijk verzorgenden over de vloer krijgt omdat de te verrichten handelingen betrekkelijk eenvoudig zijn, terwijl de situatie rond een sterfbed *existentieel* juist heel complex is.

DE INDICATIESTELLING IS TE ALGEMEEN

Veel van onze gesprekspartners melden dat de indicatiestellingen van het CIZ vaak zo algemeen zijn dat ze onvoldoende aanknopingspunten bieden voor een zorgplan. Vooral bij complexe zorgvragen moet de zorginstelling daarom een aanvullende intake doen om concrete zorgafspraken met cliënten te kunnen maken – dubbel werk voor zowel zorgverlener als cliënt. De indicatie in een zorgklasse biedt in de praktijk bovendien onvoldoende ruimte om flexibel in te spelen op schommelingen in de zorgvraag. Ontwikkelingen die gezien de ziekte van de client voorspelbaar zijn, blijven buiten beschouwing, waardoor zorginstellingen veelvuldig vervolgindicaties moeten aanvragen, wat leidt tot veel bureaucratie.

Op basis van het materiaal uit de laatste twee hoofdstukken, kunnen we het volgende concluderen:

- De veranderingen die de overheid de afgelopen vijf jaar in de thuiszorg heeft doorgevoerd, hebben onbedoelde negatieve effecten.
- Die negatieve effecten zijn vooral het gevolg van de eenzijdige sturing op systeemnormen.
- ‘Systeembegrippen’ die bij het nieuwe beleid horen, zoals objectieve indicatiestelling, productie maken en vraagsturing, doen onvoldoende recht aan de complexiteit en gelaagdheid van de praktische situaties waarin professionals in de thuiszorg zich bevinden.
- De ervaren eenzijdige nadruk op die systeembegrippen maakt het de professionals moeilijk om de systeemnormen te verbinden met hun deskundigheidsnormen en met waarden uit de leefwereld, zoals vertrouwen en respect. Die verbinding is echter noodzakelijk om adequate en doelmatige thuiszorg te leveren.
- Het verbeteren van die verbinding tussen systeem- en leefwereld vereist zorg en aandacht voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg en voor verdergaande *normatieve professionalisering* van werkers op alle niveaus. Die normatieve professionaliteit wordt momenteel onvoldoende benut of zelfs gefrustreerd. Dit leidt geregeld tot minder effectieve en minder doelmatige zorg dan mogelijk zou zijn.

6 ANALYSE EN MOGELIJKE VERBETERINGEN

De bevindingen tot nu toe illustreren wat we eerder in het inleidende gedeelte stelden: de modernisering van de zorg heeft een ‘achterkant’ die beleidsmakers gewoonlijk niet voor hun rekening nemen. Professionals en cliënten voelen die achterkant echter nadrukkelijk; zij moeten met de praktische, vaak onbedoelde consequenties van dit moderniseringsbeleid omgaan.⁵

Het gevoel dat de waarden van de leefwereld teveel verdrongen worden door de logica van de systeemwereld leeft op dit moment breed in de samenleving. De mogelijke oplossingen komen ook uit allerlei richtingen. Denk aan verantwoord ondernemen, ‘dienend’ leiderschap, het bevorderen van integriteit. De thuiszorg is een sector waar de systeemlogica letterlijk de huizen van burgers binnenkomt. De gevolgen laten zich hier snel voelen. De thuiszorg zou vanuit dat oogpunt een voortrekkersrol kunnen vervullen bij het zoeken naar meer eigentijdse verbindingen tussen systeemnormen en leefwereldwaarden.

In wat volgt signaleren we enkele nadelige gevolgen van het breed invoeren van de taal en de logica van de systeemwereld, en doen we enkele suggesties voor ontwikkelrichtingen en verbetermogelijkheden die de eerder gesignaleerde knelpunten kunnen ondervangen.

DE TAAL WAARIN DE ZORG WORDT BESCHREVEN

De taal van het recente beleid is niet in staat om recht te doen aan de complexe praktijk van de thuiszorg. Dit heeft allerlei contraproductieve gevolgen. We gaan er hier vier na.

- 1 De *objectieve indicatiestelling* is vanuit systeem­oogpunt een succes; transparantie en rechtsgelijkheid nemen immers toe. Maar in de praktijk is deze indicatiestelling onvoldoende gevoelig om de complexiteit van de zorgvraag te vangen. De indicatie biedt onvoldoende ruimte voor een persoonsgerichte, respectvolle afstemming op de zorgvraag, waarbij ook recht wordt gedaan aan de ‘vraag achter de vraag’ en aan preventieoverwegingen. Wij bedoelen niet te zeggen dat de objectieve

⁵ Evelien Tonkes spreekt hier over het verschil tussen de ‘papieren werkelijkheid’ van de systemen en de geleefde werkelijkheid zoals die dagelijks door professionals en cliënten in de thuiszorg wordt ervaren. Vgl. de interessante discussie rond haar scherpe column over de thuiszorg op het weblog van Evelien Tonkes, te vinden op www.devolkkrant.nl

indicatiestelling moet worden afgeschaft. Wel willen wij wijzen op de principiële ontoereikendheid ervan. Alleen in combinatie met de waardegeladen normatieve professionaliteit van verzorgenden en verpleegkundigen kan de indicatiestelling tegemoet komen aan de werkelijke zorgvraag.

- 2 Het begrip *productie maken* is in korte tijd ingeburgerd geraakt in de thuiszorg. Dit begrip weerspiegelt de realiteit dat alleen uren achter de voordeur van cliënten declarabel zijn, maar verhult tegelijkertijd dat die productie alleen doeltreffend en doelmatig is als de professional op de fiets al nadenkt over de doorligwond van de cliënt, in de wandelgangen overlegt met collega's, investeert in goede relaties met de arts, et cetera. Deze elementen van normatieve professionaliteit vallen buiten de systematiek van de declarabele uren en degraderen daarmee ten onrechte tot bijzaak.
- 3 *Marktwerking* is een andere belangrijke notie. Marktwerking kan kostenbesparend en innovatief uitpakken, maar veronderstelt een open en inzichtelijk aanbod dat vergeleken kan worden op prijs en kwaliteit, en vrije keuze van consumenten. In de thuiszorg zijn die voorwaarden niet vervuld. In zo'n situatie leidt marktwerking haast onvermijdelijk tot versterkte sturing op systeemnormen en afnemend gevoel voor de morele leefwereldwaarden. Leefwereldwaarden maken de kwaliteit van de zorg beter en aandacht daarvoor kan dus ook uit concurrentieoogpunt heel verstandig zijn. Maar dan moet bij vergelijkingen wel recht worden gedaan aan de bijzondere voorwaarden voor deze vorm van kwaliteit.
- 4 De modernisering van de AWBZ heeft geleid tot meer *vraagsturing*. Ons onderzoek laat echter zien dat dit begrip ook verhullend kan werken. De huidige thuiszorg verdeelt eerder schaarste dan dat zij tegemoetkomt aan de werkelijke vraag van cliënten. Bovendien kent juist de thuiszorg veel cliënten die niet zelfstandig of autonoom genoeg zijn om helder en kritisch te kunnen kiezen uit het zorgaanbod. In die situaties raakt het begrip vraagsturing aan zijn grenzen, of krijgt zelfs een holle klank. Professionals voelen geregeld dat zij hun eigen zorgwaarden niet kunnen waarmaken als zij louter de vraag van de cliënt zouden afwachten.

LANTAARNPALEN EN KAMPVUURTJES

De dominantie van begrippen als 'productie maken' en 'vraagsturing' heeft enkele contraproductieve gevolgen voor effectiviteit en kwaliteit van de thuiszorg, zo constateren we. Die gevolgen zijn echter niet goed waar te nemen binnen het bestuurlijke en organisatorische taalspel zelf. Alles wat zich buiten de 'organisatorische lichtbundels' bevindt, wordt als bijzaak beschouwd of zelfs genegeerd. Op dezelfde manier zijn beleidsmakers uit op het type waarden waar ze vanuit de systeemwereld een licht op kunnen laten schijnen – transparantie, controleerbaarheid en alle vormen van toezicht, registratie en protocollering die daarmee verbonden zijn.

De professionals komen daardoor geregeld in de knel met hun eigen normatieve professionaliteit, en zoeken andere wegen op. Zij stoken als het ware *kampvuurtjes*

met cliënten en met collega's, buiten de lichtbundels van de lantaarnpalen. Ze nemen meer tijd voor een patiënt als ze dat nodig achten – bijvoorbeeld om de werking van incontinentieluiers uit te leggen. Ze overleggen informeel met collega's over half clandestiene manieren om iemand als Karel te helpen. In de warmte van het kampvuurtje is samenzijn en even de tijd nemen belangrijker dan productie draaien. Dat wil niet zeggen dat er tijd wordt verspild. Integendeel: 'samen rustig kijken wat het beste is' kan heel doeltreffend en doelmatig uitpakken. Natuurlijk kan dit ook doorslaan. Dan raken de normen van de systeemwereld geheel buiten beschouwing en draait het rond het kampvuurtje alleen nog maar om contact, nabijheid en 'gezelligheid'. Betrokken verzorgenden en verpleegkundigen, blijkt uit ons onderzoek, verbinden juist echte aandacht met doelmatigheid.



Ons onderzoek wijst op een reële tegenstelling tussen de twee soorten licht. Onder het felle lamplicht van de systeemwereld kan het zachte licht van het kampvuurtje geheel verbleken. Anderzijds kan de rook die van het kampvuurtje opstijgt de systeemnormen aan het zicht onttrekken.

De tegenstelling tussen de twee is als volgt te karakteriseren:

- Lantaarnpalen branden op centraal geregelde tijden en op constante sterkte; kampvuurtjes zijn persoonsgebonden, tijdelijk en 'flakkerend'.
- Het heldere licht van lantaarnpalen geeft optimale organisatorische zichtbaarheid en planbaarheid en een maximum aan informatie; rond het kampvuur gaat het niet om planning en informatie, maar worden vooral *verhalen* verteld en kunnen mensen verbondenheid ervaren met de ervaringen en emoties die daarin resoneren.
- Onder de lantaarnpalen gaat het om de rechten, plichten en verantwoordelijkheden die de rechtstaat schragen, aan het kampvuurtje worden de waarden levend gehouden die vertrouwen, intimiteit en verbinding dragen, en kunnen ook moeilijke en droevige ervaringen een plek krijgen.

WARMTE-KRACHT KOPPELINGEN

Het is van groot belang om de tegenstelling tussen de logica van de lantaarnpalen en de logica van de kampvuurtjes niet te verdiepen tot een onoverbrugbare kloof. De uitdaging waar de thuiszorg voor staat, is juist om *verbindingen* tussen de twee te zoeken. De aandacht ligt nu eenzijdig bij de systeemnormen. Zorgorganisaties zouden 'warmte-kracht koppelingen' moeten bevorderen tussen de systeemnormen waar zij aan moeten voldoen, de deskundigheidsnormen van professionals en de morele en existentiële leefwereldwaarden die het werk inhoudelijk voeden. Organisatorische

en technisch-professionele kracht worden dan verbonden met relationele warmte en betrokkenheid. Zulke warmte-kracht koppelingen vragen om gerichte investeringen maar zijn tegelijkertijd van groot belang voor de doeltreffendheid en doelmatigheid van de verleende zorg.

AANBEVELINGEN

Tegen deze achtergrond bevelen wij aan om de komende jaren de volgende vier samenhangende ontwikkelingstrajecten te bevorderen:

1 Ondersteun en bevorder de normatieve professionaliteit van de werkers in de thuiszorg

Goede professionals slagen erin om systeemnormen en leefwereldwaarden in de praktijk te verbinden. Daarbij doen ze een beroep op hun normatieve professionaliteit. Door waarden als 'respect' en 'betrokkenheid' letterlijk te belichamen, kunnen zij optimaal afstemmen op de zorgbehoeften van cliënten.

Het huidige beleid erkent die normatieve professionaliteit echter niet als een belangrijke professionele kwaliteit. Daardoor verwaarlozen organisaties de ontwikkeling en ondersteuning van normatieve professionaliteit, bijvoorbeeld door coachings- en scholingsmogelijkheden af te knijpen en weinig aandacht te besteden aan de inhoudelijke inspiratie van hun werknemers. Het recente beleid belemmert of blokkeert zelfs vaak dat werkers in de thuiszorg hun normatieve professionaliteit inzetten. Bijvoorbeeld door onvoldoende tijd ter beschikking te stellen, werk te versnipperen en werk te vervuilen met veel bureaucratische taken.

Uit ons onderzoek blijkt dat zorgorganisaties het belang van het onderhouden en verdiepen van de normatieve professionaliteit van hun personeel onvoldoende erkent en ondersteunt. Het is een teken aan de wand dat zestig procent van de deelnemers aan de enquête vindt dat de centrale zorgwaarden in de thuiszorg steeds meer in de knel komen. Leiding en management zouden veel intensiever contact kunnen zoeken met de professionals, om van hun de verhalen aan de kampvuurtjes te horen. In de hele organisatie zou daarmee een proces van 'moreel leren' op gang kunnen komen. Op hun beurt zouden verpleegkundigen en verzorgenden hun inzichten, die nu veelal op het niveau van 'gevoel' en anekdotes blijven steken, breed inzichtelijk kunnen maken. Dat vergroot de invloed en werkzaamheid van die inzichten. Op basis van dergelijke 'warmte-kracht koppelingen' kan in onze ogen zowel de effectiviteit van het handelen van professionals verbeteren, als de kwaliteit van het werk en de voldoening voor professionals vergroot worden.

2 Flexibiliseer de objectieve indicatiestelling

Het is wenselijk om de objectieve indicatiestelling en de bijbehorende zorgfuncties flexibeler te maken. Ondermeer rond zorg aan stervende mensen is sprake van pijnlijke ervaringen met de starheid van het systeem. Daartegenover zijn bemoedigende experimenten gaande met het delegeren van een aantal 'standaard-indicatiestellingen' en met het steekproefsgewijs controleren van herindicaties. Ook het aanstellen van een speciale indicatiefunctionaris bij de zorginstelling die nauw

contact onderhoudt met zowel professionals als het CIZ is een goede optie. Het zou de bureaucratische rompslomp kunnen verminderen.

3 Beïnvloedt de publieke meningsvorming

In de publieke beeldvorming verschijnt de thuiszorg veelal als één van de vele vormen van commerciële dienstverlening die zo efficiënt mogelijk probeert te voldoen aan de wensen van cliënten. Aan de besturen en het management van de organisaties, én aan de beroepsgroepen, de uitdaging om de ervaren menselijke realiteit van de thuiszorg beter over het voetlicht te brengen. Laat horen, zien en weten dat professionals in de thuiszorg dagelijks te maken hebben met de afhankelijkheid en eindigheid van mensen, en dat de thuiszorg mede daarom ruimte biedt om solidariteit en zorgzame verhoudingen vorm te geven. Juist binnen de zorg is ruimte voor het versterken van onderlinge betrokkenheid tussen mensen en voor diepere vormen van zingeving dan presteren en consumeren. Verhalen uit de thuiszorg waarin dat doorklinkt verdienen een grotere plaats in de media, maar dat is ook een uitdaging voor zorgorganisaties en professionals.

4 Betrek buurt, wijk en omgeving actief bij de thuiszorg

Probeer als organisatie ook de maatschappelijke solidariteit met de zorgafhankelijke en vaak eenzame cliënten van de thuiszorg te bevorderen. Het publieke debat draait vaak om de vraag hoeveel geld 'de maatschappij' over heeft voor de thuiszorg. Maar dat is een systeemperspectief op een probleem dat primair aan de leefwereld gebonden is. Het doorbreken van het isolement waarin veel cliënten zich bevinden, zou de kwaliteit van hun leven een stuk beter maken. De thuiszorg zelf zou de zorgwaarden die haar inspireren – respect, betrokkenheid, menselijke warmte – veel actiever kunnen uitdragen als waarden die belangrijk zijn in de hele samenleving. De thuiszorg zou daartoe (nog) intensiever kunnen samenwerken met mantelzorgers en vrijwilligersorganisaties, en nieuwe ideeën en initiatieven op dit gebied veel actiever kunnen ondersteunen, mede met het oog op de nieuwe WMO.

Het is duidelijk dat deze ontwikkelingstrajecten en de daarmee verbonden verschuivingen op verschillende niveaus om een cultuuromslag vragen. Gelukkig is het afgelopen jaar de aandacht voor het belang van waarden en van morele betrokkenheid in en rond de zorg duidelijk toegenomen. Veranderingsgerichte professionals en organisaties in de thuiszorg kunnen bij die ontwikkeling aansluiting vinden, zoals wij in de afsluitende paragraaf betogen.

7 TOT BESLUIT

Ons onderzoek laat zien dat de centrale zorgwaarden in de thuiszorg in de knel zijn gekomen ten gevolge van het recente overheidsbeleid. Op politiek niveau is hierbij een merkwaardige paradox in het spel. Grote politieke partijen tonen zich enerzijds verontrust over de gevolgen van de individualisering en het afnemende besef van 'normen en waarden'. Tegelijkertijd kenmerkt het overheidsbeleid van de afgelopen jaren zich juist door een eenzijdige sturing op systeemwaarden en een duidelijk gebrek aan gevoeligheid voor het belang en de kwetsbaarheid van de waarden die professionals in de thuiszorg dagelijks in de praktijk proberen te brengen. Het gaat hier om morele waarden zoals betrokkenheid, respect, aandacht, eerlijkheid, betrouwbaarheid en zorgzaamheid, die mede bepalend zijn voor de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg.

Beleidsmakers hebben sterk de neiging om ervan uit te gaan dat verzorgenden en verpleegkundigen die waarden 'gratis aanleveren'. Ze behandelen die waarden als een soort natuurfenomeen, als een onuitputtelijke aardgasbel waar beleid en organisatie naar believen uit kunnen putten. Net zoals het opstoken van de aardgasbel ecologisch gezien onverstandig is, zo is een dergelijk perspectief op waarden sociologisch gezien naïef. In onze tijd worden morele waarden niet meer als vanzelfsprekend in de opvoeding overgedragen, maar waaieren zij vele kanten uit. Waar voor de kwaliteit van publiek gefinancierde vormen van zorg morele waarden onontbeerlijk zijn, dient hun ontwikkeling mede vanuit de organisaties in kwestie behoeve en gevoed te worden en dient hun kwetsbaarheid voor eenzijdige vormen van systeemgerichte sturing onder ogen gezien te worden. Dat een fatsoenlijke houding op straat geen vanzelfsprekendheid is, ziet de politiek inmiddels wel onder ogen. Maar dat ook de waarden in mensgerichte beroepen onder druk staan, drong tot voor kort onvoldoende door.

Die conclusie dringt zich op gezien de huidige eenzijdige sturing van politici en beleidsmakers op systeemwaarden en de zorgwekkende verwaarlozing van de voedingsboden voor morele waarden die uit ons onderzoek naar voren komt. Het afknijpen van bijscholing en het verwaarlozen van teamoverleg zijn daar duidelijke indicaties voor. De ruimte voor werkers in de thuiszorg om in gesprek te zijn over emotioneel geladen ervaringen is sterk verminderd. Hetzelfde geldt voor mogelijkheden om via 'moreel beraad' de waarden en inzichten die daarmee verbonden zijn te verhelderen en samen kritisch te onderzoeken. Dit gaat gepaard met een verarming van de taal die op beleids- en managementniveau wordt gesproken. In de mission-statements van de organisaties staan regelmatig retorische verwijzingen

naar morele waarden, maar in de alledaagse praktijk worden de verhalen over de omgang met 'trage vragen', met verdriet, lijden en sterfelijkheid, maar ook inspirerende verhalen over steun, vertrouwen, nabijheid en intimiteit, doorgaans verbannen naar toevallige kampvuurtjes.⁶ Het ondersteunen en erkennen van professionals in dit opzicht valt buiten de officiële bedrijfsvoering. Hier toont zich in onze ogen de achterkant van het moderniseringsproces dat beleidsmakers de afgelopen vijf jaar tot stand hebben gebracht – met veel volharding en enthousiasme, maar ook met weinig zorg, aandacht en menselijke verbeeldingskracht.



Hier moet echter aan toegevoegd worden dat zich inmiddels een voorzichtige verandering begint af te tekenen in het denken over effectiviteit en doelmatigheid in mensgerichte beroepen. Deze verandering kan ook voor de thuiszorg van groot belang zijn. Het gaat hier om de nieuwe aandacht voor de centrale rol van waarden, betrokkenheid en bezieling aan de kant van professionals in sectoren als de zorg, het onderwijs en het welzijnswerk. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft het afgelopen jaar twee belangrijke rapporten gepubliceerd waarin de grenzen van de 'logica van de lantaarnpalen' – zoals wij dat hierboven genoemd hebben – aan de orde worden gesteld. De WRR pleit wordt voor meer dialogische en dienstbare vormen van management waarin de ervaringen van professionals op het niveau van het primaire proces ten volle serieus worden genomen. In een recent artikel formuleert een van de auteurs van het WRR-rapport het probleem als volgt: 'De symptomen zijn duidelijk: cliënten voelen zich als een nummer behandeld, zorgverleners voelen zich miskend in hun vak en professionaliteit en raken gedemotiveerd, managers krijgen van alles de schuld, de politiek voelt dat zij de greep op de gezondheidszorg sector verliest en eist maatregelen en optreden van de regering.' In het licht daarvan bepleit Meurs een ingrijpende koerswijziging: 'Een wisseling van perspectief is dringend gewenst. In dat perspectief is het gedeelde en relationele karakter van de publieke dienstverlening het uitgangspunt, inzet op verbetering en vernieuwing voert de boventoon.'⁷ Daarvoor zijn volgens Meurs geen grote stelselwijzigingen nodig. Die belemmeren eerder het zicht op de goede

6 [Uit een exploratief onderzoek vanuit de Rijksuniversiteit Groningen naar de rol van existentiële vragen en levensbeschouwelijke inspiratiebronnen in de thuiszorg, komt naar voren dat een aanzienlijk deel van de verplegenden en verzorgenden behoefte heeft aan ondersteuning en bijscholing op dit gebied. Vgl. Dr. L.J. Tiesinga "Levensbeschouwing, zingeving en/of religie in de thuiszorg", Universiteit Groningen, 2005.](#)

7 [Vgl. P. Meurs, "Werken aan een betere kwaliteit van de zorg: een wenkend perspectief voor de raden van toezicht?" In verkorte vorm verschenen in De Volkskrant, 4 februari 2006](#)

praktijken die op vele plaatsen tot stand zijn gekomen: ‘Goede zorg komt tot stand door gepassioneerde professionals die hun kennis en vaardigheden op een hoog peil houden, de ontmoeting met hun cliënten centraal stellen en bereid zijn te leren. Niet de standaard is uiteindelijk leidend maar de unieke kenmerken van de situatie en van de persoon.’⁸

In dezelfde geest heeft Evelien Tonkens een discussie op gang gebracht in *De Volkskrant* rond de ‘papieren werkelijkheid’ die in de thuiszorg wordt gecreëerd door het Centrale Indicatieorgaan en de Zorgkantoren. Door de papieren werkelijkheid van indicaties en zorgminuten wordt de geleefde werkelijkheid van individuele mensen waarmee zorgverleners dagelijks van doen hebben aan het oog onttrokken en volgens Tonkens zelfs misvormd. Een zelfde verontrusting en veranderingsgerichte energie komen naar voren uit het succes van het congres en het boek van de *Stichting Beroepseer*.⁹ Centraal staat daarin de ongerustheid over het verdwijnen van de ‘ziel’ uit de zorg en de noodzaak om afscheid te nemen van managementmodellen waarin uitsluitend op doeltreffendheid, transparantie en efficiency wordt gestuurd en de bezielende waarden aan de kant van professionals slechts een sluitpost van de begroting vormen.

In het licht van de zorgen die in dit onderzoeksrapport naar voren worden gebracht, zijn dat belangrijke en bemoedigende geluiden. Maar tegelijkertijd dreigt het gevaar dat van de weeromstuit een complementaire eenzijdigheid ontstaat. Wanneer vooral het belang en de onmisbaarheid van ‘menselijke waarden’ en van ‘bezieling’ benadrukt worden en de ‘lantaarnpalen’ en de onderliggende systeemlogica min of meer in de ban worden gedaan, dreigt alle ‘schuld’ eenzijdig bij managers en beleidsmakers terecht te komen. Dat is te haastig en te simpel.

De kritiek op eenzijdige sturing vanuit systeemwaarden is terecht. Het licht van de organisatorische lantaarnpalen verheldert datgene wat de organisatie officieel tot stand brengt, maar verduistert ook datgene wat niet in de kraam van een organisatie te pas komt, waar de organisatie geen raad mee weet of wat zij liever in het duister laat. Het bestempelen van alles wat met intervisie en collegiale feed-back te maken heeft als ‘onproductieve uren’, zoals nu in de thuiszorg officiële praktijk is, biedt daar een pijnlijk voorbeeld van. Dergelijke kritiek is dus bijzonder belangrijk. Maar tegelijkertijd doet hij makkelijk vergeten dat zowel aan de kant van de systemen als aan de kant van de leefwereld *eigen* hulpbronnen voor menselijkheid en eigen aanknopingspunten voor onverschilligheid, verwaarlozing en onrecht te vinden zijn. De grote uitdaging waar zorgorganisaties voor staan is dan ook om de logica van de lantaarnpalen en de logica van de kampvuren met elkaar te *verbinden*, zodat

⁸ T.a.p. Vgl. hiervoor ook de bijdrage van H. Kunneman aan de verkenning van de WRR naar de rol van religie en levensbeschouwing in het publieke domein, Amsterdam University Press 2006: “Horizontale transcendentie en normatieve professionalisering: de casus geestelijke verzorging.”

⁹ Vgl. Beroeps(z)eer. Waarom Nederland niet goed werkt, uitg. Boom, Amsterdam 2005. Vgl. voor nadere informatie: www.beroepseer.nl

over en weer zowel de onderscheiden 'prestaties' tot hun recht kunnen komen als de complementaire kritische potenties die aan beide kanten voorhanden zijn. Wij hebben dergelijke verbindingen aangeduid als warmte-kracht koppelingen. Het ontwikkelen en bevorderen van dergelijke nieuwe verbindingen, in direct contact met de verhalen van professionals en cliënten vormt een van de grootste uitdagingen waar thuiszorgorganisaties de komende jaren voor staan. Zowel de WMO als de nieuwe *Normen voor Verantwoorde zorg Thuis*, waarover onlangs overeenstemming is bereikt, bieden daar in principe goede aanknopingspunten voor. Maar als ons onderzoek één ding duidelijk maakt dan is het wel dit: zonder de inspiratie en de betrokkenheid die aan de kampvuurtjes kan ontstaan, blijven dergelijke plannen en normen een papieren werkelijkheid. Wij hopen dat dit onderzoek eraan bij kan dragen dat de menselijke realiteit van de thuiszorg de komende jaren de aandacht krijgt die hij verdient.

De **Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk (LSBK)** is een landelijke, onafhankelijke stichting die activiteiten ontplooit ter ondersteuning van de praktijk van de thuiszorg. Thuiszorg houdt in de verpleging en verzorging van chronisch zieken, gehandicapten, ouderen en mensen die tijdelijk hulp nodig hebben.

Om de praktijk van de thuiszorg te ondersteunen is de Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk in het leven geroepen, kortweg LSBK.

De **Stichting Geloofsovertuiging en Levensbeschouwing (SGL)** stelt zich tot doel om geloof en levensbeschouwing als functie van de gezondheidszorg op de agenda te houden. SGL houdt zich dus bezig met de geestelijke toerusting van zorgprofessionals in de (thuis)zorg. Zij doet dit door o.a. jaarlijks één of twee brochures uit te geven, het subsidiëren van bezinningsdagen, etc. Ook scholing en vorming behoren tot haar doelstelling.

STOOM is een stichting voor onderzoek en ontwikkeling van de maatschappelijke gezondheidszorg, in het bijzonder van de thuiszorg. Zij steunt en initieert projecten en activiteiten die gericht zijn op de versterking van het zorgaanbod van de thuiszorg. Vraagstukken van inhoud, levering en afstemming van zorg staan centraal en de verbetering en innovatie van de zorg is het ultieme doel van de stichting. Leidende motieven voor het projectenbeleid van STOOM zijn vraaggerichtheid, professionaliteit en oriëntatie op samenwerking.

Colofon

Tekst Harry Kunneman, Marjan Slob

Fotografie Gerdinen Wolthaus Paauw – Tilburg

Ontwerp CARTA grafisch ontwerpers – Utrecht

Druk Stolwijkgrafax – Zaandam

ISBN nummer 90-811448-1-2

© LSBK, Bunnik
januari 2007

Dit boekje doet verslag van een onderzoek naar het belang van menselijke waarden in de thuiszorg. Door alle veranderingen die de afgelopen jaren van overheidswege in de thuiszorg zijn doorgevoerd, zijn die waarden in de knel gekomen. Respect, betrokkenheid, zorgvuldigheid, eerlijkheid en menselijke warmte zijn blijkens dit onderzoek de belangrijkste zorgwaarden van professionals in de thuiszorg. Die waarden hebben niet alleen een menselijke betekenis, maar zijn ook van groot belang voor de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg. Door de invoering van de functiegerichte indicatiestelling, de centralisering van de indicaties en marktwerking in de zorg, komen centrale zorgwaarden in de knel. In het licht daarvan worden nieuwe verbindingen bepleit tussen de logica van de systemen en de inspiratiebronnen van professionals in de thuiszorg.

Harry Kunneman is als hoogleraar Sociale en Politieke Theorie verbonden aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Hij publiceerde ondermeer 'Van theemutscultuur naar walkman-ego'; 'Postmoderne moraliteit' en 'Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme'.

Marjan Slob is filosoof, publicist en trainer in visie-ontwikkeling. Haar speciale interesse gaat uit naar hedendaagse filosofie en naar de manier waarop technologie, beleid en maatschappij op elkaar ingrijpen. Zij schrijft hierover voor kranten en tijdschriften en maakte de boeken 'Een Ander Ik: technologisch ingrijpen in de persoonlijkheid' en 'Zeker Weten: in gesprek met politici, bestuurders en wetenschappers over omgaan met onzekerheid'.

