

# Thuiszorg in Transitie

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

*In opdracht van het Landelijk Steunpunt Bureau Kruiswerk verrichtte Harry Kunneman van de Universiteit voor Humanistiek een onderzoek naar waarden in de thuiszorg. Samen met hem schreef ik in 2007 deze samenvatting van de bevindingen.*

### 1: Het onderzoek

De overheid heeft de laatste vijf jaar veel veranderingen in de thuiszorg aangebracht. De thuiszorg zelf maakt zich zorgen over de gevolgen van die veranderingen; de angst is vooral dat de traditionele waarden in de thuiszorg door de organisatorische veranderingen in de verdrinking komen. Die zorgen leven bij drie partijen: bij de opdrachtgevers van dit onderzoek (de stichtingen LSKB, SGL en STOOM), bij de professionals die werken in de thuiszorg, én bij 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 is een resultaat van dat onderzoek.

### 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 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 hen '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 willen in het 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 verzorgster 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 erkennen die vaak in de schaduw blijven.

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

Geen van die invalshoeken had voor ons bij voorbaat het primaat. Inzet was juist om de eenzijdigheden te corrigeren die onvermijdelijk samengaan met één invalshoek. Doel van dit alles: het inhoudelijk voeden van de democratische meningsvorming over de thuiszorg.

## 2. Ideeën achter het onderzoek

Beleidsmakers houden van moderniseren. 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 heeft ‘modernisering’ echter geen onverdeeld gunstige betekenis. 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 de sfeer waarbinnen economische en bestuurlijke normen domineren. Hier draait alles om prestaties, voorspelbaarheid en 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 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. Bijvoorbeeld die van professionals in de thuiszorg.

Wij vinden dit een zinnig onderscheid, maar hebben het onderscheid in ons onderzoek niet absoluut willen maken. Er zijn natuurlijk tal van verbindingen tussen systeem- en leefwereld. Juist zorgorganisaties en professionals spelen een centrale rol bij het bewaken van de kwaliteit van de verbanden tussen systeem- en leefwereld. Zij bemiddelen tussen het macroniveau (de eisen die van bovenaf aan de organisatie worden gesteld) en het microniveau (de behoeften van individuele cliënten). Er is dus communicatie en interactie tussen de verschillende lagen. Maar de informatie die wordt uitgewisseld, is vaak selectief. Soms raakt de informatie vervormd, soms ook komt informatie helemaal niet door.

Neem ‘transparantie en beheersbaarheid’. Binnen het overheidsbeleid zijn dit sleutelbegrippen. Uitvoerende zorgorganisaties leggen deze begrippen in licht gewijzigde en gefilterde vorm op aan hun professionals, die daar op hun beurt weer een eigen invulling aan geven – en vaak ook proberen zich daar enigszins aan te onttrekken. Zoals één van de respondenten zegt: ‘*Wel effe de tijd nemen, jongens*’. Voor cliënten spelen beheersbaarheid en transparantie tenslotte nauwelijks een rol.

De weg ‘omhoog’ via de lagen is overigens moeilijker. Een goede professional heeft wellicht oog en oor voor de diepere behoeften van de cliënt, bijvoorbeeld rond aanraking of een luisterend oor, maar die signalen zijn 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 en filterend raster, dat het grote belang van doorleefde zorgwaarden en professionele doelmatigheid uit beeld doet verdwijnen.

In het handelen van professionals komen signalen en informatie uit al deze sferen 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 sferen. De ‘hogere’ sferen zijn niet voldoende gevoelig om dit op te merken en serieus te nemen. Op termijn zal dit waarschijnlijk leiden tot overbelasting en motivatieverlies bij de professionals, maar ook tot verlies aan kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid – zonder dat de hogere niveaus daar goed de vinger op kunnen leggen.

### **Waarden als sensoren**

Respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, menselijke warmte, collegialiteit en eerlijkheid: dat zijn 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 verdrukking 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 niet 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. Kortom: wij denken dat zorgwaarden hun eigen economische en beleidsmatige betekenis hebben, waar meer oog voor zou moeten komen.

### **Normatieve professionalisering**

Die eenzijdige focus op normen uit de systeemwereld verdoezelt het gegeven dat de persoonlijke betrokkenheid van professionals niet uit de lucht komt vallen, maar zélf voeding en ondersteuning nodig heeft. Juist in een organisatie als de thuiszorg, waar de waarden en betrokkenheid van de professionals het werk in hoge mate dragen, zou meer aandacht moeten hebben 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 doeltreffendheid. 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 normatieve professionaliteit.

Die *normatieve* professionaliteit krijgt officieel weinig aandacht, wellicht omdat we bang zijn voor het betuttelende toontje van vroeger. We weten niet goed hoe we moeten praten over waarden zonder te moraliseren en laten ieder daarom graag zijn of haar eigen waarden bepalen. Maar waarden zijn en blijven centraal als inspiratiebron in mensgerichte beroepen –

zonder de juiste waarden wordt de zorg minder. Wil die zo belangrijke normatieve professionaliteit van de mensen op de werkvloer in stand blijven, dan zal er in de zorg dus op *alle* niveaus gepraat moeten worden over zorgwaarden.

Wij hopen dat dit onderzoek de dichtgeslibde filters tussen de verschillende niveaus opent en dat gesprek op gang brengt.

### 3: De nieuwe regelingen en haar historische achtergronden

De recente nadruk in de thuiszorg op doelmatigheid, beheersbaarheid en transparantie past binnen een historische beweging - die waarbij de verzuilde verzorgingsstaat van vroeger is omgevormd tot een postindustriële marktmaatschappij. Een kort historisch overzicht en een beschrijving van enkele centrale nieuwe ingrepen in de thuiszorg.

#### **Het Kruiswerk**

In het midden van de negentiende eeuw ontdekken de zogenoemde ‘hygiënisten’ een verband tussen sterfgevallen en sociale omstandigheden. Vervuild drinkwater, slechte voeding en onhygiënische woningen en fabrieken werken besmettelijke ziekten in de hand. Omdat die ziekten iedereen bedreigen, wordt de armenzorg eind negentiende eeuw langzamerhand omgevormd tot een stelsel van openbare gezondheidsvoorzieningen. Gemeenten hebben een taak in de bevordering van de volksgezondheid, maar er worden ook allerlei verenigingen met dat doel opgericht, zoals ziekenfondsen.

Ook de arts Jacob Penn is op dit vlak actief. Hij droomt van een netwerk van plaatselijke verenigingen “ter afwering van epidemische ziekte en hulpbetoon tegen epidemieën”.

Resultaat van zijn inspanningen zijn het 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. Nog wat later komt daar het begeleiden van het huishouden van gezinnen in de knel bij. Inzet is de morele of maatschappelijke verheffing van ‘afgezakte gezinnen’. Eind jaren 1950 verandert de rijkssubsidieregeling voor de kruisverenigingen echter. 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 bij het kruiswerk grotendeels uit beeld.

#### **Professioneler en zakelijker**

Het kruiswerk is ontstaan uit burgerinitiatieven en het belang van geloof en levensbeschouwing was daarbij heel belangrijk. Geen wonder dus dat het kruiswerk bestond uit een lappendeken van kleinschalige organisaties. 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 sfeertje van liefdadigheid gaat er ook van af. 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. Tot dan toe bepalen professionals en verzekeraars samen welke zorg geleverd wordt, en de overheid heeft daar nauwelijks invloed op. De zogenoemde structuurnota van staatssecretaris Hendriks uit 1974 maakt daar een einde aan. Voortaan beslist de regering welke zorgvoorzieningen nodig zijn – en dus vergoed worden. Het veld stuurt niet langer, maar *wordt* gestuurd. Grootste doel is om de kosten in bedwang te houden. 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*

Zorgaanspraken 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*, zoals huishoudelijke verzorging, verpleging, activerende begeleiding, verblijf.

Het College van Zorgverzekeringen kan zorgaanbieders toelaten als leveranciers van één of meer van deze functies. Instellingen kunnen nu dus naast persoonlijke verzorging ook huishoudelijke verzorging gaan aanbieden als ze daar brood in zien. Dit neemt traditionele schotten weg tussen de instellingen en gooit de markt open.

#### *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 eerder verzorgend dan verplegend zijn.

Tegenwoordig wordt dus betaald voor wat er gedaan wordt, en niet voor wie dat uitvoert.

### **Twee bevindingen**

Twee gegevens uit deze historische terugblik zijn van groot belang voor deze studie naar de waarden in de thuiszorg. Ten eerste: de thuiszorg is ontstaan vanuit burgerinitiatieven, en de drijfveren van deze burgers waren moreel van aard. In de jaren zeventig raakte het begrip ‘liefdadigheid’ besmet; werkers in de thuiszorg wilden erkenning voor hun professionaliteit. Dit is begrijpelijk, maar heeft het wel moeilijker gemaakt om publiekelijk te praten over die

van oorsprong morele motieven om in de thuiszorg te willen werken. De normatieve professionaliteit van werkers in de thuiszorg is 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 zorgaanpak en functionele bekostiging, die typisch afkomstig zijn uit de 'systeemwereld', diep zijn doordringen in het alledaagse werk in de thuiszorg.



## 4: Centrale zorgwaarden in de thuiszorg

Om te achterhalen wat nu eigenlijk de belangrijkste zorgwaarden zijn in het werk van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, hebben wij drie verwante wegen bewandeld. Wij hebben een representatieve enquête gehouden onder de beroepsgroep, ruim honderd praktijkvoorbeelden verzameld op regionale bijeenkomsten van de beroepsgroep, en 21 diepte-interviews van ongeveer een uur gehouden. Onder de verzamelnaam ‘thuiszorg’ bleek al snel een zeer divers geheel aan praktijken en omstandigheden schuil te gaan. Des te opmerkelijker is het dat de professionals behoorlijk overeenstemmen over wat hun zorgwaarden zijn.

Die zorgwaarden behoren tot de normatieve professionaliteit van de beroepsgroep. 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?*” antwoordt de beroepsgroep<sup>1</sup>:

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

De antwoorden op deze twee vragen vertonen een samenhang. De vijf belangrijkste waarden hebben allemaal betrekking op de onderlinge omgang tussen mensen. Meer individuele waarden als ‘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*

---

<sup>1</sup> Deze samenvatting vermeldt steeds de vijf antwoorden die het hoogst scoren. In het onderzoek staan de volledige rijtjes.

*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 prettig 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 beroepsgroep streeft 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 ei kwijt moet, geven soms troost of advies. Strikt genomen hoort dit niet tot hun taak. Maar het maakt wel onderdeel uit van hun taakopvatting, ofwel 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 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.*

Respect in de omgang met cliënten verwijst dus zowel naar ruimte voor verschil als naar eerlijkheid en openheid 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 ook te verbinden 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? Dat vind ik...*

Gespecialiseerde verzorgenden 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 je rapportages maken 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. Dat is in een verpleeghuis 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.

## 5: Knelpunten

Het vorige hoofdstuk maakt duidelijk wat de centrale zorgwaarden zijn van professionals in de thuiszorg. Wij hebben de professionals ook gevraagd welke knelpunten zijn 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 het 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 verplegenden 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 4 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 2 cliënten erbij, dus dan heb je al 5 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 5, nog 4. 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 verplegenden en verzorgenden zelfstandig schuiven met planningen 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 neergegooid'. 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 en herindicaties. Het papierwerk geldt bovendien niet 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. Met name verpleegkundigen zeggen hier last van te hebben. Soms is het namelijk beter en gemakkelijker als zij de cliënt ook deels verzorgen, omdat dit de vertrouwensband verdiept. Veel professionals vinden dat de aard van hun werk om een integrale aanpak vraagt. Dit staat haaks op deze fragmentering.

### **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 rol 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. Vooral als zij een gesprek met een cliënt die op dat moment in nood zit moeten 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?’*

Ook het invoeren van de eigen bijdrage en de concurrentie leiden soms tot situaties die professionals als knelpunt ervaren.

### **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 functiegerichte indicatiestelling en de functiegerichte bekostiging helpen om orde te scheppen in de zorgvraag en kosten transparanter maken – 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 via ‘functies’ 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.

Vooral 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. Gezien de ziekte van de cliënt voorspelbare ontwikkelingen blijven buiten beschouwing, waardoor zorginstellingen veelvuldig vervolgindicaties moeten aanvragen, wat leidt tot veel bureaucratie.

Op basis van het materiaal uit dit en het vorige hoofdstuk 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, zijn onvoldoende complex om de situatie te beschrijven waarin professionals in de thuiszorg zich bevinden.
- De eenzijdige nadruk op die systeembegrippen maakt het de professionals moeilijk om de systeemnormen te verbinden met de waarden uit de leefwereld, zoals vertrouwen en respect. Die verbinding is echter noodzakelijk om adequate en doelmatige thuiszorg te leveren.
- Het realiseren van die verbinding tussen systeem- en leefwereld is wat we verstaan onder de *normatieve professionaliteit* van werkers in de thuiszorg. Die normatieve professionaliteit wordt niet 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 goed wat we eerder in het theoretische 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.

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 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 systeem oogpunt 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 heeft geen aandacht voor preventie of een persoonsgerichte, respectvolle afstemming op de werkelijke of latente zorgvraag. Wij bedoelen niet te zeggen dat de objectieve indicatiestelling moet worden afgeschaft. Wel willen wij wijzen op de principiële ontoereikendheid ervan. Alleen in combinatie met de waardegeladen normatieve professionaliteit van verzorgenden en verplegenden 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 verhuult 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 inzichtelijke concurrentie, en vrije keuze van consumenten. In de thuiszorg is aan die voorwaarden (nog) niet voldaan. 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 concurrentie oogpunt heel verstandig zijn. Maar dan moet bij de vergelijking tussen de aangeboden zorg dit type kwaliteit wel meegenomen worden.

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. Het doet weer denken aan die beschonken feestganger die onder een lantaarnpaal naar zijn autosleutels zoekt omdat het daar tenminste licht is. Op dezelfde manier zijn beleidsmakers uit op het type waarden waar ze vanuit de systeemwereld een licht op kunnen laten schijnen – transparantie, controleerbaarheid en wat dies meer zij. De professionals komen daardoor geregeld in de knoei met hun eigen normatieve professionaliteit, en zoeken hun handelingsvrijheid op. Zij stoken als het ware *kampvuurtjes*. 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’. Een goede verzorgende of verpleegkundige let er echter op dat dit niet gebeurt – juist vanuit haar normatieve professionaliteit. Zij verenigt in zichzelf immers niet alleen een waarde als ‘betrokkenheid’, maar ook een waarde als ‘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 het zicht op de systeemnormen onttrekken.

De tegenstelling tussen de twee is al volgt te karakteriseren:

- de lantaarnpaal brandt op voorspelbare tijden en op constante sterkte; kampvuurtjes zijn persoonsgebonden en tijdelijk
- het heldere licht van de lantaarnpaal geeft maximale zichtbaarheid en legt de informatie goed vast; rond het kampvuur worden vooral verhalen verteld en raken mensen verbonden met elkaar
- onder de lantaarnpaal gaat het om de rechten, plichten en verantwoordelijkheden die de rechtstaat schragen, aan het kampvuurtje worden de waarden levend gehouden die zorgen voor vertrouwen, intimiteit en verbinding en krijgen ook nare ervaringen een betekenis.

### **Warmte-kracht koppelingen**

Het is van het grootste belang om de tegenstelling tussen systeem- en leefwereld, ofwel tussen lantaarnpaal en kampvuurtje, niet te verdiepen tot een kloof. De uitdaging waar de thuiszorg voor staat, is juist om de verbinding tussen de twee te zoeken. De aandacht ligt nu eenzijdig

bij de systeemnormen. De organisatie zou ‘warmte-kracht koppelingen’ moeten maken tussen de systeemnormen waar zij aan moet voldoen, en de morele en existentiële leefwereldwaarden die het werk inhoudelijk voeden. Organisatorische kracht wordt dan verbonden met relationele warmte en betrokkenheid. Zo’n warmte-kracht koppeling kan het rendement van de organisatie doen toenemen. Om de warmte-kracht koppelingen in de thuiszorg te bevorderen, bevelen we aan om de komende jaren de volgende vier samenhangende ontwikkelingstrajecten van de grond te tillen.

### **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 het werk goed afstemmen op de cliënt.

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 knippen 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 de organisatie 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. De hele organisatie zou daarmee een proces van ‘moreel leren’ op gang kunnen brengen. Op hun beurt zouden verplegenden 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.

Een dergelijke ‘warmte-kracht koppeling’ kan in onze ogen zowel de effectiviteit van het handelen van professionals verbeteren, als de voldoening in het werk voor professionals vergroten.

### **2. Flexibiliseer de objectieve indicatiestelling**

Het is wenselijk om de objectieve indicatiestelling en de bijbehorende zorgfuncties flexibeler te maken. Vooral voor professionals die zorg leveren aan een sterfbed is het heel prettig als hun speelruimte groter is. Op een aantal plaatsen worden indicatiestellingen al gedeeltelijk gedelegeerd en worden herindicaties slechts steekproefsgewijs gecontroleerd. 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. Beïnvloed 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 beroepsgroep, de uitdaging om de realiteit van de thuiszorg beter over het voetlicht te brengen. Laat weten dat professionals in de thuiszorg dagelijks te maken hebben met de afhankelijkheid en eindigheid

van mensen, en dat de thuiszorg juist daarom de mogelijkheid biedt om solidariteit en zorgzame verhoudingen vorm te geven. Juist binnen de zorg is ruimte voor diepere zingeving. Media die op human interest zijn gericht, zouden zeer geïnteresseerd kunnen zijn in dergelijke verhalen.

#### **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 geld is niet alles. Ook het doorbreken van het isolement waarin veel cliënten zich bevinden, zou 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 intensiever kunnen samenwerken met mantelzorgers en vrijwilligersorganisaties, en de vrijwilligers ook meer kunnen ondersteunen.

Kortom: om de warme waarden van de leefwereld te koppelen aan de kracht van de systeemwereld, zullen thuiszorgorganisaties vooral de leefwereldwaarden openlijk moeten erkennen en bevorderen. Anders dreigen de normen van de systeemwereld de leefwereldwaarden te overwoekeren die voor de kwaliteit van de zorg zo essentieel zijn.

## 7. Tot besluit

Ons onderzoek laat duidelijk zien dat centrale zorgwaarden in de knel zijn gekomen door de modernisering van de AWBZ. Hierbij is een merkwaardige paradox bloot komen te liggen. De politiek toont zich enerzijds verontrust over de gevolgen van de individualisering en het afnemende besef van 'normen en waarden'. Tegelijkertijd kenmerkt het overheidsbeleid zich juist door een eenzijdige sturing op systeemwaarden en een groot 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 vanzelf wel hebben. Ze behandelen die waarden als een soort natuurfenomeen, als een onuitputtelijke aardgasbel waar beleid en organisatie naar believen uit kunnen putten. Sociologisch gezien is dat bijzonder naïef. Morele waarden hebben hun eigen voeding nodig en zijn bovendien kwetsbaar voor ondermijnende invloeden. 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, dringt nog onvoldoende door.

Die conclusie dringt zich op gezien de huidige eenzijdige sturing van politici en beleidsmakers op systeemwaarden, en de zorgwekkende verwaarlozing van de voedingsbodem voor morele waarden die uit ons onderzoek naar voren komt. Daarbij denken wij aan het afknijpen van bijscholing en het verwaarlozen van teamoverleg. Maar ook aan het verminderen van de ruimte voor werkers in de thuiszorg om te praten over emotioneel geladen ervaringen - en om de waarden en inzichten die daarmee verbonden zijn te formuleren en te delen. Dit leidt tot een kwalijke verarming van de taal die op beleids- en managementniveau wordt gesproken. In de mission-statements van de organisaties staan vaak wel retorische verwijzingen naar morele waarden, maar in de alledaagse praktijk worden de verhalen over de omgang met verdriet, lijden en verlating, maar ook over de manieren waarop je steun vertrouwen, steun en nabijheid kunt bieden, verbannen naar de kampvuurtjes. Het ondersteunen en erkennen van professionals bij deze voor hen dagelijkse praktijken valt buiten de officiële bedrijfsvoering. Hier toont zich in onze ogen de achterkant van het moderniseringsproces dat beleidsmakers hebben ingezet - met veel volharding en enthousiasme, maar ook met weinig zorg, aandacht en menselijke verbeeldingskracht.

Het Kruiswerk in ons land is van oudsher altijd sterk betrokken geweest op morele waarden. Wij hopen dat dit onderzoek een impuls geeft aan het broodnodige debat over de verwaarlozing van die morele waarden als gevolg van het gevoerde beleid. Dit debat zou wat ons betreft niet alleen gevoerd moeten worden binnen de beroepsgroep, maar ook door de betrokken overheidsinstanties en in de media. Want als dit onderzoek iets boven tafel brengt, dan is het wel het belang van dit debat - en de noodzaak daar praktische consequenties aan te verbinden.