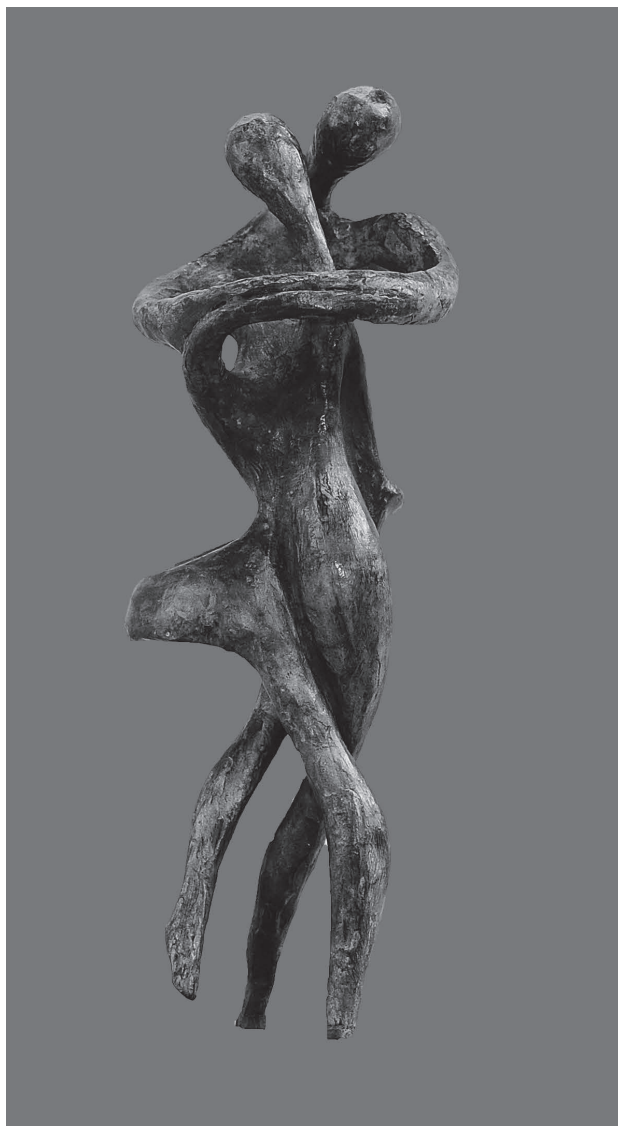


ORGANISEREN VAN MENSWAARDIG ZORGEN

EEN PRAKTIJK GEORIËNTEERD ONDERZOEK



JOHN LUIJTEN

ERIK GALLÉ

ORGANISEREN VAN MENSWAARDIG ZORGEN

colofon

Bij de kافت: Danspaartje, Marja van Riel, Duizel

Het beeldje laat drie aspecten van ons onderzoek zien:

- De verwevenheid tussen instrumenteel en interactief zorgen, die – ritmisch uitgevoerd – schoonheid laat zien
- De choreografie van zorgverleners in hun zorgen voor cliënten, die wij hebben mogen observeren
- De dubbelpromotie, die bij elke fase van ons promotietraject weer vroeg om het leren van nieuwe danspassen

ISBN/EAN: 978-94-90858-81-0

NUR: 805

Druk: Coöperatieve Drukkerij Mostert & Van Onderen!, Leiden

© 2023 John Luijten & Erik Gallé

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door middel van fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Organiseren van menswaardig zorgen
een praktijk georiënteerd onderzoek

Organizing Dignified Caring
a Practice Oriented Research

proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de
rector magnificus

Prof.dr. A.L. Bredenoord

en volgens besluit van het college voor promoties.
De openbare verdediging zal plaatsvinden op

vrijdag 6 oktober 2023 om 10.30 uur

Johannes Jacobus Luijten geboren te Den Haag
Theodorus Hendrikus Gerardus Franciscus Maria Gallé geboren te Vught

Promotiecommissie

Promotor:

Prof.dr. R.A. Bal

Overige leden:

Prof.dr. T.A. Abma

Prof.dr.ir. C.T.B. Ahaus

Prof.dr. H.L.G.R. Nies

Copromotor:

Dr. A.M.V. Stoopendaal

Inhoudsopgave

Voorwoord	XI
Hoofdstuk 1 Inleiding	1
1.1 Inleiding op de inleiding	1
1.2 Het ontstaan van onze vraag: organiseren van menswaardig zorgen	1
1.3 Ontwikkeling van onze vraag: van waarden naar handelen	2
1.4 Organiseren van menswaardige zorgen: een kwestie van verhoudingen	3
1.5 Wat is menswaardig zorgen?	4
1.6 Organiseren van menswaardig zorgen: actualiteit van het vraagstuk	5
1.7 Probleemstelling	6
1.8 Relevantie van het onderzoek	7
1.9 Opzet van het onderzoek	8
1.10 Opbouw van dit boek	8
Hoofdstuk 2 Organiseren van menswaardig zorgen: theoretische perspectieven	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Zorgen en organiseren als handelen	11
2.3 Zorgen voor en zorgen dat (organiseren) als handelingspraktijk: waarom doen mensen wat zij doen?	13
2.4 Wat maakt zorgen menswaardig?	15
2.5 Specifieke vormen van handelen in (en tussen) de zorg- en bestuurspraktijken	17
2.5.1 Zorgen als zoeken naar de vraag in de situatie	17
2.5.2 Zorgen als betrekking	18
2.5.3 De ruimtelijke aspecten van zorgen: ruimte krijgen en ruimte geven	19
2.5.4 Zorgen als praktisch organiseren	21
2.5.5 Samen zorgen: samenwerken en werken in teamverband	22
2.5.6 Reflecteren op zorgen: wanneer is zorgen menswaardig?	24
2.5.7 Sturen in het midden: bijdrage van leidinggevenden tussen bestuurs- en zorgpraktijken.	25
2.6 De leidende vraag en onze deelvragen	27
Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet	30
3.1 Inleiding	30
3.2 Onderzoeksoriëntatie	30
3.2.1 Practice theory: zooming in and zooming out.	30
3.2.2 Zorgethische oriëntatie	33
3.2.3 Abductieve onderzoeksoriëntatie	34
3.2.4 Menswaardig onderzoeken als resultaat van een verhouding tussen instrumenteel en interactief handelen	34
3.2.5 Waarderend onderzoek	35
3.3 Onderzoeksfasen en proces van dataverzameling	35
3.3.1 Voorfase: de wens om te reflecteren op onze ervaringen	35
3.3.2 Keuze van organisaties	36
3.3.3 Opzet van het onderzoek	37
3.3.4 Voorwaarden onderzoek	37
3.3.5 Keuze van locaties en deelnemers op locatie	37

3.4 Gebruikte onderzoeksmethoden en analyse van de resultaten	38
3.4.1 Inleiding	38
3.4.2 Observatie	38
3.4.3 Interviews	40
3.4.4 Documenten	41
3.4.5 Analyse	41
3.4.6 Betrouwbaarheid en validiteit	42
3.5 Samen uit, samen thuis: motieven voor onze dubbel promotie en verantwoording van onze individuele bijdrage aan het onderzoek	42
3.6 Conclusie	43
Hoofdstuk 4 Zorgorganisatie A	47
4.1 Algemeen	47
4.2 Onze bevindingen in zorgorganisatie A	48
4.2.1.a Zoeken naar de vraag in de zorgpraktijk	48
4.2.1.b Zoeken naar de vraag in de bestuurspraktijk	51
4.2.2.a In relatie blijven in de zorgpraktijk	53
4.2.2.b In relatie blijven in de bestuurspraktijk	55
4.2.3.a Ruimte geven, ruimte krijgen in de zorgpraktijk	57
4.2.3.b Ruimte geven, ruimte krijgen in de bestuurspraktijk	58
4.2.4.a Inrichten en praktische organisatie in de zorgpraktijk	59
4.2.4.b Inrichten en praktische organisatie in de bestuurspraktijk	61
4.2.5.a Samenwerken in de zorgpraktijk	62
4.2.5.b Samenwerken in de bestuurspraktijk	64
4.2.6.a Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de zorgpraktijk	66
4.2.6.b Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de bestuurspraktijk	68
4.2.7 Leidinggeven aan de locaties en aan de regio	70
4.2.7.a De locatiemanagers	70
4.2.7.b De regiodirecteuren	72
4.3 Conclusie: consistent, betrouwbaar en voorspelbaar	74
Hoofdstuk 5 Zorgorganisatie B	75
5.1 Algemeen	75
5.2 Onze bevindingen in zorgorganisatie B	77
5.2.1.a Zoeken naar de vraag in de zorgpraktijk	77
5.2.1.b Zoeken naar de vraag in de bestuurspraktijk	79
5.2.2.a In relatie blijven in de zorgpraktijk	80
5.2.2.b In relatie blijven in de bestuurspraktijk	83
5.2.3.a Ruimte geven, ruimte krijgen in de zorgpraktijk	85
5.2.3.b Ruimte geven, ruimte krijgen in de bestuurspraktijk	86
5.2.4.a Inrichten en praktisch organiseren in de zorgpraktijk	87
5.2.4.b Inrichten en praktisch organiseren in de bestuurspraktijk	89
5.2.5.a Samenwerken in de zorgpraktijk	91
5.2.5.b Samenwerken in de bestuurspraktijk	93
5.2.6.a Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de zorgpraktijk	96
5.2.6.b Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de bestuurspraktijk	97
5.2.7 Sturen in het midden	99
5.2.7.a Teammanager: leidinggeven aan het team	99
5.2.7.b Middenmanagers: leidinggeven aan de regio's	102
5.3 Conclusie: van weten door ervaring naar weten door meten	104

Hoofdstuk 6 Zorgorganisatie C	106
6.1 Algemeen	106
6.2 Onze bevindingen in zorgorganisatie C	107
6.2.1.a Zoeken naar de vraag in de zorgpraktijk	108
6.2.1.b Zoeken naar de vraag in de bestuurspraktijk	110
6.2.2.a In relatie blijven in de zorgpraktijk	111
6.2.2.b In relatie blijven in de bestuurspraktijk	112
6.2.3.a Ruimte geven, ruimte krijgen in de zorgpraktijk	114
6.2.3.b Ruimte geven, ruimte krijgen in de bestuurspraktijk	115
6.2.4.a Inrichten en praktische organiseren in de zorgpraktijken	116
6.2.4.b Inrichten en praktisch organiseren in de bestuurspraktijk	118
6.2.5.a Samenwerken in de zorgpraktijk	120
6.2.5.b Interacteren en samenwerken in de bestuurspraktijk	121
6.2.6.a Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de zorgpraktijken	122
6.2.6.b Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de bestuurspraktijk	124
6.2.7 Sturen in het midden: leidinggeven aan de zorgpraktijken	126
6.2.7.a Teamleiders	126
6.2.7.b (Zorg)managers	126
6.3 Conclusie: Van goede bedoelingen naar goede zorg, crisis en veranderingen	128
Hoofdstuk 7 Conclusies	130
7.1 Inleiding	130
7.2 Menswaardig zorgen als resultaat van de verhouding tussen interactief en instrumenteel zorgen in de zorgpraktijk	131
7.2.1 De complexe gelaagdheid van zorgen: drie typen zorgpraktijken	131
7.2.1.a Zorgpraktijken die opvallen door de nadruk op basis zorgen	132
7.2.1.b Zorgpraktijken die getypeerd worden door de nadruk op instrumenteel zorgen	134
7.2.1.c Zorgpraktijken die gekenmerkt worden door de nadruk op interactief zorgen	135
7.2.2 Organiseren van menswaardig zorgen: mechanismen die bepalend zijn voor de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen in de zorgpraktijken	137
7.2.2.a Zoeken naar de vraag: het organiseren van aandacht voor vraag van de cliënt	137
7.2.2.b Zorgen als relationeel zorgen: organiseren van gezamenlijkheid	140
7.2.2.c Het geven en nemen van ruimte: het organiseren van grenzen	141
7.2.2.d Praktisch organiseren als het organiseren van voorspelbaarheid	142
7.2.2.e Samenwerken als organiseren van vertrouwen	143
7.2.2.f Reflecteren als organiseren van inspiratie	144
7.2.2.g Sturen in nabijheid en op afstand: de operationeel leidinggevende en diens bijdrage aan menswaardig zorgen	146
7.3 Het scheppen van voorwaarden voor menswaardig zorgen: de interactie tussen zorgpraktijken en de bestuurspraktijk	149
7.3.1 Zoeken naar de vraag: interactief sturen op afstand	149
7.3.2 Sturen als zorgen voor: organiseren van wederkerigheid	151
7.3.3 Het geven en nemen van ruimte: het organiseren van eigen verantwoordelijkheid	152
7.3.4 Praktisch organiseren als het sturen op maatwerk	153
7.3.5 Samenwerken als organiseren van een gemeenschap van waarden	154
7.3.6 Reflecteren als organiseren van confrontatie met de zorgpraktijk	155
7.3.7 Sturen in het midden: de bijdrage van de middenmanager aan menswaardig zorgen	157

7.4 Organiseren van menswaardig zorgen: algemene conclusies in de vorm van aanbevelingen aan bestuurders	159
7.4.1 Laveren tussen abstracte en concrete processen	159
7.4.2 Interactief instrumentaliseren van menswaardig zorgen	159
7.4.3 Ruimte geven en kaders stellen	160
7.4.4 Positioneren van de zorgpraktijk in de organisatie	160
7.4.5 Bevorderen van samenwerken en ontwikkelen	161
7.4.6 Maken van ‘plaatsen der moeite’ of maken van ‘plaatsen om te leren’?	161
7.4.7 Het verzorgen van het midden	162
7.5 Reflectie op onze inspiratiebronnen	163
7.6 Reflecties op ons onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	165
7.7 Slotconclusie	166
 Literatuurlijst	 170
 Samenvatting	 178
 Summary	 185
 Tabellen	
Tabel 3.1 Data en aantallen gesprekken en observaties	45
Tabel 7.1 Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op basiszorgen	133
Tabel 7.2 Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op instrumenteel zorgen	135
Tabel 7.3 Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op interactief zorgen	137
Tabel 7.4 Samenvattende tabel van mechanismen die respectievelijk instrumenteel of interactief handelen in de zorgpraktijken bevorderen	148
Tabel 7.5 Samenvattend schema van mechanismen die bepalend zijn voor de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen in de bestuurspraktijken	158

Voorwoord

Soms is het maar goed dat je niet weet wat je te wachten staat, zeker als je besluit aan een promotietraject te beginnen. Toen het plan geboren werd, wilden wij niet een zoveelste managementboek met meningen schrijven, maar ervaringen delen op basis van gedegen wetenschappelijk onderzoek. Elk van de fasen van het promotietraject had voor ons zijn eigen uitdagingen. Zo zochten wij in de fase van oriëntatie naar een conceptuele en methodische inbedding van onze ideeën. Wij hebben toen met verschillende aspirant promotores gesproken om te onderzoeken of er een klik was tussen hun en onze opvattingen. Dat waren inspiratieve gesprekken, die uiteindelijk leidden tot een definitieve keuze. Daarop volgde de fase van het onderzoek, nadat wij drie zorgorganisaties hadden gevonden die ons het vertrouwen gaven om bij hen in de organisatie te kijken. Een fase die veel tijd kostte en die ons de zegeningen van een dubbelpromotie deed ervaren omdat uitvoering van ons onderzoek en verwerking van onze data nogal wat inspanning vroeg. En ten slotte de fase van uitwerken en opschrijven, de lastigste fase die veel druk legde op onze samenwerking omdat schrijven een individueel proces bleek te zijn.

De eerste die ik, John Luijten, dan ook wil bedanken is mijn collega Erik Gallé voor zijn geduld om mijn veeleisendheid te kunnen verdragen, terwijl ik, Erik Gallé, mijn collega John Luijten wil bedanken voor zijn doorzettingsvermogen. Alles afwegende zou ons advies zijn om met zijn tweeën te promoveren omdat dit ook recht doet aan het feit dat de sociale werkelijkheid altijd een sociale gemeenschap is.

Onze wens te promoveren heeft zijn geschiedenis, waarin verschillende mensen ons hebben gestimuleerd om wetenschappelijk onderzoek te doen. Twee willen wij met name noemen, Dr. J. Welten, die zich gekscherend en met enige zelfspot de ‘enige echte doctor’ te midden van verpleeghuisartsen noemde en Dr. Adriaan Bekman, die met niet aflatende ijver zijn ideeën over horizontaal en verticaal organiseren heeft beschreven en zo mede aan de wieg van ons onderzoek heeft gestaan.

Onze dank gaat vervolgens uit naar de verschillende kandidaat promotores, met wie wij inspirerende gesprekken hebben gehad en die elk op hun eigen wijze een bijdrage hebben geleverd aan de vormgeving van ons onderzoek. Uiteindelijk zijn wij geland bij onze promotores, Prof. dr. Roland Bal en Dr. Annemiek Stoopendaal. Waarom? Het verschil tussen onze uiteindelijke promotores en onze overige gesprekspartners was dat deze laatste uitgingen van hun eigen methodische en/of conceptuele kaders, die voor ons om verschillende redenen eerder een belemmering dan een ondersteuning vormden. Anders was dit bij Roland Bal en Annemiek Stoopendaal, zij gaven ons de ruimte voor eigen opvattingen, opvattingen die in de loop van de gesprekken met hen steeds meer leidden tot de conceptuele en methodische kaders die in ons onderzoek zijn terug te vinden. Zij hebben elk in de verschillende fasen van ons onderzoek hun waardevolle inbreng gehad, waarin met name hun geduld en volharding om ons op deze weg te begeleiden, genoemd moeten worden.

Ons onderzoek was niet mogelijk zonder de bereidheid en het vertrouwen van de besturen, medewerkers, cliënten en hun familie van de drie deelnemende zorgorganisaties. Het vereist moed en professioneel zelfvertrouwen om gedurende drie jaar aan zo'n onderzoek als het onze mee te werken. Ondanks de telkens herhaalde boodschap dat ons onderzoek niet evaluatief van aard is, namen wij waar dat je je als organisatie en als deelnemer gewogen voelde in het licht van ons onderzoek. Wij hebben ons uiterste best gedaan, daarin goed

begeleid door onze promotores, elke evaluatieve opmerking te vermijden en de privacy van alle betrokken deelnemers te waarborgen, maar de wereld van zorgorganisaties is klein. Wij herhalen: het vereist moed om aan een dergelijk onderzoek mee te doen en wij zijn de participanten van ons onderzoek bijzonder dankbaar voor het vertrouwen dat wij hebben gekregen.

Elk van deze fasen had ook zijn eigen netwerk van mensen die ons hebben ondersteund. Denk bijvoorbeeld aan de secretaresses van het bestuur die verantwoordelijk zijn geweest voor de planning van onze onderzoeksdagen in de zorgorganisaties en telkens weer in de agenda's van alle betrokkenen moesten laten passen. Of aan de medewerkers van ESHPM die bereid waren met ons te spreken of ons 'schriftelijk' hebben geholpen omdat wij konden beschikken over hun publicaties. De lijst is lang van mensen die in meerdere of mindere mate op verschillende manieren een handje hebben geholpen. Onze dank voor al die hulp.

Ten slotte ons thuisfront. Wij danken onze beide echtgenoten, Cocky Luijten en Kitty Roosen, voor hun luisterend oor en taaladviezen. Ook onze kinderen willen we danken Daan en Mirjam Luijten, Lieke en Stef Gallé, voor hun hulp en vooral hun belangstelling als het even niet wilde lukken.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Inleiding op de inleiding

In de Governance code Zorg van de Brancheorganisatie Zorg (2017) staat het volgende vermeld:

“De zorgorganisatie biedt zorg van goede kwaliteit, die voldoet aan professionele standaarden en eigentijdse kwaliteits- en veiligheidseisen. De behoeftes, wensen, ervaringen en belangen van de cliënt staan centraal en zijn richtinggevend voor de te bieden zorg.

De zorg- en dienstverlening komt tot stand in dialoog en samenwerking tussen zorgverlener en cliënt, waar nodig samen met zijn verwanten en/of naasten. Zorgverleners handelen daarbij in overeenstemming met hun professionele verantwoordelijkheid. De zorg vindt plaats binnen de gegeven financiële mogelijkheden.”

Deze omschrijving van zorg laat verschillende logica's zien: enerzijds zorgen op dialogische basis, waarin de vraag van de cliënt centraal moet staan, anderzijds zorgen als passend binnen de organisatorische randvoorwaarden zoals standaarden, kwaliteitseisen en financiële mogelijkheden. Juist de wijze waarop besturen en zorgmedewerkers deze spanning hanteren vormt de centrale vraag van ons onderzoek. Hoe hanteren zij de verhouding tussen instrumentaliseren van zorgen met alle connotaties van doelmatigheid, rationaliteit en bedrijfsmatig functioneren versus interacteren in dialoog met die ene, individuele cliënt in een behoeftige, afhankelijke situatie, zodat in die verhouding menswaardig zorgen mogelijk wordt.

1.2 Het ontstaan van onze vraag: organiseren van menswaardig zorgen

Onze zoektocht en de daaraan gekoppelde vraag begint in de zeventiger jaren. In 1972 werd het verpleeghuis Mariahoeve – onderdeel van de toenmalige Katholieke Verpleeg- en Verzorgingshuizen (KVV) in Den Haag, thans onderdeel van Florence – opgeleverd om zo'n 210 'demente bejaarden' (zoals dat toen nog heette) te herbergen. Het verpleeghuis was qua architectuur en inrichting volledig geschoeid op de leest van het – toen gangbare term – medisch model, dat wil zeggen dat men uitging van (para)medische behandeling van de opgenomen patiënten. De architectuur onderstreepte deze waarden: er waren 'zusterposten' en de kamers van (para)medici waren ruim bemeten. De slaapkamers waren merendeels 6- en 4-persoonskamers bestemd voor zo'n 34 patiënten per afdeling. Elke afdeling had een leefruimte voor alle patiënten, die met een grote observatieruit gescheiden was van de ruimte waar het personeel zich ophield. De afstand tussen beide groepen – patiënten en personeel – kon niet beter worden gematerialiseerd. Het personeel bestond voornamelijk uit ziekenverzorgenden, toentertijd een opleiding met de nadruk op somatische verrichtingen, praten met patiënten werd door hen beleefd als 'niet werken'. Was toen het College van Regenten trots op het gebouw en overtuigd van de aanpak die daarin werd gefaciliteerd, nu zou deze situatie mensonwaardig worden genoemd, gemeten aan de huidige maatstaven.

De geneesheer-directeur van de stichting was van mening dat uitsluitend medisch en somatisch verpleegkundig handelen geen recht zou doen aan de vragen van de cliënten. Hij

wilde meer de nadruk leggen op interacteren met deze cliënten in de vorm van ‘sociotherapie’ – een methodisch hanteren van de (sociale) omgeving van cliënten. Wij hebben aan zijn vraag een bredere invulling gegeven, namelijk het scheppen van een organisatorische context bedoeld om cliënten en de zorgverleners te ondersteunen in het proces van langdurige zorg. Een jarenlange inspanning bleek nodig om de lay-out van het gebouw, de inrichting, de logistiek, tijdschema’s en roosterplanning, budgetallocatie, organisatiestructuur, werken in meer kleinschalige zorgteams, de (bij)scholing, aan te passen om op die manier organisatorische condities te scheppen om menswaardig zorgen (zie citaat onder) mogelijk te maken (Groen, Luijten e.a. 1986).

In een artikel (Luijten, 1979) hebben wij gepoogd – terugkijkend op deze ervaringen – een onderbouwing te geven van deze ingrepen en een oproep gedaan om menswaardig zorgen in instellingen voor langdurige zorg mogelijk te maken.

“Is opname in een (...) verpleeghuis eenmaal noodzakelijk geworden, dan heeft naar mijn gevoel én de samenleving én het betreffende verpleeghuis de plicht om elk (...) potentieel te mobiliseren om de patiënt in kwestie een zo menswaardig mogelijk bestaan te laten behouden.”
(Luijten, 1979)

Ondertussen is er veel veranderd in de sectoren voor cliënten die langdurig op zorg zijn aangewezen. De vraag is naar ons gevoel echter nog steeds actueel, namelijk hoe organiseren en interactief zorgen (zie onder) te combineren, zodat menswaardig zorgen mogelijk wordt. In dit proefschrift onderzoeken wij in drie zorgorganisaties hoe besturen en zorgmedewerkers menswaardig zorgen mogelijk maken, een vraagstelling die wij in hoofdstuk twee verder zullen uitwerken.

1.3 Ontwikkeling van onze vraag: van waarden naar handelen

Wij hebben bij het ontstaan van de vraag die we in dit proefschrift stellen, nog de veronderstelling gehad dat bestuurder(s) van zorgorganisaties op basis van hun individuele waarden een keuze maakten hoe zij hun organisatie zouden inrichten en de medewerkers daarbij zouden betrekken. Een tamelijk weloverwogen proces met een sterke nadruk op de initiërende rol van de bestuurder, waarbij het lijkt alsof de uitkomst van deze keuzen al op voorhand duidelijk zou zijn. Een vooronderzoek met een tiental bestuurders uit de VGZ (Verstandelijk GehandicaptenZorg) en VVT (Verzorgings-, Verpleeghuizen en Thuiszorg) leverde ons andere inzichten op (Luijten, 2013). Onze vraag aan die bestuurders was of aan het organiseren van menswaardig zorgen een zorgvisie ten grondslag lag, een set van waarden die als het ware een kompas vormde voor de wijze waarop hij of zij de organisatie wilde inrichten.

Uit dit onderzoek kwamen een drietal resultaten naar voren die medebepalend zijn geweest voor de vraag van ons promotie-onderzoek. De eerste bevinding was dat de bestuurders die regelmatig met de processen in/rond hun cliënten in contact kwamen – en daar aantoonbaar tijd en ruimte voor namen – veelal in meer concreter, handelingsgericht en op inspirerende wijze over hun manier van organiseren konden spreken dan de geïnterviewde collega-bestuurders die slechts weinig en/of indirect met de zorgmedewerkers en cliënten interacteerden. Een tweede bevinding was dat zo’n visie niet een soort innerlijke *steady state* of dispositie is, maar telkens weer door herhalende interactie met de werkvloer (zorgverleners

én cliënten) en vertrouwde collega's, zoals een medebestuurder of een externe collega, herbevestigd moest worden ter vermijding van – wat zij noemden – controle- of beheersneigingen. Een derde bevinding was dat deze bestuurders het moeilijk vonden om hun aanpak onder woorden te brengen, een aanpak die eerder intuïtief en tastend leek dan gebaseerd op een doel-middel rationaliteit.

Een van de opbrengsten van dit vooronderzoek was dat wij onze focus verschoven van de bestuurder(s) als solo actor naar de wisselwerking tussen bestuurder(s) en de werkvloer. Wij waren met name benieuwd hoe in die wisselwerking condities werden geschapen voor menswaardig (kunnen) zorgen. Wij deden vervolgens onderzoek in een zorgteam belast met een vaste groep cliënten met een licht tot matige verstandelijke beperking in een locatie voor beschermd wonen. Deze locatie vormde een onderdeel van een VGZ-organisatie. Dit onderzoek leverde een aantal sensitiserende concepten (Smaling, 2021) op die wij gebruikten in ons promotieonderzoek, zoals bijvoorbeeld het effect van eigen ruimte voor team, cliënten en het (ondersteunend) handelen van de locatiemanager. Wat ons vooral opviel was de spanning tussen – wat de medewerkers zelf noemen – “professioneel” en “menselijk” zorgen naar de cliënt. Opvallend is dat zij “menselijk” zorgen niet als professioneel aanmerken, terwijl volgens sommige auteurs (o.a. Van der Kooij, 2004) dit menselijk handelen een onmisbaar onderdeel van professioneel handelen zou moeten zijn. Zij, de onderzochte zorgmedewerkers, geven aan dat zij dan “uit de relatie stappen” om in hun rol als zorgverlener grenzen te trekken. Hun (voortdurend) pogen om in hun handelen deze twee vormen van zorgen in verhouding te brengen met elkaar was een inspiratiebron om onze vraag ‘hoe menswaardig zorgen te organiseren’ te gaan bekijken vanuit het perspectief van deze verhouding.

1.4 Organiseren van menswaardige zorgen: een kwestie van verhoudingen

Dit promotie-onderzoek gaat over de vraag hoe in zorginstellingen menswaardig zorgen mogelijk wordt. Wij onderscheiden twee verschillende vormen van handelen, elk gebaseerd op zijn eigen waardensysteem. Aan de ene kant de wereld van organiseren met zijn doel-middel rationaliteit waarin uitkomsten zo voorspelbaar mogelijk moeten zijn en fouten en risico's moeten worden beperkt. Een wereld waarin gepoogd wordt het resultaat te kwantificeren en te objectiveren. Een wereld van verrichtingen en standaarden waarbij op basis van overeenkomsten tussen casussen wordt gehandeld. Aan de andere kant het waardendomein van wat wij betitelen als interacterend zorgen, waarbij persoonlijke aandacht en betrokkenheid worden verondersteld. Een wereld waarin de uitzondering eerder regel is, omdat elk mens uniek is en de uitkomst van het handelen niet bij voorbaat vaststaat. In het volgende hoofdstuk komen wij op deze twee vormen van handelen terug.

Wij zijn niet de enigen die een onderscheid maken tussen verschillende vormen van handelen. Zo maakt Arendt (1958) onder andere een onderscheid tussen ‘maak’ handelen en ‘scheppend’ handelen. Van Heijst (2005) gebruikt deze handelingstheorie van Arendt door een onderscheid te maken tussen zorgen waarin het zorgen voor cliënten wordt geïnstrumentaliseerd (gebaseerd op doel-middel rationaliteit) en zorgen gebaseerd op interactie met de cliënt waardoor de uitkomst van het handelen ongewis wordt. Een soortgelijke opvatting treffen wij aan bij Reijnders (2019) die een onderscheid maakt tussen ‘verantwoord’ en ‘goed’ zorgen. De eerste vorm is gebaseerd op protocollen en richtlijnen, de tweede op menselijke interactie. Ook een auteur als Habermas (zie Wierdsma, 2001, Bal, Weggelaar-Jansen & Wallenburg, 2018) maakt onderscheid tussen wat hij noemt strategisch

handelen, ingebed in de systeemwereld van doel-middel rationaliteit, gekenmerkt door een subject-object relatie versus communicatief handelen waarin gestreefd wordt naar een onderlinge verstandhouding. Van Heijst (2005) en Arendt (1994) vinden het scheppend handelen op zoek naar de mens achter de cliënt te verkiezen boven het ‘maak’ handelen, dat volgens hen te zeer gericht is op productie. Wierdsma (2001) is daarentegen van oordeel dat beide vormen van handelen, elk met tegenstrijdige uitgangspunten, in de context van een organisatie complementair aan elkaar moeten worden gemaakt. Ofwel: in zorgorganisaties staan steeds twee vormen van handelen *tegelijk* centraal; de een gericht op het in stand houden van de organisatie en het verantwoorden naar externe actoren; de ander gericht op zorgen waarin de persoon van de cliënt centraal staat. De opgave voor zorgorganisaties is deze twee handelingsvormen zodanig te combineren dat menswaardig zorgen mogelijk is. Deze opvatting, het verenigen van twee vormen van handelen, zien wij ook terug bij Mol e.a. (2010) die het gebruik van technologie – instrumenten – en het zorgen als elkaar aanvullend beschouwen. Dit sluit aan bij een van de hoofdthema’s in ons onderzoek of instrumenteel zorgen, zorgen op basis van een doel-middel rationaliteit en gebruik makend van instrumenten in de meest gevarieerde vorm, in verhouding wordt gebracht met interactief zorgen, waarin al zoekend en tastend getracht wordt in te gaan op de vraag van de cliënt, om op deze wijze menswaardig zorgen mogelijk te maken.

Uitgaande van de complementariteit van beide vormen van zorgen is onze onderzoeksvraag hoe de verhouding tussen deze twee moet zijn en welke mechanismen in die verhouding een rol spelen, zodat menswaardig zorgen mogelijk wordt in zorgpraktijken. Omdat een institutionele zorgpraktijk altijd in relatie staat tot het bestuur van de zorginstelling, is een tweede element van onze onderzoeksvraag, namelijk hoe de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen wordt bepaald door het handelen van het bestuur. Zoals een zorgpraktijk een verhouding moet vinden tussen instrumenteel en interactief handelen, geldt dit ook voor het bestuur dat een balans moet vinden tussen instrumenteel (beheer en control) en interactief (zoals ruimte en eigen verantwoordelijkheid gevend) handelen.

1.5 Wat is menswaardig zorgen?

“(…) menselijke waardigheid [is] als fundamenteel en multi-interpretabel begrip van groot belang voor ons stelsel van gezondheidszorg en het onderzoek dat daarmee verband houdt. Het houdt ons scherp bij de reflectie op de vraag waarom het ons bij het bieden van zorg te doen is en welke uitgangspunten daarbij gelden.”
(Kauflingfreks & Rudsing, 2011, blz. 68)

Maar wat is menswaardig zorgen? De term ‘menswaardig’ verschijnt in de literatuur soms als “waarden gedreven” (Ahaus, 2021), meestal als “goed zorgen” (bijv. Oldenhof, 2015), als aandacht voor de leefwereld van de cliënt (Reinders, 2019) of als “menslievend” (Van Heijst, 2005). Van Heijst (ibidem, blz 14) omschrijft zorgen als volgt:

“Zorg geven (...) behoort gericht te zijn op de waardigheid van de bezeerde en lijdende mensen en dient te bevorderen dat zij [de lijdenden] het gevoel en besef hebben dat zij ertoe doen en beminnenswaard zijn.”

Ofschoon elk van die adjectieven een eigen intellectuele geboorteplaats heeft en er een grote mate van overlap in de beschrijvingen bestaat, blijft het concept niettemin lastig te definiëren.

Het concept omvat een (inter)subjectief fenomeen, dynamisch en situationeel, waarin de actoren veelal weten aan te geven wanneer bepaalde zorghandelingen menswaardig of minder menswaardig gedaan zijn, maar zodra je het begrip tracht te conceptualiseren wordt het abstract, vaag en zelfs triviaal. Triviaal omdat menswaardig zorgen verschijnt als veelal kleine handelingen en dingen in alledaagse situaties in de omgang tussen cliënten en zorgverleners.

In ons onderzoek hebben wij dit morele concept van menswaardige zorgen als volgt geoperationaliseerd. Wij vatten zorgen als handelen op, handelen dat plaats vindt in een zogenaamde zorgpraktijk, een afdeling of locatie, waarin een groep medewerkers en cliënten elkaar dagelijks treffen. De vraag ‘wat is menswaardige zorg’ verschuift van incidentele acties tussen een cliënt en een zorgverlener, naar de vraag: welke elementen of mechanismen maken menswaardig zorgen op een duurzame wijze in een zorgpraktijk mogelijk? Als het gaat om die elementen hebben wij zeven handelingscategorieën onderscheiden, die op basis van literatuuronderzoek een relatie hebben met het mogelijk maken van menswaardig (kunnen) zorgen. Zo hebben wij – ter illustratie – als een van de zeven handelingscategorieën ‘het zoeken naar de vraag van de cliënt’ onderscheiden, waarbij wij onderzoeken hoe aandachtsvol afstemmen op de cliënt in interactie ‘gedaan wordt’ in de zorgpraktijken en op welke wijze dit proces is geïnstrumentaliseerd om deze aandachtsvolle afstemming mogelijk te maken. Daarbij onderzoeken wij ook het handelen van het bestuur hoe zij de organisatorische voorwaarden creëren die aandachtsvolle afstemming in de zorgpraktijken bevorderen (of belemmeren).

1.6 Organiseren van menswaardig zorgen: actualiteit van het vraagstuk

“Cliënten, hun vertegenwoordigers en verwanten gaven duidelijk aan dat zij nog te weinig gehoord worden en dat daarmee een belangrijke bron van informatie onderbenut blijft. Hun mening over de zorg en ondersteuning wordt nog te weinig serieus genomen”.

(Van der Scheer & Stoopendaal, 2020)

In vergelijking met de jaren '70 uit de vorige eeuw en de huidige situatie in instellingen voor langdurige zorg zijn er talloze verbeteringen in de langdurige zorg tot stand gekomen. Er zijn diverse projecten bedoeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zoals recent het project ‘Waardigheid en Trots’, volgend op eerdere verbeterprojecten op het terrein van langdurige zorg (Zorg voor Beter; In voor Zorg). Er worden maatregelen genomen ter deregulering (Bovenkamp e.a., 2020). Zo is er een kwaliteitskader Verpleegzorg (2017) tot stand gekomen dat zich minder richt op het voldoen aan vooraf gestelde standaarden en meer ruimte geeft aan organisatie-leren. Echter, “hearing the voice of the people we serve” (Berwick, 2016) blijft nog steeds een actuele vraag, zoals het bovengenoemde citaat uit het rapport ‘Spiegelbeeld, kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2020’ illustreert. Dit rapport laat in de aanbevelingen overigens ook zien hoe fragiel de balans is tussen instrumenteel en interactief zorgen. Zo adviseren de opstellers van het rapport dat de bestuurder voor het kwaliteitskader de term ‘afvinklijst’ beter kan vermijden, omdat daarmee dit kwaliteitskader, bedoeld om het interacteren en reflecteren te bevorderen, een te instrumenteel karakter kan krijgen. In *reflective regulation* (Pot, 2022, blz. 8) daarentegen ligt de nadruk op interactieve vormen van reflectie op de kwaliteit van de geleverde zorg, waarbij ook de cliënt en het netwerk van de verschillende actoren worden betrokken.

In de publicatie ‘Het leven in een verpleeghuis’ (2021) schetst het Sociaal en Cultureel Planbureau een landelijk beeld van de ervaren kwaliteit van leven en de ervaren kwaliteit van

zorg in 2019 en de ontwikkelingen in de periode 2015-2019. Over het algemeen constateren de onderzoekers dat de kwaliteit van zorg, zoals deze door bewoners wordt ervaren in 2019, licht is verbeterd ten opzichte van vier jaar eerder. Het algemeen positieve beeld wordt echter genuanceerd door de volgende opmerking (blz. 64): “Het algemene beeld laat zien dat de ondervraagde bewoners best tevreden zijn met hun leven in het algemeen en hun sociale activiteiten. Wel ervaren cliënten de zorg vaak als te gehaast. Op het meer persoonlijke, intieme vlak voelen ze zich vaak niet gelukkig, eenzaam, ongezond en hebben ze weinig doelen om voor te leven.” Kortom, de mogelijkheid in verpleeghuizen om interactief te zorgen in de vorm van inspelen op individuele behoeften op het gebied van zingeven, kan worden vergroot. Een van de aanbevelingen is dat deze ruimte moet worden gecreëerd om in gesprek te (kunnen) gaan om zo ouderen te ondersteunen, ook in de laatste levensfase (Van Campen 2020). In dit onderzoek gaan wij op zoek naar de manieren waarop zorgorganisaties die ruimte creëren.

1.7 Probleemstelling

De vraag die wij in dit onderzoek willen stellen is:

Hoe komt menswaardig zorgen tot stand in de institutionele langdurende zorg, in interactie tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijk en op welke wijze wordt daarin een balans gezocht tussen instrumenteel en interactief handelen in afstemming op de vraag van de cliënt?

Wij zijn niet de eersten die onderzoek doen naar het concrete handelen van leidinggevenden (zie bijvoorbeeld Mintzberg, 1973) en zorgbestuurders (Stoopendaal, 2008, Van der Scheer, 2013, Van Dalen, 2012), maar ons onderzoek vult deze onderzoeken op een aantal punten aan. Zo hebben wij onderzocht wat het effect is van bestuurlijk handelen op menswaardig zorgen, door – behalve zorgprofessionals – ook cliënten en hun familie in het onderzoek te betrekken. Verder hebben wij in ons onderzoek het bestuurlijk handelen op meerdere organisatorische processen betrokken (geoperationaliseerd in de zeven handelingscategorieën) om recht te doen aan de complexiteit van een zorgorganisatie en de effecten daarvan op de zorgprocessen. Ten derde strekt ons onderzoek zich uit over een periode van drie jaar, in drie onderzoeksronden, om daarmee inzicht te krijgen hoe praktijken (en organisaties) zich in de loop der tijd ontwikkelen en welke factoren invloed hebben op die ontwikkeling. We zijn daardoor in staat zowel tussen organisaties als binnen organisaties door de jaren heen een vergelijking te maken ten aanzien van de interactie tussen verschillende organisatieniveaus en de manier waarop daarin menswaardige zorg wordt bereikt (of niet).

Maar wij hebben nog een doel. Uit verschillende onderzoeken (Luijten, 2013, Stoopendaal, 2008, Nicolini 2012, Polanyi, 2009) blijkt dat bestuurders en zorgverleners het moeilijk vinden om woorden te vinden voor de processen die wij in ons onderzoek proberen te beschrijven. Ons doel is ook om met dit onderzoek een bijdrage te leveren aan het geven van woorden (taal) aan het concrete, alledaagse handelen, dat voorwaarden schept voor menswaardig zorgen.

Bovenal echter beoogt ons onderzoek een bijdrage te leveren aan al degenen, die dag in en dag uit trachten hun zorgen zo menswaardig mogelijk te maken en hen te helpen het reflecteren op hun eigen handelen te vergroten. Behalve het bevorderen van de professionaliteit van zorgverleners is onze ambitie ook de professionaliteit van

zorgbestuurders met dit onderzoek te vergroten. Tenslotte beogen wij een bijdrage te leveren aan onderzoekers, die op deze terreinen werkzaam zijn, door een kader te schetsen waarin onderzoek naar menswaardig zorgen verdere opvolging kan krijgen.

Wij werken onze onderzoeksvraag uit door “going ‘back and forth’ from one type of research activity to another and between empirical observations and theory” (Dubois en Gadde, 2002. blz. 555). Dit ‘schakelen’ is mede mogelijk geworden omdat wij in drie ronden, verdeeld over drie jaar, onderzoek hebben gedaan bij drie zorginstellingen in zowel de zorg- als de bestuurspraktijken, waarbij wij ook in staat waren de reflecties van de deelnemers op ons onderzoek te betrekken op onze bevindingen (vgl. Philipse in Freytrag & Young eds, 2018). Gedurende ons onderzoek hebben wij bovendien voortdurend gepoogd om – vanuit onze bevindingen – koppelingen te maken naar theorieën over organisaties en zorgen en deze in volgende ronden van het onderzoek weer mee te nemen in onze observaties en gesprekken. Deze abductieve methode (Tavory & Timmermans, 2014) heeft geleid tot nieuwe invalshoeken om de zeven deelvragen, die in hoofdstuk twee, de theoretische verkenning, worden beschreven, te beantwoorden.

1.8 Relevantie van het onderzoek

Vanuit het oogpunt van maatschappelijke relevantie beoogt ons onderzoek een bijdrage te leveren aan de discussie op welke wijze menswaardig zorgen kan worden bevorderd en welke bestuurlijke voorwaarden hiervoor noodzakelijk zijn. Wij willen duidelijk maken dat de oplossing niet ligt in het verzet tegen het instrumentaliseren van zorg, maar we willen inzicht geven in het feit dat juist het gebruiken en vormgeven van de zorgorganisatie als ‘instrument’ kan bijdragen aan goed zorgen.

Omdat wij proberen deze interventies in de zorgorganisatie zichtbaar te maken en van een (zorg)taal te voorzien, kan deze explicitering een bijdrage leveren aan het maatschappelijk debat rond de kwaliteit van zorg, en aan het voorkomen van stereotypering van bestuurders en zorgverleners.

Verder kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan het handelingsrepertoire van bestuurders en zorgverleners. Een belangrijk thema is immers de verhouding tussen hun organisatie en hun cliënten.

Als het gaat om de wetenschappelijke relevantie geeft dit onderzoek inzicht in het ambachtelijk werk van (zorg)bestuurders en zorgverleners met als doel om bestuurlijk handelen dat vaak intuïtief en uitproberend gebeurt (Nicolini 2012, Realin, 2017), meer expliciet en zichtbaar te maken, zodat verder onderzoek en reflectie mogelijk wordt. Veel onderzoeken naar de effectiviteit van leiderschap maken deze *agent* los van zijn context en beschrijven hem of haar in individuele eigenschappen die slechts in specifieke situaties blijken te werken (Kellerman, 2012). Dat is niet onze aanpak: vanuit onze praktijkgerichte benadering kijken we naar (be)sturen als een handelingspraktijk en de effecten die deze leidinggevende praktijk heeft op de zorgpraktijken. Deze benadering maakt het mogelijk de focus van onderzoek te verschuiven naar het dagelijks handelen van leidinggevendenden in een gegeven situatie, waar leiderschap een co-constructie is van de verschillende actoren in die situatie (Denis e.a., 2010).

1.9 Opzet van het onderzoek

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in drie verschillende zorgorganisaties voor langdurige zorg (care). Twee van deze zorgorganisaties behoren tot de sector van de verpleeg- en verzorgingstehuizen (VVT) en één tot het domein van mensen met een verstandelijke (en soms lichamelijke) handicap (VGZ) om daarmee een variatie in de cliëntenpopulatie te krijgen. De instellingen zijn verspreid over Nederland om ook variatie van omgeving te verkrijgen. Twee van de drie zorgorganisaties hebben verschillende (zorg)locaties, verspreid over een relatief grote regio. De locaties bevinden zich zowel in groot/midden stedelijke als in klein stedelijke omgevingen. Eén zorgorganisatie is geconcentreerd in een middelgrote stad en is voornamelijk op één locatie gevestigd met ontwikkelingen van (zorg)locaties buiten het hoofdgebouw. Twee van de onderzochte organisaties zijn het product van opeenvolgende fusies in het afgelopen decennium. In alle drie de organisaties is de eindverantwoordelijkheid op eenzelfde manier georganiseerd: er is een bestuurder of een raad van bestuur die verantwoording aflegt aan de raad van toezicht. De verhouding met de raad van toezicht komt in dit onderzoek waar nodig aan de orde, maar heeft in ons onderzoek geen nadruk gekregen.

Dit onderzoek is kwalitatief en praktijkgericht, waarbij wij met tussenpozen van ongeveer een jaar in drie ronden dezelfde zorgorganisaties hebben onderzocht, waardoor wij in staat waren ontwikkelingen te volgen en deze veranderingen in relatie te brengen tot onze onderzoeksvraag. Via semigestructureerde interviews en observaties van handelen met/van bestuur, middenmanagers, zorgmedewerkers en andere zorgprofessionals, cliënten en hun familie konden we het thema organiseren van menswaardig zorgen uit verschillende perspectieven benaderen. Elke onderzoeksronde, vaak bestaande uit meerdere ‘blokken’ van gesprekken en observaties, werd afgesloten met een slotpresentatie, een *membercheck*, om de reflecties van alle deelnemers aan ons onderzoek mee te nemen in de interpretatie van onze bevindingen.

1.10 Opbouw van dit boek

Na deze inleiding volgt hoofdstuk twee, dat volledig in het teken staat van een theoretische verkenning van onze onderzoeksvraag. Wij formuleren in dit hoofdstuk bovendien de onderzoeksvragen, c.q. de vormen van handelen, die leidend zijn geweest bij de dataverzameling.

Hoofdstuk drie beschrijft vervolgens onze onderzoeksopzet en de door ons gekozen methoden en methodologie.

In de hoofdstukken vier, vijf en zes zijn elk van de onderzochte organisaties beschreven, waarbij wij de data hebben gegroepeerd rond de zeven deelvragen, die wij in hoofdstuk twee hebben geformuleerd.

In hoofdstuk zeven geven wij de resultaten van ons onderzoek weer. Wij zoomen in dat hoofdstuk in op de verschillen en overeenkomsten van handelen – in de drie onderzochte organisaties – die volgens onze bevindingen bijdragen aan menswaardig zorgen. Bij elk van de zeven deelvragen geven wij aan welk effect de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen heeft op menswaardig zorgen en op welke manier de wisselwerking tussen bestuur en zorgpraktijken in die verhouding medebepalend is. We sluiten af met een beschouwing over de betekenis van deze bevindingen voor de zorg en voor het onderzoek.

Tot slot. Wij hebben in dit onderzoek met enige aarzeling gekozen voor de term ‘cliënt’ om mensen aan te duiden die gebruik maken van de voorzieningen voor langdurige zorg en die hebben deelgenomen aan ons onderzoek. Van alle alternatieven (patiënt, bewoner, dagbehandelingbezoeker, kinderen enzovoort) is deze term het meest algemeen van toepassing op gebruikers van de verschillende vormen van langdurige zorg, die in ons onderzoek aan de orde komen.

Omwille van de privacy zijn alle namen van de deelnemers aan het onderzoek veranderd. In organisatie A, (of B & C) hebben alle participanten een naam gekregen die begint met een A (of B of C).

Hoofdstuk 2 Organiseren van menswaardig zorgen: theoretische perspectieven

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen wij de onderzoeksvraag benaderen vanuit opvattingen over zorgen en organiseren om te eindigen met een samenvatting van de onderzoeksvragen.

Stapsgewijs komen aan de orde:

2.2 Zorgen en organiseren als handelen

In deze paragraaf beschrijven wij de opvattingen over zorgen, waarin zorgen als handelen wordt beschouwd. Verder maken wij duidelijk dat de term ‘organiseren’ beter door ‘zorgen dat’ kan worden vervangen. Tenslotte maken wij een onderscheid in zorgen als instrumenteel versus interactief handelen als een aanloop naar de vraag wat de samenhang is tussen organiseren en menswaardig zorgen.

2.3 Zorgen voor en zorgen dat (organiseren) als handelingspraktijken

Als zorgen handelen is, rijst de vraag hoe dit handelen tot een gemeenschappelijke onderneming wordt, waarin zorggevers (inclusief zorgorganisatoren) en zorgvragers continuïteit proberen te verzorgen en gezamenlijk standaarden van goed zorgen proberen te realiseren. Wij zullen in deze paragraaf onderscheid maken tussen de zorgpraktijk – veelal een al dan niet vast team verzorgenden toegewezen aan een bepaalde groep cliënten – en de bestuurspraktijk. Wij zoomen in op de kenmerken van zo’n handelingspraktijk en op de verbinding tussen de zorgpraktijk en de bestuurspraktijk, zoals deze zich in de literatuur ontvouwt.

2.4 Wat maakt zorgen menswaardig?

In deze paragraaf staat deze vraag centraal vanuit de opvatting dat zorgen handelen is en dit impliceert dat de kwaliteit van zorgen in het doen zichtbaar wordt (Bal e.a., 2018). Dit uit zich veelal in de vorm van kleine, alledaagse handelingen, waarachter echter een complex van organisatorische voorwaarden schuilgaat, die afzonderlijk en in hun samenhang invloed hebben op het uiteindelijke resultaat.

2.5 Specifieke vormen van handelen in en tussen de zorg- en bestuurspraktijken

Zorgen is een verzameling van specifieke (reeksen van) handelingen. Wij onderscheiden mede op basis van literatuuronderzoek zeven van deze vormen van handelen, die een bijdrage leveren aan menswaardig zorgen.

2.5.1 Zorgen als zoeken naar de vraag van de cliënt in zijn situatie

2.5.2 Zorgen als betrekking en de aard van die betrekking tussen zorggever en zorgvrager

2.5.3 Zorgen als het scheppen en geven van ruimte waarin zich zorgen afspeelt

2.5.4 Zorgen als praktisch inrichten van de zorg- en bestuurspraktijken

2.5.5 Zorgen doe je niet alleen: samenwerken in een praktijk en tussen de zorg- en bestuurspraktijk

2.5.6 Zorgen als toetsen en reflecteren op eigen handelen in het beantwoorden op de vraag of er sprake is van goede zorg

2.5.7 Zorgen in het midden: scheppen van voorwaarden door de middenmanagers en team- of locatiemanagers

2.6 De leidende vraag en de deelvragen

In deze paragraaf formuleren wij de leidende vraag van ons onderzoek gevolgd door zeven deelvragen, die elk gebaseerd zijn op één van de zeven genoemde vormen van handelen.

2.2 Zorgen en organiseren als handelen

Tronto (1993) geeft een brede definitie van zorgen, namelijk: “Zorgen is een specifieke activiteit die alles omvat wat wij doen om onze wereld zo in stand te houden, te continueren en te herstellen opdat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven.” Zorgen is volgens haar een vorm van handelen, waarbij de meerwaarde niet alleen de ontvanger ten goede komt, maar ook de wereld, inclusief degene die zorgt. In Tronto’s visie is zorgen een handelingspraktijk, die gedeeld wordt met anderen en een eigen ontstaansgeschiedenis en sociale tradities kent. Ofschoon Tronto dispositie – in de vorm van een zorgzame houding – niet uitsluit, ligt in haar omschrijving het accent op zorgen als handelen. Ook Van Heijst (2005) onderschrijft deze opvatting van Tronto, echter – toegespitst op handelen in professionele zorgorganisaties – beschrijft zij twee typen van (zorg)handelen. Zij maakt daarbij gebruik van concepten van Böckle (1995) en Arendt (1958) om onderscheid te maken in ‘instrumenteel handelen’ – het doen van een verrichting op basis van standaarden en richtlijnen – en ‘interactief handelen’, dat Van Heijst omschrijft als het op elkaar aangewezen zijn van zorggever en -vrager, de ongewisheid die (hierdoor) ontstaat en waarbij zorggever en zorgvrager verschijnen zowel als unieke wezens, maar ook als gelijken – beiden zijn mensen. Die gelijkheid heeft implicaties voor de onderlinge betrekking, de uniekheid van elk individu en implicaties voor het zoeken naar de vraag van de ander. Wij komen op beide aspecten terug in de volgende paragrafen.

Van Heijst geeft voorbeelden hoe een vakkundig uitgevoerde verrichting goed samen kan gaan met interactief handelen, maar is niettemin van mening dat in het huidige tijdsgewricht de nadruk steeds meer is komen te vallen op instrumenteel handelen. Volgens haar wordt de zorgsector als een productie- en consumptieproces gerund, met uitsluiting van ongewisheid en met nadruk op doel-middelen rationaliteit, waarbij een dergelijke praktijk - in navolging van de ideeën hierover van Arendt en Böckle – totalitaire trekken krijgt. Totalitair volgens Van Heijst (2005, blz. 86), omdat ongewisheid en menselijke uniekheid in een fabrieksmatige aanpak zou moeten worden onderdrukt. Ontmenselijking van de zorg is volgens haar het gevolg als er geen ruimte meer is voor de cliënt als uniek persoon (ibidem, blz. 87).

Wij plaatsen bij Van Heijst’s opvatting twee opmerkingen. De eerste is dat het onderscheid tussen instrumenteel en interactief handelen ons kan helpen bij de vraag wat menswaardig zorgen is, maar dat deze tweedeling ook een tegenstelling oproept. Het volgende experiment geeft aan dat het hier niet om een tegenstelling hoeft te gaan. Ter illustratie: een groep oogartsen in opleiding werd verdeeld in twee groepen. De ene groep kreeg een cursus in het ‘kijken naar kunst’, de andere groep vormde een controlegroep. Na afloop bleek dat de oogartsen in opleiding die de cursus hadden gevolgd, beter keken naar de aandoening van de cliënt, minder uitgingen van vooraf bepaalde diagnoses en derhalve hun aanpak meer konden richten op de vraag (in de situatie) van de cliënt. Door het leren kijken lichtte de vraag (in de situatie) van deze unieke cliënt op. In feite gaat het hier dan juist om de combinatie van instrumenteel handelen (de goede diagnose stellen op basis van overeenkomsten tussen patiënten) en interactief handelen, in de vorm van goed waarnemen van deze unieke vraag van de patiënt. Kortom, een voorbeeld waarin instrumenteel en interactief handelen elkaar niet uitsluiten, maar juist aanvullen. Daarmee komen wij op de tweede opmerking. Van Heijst

(ibidem) legt sterk de nadruk op bedrijfseconomische motieven die ten grondslag zouden liggen aan het ‘instrumenteel handelen’. Uit dit voorbeeld blijkt dat scholing en – zoals wij later in ons onderzoek proberen aan te tonen – ook de organisatorische condities bepalend zijn welk type zorgen wordt bevorderd. Als Van Heijst stelt dat zorgen als moreel handelen niet samen kan gaan met zorgen als economisch handelen, vinden wij dat het juist de uitdaging van zorgorganisaties is om deze twee logica’s te combineren. Zorgen in ons perspectief is dan altijd een *combinatie* van instrumenteel en interactief handelen, waarbij de uitdaging ligt in het vinden van een zodanige combinatie of verhouding, dat menswaardig zorgen mogelijk wordt.

Wij willen deze twee typering van handelen – instrumenteel en interactief – verder uitwerken, gezien de implicaties hiervan voor ons onderzoek. De discussie begint bij Arendt (1994), die een onderscheid maakt tussen ‘arbeiden’, ‘maken’ (ποίησις of ποιησις) en ‘scheppend handelen’ (praxis of πραξις). ‘Maken’ krijgt volgens haar in ons huidig tijdsgewricht met zijn nadruk op doel-middel rationaliteit meer prioriteit dan ‘scheppend handelen’, interacteren met de unieke ander, waardoor de uitkomst ongewisheid kent. Tevens merkt zij op dat mensen zowel gelijk zijn – wij zijn allemaal onderworpen aan dezelfde wetmatigheden van ons fysieke bestaan – als uniek, verschillend. Böckle en Van Heijst werken het onderscheid tussen instrumenteel versus interactief handelen verder uit in die zin dat zij interactief handelen (gericht op ‘wie’) ‘menswaardiger’ – onze typering – vinden, dan instrumenteel handelen (gericht op ‘wat’). Ofschoon wij de intentie van Van Heijst en van Arendt begrijpen, gaan wij niet mee in deze hiërarchisering van handelen. Om een aantal redenen. Handelen kan immers alleen maar begrepen worden als het niet wordt losgemaakt van de situatie, waarin dit handelen zich afspeelt. Een tweede reden is dat instrumenteel handelen de afstemming op de (vraag van de) ander niet uitsluit. En hier ligt precies het kantelpunt: zodra het zorghandelen – van welk type ook – niet meer is afgestemd op de vraag van de cliënt in zijn situatie, dan wordt zorgen ‘on’menselijk. Instrumenteel handelen onttaardt in het halsstarrig vasthouden aan protocollen, interactief handelen wordt onecht en alleen voor de vorm. Het is juist in de combinatie dat menswaardig zorgen mogelijk wordt.

Terug naar Tronto. Zij geeft vier fasen aan in het zorgen: opmerken van de zorg (*caring about*), organiseren van zorg (*taking care off*), zorg bieden (*taking care for*) en ten slotte zorg ontvangen (*care receiving*). Stoopendaal (2008, blz. 16) maakt een verhelderend onderscheid door de eerste twee fasen – of lagen zoals Stoopendaal deze aanduidt – te beschouwen als voorwaardenscheppend en organiserend, uitgevoerd door het bestuur van de organisatie. Zij duidt dit als ‘zorgen dat’. De laatste twee lagen omvatten zorg geven in de concrete zorgrelatie aan cliënten, waarbij “verzorgenden en verpleegkundigen de handen uit de mouwen steken” en patiënten of cliënten die zorg ontvangen. Zij duidt dit als ‘zorgen voor’. En daarmee verschijnt, behalve de hiërarchie en het verschil in positie en beloning tussen medewerkers werkzaam in de zorgpraktijk en de bestuurders in hun bestuurspraktijk, ook de afstand tussen beiden. De taakverdeling tussen ‘zorgen voor’ (medewerkers) en ‘zorgen dat’ (bestuur) moet niet als absoluut worden opgevat. Zorgen voor je cliënt zonder de zorg op te merken lijkt ons lastig en ook bestuurders kunnen daadwerkelijk zorgen voor hun personeel door hun bestuurlijke handelen te verpersoonlijken. Een tweede opmerking is dat wij besturen en organiseren ook als handelen beschouwen (Nicolini, 2012) en als zodanig een (bestuurs)praktijk vormen. Deze opvatting sluit aan bij die auteurs zoals Crevani e.a. (2016), die leidinggeven beschouwen als een praktijk, waarin de nadruk niet valt op het optreden van de individuele leider, maar “Leadership, seen from this perspective, is co-constructed by actors in certain practices/practice; the ‘unit of analysis’ is thus not a single ‘unit’, but bundles of related actions or ‘the work of leadership’ as it takes form in patterns of action and

interaction” (ibidem, blz 31). Ten slotte een laatste opmerking. Van Heijst signaleert (2005, blz 76) dat de indeling van Tronto weinig zegt over de kwaliteit – of in onze woorden – menswaardigheid van zorgen. Kortom, ligt de nadruk bij Tronto op ‘wat’ medewerkers en bestuursleden doen, in ons onderzoek ligt het accent op ‘hoe’ deze actoren zorgen voor en zorgen dat, in de verhouding tussen instrumenteel en interactief handelen.

2.3 Zorgen voor en zorgen dat (organiseren) als handelingspraktijk: waarom doen mensen wat zij doen?

Nicolini (2012, blz 3 – 5) geeft in zijn beschrijving van de verschillende *practice theories* ook de kenmerken weer van een handelingspraktijk. Zo omvat elke praktijk activiteiten, werk en verrichtingen met als doel het scheppen en in stand houden van alle aspecten van de organisatie. Die activiteiten moeten worden opgevat als terugkerende handelingen, die zich op een bepaalde plaats, in een bepaalde tijd afspelen. Zo’n praktijk bestaat overigens niet alleen uit routinematige activiteiten, ook onregelmatigheden en incidenten moeten het hoofd worden geboden. Zo’n handelingspraktijk is bijvoorbeeld een zorgteam met een groep cliënten of een bestuurspraktijk, die in hun ‘zorgen dat’ handelen voorwaarden scheppen voor de zorgpraktijken. Verder is elke praktijk altijd relationeel, ingebed als ‘knoop’ in relatie tot andere praktijken waaruit de organisatie is opgebouwd.

Een tweede kenmerk is dat een handelingspraktijk niet alleen sociale activiteiten omvat, maar omvat ook de lichamen van de actoren – waarin het handelen wordt uitgedrukt – alsook de objecten en de inrichting. Dat wil zeggen: zorgen is zowel een sociale als een materiële praktijk. Deze materialiteit betreft niet alleen maar hulpmiddelen, maar zijn ook de dragers van het handelen (Latour, 2005, Reckwitz, 2002) en geven richting aan zorgen. Neem als voorbeeld een systeem van een elektronisch patiëntendossier, die als het ware sturend is op de (taal)handelingen van de medewerkers. Een derde kenmerk van een handelingspraktijk is – ook al valt de nadruk op handelen – dat er ruimte is voor *individual agency*. Zo is een “*homo practicus* conceived as a carrier of practices...[but] also carries out social practices” (Reckwitz, 2002, blz. 256). Eigen initiatief, creativiteit en eigen wijze van uitvoeren maken deel uit van zo’n handelingspraktijk. Echter, deze individuele handelingen kunnen niet los worden gezien van de praktijk waarin deze zich voordoen. Een vierde kenmerk van een handelingspraktijk is de rol van leren en kennis verwerven en overdragen. Kennis wordt opgevat als “a form of mastery that is expressed in the capacity to carry out a social and material activity” (Nicolini, 2008, blz. 5). Kennis is gedeeld, een set van praktische methoden door ervaring verworven, mede gedragen door artefacten en slechts gedeeltelijk geverbaliseerd. Nieuwelingen wordt geleerd hoe te handelen, hoe (en wat) te spreken, hoe te voelen, wat te verwachten en wat de zin is van zaken die zich afspelen in die specifieke zorgpraktijk. (Ibidem, blz 5). Ten slotte: “Practices put people (and things) in place, and give (or deny) people the power to do things” (Nicolini, blz. 6). Bijvoorbeeld, de positionering van een zorgpraktijk in relatie tot een handelingspraktijk van (para)medici reflecteert de machtspositie van beide praktijken (welke praktijk past zijn agenda en werkwijze aan de andere aan). Een ander voorbeeld is op welke wijze een bestuurspraktijk de middelen distribueert over de verschillende zorgpraktijken.

Omdat er geen sprake is van één vorm van *practice theory*, belichten wij twee invalshoeken, namelijk die van Schatzki (2005), waarin (vooral) mensen de dragers van praktijken zijn en waarin de ontwikkelgeschiedenis een rol speelt om een praktijk te kunnen begrijpen. De andere invalshoek is die van Latour (2005) met zijn nadruk op de rol van objecten als dragers

van handelen en zijn opvattingen over de wijze waarop praktijken met elkaar in verhouding staan en elkaar beïnvloeden. Schatzki gebruikt als kenmerk voor een handelingspraktijk de term *action intelligibility*, een handelingsbegrijpen of handelingsbewustzijn. Als voorbeeld een verzorgende die een slaapkamer (in een zorginstelling) binnenstapt en een van de cliënten helpt bij het opstaan, wassen en aankleden. De verzorgende denkt niet over elke handeling na (tenzij het een beginner is) maar voert samen met de cliënt en eventuele collega's, het bed en andere hulpmiddelen een reeks handelingen uit die leiden tot het wassen en aankleden van de cliënt. Zorgen gebeurt *preconscious*, waarin de situatie, de cliënt, de hulpmiddelen, zin geven aan dit handelen. In de visie van Schatzki wordt het handelen tot een handelingspraktijk gemaakt door vier mechanismen die het handelen tot onderlinge samenhang brengen. De eerste is dat de actoren in een handelingspraktijk handelen vanuit een 'praktisch begrijpen' van de situatie. Als de ene verzorgende aan de andere vraagt: "wil jij de medicatie geven aan de heer X?" dan begrijpt de ander het handelen dat van hem of haar wordt gevraagd. Voorwaarde is wel dat beiden de situatie op dezelfde manier begrijpen, dat wil zeggen er dezelfde betekenis aan geven en dat de ander competent is dit handelen uit te voeren. Een tweede verbindende schakel in het handelen, zijn regels en voorschriften. Protocollen, richtlijnen, veiligheidsvoorschriften zijn voorbeelden van dergelijke regels, die het handelen van de actoren in de handelingspraktijk sturen en samenhang geven. Een voorbeeld is het opstellen en gebruik van een zorgplan, dat leidt tot een reeks van handelen, die onderling samenhangen door de afspraken ten aanzien van het invullen en gebruiken van het zorgplan. Een derde verbinder is wat Schatzki noemt de *teleo-affective structure* – een wat ongelukkige term, omdat het woord *structure* geen recht doet aan het procesmatig karakter van een handelingspraktijk. Schatzki bedoelt dat handelen in een praktijk samenhangt door het nastreven van gemeenschappelijke doelen. Dit nastreven leidt niet alleen tot normatief inkleuren welk handelen al dan niet wordt geacht bij te dragen aan het bereiken van deze doelen, maar leidt ook tot positieve (of negatieve) gevoelens bij de actoren bij het (niet) realiseren van die doelen of het (niet) uitvoeren van die activiteiten. Als een bestuurspraktijk bijvoorbeeld als doel stelt dat zorgverleners regelmatig met cliënten en hun familie de zorg evalueren, dan geeft deze doelstelling richting en samenhang aan het handelen in de bestuurspraktijk, richting de zorgpraktijken, hun oordelen (hoe het zou moeten) en hun stemming bij het al dan niet bereiken van de resultaten. Een laatste verbindend mechanisme is een 'reeks van algemeen begrijpen' (*a set of general understandings*). Bijvoorbeeld het werken en verblijven in een zorginstelling geeft zin aan handelen dat buiten zo'n situatie de logica hiervoor zal missen. Het 'binnenstappen in de slaapkamer van een zorginstelling' in het bovenstaande voorbeeld heeft een andere set van algemeen handelingsbegrijpen dan wanneer je de slaapkamer van je geliefde binnenwandelt. In later werk voegde Schatzki (2006) ook nog een tijdsdimensie aan zijn opvattingen over handelingspraktijken toe. Je kunt – volgens Schatzki – een handelingspraktijk niet begrijpen zonder rekening te houden met zijn historie. In zijn woorden: "Fully understanding the real time in which an organization occurs requires grasping this nexus of pasts and futures." (Schatzki, 2006 blz. 172) Terecht wijst Nicolini (2005) op de methodologische gevolgen die een dergelijke opvatting heeft voor onderzoek in / naar handelingspraktijken. Dat is een van de redenen om ons onderzoek een longitudinaal karakter te geven (zie verder hoofdstuk drie).

Latour (2005) die zijn opvattingen in zijn actor-netwerk-theorie (ANT) bundelt, legt meer de nadruk op de rol van objecten. Deze zijn niet alleen dragers van handelingen, maar lokken ook handelingen uit. Objecten geven verder continuïteit (*durability*) aan de interactie tussen de actoren, die door haar sociale aard vluchtig van karakter is. De nadruk op deze materialiteit weerspiegelt zich ook in zijn opvatting over de relatie tussen handelingspraktijken. Elke praktijk heeft zijn eigen (fysieke) ruimte, en 'myotopisch' onderzoek – als een mier (ANT)

zoekend naar elk snippertje verbinding – moet opleveren door welke vehikels effecten van de ene naar de andere praktijk worden overgedragen. Een daarvan omschrijft Latour als *localizer* (2005, blz. 194). Als voorbeeld een ontworpen en ingerichte ruimte van een zorgpraktijk – ontworpen door anderen op een bepaalde plaats, in een bepaalde tijd – die als het ware het handelen van de zorggevers en cliënten in die ruimte stuurt. Een ander vehikel is wat Latour noemt *plug-ins*, een term ontleend aan software van webbrowsers, die bepaalde content zichtbaar en leesbaar maakt. Deze plug-ins geven de actoren een handvat om de situatie te interpreteren. Kijkend naar een zorgpraktijk zijn dat bijvoorbeeld objecten, documenten, symbolen, kleuren van uniformen van verschillende beroepsbeoefenaren en hulpmiddelen bij het interpreteren van de situatie. Een andere verbindingsschakel zijn *forms* (blz. 223), dragers van informatie tussen praktijken. Een voorbeeld van zo'n *form* zijn standaarden, bijvoorbeeld welk zorgen aan de standaard van de zorginstelling beantwoordt.

Stoopendaal (2008), geïnspireerd door Latour, laat in haar onderzoek zien hoe de invloed van het bestuur op de diverse zorglocaties gestalte krijgt en hoe de afstand tussen bestuurs- en zorgpraktijk daarin wordt overbrugd. Zij noemt vier vormen: de eerste bestaat uit 'extensies', managers en staffunctionarissen die als gezanten tussen de bestuurspraktijk en de diverse locaties reizen en zorgdragen dat bijvoorbeeld informatie en werkwijzen stabiel en betrouwbaar blijven. De tweede uit 'intermediairs' een soort vertalers die de (taal)werelden van 'besturen' en 'zorgen' verbinden (vaak een rol van de middenmanagers). De derde uit 'ontmoetingsplaatsen' zoals scholingen en projecten. Ten slotte bestaat de laatste uit 'begrenzungen' zoals bijvoorbeeld het afgrenzen (respecteren en bewaken) van de eigen regieruimte, de verdeling en afgrenzing van bevoegdheden.

Samenvattend hebben we het begrip zorgen als handelingspraktijk uitgewerkt aan de hand van de bestaande *practice theories*. Zorgen als handelen betekent een door en door procesmatig benaderen van zorgen alsook een dynamisch, repeterend, cyclisch, relationeel, materieel en doelgericht proces (van handelen), samenhangend gebundeld in een zorg- en bestuurspraktijk. Wanneer levert nu een praktijk menswaardig zorgen op?

2.4 Wat maakt zorgen menswaardig?

“Waardigheid manifesteert zich, impliciet, in die kleine beslissingen, in de dagelijkse handelingen. Ze is wat dat betreft continu op de achtergrond aanwezig. Dit verklaart ook waarom het ongemakkelijk voelt als we ons in haar verdiepen. We tillen haar uit haar dagelijkse aanwezigheid en plaatsen haar in het felle licht van de analyse. Daardoor krijgt ze iets complex en moeilijks. (...) Wellicht is waardigheid iets dat zo ten grondslag ligt aan ons handelen dat het iets alledaags is geworden. Niet in de betekenis van banaal, maar in de betekenis van niet spectaculair. (...) Wanneer we over een onderwerp als de zorg spreken (we erover spreken...), dan hebben we de neiging ons te richten op het spectaculaire en niet op het alledaagse. We hebben de neiging om over voorbeelden na te denken die we doorgaans niet tegenkomen in de dagelijkse praktijk en die daardoor ingewikkeld zijn. Ook omdat het vaak extreme voorbeelden zijn. De discussies in de zorg gaan vaak over euthanasie, over extreme voorbeelden van verwaarlozing, of over gebrek aan zorg. Dat zijn ook ernstige zaken, die ik geenszins wil bagatelliseren. Maar ze ontnemen het zicht op de dagelijkse praktijk, waarin vaak op zeer korte momenten beslissingen worden genomen die getuigen van zorg, aandacht, respect en waardigheid – gewoon omdat ze vanuit een dergelijke houding worden genomen (spreken vanuit...). Uiteindelijk spreekt

waardigheid uit het aanbieden van een kop koffie. Daar hoeft geen enkele rechtspraak aan te pas te komen, noch een beleidsnotitie met ethische commissies of vertrouwenspersonen. Die koffie hebben we aangeboden voor we er erg in hebben.” (Hendriks & Kaulingfreks, 2011, blz. 72)

In de analyse die bovenstaande auteurs geven van het concept menswaardigheid wordt duidelijk dat zodra wij dit begrip proberen te analyseren (‘spreken over’) wij in een complexe en lastige situatie belanden, een analyse die door meerdere auteurs (o.a. Baart, 2018) wordt gedeeld. Zodra wij menswaardig handelen benaderen vanuit de handelingssituatie zelf (‘spreken vanuit’ zoals de auteurs dat noemen) dan valt haar alledaagsheid op, het verschijnen in ogenschijnlijk triviale zaken en bovenal het ‘doen’ van menswaardig zorgen zonder dat daar ethische overwegingen aan vooraf zijn gegaan. Ook Bal e.a. (2018) stellen dat “inherent aan de opvatting dat zorgen handelen is, wordt ook de kwaliteit van zorgen zichtbaar in dit handelen. Kwaliteit is een kwestie van doen dat bij conceptualiseren dingmatige trekken krijgt die vragen om nadere toelichting op de attributen van dit begrip.” Kortom, het antwoord op de vraag wat menswaardig zorgen is, is vanwege het situatieve en procesmatige karakter niet in algemene termen vast te leggen.

Veel auteurs (zoals Reinders, 2018) beschrijven eveneens het experiëntele en performatieve karakter van ‘goed’ zorgen als het resultaat van een verhouding (Slaets, 2017) tussen narratief (interactief of relationeel) handelen zoals aandachtsvol afstemmen op de vraag versus normatief (instrumenteel) handelen zoals het inrichten van een materiële, normatief bepaalde context. Hoe simpel menswaardig zorgen lijkt te zijn (doordat deze in kleine, alledaags handelen verschijnt), het proces om menswaardig zorgen mogelijk te maken is complex, ingebed in een samenhangende keten van handelingen in en tussen praktijken. Als één van de elementen in die keten niet deugt, kan een alledaagse handeling prompt mensonwaardig worden. Hoe lastig het is om zelfs de kwaliteit van een fysiek object te bepalen, laten Heuts & Mol (2013) zien als zij het telen van een goede tomaat beschrijven – de auteurs hebben de analogie van goede zorg voor ogen – en laten zien hoe de kwaliteit van een tomaat afhangt van een samenspel van diverse actoren en materialiteiten.

Kun je naar analogie van een fysiek object als een tomaat ook menswaardig zorgen classificeren in meer of minder menswaardig, is er verschil tussen mensonwaardig en mensonwaardig? In andere woorden kan mensonwaardig soms meer een esthetisch dan ethisch fenomeen zijn? Pols (2013) doet een poging om een onderscheid te maken tussen deze twee waarden. Zo onderscheidt zij schending van humanitaire waarden die juridische gevolgen kunnen hebben, zoals bijvoorbeeld mishandeling, versus inbreuken op de zogenaamde *dignitas* – de waardigheid – van de cliënt, zoals bijvoorbeeld gebrek aan respect voor de leefstijl van een cliënt. Een van haar conclusies is dat “humanitas and dignitas together give dignity its fundamental meaning” (ibidem, blz. 127). Zij zijn niet van elkaar los te koppelen en apart te wegen. Ook andere auteurs wijzen het idee van een weging van mensonwaardig handelen af (Baart 2018, Levinas in: Key, 2006). Volgens hen kun je niet een beetje (meer of minder) onethisch zijn.

Samenvattend heeft het concept ‘mens(on)waardig zorgen’ een connotatie van dramatische incidenten, waardoor de aandacht wordt afgeleid van het feit dat menswaardig zorgen veelal verschijnt in een repeterende cyclus van alledaagse zorghandelingen, vaak simpel in haar verschijning, maar afhankelijk van een samenspel van verschillende handelingen, die de voorwaarden scheppen om menswaardig zorgen op continue basis mogelijk te maken. In de volgende paragraaf werken wij zeven specifieke vormen van handelen uit, die volgens onderzoek samenhangen met menswaardig (kunnen) zorgen.

2.5 Specifieke vormen van handelen in (en tussen) de zorg- en bestuurspraktijken.

Hieronder werken wij een zevental vormen van handelen uit, die een relatie hebben met het mogelijk maken van menswaardig zorgen. Ofschoon wij deze vormen conceptueel onderscheiden, zijn deze in de handelingspraktijk vervlochten en op een hybride manier samenhangend. Hybride, omdat vormen van handelen parallel kunnen voorkomen of soms serieel; oorzaak en gevolg wisselen soms stuivertje. Zo zou je ‘zoeken naar de vraag’ (zie 2.5.1) als begin van een zorgproces kunnen aanmerken, ware het niet dat bijvoorbeeld gebrek aan samenwerken (zie 2.5.5.) het zoeken naar de vraag kan belemmeren vanwege gebrek aan afstemming binnen het zorgteam en derhalve een voorwaarde schept om op duurzame wijze het zoeken naar de vraag mogelijk te maken. Het onderscheid is dan ook vooral bedoeld als een heuristiek die ons kan helpen bij het analyseren van de praktijken die wij gaan onderzoeken.

2.5.1 Zorgen als zoeken naar de vraag in de situatie

Volgens Tronto (1993) begint zorgen met het opmerken van de zorg (*caring about*). Volgens van Widdershoven (2003), is Tronto's conceptualisering van zorg nadrukkelijk intersubjectief. “Zorgen is een proces van antwoord geven op de vraag van de ander. Dit impliceert dat men die vraag onderkent (aandacht), zich aangesproken voelt (verantwoordelijkheid), met de vraag weet om te gaan (competentie) en in het antwoord geven beseft dat het niet om eenrichtingsverkeer gaat, maar om een gezamenlijke onderneming (responsiviteit van de ander).” (blz. 24). Het gaat hierbij niet alleen om een serieel proces met een scherpomlijnde aanvang, zoals bij het stellen van een diagnose of bepalen van de zorgvraag, waarna volgens geldende richtlijnen *evidence based* verrichtingen worden gedaan. Behalve dit instrumentele aspect betekent het zoeken naar de vraag (ook) een zich herhalend en cyclisch proces, dat Levinas omschrijft als het ethisch geraakt worden door de vraag – het appèl – van de ander. Dit geraakt worden – want “the other is never first encountered cognitively” (Van der Ven, 2006, blz 186) – vindt altijd plaats in de nabijheid, in de situatie. Overigens hoeft dat appèl niet altijd dramatische vormen aan te nemen, het kan een ‘simpele’ behoefte zijn aan aandacht en gezien te worden. Bijvoorbeeld een verzorgende die in de hectiek van het zorgen op spitsuren, met een gemeend gebaar of woord nog even laat merken dat deze de cliënt als mens ‘ziet’. In dit ogenschijnlijk kleine gebeurtenis verschijnt menswaardig zorgen.

Maar behalve aandachtsvol afstemmen (Pols, 2012), om niet alleen naar technisch-somatische aspecten (Klaver, 2016) de aandacht te richten, vraagt het zoeken naar de vraag ook het ‘lezen’ van cliënten (Van der Plaats, 1994) die in hun communicatie zijn beperkt; denk bijvoorbeeld aan psychogeriatrische cliënten met vormen van dementie. Dit interpreteren van de vraag vereist niet alleen deskundigheid en competentie, maar ook regelmatige interactie – het leggen van een relatie (zie 2.5.2.) – tussen zorgverlener en zorgvrager. Ontbreekt dit interactieve of relationele aspect dan is volgens Baart (2018) de kans op een mismatch groot, waarbij de zorgdoelen worden gehaald, maar geen antwoord wordt gegeven op de vraag van de cliënt.

Levinas noemt een drietal omstandigheden waarin de een niet de vraag van de ander kan beantwoorden. a. Onmacht – het niet kunnen ingaan op het appèl, bijvoorbeeld omdat men de competentie denkt te missen. b. Complexiteit – te veel vragen tegelijkertijd in eenzelfde situatie, c. Egoïsme of eigen belang – het niet willen ingaan op de vraag van de ander. Juist in die situaties – het niet meer geraakt kunnen of willen worden door de ander – verdwijnt de

menselijkheid (Keij, 2006). Levinas heeft met zijn filosofie niet specifiek de wereld van organisaties op het oog; de drie omstandigheden zijn echter vertaalbaar naar zorgpraktijken die kampen met onderbezetting, onveilig werkklimaat of in situaties waar medewerkers zich vastklampen aan hun taken (zie bijvoorbeeld het onderzoek van Heerings, 2022), voorbeelden van omstandigheden die het zoeken naar de vraag belemmeren. De oorzaken van bovenstaande omstandigheden liggen niet uitsluitend in de zorgpraktijken, maar zijn mede afhankelijk van de wijze waarop de bestuurspraktijk voorwaarden schept om de instrumentele aspecten van het zoeken maar de vraag niet te laten domineren over het aandachtsvol te kunnen interacteren met de cliënt.

Wij denken dat het scheppen van voorwaarden door de bestuurspraktijk om het zoeken naar de vraag ook interactief mogelijk te maken mede afhangt van de wijze waarop het bestuur zelf bereid is in gesprek te gaan met medewerkers vanuit (het zoeken naar) de vraag of de inrichting van de organisatie aansluit bij de behoeften van medewerkers en cliënten. Steun voor die vooronderstelling vinden wij bij Stoopendaal (2008) die in haar onderzoek laat zien hoe zorgbestuurders hun schaarse tijd (en aandacht) proberen te prioriteren, waarbij opvalt dat deze besturen tijd willen investeren in het direct contact met de werkvloer. Op basis van een *practice-based* onderzoek naar de wijze waarop bestuurders (CEOs) van zorgorganisaties hun aandacht organiseren (Nicolini e.a., 2021) is een van de conclusies: “ (...) [T]o address the challenge of variety, the CEOs had to manage the allocation of their attention actively, by weeding out certain issues depending on their nature, determining appropriate action, and clearing their desks of other issues to allow prioritization of what they were most concerned about.” (blz. 1294). Allocatie van tijd, evenals geld een schaars goed, zal derhalve samenhangen met de keuze die het bestuur maakt tussen de verschillende tegenstrijdige waarden zoals tussen controle en beheer versus vrijheid en eigen verantwoordelijkheid.

Samenvattend is één van onze onderzoeksvragen (in de volgende paragraaf komen wij op de leidende vraag en de deelvragen terug) hoe zorgpraktijken in het complexe veld van zoeken naar de vraag van de cliënt in diens situatie een verhouding vinden tussen het instrumentele en interactieve aspect. Zo is het stellen van een diagnose of het bepalen van de zorgvraag enerzijds instrumenteel van aard waarbij de vraag van de cliënt wordt geobjectiveerd om deze vraag te kunnen classificeren, anderzijds interactief van aard om de vraag te kunnen subjectiveren om deze in verband te brengen met de unieke leefsituatie en achtergrond van de cliënt. In het vinden van een verhouding tussen deze twee, niet te scheiden handelingen, verschijnt de mogelijkheid van menswaardig zorgen als deze (combinatie) is afgestemd op de vraag van de cliënt in diens situatie. Bij het vinden van deze verhouding speelt ook de bestuurspraktijk een rol, bijvoorbeeld door de wijze waarop zij met vragen van de zorgpraktijken omgaan en welke daarin de verhouding is tussen instrumenteel (afstand, via de lijn en geldende procedures) en interactief (in wisselwerking en samenspraak) sturen.

2.5.2 Zorgen als betrekking

Zorgen vindt plaats in een betrekking tussen zorggever en zorgvrager. Zorgen begint met het aangaan van een relatie tussen zorgverlener en zorgvrager, dit vraagt tijd en nabijheid (Stoopendaal, 2008, blz. 16). In de woorden van Van Heijst (2005, blz. 66): “Zorgen is (...) een op unieke mensen afgestemde betrekking, waarbij de zorgdrager [de zorggever] ook afstemt op zichzelf.” Om die laatste woorden toe te lichten grijpt zij onder andere terug op het werk van Arendt die stelt dat het onvermijdelijk is dat mensen zich onthullen als subject (uniek persoon) ook al is hun handelen volledig gericht op een materieel object. “In het zorggeven [en -ontvangen] laat iemand veel zien ‘wie’ die is.” (Van Heijst, ibidem, blz. 101). In die relatie verschijnt ook het netwerk, waar zorggever en -vrager deel van uitmaken (denk

aan collega's, familie) en het menselijk lichaam van beiden. "Zorgen voor iemands lichaam en spullen (...) is een weg waarlangs een positieve dan wel negatieve zorgbetrekking in het leven wordt geroepen" (blz. 103). Negatieve zorgbetrekking? Van Heijst geeft aan dat splitsen van de zorg van het lichaam in verschillende deeltaken een nadelig effect heeft op de zorgbetrekking. Wij komen op het aspect van taakdifferentiatie later terug.

De (zorg)relatie is inherent asymmetrisch, ongelijk (Levinas, in Key, 2006). De cliënt is zorgbehoefstig, afhankelijk en mist de kennis, ervaring en middelen van de zorgverlener. Opvattingen als 'eigen regie', 'behandelovereenkomst' gaan volgens Schnabl (2004) uit van een transactionele voorstelling van de cliënt en zijn situatie die negeert – in haar woorden *Asymmetrievergessenheit* – dat de betrekking tussen zorgverlener en zorgvrager asymmetrisch is. Dat neemt niet weg dat ondanks deze ongelijkheid er machtsdynamiek en interactie bestaat, waarin volgens Schnabl zorgverleners streven naar versterking van de positie van de cliënt (geciteerd uit Van Heijst, 2005, blz. 227). Die opvatting delen wij, in die zin dat het streven naar symmetrie in de relatie een onderdeel is van 'interactief handelen' en daarmee de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager vermenselijkt – om de woorden van Van Heijst te herhalen. Dit symmetriseren is ook noodzakelijk om tot samenwerken met de cliënt te komen. Ahaus (2020) beschrijft dit samenwerken als een proces van co-creatie, partnerschap, zij het dat zijn focus meer ligt op de spreekkamer van de specialist in relatie tot een veelal wat jongere en mondigere cliënt.

Ook de bestuurspraktijk heeft een inherent asymmetrische relatie met de zorgpraktijken, afgeleid van hun statutaire en hiërarchische positie in de organisatie. In dat verband willen wij de opvattingen van Argyris (1974) noemen die deze asymmetrische relatie tussen leidinggevend en medewerkers heeft beschreven. Zo'n asymmetrische relatie – die hij overigens unilateraal noemde – belemmert het samenwerken, het leren van fouten en het vermogen tot innoveren, zeker in complexe situaties waarin samenwerken noodzakelijk is om tot niet voor de hand liggende oplossingen te komen. Dit vraagt van de bestuurspraktijk het vermogen tot interactief handelen met de zorgpraktijken, waarin geluisterd wordt naar de ideeën en suggesties van medewerkers. (Ardon, 2009)

Samenvattend: zowel in de zorgpraktijk – in de relatie tussen cliënt en zorgverlener – als in de relatie tussen zorgpraktijken en bestuur(spraktijk) is er sprake van asymmetrie, die voortvloeit uit verschillen in macht, kennis en afhankelijkheid. Onze hypothese is dat in die zorginstellingen waarin de actoren uit de verschillende praktijken zich bewust zijn van dit verschil en door interactief handelen dit verschil proberen te verkleinen (symmetriseren), beter in staat zijn menswaardig zorgen te organiseren.

2.5.3 De ruimtelijke aspecten van zorgen: ruimte krijgen en ruimte geven

Zorgen als een handelingspraktijk speelt zich af in de tijd en in een ruimte – *open ended, spatial-temporal manifolds of actions* (Schatzki, 2005, blz. 471). Het begrip ruimte heeft velerlei betekenissen, waarvan een tweetal voor ons onderzoek relevant zijn. De eerste is de fysieke ruimte, zoals de leefruimte van een cliënt, de (fysieke) behuizing van de zorgpraktijk – waar cliënten en verzorgenden elkaar ontmoeten – en de fysieke locatie van de bestuurspraktijk. De tweede betekenis is de regel- of organisatorische ruimte, bijvoorbeeld de eigen beslisruimte van een zorgmedewerker om in te spelen op de vraag van de cliënt of de ruimte die de cliënt krijgt om invulling te geven aan diens eigen leven. Die twee betekenissen werken we hieronder uit vanuit zowel het perspectief van de zorgpraktijk als de bestuurspraktijk.

Ruimte – fysiek en sociaal – is niet alleen openend in de zin van de handelingen die een ruimte mogelijk maakt, maar een ruimte is ook afgrenzend, kaderend en beperkend. Levinas (Keij, 2006) noemt dit de ambiguïteit van de ruimte, die zowel open als gesloten kan zijn, vrijheid gevend maar ook opvorderend. Die ambivalentie hangt mede af van de wijze waarop de ruimte in de handelingspraktijk is ingebed. Kan in de ene zorgpraktijk de privacy van de cliënt gewaarborgd zijn door te kloppen op de deur of de deur niet onnodig open te laten staan; in een andere zorgpraktijk kunnen op basis van functionele overwegingen – bijvoorbeeld een oogje in het zeil houden op de veiligheid van de cliënt – de deur open blijven staan juist goede zorg zijn. Overigens blijkt uit dit voorbeeld de ambiguïteit van de ruimte: een gesloten kamerdeur kan bij sommige cliënten een gevoel van isolement en onveiligheid opleveren; bij de ander juist een gevoel van geborgenheid en autonomie. Dit voorbeeld laat zien dat de fysieke ruimte van een cliënt een ‘drager’ is van het handelen in de zorgpraktijk.

In de literatuur bestaat evidentie dat het kunnen beschikken over een eigen (fysieke) ruimte stress reducerend werkt, het gevoel van zelfsturing vergroot en de mogelijkheid geeft je eigen identiteit uit te drukken door de inrichting van die ruimte (College Bouw Zorginstellingen, 2008). Wij denken op basis hiervan dat het hebben van zo’n eigen ruimte een belangrijke voorwaarde is voor menswaardig zorgen, nogmaals mits ingebed in het handelen. Tegelijkertijd heeft de architectuur van die ruimten ook invloed op het handelen van de zorgmedewerkers. Zo’n ruimte fungeert – in de woorden van Latour (2007) – als *localizer*: een ruimte (ooit) uitgedacht en geconstrueerd onder regie van de bestuurspraktijk; een ontworpen ruimte die het handelen van cliënten en medewerkers mede beïnvloedt als het gaat om de verhouding van instrumenteel en interactief zorgen. Daarmee komen wij als het gaat om de fysieke ruimte op de rol van de bestuurspraktijk. De architectuur van de gebouwen van de zorginstelling zijn een vertaling van de zorgopvattingen van het bestuur, uiteraard binnen de kaders van de bouwvoorschriften. Gezien de levensduur van vastgoed gaat het soms om in steen gegoten opvattingen van een vorige generatie bestuurders. De vraag is dan hoe het huidige bestuur haar sturende opvattingen vertaalt in de gegeven bouwkundige omgeving van de zorgpraktijken om zo deze te faciliteren in het concretiseren in alledaags handelen van de kernwaarden van de organisatie.

De tweede betekenis van ruimte is van de regelruimte, vrijheid en eigen verantwoordelijkheid die de bestuurspraktijk geeft aan de medewerkers en cliënten in de zorgpraktijk. Bal e.a. (2018): “Professionals moeten de ruimte krijgen voor de zorg die zij willen leveren en om een vorm van verantwoording te gebruiken die past bij hun praktijk.” Zij doelen daarmee op zorgmedewerkers die hun ruimte oprekken om beter op de vraag van de cliënt in te kunnen spelen. Het geven van ruimte is een dynamisch, repetitief proces dat zich manifesteert in verschillende vormen van handelen van de bestuursleden: het geven van voorbeeldgedrag, aanmoedigen en bekrachtigen van eigen initiatief, het expliciet maken van opvattingen over dit thema, consistent handelen ook indien fouten worden gemaakt. Deze ruimte gevende handelingen vragen echter wel een interactieve relatie tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijken, waarin de bestuurspraktijk hun hiërarchische, lees asymmetrische, relatie actief symmetreren door het verkleinen van de afstand, en het bevorderen van tweerichtingscommunicatie om op die manier vertrouwen op te bouwen.

Samenvattend is het begrip ‘ruimte’ in tweeledige zin aan de orde geweest. Ruimte als in fysieke zin waarbij wij de onderzoeksvraag stellen dat of het kunnen beschikken over een eigen ruimte bijdraagt aan menswaardig zorgen. Verder is ruimte als regelruimte voor verzorgenden aan de orde geweest, waarbij wij de vraag formuleren of verzorgenden die ruimte ervaren in hun professioneel handelen, beter in staat zijn de kernwaarden in handelen

te vertalen. Verder hebben wij opgemerkt dat het begrip ruimte ambigu is: hij kan te groot of te klein worden ervaren, beschermend of isolerend. Ruimte kan dan ook niet los worden gezien van de handelingspraktijken en hoe daar zowel door de zorg- als de bestuurspraktijk mee om wordt gegaan.

2.5.4 Zorgen als praktisch organiseren

Nicolini (2012) spreekt over een *sociomaterial arrangement* in praktijken, de combinatie van menselijk handelen en objecten, die het mogelijk maken dat de praktijk haar taken kan (blijven) uitvoeren. Praktisch organiseren en inrichten is in onze opvatting de wijze waarop de zorgorganisatie zo'n arrangement mogelijk maakt. Om zorgen en besturen als handelen mogelijk te maken is er behoefte aan instrumenten, hulpmiddelen, ICT-systemen, artefacten. Latour (2007) heeft een uitgesproken standpunt over de rol van deze objecten. Voor hem is menselijk handelen niet een kwestie van menselijke interactie alleen, maar een kwestie van interactie tussen mensen en dingen. Deze artefacten geven volgens hem continuïteit aan het handelen.

Maar het gaat niet alleen om continuïteit zodat daarmee 'de basis op orde' kan blijven (Baart, 2018), maar ook of er organisatorische voorwaarden worden gecreëerd om bijvoorbeeld het zoeken naar de vraag mogelijk te maken en ook het proces van relatievorming tussen medewerkers en cliënten te bevorderen. Verschillende onderzoekers (zie bijvoorbeeld Ahaus 2020) wijzen op de samenhang tussen wijzen van (praktisch) organiseren en de invloed op de kwaliteit van zorgen. Hoe die samenhang verschijnt blijkt uit de volgende observatie, die Van der Plaats (1994) geeft in haar onderzoek naar de zorg in verpleeghuizen:

“Mevrouw A. loopt, in ons spitsuur, over de gangen van de verpleegafdeling. Zij klampt iedereen aan. Zij weet niet waar ze is en wat zij moet doen. Veel tijd om haar gerust te stellen is er niet. Mevrouw A. wordt steeds angstiger en daarom wil ze naar huis, naar moeder. De chaos in haar hoofd verdwijnt door deze gedachte en ze loopt naar de uitgang. Daar wordt ze tegen gehouden. Mevr. A. begint te vechten. Op dat moment zien we veel ziekteverschijnselen (in de vorm van gedragsproblemen) bij mevrouw A. en zij lijkt flink dement. Een half uur later zien we mevrouw A. bij de activiteitenbegeleiding zitten. Ze is nu rustig en zit gezellig te praten. We zien nu nauwelijks ziekteverschijnselen bij haar. Als wij haar nu voor de eerste keer zouden zien, dan zouden wij haar licht dement inschatten. Maar het is dezelfde persoon die een half uur geleden nog zo zwaar dement leek.”

De auteur wil aan de hand van dit anekdotisch voorbeeld duidelijk maken hoe de invloed van een hectisch organisatorisch moment van invloed is op de situatie van de cliënt. Tegelijk roept het vragen op die wij als illustratie van ons punt willen gebruiken: Hoe is het dienstrooster georganiseerd in die praktijk op dat moment? Hoe wordt er met invallers bij ziekteverzuim omgegaan (eigen kweek of onbekende uitzendkrachten)? Is er sprake van taakdifferentiatie waardoor noodzaak van coördinatie groter worden? Zijn de systemen (medicatie, rapportage enzovoort) ondersteunend of belemmerend in deze situatie? Worden er voldoende financiële middelen beschikbaar gesteld om met deze pieken in het zorgen om te gaan? Is de inrichting van de ruimten waarin zich deze hectiek afspeelt ondersteunend of belemmerend? Kunnen er ook nog verschillende onzichtbare *materialities* (Creeve e.a., 2019) een rol spelen, die invloed hebben op het verloop van het zorgproces? Deze vragen laten zien dat de inrichting van een zorgpraktijk verschillende sociale en materiële elementen bevat, die in hun onderlinge samenhang invloed hebben op de wijze waarop zorgverleners acteren in bepaalde situaties en effect hebben op de kwaliteit van zorgen.

Voortbouwend op het voorbeeld gaat het hierbij dus niet alleen om ‘de basis op orde’, maar ook over de wijze waarop de zorgorganisatie menswaardig zorgen in vormen van organiseren en inrichten vertaalt. Beide aspecten komen bijvoorbeeld in het proces van roosterplannen naar voren. Niet alleen omdat het resultaat in belangrijke mate bijdraagt aan de continuïteit van zorgen, maar ook omdat in dit proces zichtbaar wordt hoe verschillende, soms tegenstrijdige belangen worden afgewogen: personele belangen (het verdelen van minder aantrekkelijke diensten, wie werkt met wie), organisatorische belangen (verdelen van middelen vertaald in bezetting en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel) en natuurlijk belangen van de cliënten, die graag dezelfde gezichten willen zien en ook verzekerd willen zijn van voldoende zorg op ‘daluren’ (avond, nacht, weekend). Opvallend is dat wij in de onderzoeksliteratuur weinig onderzoeksresultaten hebben kunnen vinden die de relatie tussen *workforce management* en de gevolgen voor de kwaliteit van zorgen belichten. Ook Baart (2018) gaat in zijn uitgebreid overzicht van factoren, die invloed kunnen hebben op de kwaliteit, hier niet op in.

Een ander aspect waarop wij willen inzoomen is de inrichting van de ruimten. Veel zorginstellingen voor langdurige zorg (care) spreken over ‘bewoners’ en ‘wonen’. Verschillende onderzoeken (Kamphof en Hendriks, 2020, blz 286) wijzen op het belang van de fysieke omgeving in relatie tot het kunnen koesteren van de eigen identiteit. Maar hoe worden nu kernwaarden als ‘wonen’ vertaald in de praktische inrichting van de zorginstelling? Verder spelen in de afgrenzing van de private ruimte voor de cliënt en de publieke ruimte van de instelling tegenstrijdige waarden, zoals de spanning tussen privacy en eigen beheer over de ruimte versus toezicht op hygiëne en veiligheid. In deze spanning wordt de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen zichtbaar.

Samenvattend geven wij de vraag hoe praktisch organiseren menswaardig zorgen kan bevorderen handen en voeten door naar twee onderdelen van organiseren te kijken: het proces van het *workforce management* en het inrichten en afgrenzen van de ruimten. Niet alleen omdat daarin de verschillende belangen of waarden zichtbaar worden, maar ook omdat de relatie tussen zorgpraktijk en bestuurspraktijk hier zal oplichten.

2.5.5 Samen zorgen: samenwerken en werken in teamverband

In instellingen voor langdurige zorg bestaat de *community* (zie onder) in een zorgpraktijk uit een min of meer vaste groep of team van zorgmedewerkers vaak onder leiding van een (team)leider. Verschillende onderzoeken (onder andere Rosen e.a. 2018, LePine, 2008) laten een verband zien tussen het functioneren van een team en de kwaliteit van de geleverde zorg. Als factoren die *teamwork* bevorderen, worden genoemd wederzijds vertrouwen, de mate van taak interdependentie (op elkaar kunnen terugvallen), heldere rolverdeling, de mogelijkheid van leren, veiligheid. De gemene deler is de mate van gezamenlijkheid in handelen en in de na te streven doelen.

Volgens Wenger (1998, blz. 47) is een “practice is always a social practice” waaraan hij de volgende eigenschappen koppelt:

- Er is sprake van wederzijdse betrokkenheid “a practice is a community of people and mutual engagement, by which they can do whatever they do” (in: Nicolini, 2012, blz. 90)
- Een praktijk is een gezamenlijke onderneming, tot stand gekomen in de onderlinge interactie, een soort gemene deler, die niet uitsluit dat deelnemers het met alles eens zijn (ibidem, blz. 90)

- Een gedeeld repertoire [van handelen in de meest brede zin], een ‘source of coherence’ voor de praktijk, een resultaat van hun historie van wederzijdse betrokkenheid (ibidem, blz. 90)
- Gedeelde geschiedenis van samen leren. In de woorden van Wenger (1998, blz 95-96): “Learning is the engine of practice and practice is the history of learning.”

De opvattingen van Wenger moeten gesitueerd worden in een praktijktheoretisch kader waarin een praktijk wordt gezien als een resultaat van het overdragen van tradities en het vormen van een gemeenschap. Daarin wordt veel aandacht geschonken hoe nieuwkomers in een handelingspraktijk worden opgenomen om de continuïteit van die praktijk te waarborgen (Lave & Wenger, 1991). De nieuwkomer leert niet alleen de competenties voor het werken in zijn of haar nieuwe team, maar “confirms, sustains and reproduces the social order that sustains it [de praktijk]”. De nieuwkomer absorbeert echter niet alleen de bestaande werkwijzen, maar beïnvloedt ook de onderlinge kennis/macht relaties, omdat deze zijn eigen waarden en opvattingen inbrengt in de bestaande praktijk.

Deze notie is voor ons onderzoek van belang, omdat zowel de zorgpraktijk als de bestuurspraktijk in een dynamische omgeving werken waarin mutaties (verloop, ziekteverzuim) in het team – van zorgmedewerkers & bestuurders – invloed zullen hebben op de wijze waarop de praktijk functioneert in haar relatie tot het geven van menswaardige zorg. Onze veronderstelling is dat een praktijk die geconfronteerd wordt met mutaties minder in staat is voorwaarden te scheppen voor menswaardig zorgen vanwege het feit dat nieuwkomer(s) of invallers het gezamenlijk handelen – zoals Wenger hierboven heeft aangegeven – nog niet hebben geabsorbeerd. Er speelt nog een ander aspect, namelijk dat een praktijk al handelend kennis (Arendt, 1994) opbouwt, een *tacit knowledge* (Polanyi, 1998, Reinders, 2018), die bij mutaties onder druk komt te staan, mede omdat ‘handelingsbegrijpen’ (Schatzki, 20001) slechts gedeeltelijk in formele rapportages is terug te vinden. Tot slot een woord van nuancering. Mutaties, zeker als deze gecontroleerd en in tijd en frequentie gedoseerd zijn, kunnen ook een impuls geven aan vernieuwing en het doorbreken van routines.

Een andere onderzoeksvraag is welke voorwaarden de bestuurspraktijk schept om het ‘samen’ zorgen in de zorgpraktijken mogelijk te maken en te bevorderen. Belangrijke voorwaarden lijken ons: de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel (de in de eerdere paragraaf beschreven roosterplanning), de ruimtelijke lay-out, de mate van functiedifferentiatie en -integratie, de rol van teamleiders en middenmanagers, de gewenste relatie tussen de zorgpraktijken en de overige professionals in de organisatie. Als er een verband is tussen de mate van samen zorgen en goede zorg, dan is onze vraag op welke wijze de bestuurspraktijk samenwerken in de zorgpraktijken ondersteunt en bevordert.

Eerder in dit hoofdstuk hebben wij een onderscheid gemaakt tussen instrumenteel en interactief handelen. Het lijkt erop dat de vaardigheid tot interactief handelen ook een positieve bijdrage heeft in de wijze van samenwerken met collega’s. Onderzoek naar *team performance* (Gordon en anderen, 2015) laat zien dat niet-technische interprofessionele vaardigheden, bijvoorbeeld communicatieve vaardigheden, bijdragen aan de kwaliteit van samenwerken. Interactief handelen werkt kennelijk als een tweesnijdend zwaard; het draagt bij aan het samenwerken in het zorgteam en aan de relatie met de cliënt. Volgens Schein (2009) is leren van helpvolle relaties – zoals hij die noemt – een resultaat van samenwerken in een team.

Samenvattend: zorgen doe je niet alleen. Als onderzoekers stellen wij de vraag of de mate van ‘samen’ handelen – om te komen tot een gezamenlijk repertoire en tot een gezamenlijke onderneming – leidt tot een betere voorwaarde voor menswaardig zorgen. Daarbij hoort de vervolgvraag hoe de bestuurspraktijk zorgt dat samenwerken duurzaam wordt bevorderd.

2.5.6 Reflecteren op zorgen: wanneer is zorgen menswaardig?

Van de vier fasen, die Tronto (1993) onderscheidt, vormt de laatste fase *care receiving*, zorg ontvangen. Tronto gebruikt hierbij de term *responsiveness* (ontvankelijkheid), volgens haar het moment om te oordelen of de zorg aansluit bij de vraag van de cliënt. Tegelijkertijd – en hier volgen wij Van Heijst (2005) – leidt dit oordeel weer tot een startpunt van een reeks (al dan niet bijgestelde) zorghandelingen.

Hoe kom je echter tot een moreel oordeel of zorgen menswaardig is? In de Heideggeriaanse traditie kan dit alleen maar vanuit het bewustzijn dat onze kennis gesitueerd is en niet los van de achtergrond (van de praktijk) kan worden gemaakt waaruit deze kennis afkomstig is. Reflecteren en handelen kunnen (dus) niet van elkaar gescheiden worden, om te vermijden dat men in een wereld van voorstellingen terecht komt waarin rationeel en dingmatig denken leidend zijn. Bovendien is niet alle handelen te verbaliseren, omdat een deel van het handelen *preconscious* (Nicolini, 2012) gebeurt. Levinas (In: Van der Ven, 2006) biedt een uitweg uit deze situatie (die Levinas aanduidt als de dictatuur van de voorstelling) namelijk door de confrontatie met het gelaat van de Ander aan te gaan. In de redenering van Levinas ontmaskert de Ander mij in de illusies van mijn voorstellingen. Wierdsma (2001) spreekt in dit verband over “het betreden van de plek der moeite” (zie ook Kooijstra, 1988); het toetsen van de eigen voorstellingen over de organisatie aan de realiteit. Een plek waar reflectie mogelijk is op “de functionaliteit van bestaande vanzelfsprekendheden (...) dat onvermijdelijk een confrontatie met het geaccepteerde zelfbeeld van de organisatie met zich meebrengt.” (ibidem, blz. 47). Dit confronteren van eigen voorstellingen aan de werkelijkheid stelt volgens Wierdsma wel eisen: er moet ruimte en tijd voor worden gemaakt, de kwaliteit van de interactie moet zijn geborgd (geen oordelen maar wederzijdse consultatie en ondersteunen van moeilijk onder woorden te brengen ervaringen). Deze vorm van reflecteren stelt ook eisen aan de rol van de leidinggevende die zich in dit proces zowel kwetsbaar (lees: symmetrisch, wederkerig) als duidelijk (bewaken van grenzen) moet opstellen.

Een van de vragen in ons onderzoek is hoe de zorgverleners en bestuurders komen tot (een repeterend en cyclisch proces van) toetsen of hun zorgen de kernwaarden van hun organisatie naar de cliënt heeft vertaald. Wij denken dat daarbij de verschillen tussen instrumenteel en interactief handelen zichtbaar zullen worden. Zal het bij instrumenteel handelen gaan om het gebruik van meetinstrumenten en standaarden, zoals bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoeken, controles op de naleving van richtlijnen en protocollen, bij het interactief toetsen zal het oordeel in ieder geval in samenspraak met anderen – cliënt, familie, collega’s, derden – worden gegeven en dan bijvoorbeeld in de vorm van narratieven. Beide benaderingen hebben hun eigen voor- en nadelen. Kijkend naar het instrumenteel reflecteren dan zijn de voordelen een waarborg van objectiviteit waardoor onderlinge vergelijking mogelijk wordt, helderheid of standaarden zijn bereikt of niet en het bieden van relevante informatie waarmee de zorg- en bestuurspraktijk rekening kan houden. Het zal gaan om die aspecten die zich goed laten objectiveren en kwantificeren. Kritische kanttekeningen bij een degelijke instrumentele aanpak zijn dat zo’n instrumenteel reflecteren het eigen denken en oordelen kan uithollen en ook als controlemiddel kan worden gebruikt (Stoopendaal, 2008). Baart (2018) vraagt zich af of het überhaupt mogelijk is zorg op zo’n instrumentele wijze te beoordelen: “Ook harde cijfers eindigen altijd weer in taal, betekenisgeving en interpretatie” (ibidem, blz. 100).

Nadeel van een interactieve wijze van reflecteren is een niet ondenkbeeldig risico dat de ‘plaats der moeite’ wordt vermeden en deze vorm van reflecteren niet verder komt dan een verplicht nummer.

In het onderzoek van Jerak-Zuiderent (2013) introduceert zij het concept van *generative accountability*. Een handelingspraktijk waarin analytische methoden (*comparison*) en het zichtbaar maken van de relatie met de betreffende zorgverleners en cliënten worden gecombineerd. In haar woorden: “To do generative accountability, it will be crucial to develop analytical sensitivities for the ideas we think, the matters we do, the stories we tell, the knots we knot, the ties we tie, the stories that world, and the worlds that make stories of accountability and care. It will, however, not suffice to develop these analytical sensitivities; it will also require acknowledgement by those involved in doing accountability and care that rapport matters.” (ibidem, blz. 168). Kortom, niet een kwestie van of – of, maar een kwestie van de instrumentele (*analytical*) en de interactieve (*rapport*) wijze van reflecteren als een gesitueerde handelingspraktijk. In de woorden van Bal e.a. (2018): “Verantwoording dient daarbij zoveel mogelijk gesitueerd te zijn in de zorgpraktijk zelf, maar kan ook gestalte krijgen binnen én tussen organisaties door het delen van verhalen en cijfers.”

Samenvattend is onze (deel)vraag of/hoe een proces van toetsen of ‘zorgen voor/dat’ bijdraagt aan de voorwaarde om menswaardig te kunnen zorgen. Ook hier is de vraag hoe een verhouding wordt gevonden tussen instrumentele manieren van toetsen (van buiten en gebruik makend van meetinstrumenten) en interactieve manieren van toetsen (in de situatie middels narratieve methoden). Afgeleide vragen zijn of/hoe de bestuurspraktijk voorwaarden schept om dit proces van toetsen en reflecteren mogelijk te maken in de betreffende zorgpraktijken en hoe de bestuurspraktijk haar eigen handelen toetst.

2.5.7 Sturen in het midden: bijdrage van leidinggevendenden tussen bestuurs- en zorgpraktijken

Wij maken een onderscheid tussen het handelen van teamleiders/managers (de functieaanduiding kan per zorgorganisatie verschillen, het gaat hier om medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het geven van leiding aan de zorgpraktijk) en de middenmanagers. Die laatsten geven leiding aan een deel van de zorgorganisatie in de vorm van een regio met meerdere zorgpraktijken of aan een cluster van meerdere praktijken waar dezelfde categorie cliënten worden verzorgd (bijvoorbeeld revalidatie-cliënten).

Eerst de zorgteamleiders. In de aanloop naar dit onderzoek hebben wij (zie ook hoofdstuk één) een vooronderzoek gedaan in een zorgpraktijk van een VGZ-organisatie. In onze gesprekken en observaties met/van cliënten en medewerkers is zichtbaar geworden hoe het handelen van de teamleider van invloed is op de processen in de zorgpraktijk. Haar handelen is ‘zorgen dat’ de zorgmedewerkers zo goed mogelijk konden ‘zorgen voor’ hun cliënten. Hoe? Volgens de medewerkers en cliënten door de steun en waardering die zij ervaren, haar beschikbaarheid bij lastige situaties, door te bemoedigen, te inspireren en kritische vragen te stellen. Deze leidinggevende heeft geen rol in het zorgproces, maar is op de hoogte van de situatie van alle cliënten. Zij fungeert als vertegenwoordiger van de zorgpraktijk maar ook van de betreffende middenmanager. Zij fungeert als hitteschild naar de rest van de organisatie en als ‘begrenzer’. Uit de gesprekken met medewerkers en cliënten blijkt dat deze wijze van sturen, waarin de interactieve aspecten de boventoon voeren, door hen als een voorwaarde voor menswaardig (kunnen) zorgen worden ervaren.

Onze bevindingen in dit vooronderzoek lijken overeen te komen met resultaten uit een onderzoek naar het functioneren van *nursing managers* (Anselmann e.a. 2020). Wij

herkennen de beschrijvingen van soorten handelen die zouden kunnen leiden tot succesvolle teams, zoals inspireren, het leren van medewerkers mogelijk maken, scheppen van een veilig klimaat. Schrijven de onderzoekers dit functioneren toe aan een stijl van de individuele leidinggevende (zogenaamd *transformational leadership*), in onze opvattingen verschijnt het handelen van de zorgteamleider in de situatie, in wisselwerking met andere actoren in een dynamische omgeving van de zorgpraktijk en moet de zorgteamleider als het ware diens bijdrage steeds weer ‘doen’ en heeft dat handelen slechts effect als het zin heeft in de samenhang van handelen in de zorgpraktijk. De teamleider is, in de woorden van Stoopendaal (2008) “niet alleen een verbonden buitenstaander, maar ook een verbindende buitenstaander”. In termen van Latour (2005 een *plug-in* die organisatiebreed beleid (kernwaarden, budget, standaards, richtlijnen) lokaliseert naar de zorgpraktijk en zorgt – zoals een goede plug-in betaamt – voor feedback naar midden-management en bestuurspraktijk, zodat deze informatie bij een update van het beleid verwerkt kan worden.

In ons onderzoek stellen wij de vraag welke de bijdrage is van (het handelen van) de teamleider op menswaardig (kunnen) zorgen en welke elementen daarbij van belang zijn. Wij verwachten dat het kunnen beschikken over een leidinggevende voor de zorgpraktijk die voldoende dichtbij is (om zicht te kunnen houden op de zorgprocessen en ook beschikbaar te zijn voor medewerkers), maar tegelijk voldoende afstand houdt om niet in de ruimte van medewerkers te treden, alsook het in balans kunnen brengen van de instrumentele (regelende) en de interactieve taken (bemoedigen, coachen, geven van feedback) belangrijke elementen zullen zijn om menswaardig zorgen mogelijk te maken.

Als het gaat om de voorwaardenscheppende bijdrage van de middenmanagers (zoals gezegd leidinggevend die een geografisch of categoriaal deel van de organisatie onder hun verantwoordelijkheid hebben) hebben wij ons laten inspireren door het onderzoek van Oldenhof (2015), waarin een van haar onderzoeksvragen is welke de bijdrage is van de middenmanager op *good governance of care*. Die vraag is volgens haar een lastige, omdat zij vaststelt dat *good* zeer situatie- en persoonsgebonden is. Niettemin constateert zij dat “Some middle managers were notably more effective than their counterparts. Especially middle managers that created maneuvering room to move in-between multiple middles and made an active effort to engage stakeholders in mediating these middles, were more likely to make a difference. In contrast, managers that considered their environment as status quo and simplified value choices as either/or decisions were considerably less effective and remained on the sideline.” (ibidem, blz.187). Behalve het vergroten van diens manoeuvreer- of handelingsruimte, heeft de middenmanager een belangrijke opgave om bestuurspraktijk en zorgpraktijken aan elkaar te ‘koppelen’ in die zin dat deze leidinggevende het algemeen beleid kan lokaliseren in sociaal en materiele zin naar de zorgpraktijken, maar ook de specifieke vraagstukken uit de zorgpraktijken kan generaliseren naar de bestuurspraktijk om in hun sturen rekening mee te houden.

Onze veronderstelling is dat in die organisaties waar de middenmanagers er in slagen een brugfunctie tussen bestuurspraktijk en zorgpraktijken te vervullen, dit een positieve bijdrage zal hebben om de kernwaarden in de zorgpraktijken te realiseren. Drie elementen zullen dit koppelingsproces volgens ons beïnvloeden: het (steeds weer) creëren van een eigen beslis- of manoeuvreerruimte in relatie tot de bestuurspraktijk, het hebben van ‘gelokaliseerde’ (aan hun situatie gebonden) opvattingen over interactief zorgen om voorwaarden te scheppen om de kernwaarden in de zorgpraktijken te kunnen realiseren en ten slotte het goed verankerd zijn in zowel de bestuurs- als zorgpraktijken. Goed verankerd zijn wil zeggen dat er voldoende wederzijds vertrouwen bestaat. Ontkoppelen zal plaatsvinden als de middenmanager er niet

(meer) in slaagt eventueel gewijzigde opvattingen van de bestuurspraktijk naar de zorgpraktijken te vertalen. Ofschoon het concept van ontkoppelen of *decoupling* “refers most frequently to the process whereby an organization adopts a formal policy to gain legitimacy from its social environment without implementing this policy in daily practice” (de Bree & Stoopendaal, 2020, blz. 3), stellen wij de vraag of dit fenomeen ook kan vóórkomen als het beleid van de bestuurspraktijk niet meer wordt gedragen door de zorgpraktijken en de middenmanager zich daarin een positie moet weten te vinden c.q. het team of de afdeling moet beschermen tegen de invloeden van het bestuur.

Samenvattend hebben wij de vraag gesteld welke de bijdrage is van die leidinggevenden die in het midden sturen, het midden opgevat als de ruimte tussen de bestuurs- en de zorgpraktijken. Wij hebben een onderscheid gemaakt tussen de leidinggevenden van de zorgpraktijken (teamleiders of locatiemanagers) en middenmanagers, die veelal meerdere zorgpraktijken onder hun hoede hebben. Beide staan voor een verschillende opgave om een bijdrage te kunnen leveren om menswaardig zorgen mogelijk te maken.

2.6 De leidende vraag en onze deelvragen

In onze theoretische verkenning hebben wij gesteld dat wij zorgen en organiseren beschouwen als handelen, namelijk ‘zorgen dat’ en ‘zorgen voor’ ingebed in respectievelijk een bestuurspraktijk, een handelingspraktijk die sturen en organiseren omvat (zorgen dat) en een zorgpraktijk, een handelingspraktijk die zorgen voor cliënten omvat. Voor ons onderzoek is de relatie tussen beide handelingspraktijken relevant. Verder hebben wij stilgestaan bij het onderscheid tussen ‘instrumenteel handelen’ en ‘interactief handelen’ – het eerste gebaseerd op de overeenkomsten tussen vragen van cliënten waarbij doel-middel rationaliteit leidend is, het tweede gebaseerd op de uniciteit van vragen van cliënten, waardoor dit handelen ongewis is, repetitief zoekend naar de vraag in de situatie van de cliënt. Menswaardig zorgen hebben wij op basis van deze verkenning omschreven als zich herhalend afstemmen op de vraag van de cliënt in diens situatie. Onze leidende vraag is:

Hoe komt menswaardig zorgen tot stand in de institutionele langdurende zorg, in de interactie tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijk en op welke wijze wordt daarin een balans gezocht tussen instrumenteel en interactief handelen in afstemming op de vraag van de cliënt?

Eerder hebben wij in dit hoofdstuk een onderscheid gemaakt tussen zeven handelingscategorieën, die in samenspel met elkaar voorwaarden scheppen om menswaardig zorgen mogelijk te maken. Op basis hiervan hebben wij een zevental deelvragen geformuleerd, die elk verwijzen naar een handelingscategorie.

Deelvraag 1

Wij hebben menswaardig zorgen beschreven als een voortdurend aandachtsvol afstemmen op de vraag van de cliënt in zijn situatie. Dit afstemmen tussen de zorgprofessionals en de cliënten vraagt een balans tussen instrumenteel en interactief handelen, handelen enerzijds gebaseerd op ervaring en kennis in andere ‘gevallen’ opgedaan die volgens protocollen en richtlijnen wordt toegepast, anderzijds gebaseerd op het in relatie treden met de cliënt en zijn vraag in die situatie waarin de uniciteit van die ene cliënt oplicht. Organisatorische voorwaarden kunnen dit proces bevorderen of belemmeren, voorwaarden die mede een resultaat zijn van de interactie tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijken.

Onze onderzoeksvraag is hoe aandachtsvol afstemmen op de vraag van de cliënt in zijn situatie wordt gedaan en welke organisatorische voorwaarden dit vraagt van het bestuur.

Deelvraag 2

Uit onze theoretische verkenning blijkt dat zowel in de zorgpraktijk – in de relatie tussen cliënt en zorgverlener – als in de relatie tussen zorgpraktijken en bestuur(spraktijk) er sprake is van asymmetrie, die voortvloeit uit verschillen in macht, kennis en afhankelijkheid. Een aspect van menswaardig zorgen is echter wederkerigheid, symmetriëren, een proces dat interactief van aard is en derhalve invloed heeft op de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen.

Onze onderzoeksvraag is of (en hoe) in die zorginstellingen waarin de actoren uit de verschillende praktijken zich (handelings)bewust zijn van deze asymmetrie en door interactief handelen het verschil proberen te verkleinen (symmetriëren), beter in staat zijn menswaardig zorgen te organiseren.

Deelvraag 3

Wij hebben het begrip ‘ruimte’ in tweeledige zin aan de orde gesteld. Enerzijds fysieke ruimte, als leefruimte voor cliënten en werkruimten voor de zorgpraktijk, anderzijds als regelruimte, de eigen verantwoordelijkheid die zorgverleners en cliënten in hun dagelijks handelen ervaren. Wij hebben opgemerkt dat het begrip ruimte ambigue is: het kan te groot of te klein worden ervaren, beschermend of isolerend. Ruimte kan dan ook niet los worden gezien van de handelingspraktijken en hoe daar zowel door de zorg- als de bestuurspraktijk mee om wordt gegaan.

Onze onderzoeksvraag is of het kunnen beschikken over een eigen leef- en werkruimte bijdraagt aan menswaardig zorgen. Onze vraag is ook of verzorgenden die ruimte ervaren in hun professioneel handelen beter in staat (zeggen te) zijn menswaardig te kunnen zorgen.

Deelvraag 4

Wij hebben de vraag hoe praktisch organiseren menswaardig zorgen kan bevorderen handen en voeten gegeven door naar twee onderdelen van (praktisch) organiseren te kijken: het proces van het organiseren van het mogelijk maken van continuïteit van zorg en het sociaal materieel arrangement, het gebruik van objecten en artefacten. Wij hebben daarbij de nadruk gelegd op de personeelsplanning, omdat in dit proces de verschillende (voor)waarden zichtbaar zullen worden, zoals de allocatie van middelen aan de zorgpraktijken, de positie ten opzichte van andere praktijken, de eigen beslisruimte over deze planning, enzovoort.

Onze onderzoeksvraag is of in die organisaties waar de work force planning (in al zijn facetten zoals boven genoemd) zo is ingericht dat deze het zorgproces in de zorgpraktijken ondersteunt, dat een bijdrage levert aan menswaardig kunnen zorgen.

Deelvraag 5

Zorgen doe je niet alleen. Zoals wij hebben beschreven in de vorige paragraaf leidt samenwerkend handelen tot het opbouwen van een gemeenschappelijk handelingsrepertoire, het scheppen van een gedeeld doel, het overdragen en bewaren van opgedane leerervaringen, het kunnen leren van en aan elkaar.

Onze onderzoeksvraag is of en hoe 'samen' handelen – om te komen tot een gezamenlijk repertoire en tot een gezamenlijke onderneming – een voorwaarde is voor menswaardig zorgen.

Deelvraag 6

Onze veronderstelling is dat een proces van toetsen of 'zorgen voor/dat' waarin de kernwaarden (voorzover die waarden een aspect zijn van menswaardig zorgen) van de organisatie zijn vertaald, bijdraagt aan voorwaarden voor menswaardig zorgen. Ook veronderstellen wij dat de bestuurspraktijk voorwaarden schept om dit proces van toetsen en reflecteren mogelijk te maken in de betreffende zorgpraktijken.

Onze onderzoeksvraag is of en hoe het systematisch toetsen van en het reflecteren op het zorgproces een bijdrage levert aan het scheppen van voorwaarden voor menswaardig zorgen.

Deelvraag 7

Wij hebben het handelen van de leidinggevendenden van de zorgpraktijk en de middenmanagers vanuit een praktijktheoretisch perspectief benaderd. Uit vooronderzoek komt naar voren dat de beschikbaarheid van een teamleider om in elk van de bovengenoemde handelingscategorieën het zorgteam te faciliteren een bijdrage levert aan het menswaardig kunnen zorgen, mits deze leidinggevende de instrumentele aspecten van diens sturen ondersteunend kan laten zijn aan het interactief sturen. De bijdrage van de middenmanager aan menswaardig kunnen zorgen zal afhankelijk zijn van de ruimte die zij van het bestuur krijgt én vraagt om de algemeen geformuleerde kernwaarden toe te snijden op de zorgpraktijken en om relevante informatie uit de zorgpraktijken terug te koppelen. Deze brugfunctie vereist dat de middenmanager verankerd moet zijn in zowel de bestuurspraktijk als de zorgpraktijken.

Onze onderzoeksvraag is of de bijdrage van de operationele leider aan zorgen waarin de kernwaarden van de organisatie 'gedaan worden' effectiever is als deze zorgt dat de basis in orde blijft, samenwerken en samen leren wordt gestimuleerd en deze leidinggevende zorgt dat het proces van toetsen aan de zorgrealiteit telkens plaatsvindt. Als het gaat om de bijdrage van de middenmanager aan het faciliteren van menswaardig zorgen, dan is onze vraag of deze afhankelijk is van de mate waarin deze manager verankerd (in termen van het hebben van vertrouwen, het hebben van toegang) is aan zowel de bestuurs- als aan de zorgpraktijken.

In elk van de deelvragen zal niet alleen de interactie tussen het bestuur en de zorgpraktijk oplichten, maar zal ook blijken hoe per handelingscategorie welke mechanismen de verhouding tussen interactief en instrumenteel zorgen (en sturen) beïnvloeden en wat het effect is op menswaardig kunnen zorgen.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet

3.1 Inleiding

Toen wij het voornemen hadden opgevat dit onderzoek uit te voeren, zijn wij op zoek gegaan naar promotores die door hun onderzoek en publicaties de rol van promotor op zich zouden willen en kunnen nemen. Wat deze inspirerende gesprekken vooral hebben opgeleverd was, dat iedere kandidaat promotor zijn of haar eigen theoretische concepten en daaraan verbonden methoden had om naar ‘de’ werkelijkheid te kijken. Deze gesprekken hebben ons in ieder geval geleerd dat er niet één manier is om te interpreteren en dat iedere methode als het ware eigen fenomenen laat oplichten in een complexe werkelijkheid van een zorgorganisatie. Deze gesprekken hebben mede bijgedragen tot de uiteindelijke keuze van de onderzoeksoriëntatie, die wij verder in dit hoofdstuk zullen beschrijven. Na die beschrijving willen wij ons richten op de vormgeving van ons onderzoek, de fasen van dit onderzoek, de case-selectie om daarna af te ronden met de beschrijving van de gebruikte methoden.

De kernvraag van ons onderzoek is:

Hoe komt menswaardig zorgen tot stand in de institutionele langdurende zorg, in de interactie tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijk en op welke wijze wordt daarin een balans gezocht tussen instrumenteel en interactief handelen in afstemming op de vraag van de cliënt?

Deze empirische vraag omvat twee dimensies, namelijk het zoeken van een balans tussen instrumenteel en interactief handelen en het samenspel hierbij tussen zorgpraktijk en bestuurspraktijk. Als het gaat om de eerste dimensie hebben wij deze vraag – zie hoofdstuk twee – in verschillende deelvragen geconcretiseerd om daarmee de verhouding tussen instrumenteel en interactief handelen zichtbaar te maken. Als voorbeeld en ter herinnering is de (eerste) deelvraag hoe zorgverleners (en bestuurders) telkens weer afstemmen op de vraag van de cliënt in zijn situatie, waarin zich instrumenteel handelen manifesteert (bijvoorbeeld de vraag plaatsen in een diagnostisch kader) en interactief handelen (bijvoorbeeld in interactie proberen te begrijpen wat deze cliënt in deze situatie vraagt). Uit dit voorbeeld komt ook de tweede dimensie van de vraag naar voren, namelijk hoe het samenspel tussen zorgpraktijk en bestuurspraktijk het vinden van de balans (al dan niet) faciliteert.

3.2 Onderzoeksoriëntatie

3.2.1 *Practice theory: zooming in and zooming out*

Zoals in onze theoretische verkenning is beschreven vatten wij zorgen op als handelen, dat zich in respectievelijk een zorg- en een bestuurspraktijk manifesteert, praktijken die met elkaar in wisselwerking staan. Methoden, die ontleend zijn aan praktijktheorie(ën) en die de sociale werkelijkheid willen begrijpen als een assemblage “of performances made durable by being inscribed in the human bodies and minds, objects and texts” en zodanig gebundeld dat de ene handelingspraktijk weer een *resource* is voor de ander (Nicolini, 2012, blz. 2), lenen zich bij uitstek om te gebruiken in ons empirisch onderzoek. Echter, er is geen sprake van één *practice theory* maar meerdere praktijktheoretische gezichtspunten. Ondanks dit gebrek aan een *unified practice approach* (Schatzki, 2001) zijn er genoeg overeenkomsten, die – volgens

Nicolini (ibidem, blz. 215) – rechtvaardigen dat wij de methoden van deze verschillende *practice theories* in één methodologische ‘gereedschapskist’ (toolkit) bij elkaar brengen om handelen en de betekenis die actoren hieraan geven te onderzoeken. Zonder de onderlinge verschillen te veronachtzamen, menen wij dat door gebruik te maken van deze verschillende manieren om naar de handelingswerkelijkheid te kijken, deze variatie van methoden onze waarnemingen kan verrijken. Over welke methoden gaat het dan?

Zooming in

Nicolini (ibidem, blz. 219) beschrijft een dynamisch onderzoeksproces van afwisselend inzoomen op handelingspraktijken, zoals die verschijnen in gesitueerd en zich herhalend (taal)handelen, en een proces van uitzoomen, waarin de verbindingen van deze handelingspraktijken als een panorama in beeld komen. Wij beschrijven als eerste de methoden die bij het inzoomen horen en daarna de methoden die uitzoomen mogelijk maken. Onze bevindingen vormen vervolgens een onderdeel van onze ‘dikke verhalen’ die wij per casestudie hebben gemaakt. Op dit aspect komen wij later in dit hoofdstuk terug.

Een vorm van inzoomen is het toepassen van methodologie zoals die in etnografische casestudies wordt gebruikt. De nadruk van etnografie ligt op het beschrijven en begrijpen van waarneembaar, alledaags gedrag van cliënten, zorgverleners en leidinggevendenden (Lynch, 2001, Garfinkel, 1996). Door onze observaties met de actoren te delen proberen wij vragenderwijze de betekenis te achterhalen die zij aan dit gedrag hechten in relatie tot onze onderzoeksvraag waar menswaardig zorgen al dan niet verschijnt in de relatie met de vraag van cliënten.

Inzoomen op de handelingschoreografie van actoren met hun instrumenten, in hun materiële context en in hun lichamelijke vormt een tweede methode in onze toolkit. Handelen – en zorgen – is immers altijd lichamenlijk en vaak met instrumenten of hulpmiddelen en altijd in een (materiële) context en inrichting van een locatie. Waar het bij deze vorm van verzamelen van data om gaat is het op de voorgrond plaatsen van lichamenlijkheid van handelen, de gebruikte objecten, de fysieke context en vervolgens de vraag te stellen hoe deze materialiteit menswaardig zorgen (als balans van instrumenteel en interactief handelen) bevordert of belemmert. Een voorbeeld is het (gebruik van het) elektronisch patiëntendossier: is de lay-out hiervan zodanig dat deze zowel (de registratie van) interactie als instrumenteel handelen in balans mogelijk maakt? Is het gebruiksvriendelijk in termen van (indirecte) tijdsinvestering door zorgmedewerkers? Geeft het nieuwe teamleden de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de achtergrond en de vraag van de cliënt? En wat licht dan op in die achtergrond: instrumentele en/of biografische informatie? Ook wordt in dit object of hulpmiddel het voorwaardenscheppend handelen van de bestuurspraktijk zichtbaar: hoe hanteert het bestuur de eis van *accountability* versus de eigen beslissruimte voor het zorgpersoneel?

Een derde vorm van inzoomen is te onderzoeken welke de opvattingen over goede zorg zijn binnen de zorgpraktijk. Het gaat hier over waarden ten aanzien van de *telos* of richting van het handelen, de teleo-affectieve structuur (Schatzki e.a., 2001) die wij in onze theoretische verkenning in hoofdstuk twee hebben beschreven. Zo is de vraag van de cliënt gedeeltelijk bekend, gedeeltelijk in wording, objectief en sociaal geconstrueerd. Het betekenis geven aan die vraag is een proces van onderling afstemmen en soms onderhandelen, waarbij naar voren komt wat de zorgverleners en cliënten goede zorg vinden (Nicolini, 2012). Dit proces zal elke keer weer – gezien het repeterend en dynamisch karakter – leiden tot noodzakelijk geachte werkzaamheden, tot een volgorde van en het belang dat de zorgverleners hechten aan (planning van) diverse activiteiten in relatie tot het beantwoorden van de vraag van de cliënt.

De voorwaardenscheppende rol van het bestuur zien wij terug – in dit voorbeeld – in de wijze waarop zij het functiegebouw hebben ingericht en hoe zij die functies waarden in relatie tot het zorgen voor de cliënt. Deze instrumentele aanpak van het bestuur kan in verhouding worden gebracht doordat de bestuursleden in interactie treden met de zorgmedewerkers om in samenspraak de richting van het handelen aan te geven.

Een vierde vorm van inzoomen is te observeren in de wijze hoe binnen de handelingspraktijken gestalte wordt gegeven aan *bounded creativity* (“boundedness and poiesis co-exist in an uneasy tension”, Nicolini, 2012, blz. 225) ofwel de verhouding tussen ‘begrensd’ of protocollair verantwoord handelen versus ‘scheppend’ handelen, waarbij deze vorm van inzoomen geschikt is te onderzoeken hoe steeds opnieuw een verhouding wordt gezocht tussen instrumenteel en interactief handelen in relatie tot de vraag van de cliënt. Voorbeelden van kaders of begrenzingen zijn gedeelde opvattingen wat al dan niet toelaatbaar, mogelijk of acceptabel is. Tegelijkertijd is elke situatie weer anders en vraagt improvisatie, afstemmen met de betreffende cliënt, of wellicht afwijken van het protocol. Hoe gaan zorgverleners met deze spanning om, waar maken de zorgverleners zich bezorgd om, hoe geven bestuurders kaders en ruimte en hoe en waarover vragen de bestuurders rekenschap?

Een vijfde en laatste vorm van inzoomen als onderzoeksmethodiek is te observeren en begrijpen hoe de ontwikkeling van een praktijk heeft plaatsgevonden. Elke praktijk heeft zijn eigen geschiedenis, die als een soort *social memory* (Schatzki, 2006) het heden betekenis geeft. Reden om in onze onderzoeksopzet te kiezen voor een longitudinale opzet, waarin wij over een periode van drie jaar, jaarlijks de ontwikkeling van de onderzochte zorg- en bestuurspraktijken onderzoeken. Een drager van de continuïteit zijn de patronen van de onderlinge relaties – een zorgteam of de raad van bestuur – waarbij het methodisch van belang is te onderzoeken en te begrijpen hoe in de praktijken die patronen worden onderhouden en hoe nieuwelingen worden opgenomen. Als voorbeeld een wisseling in de samenstelling van het bestuur: hoe wordt het nieuwe bestuurslid ‘ingelijfd’, hoe gaat een bestuur in deze situatie om met de bestaande waarden in relatie tot de opvatting van het nieuwe bestuurslid en welke effecten heeft dit – en hier is het noodzakelijk uit te zoomen – op de zorgpraktijken?

Zooming out

“This [zooming out] can be achieved if we develop sufficient conceptual lenses and methodological devices to describe the way in which practices are associated, from living assemblages....and from healthy patients to organized life, hierarchical and power inequalities and institutions.”
(Nicolini, 2012, blz. 229-230).

En daarmee komen wij op een aantal methoden die passen bij het uitzoomen, ofwel het observeren en begrijpen van de praktijken in hun onderlinge relaties. Praktijken vormen knooppunten (Latour, 2005) en kunnen niet in isolement begrepen worden. In het kader van onze onderzoeksvraag is de interdependentie van zorg- en bestuurspraktijken relevant. Om het proces van onderling verbinden waar te nemen en te begrijpen gaat het er om die verschillende soorten ‘draden’ tussen beide praktijken zichtbaar te maken, waarbij van een panoramische, uitzoomende lens, teruggeschakeld wordt naar een inzoomende lens om elke drager van deze verbinding zichtbaar te maken (ibidem, 2005). Als voorbeeld het zichtbaar maken van de interdependentie van de bestuurspraktijk en de zorgpraktijk door het beschrijven en begrijpen van het proces van personeelsplanning: hoe is dit proces door de

bestuurspraktijk ‘geformatteerd’ – welke voorschriften gelden qua bezetting in kwaliteit en kwantiteit en welk software pakket is gekozen om dit technisch mogelijk te maken – wat zijn de budgettaire (on)mogelijkheden, hoe is de organisatorische inbedding van dit proces geregeld, welke sturende opvattingen liggen ten grondslag aan dit hele proces – geschreven in richtlijnen of informeel – hoe verhoudt deze planning en de zorgpraktijk zich met de ‘klok’ van de organisatie, van welke andere praktijken is de zorgpraktijk afhankelijk bij hun planning (denk aan andere disciplines, toeleveranciers, bezoektijden)? Door deze verbindingen te observeren en te begrijpen wordt niet alleen zichtbaar hoe de verbindingen tussen bestuurspraktijk (en andere praktijken) en de betreffende zorgpraktijken zijn en worden gelegd, maar ook hoe deze een rol spelen in het bestendigen van deze wederzijdse relatie. Zo beschrijft Stoopendaal (2008) verschillende vormen van verbindingen tussen bestuur en werkvloer, verbindingen die wij in ons onderzoek als lens hebben gebruikt om naar de wisselwerking tussen bestuurs- en zorgpraktijken te kijken.

Met het observeren en begrijpen van de relatie tussen zorg- en bestuurspraktijken verwachten wij ook dat verschijnselen rond macht en controle zullen oplichten. Het hanteren in de zorgpraktijken van de verhouding tussen instrumenteel en interactief handelen leidt – zoals eerder opgemerkt – tot een ongemakkelijke spanning in het proces van het telkens maar weer leveren van menswaardig zorgen. Een dergelijke spanning verwachten wij ook wanneer het handelen van de bestuurspraktijk als niet ondersteunend (om menswaardig te kunnen zorgen) door de zorgpraktijken wordt beleefd.

Tot slot zullen ook door het uitzoemen en het vergelijken van de drie onderzochte organisaties (in hun verhouding tussen bestuurs- en zorgpraktijken) fenomenen zichtbaar worden die ons kunnen helpen deze relatie beter te begrijpen.

3.2.2 *Zorgethische oriëntatie*

Wanneer kun je zorgen ‘goed’ noemen? Wanneer is zorgen menswaardig? Zorgen als handelen heeft altijd een normatief en moreel aspect, niet alleen *real time*, maar ook in het reflecterend terugkijken op het zorgproces en in het vooruitkijken bij het bepalen van de richting van de ontwikkeling van (zorg)praktijken (Thévenot, 2001). Deze vragen staan centraal in een zorgethische oriëntatie, een relatief jonge tak van de ethiek die door onder andere Gilligan (1982), Noddings (1984) en Tronto (1993) is geïntieerd. Volgens zorgethica Verkerk (1997) gaat het in het zorgethisch perspectief om het voorstellen van het menselijk bestaan in termen van de kwetsbaarheid en fragiliteit in plaats van de ideaaltypische opvattingen rond individualiteit, onafhankelijkheid en eigen regie. Epistemologisch impliceert dit, dat wij de zorgpraktijken kennen op een belichaamde en relationele wijze (Leget e.a. 2017), een *embodied knowledge* (Baur e.a., 2017).

Het gemeenschappelijk kenmerk van de auteurs die wij in onze theoretische verkenning, hoofdstuk twee, de revue hebben laten passeren is dat allen ‘zorgen’ als een handelingspraktijk opvatten. Ook een denker als Levinas, die zich weliswaar niet uitsluitend richt op zorgethiek, maar wel in zijn manier van denken en het gebruik van concepten sterk verwant is aan de onderliggende ideeën van de praktijktheorieën (Vorstenbosch, 2012) onderschrijft dit. Deze gemeenschappelijke opvatting over zorgen als handelen impliceert dat deze zorgethische oriëntatie qua gebruikte onderzoeksmethoden een sterke overlap heeft met de praktijktheoretische methoden die zich in Nicolini’s *toolkit* bevinden. De meerwaarde van een zorgethische oriëntatie ligt in “a ‘theory/method package’, drawing upon an understanding of perception itself as theory-driven” (Clarke and Star, 2008, blz 113; geciteerd in Jerak, 2013) of – in de woorden van Van Heijst (2005) – vanuit een andere (conceptuele)

hoek naar de werkelijkheid kijken. Als voorbeeld geldt de opvatting van de ethicus Levinas, die met zijn notie over het ethisch geraakt worden door het gelaat van de Ander, ons als onderzoeker uitnodigt om vanuit een andere lens naar zorgen als een relationeel proces te kijken en vanuit dat gezichtspunt dit proces probeert te beschrijven en te begrijpen. Ook de opvatting van Verkerk (1997) die niet de waarden ‘onafhankelijkheid’ en ‘autonomie’ centraal stelt maar het menselijk bestaan voorstelt als kwetsbaar en fragiel levert een andere gezichtshoek op om de werkelijkheid van de praktijk waar te nemen. Zo zijn wij in onze observaties en gesprekken op zoek geweest hoe de kloof tussen bijvoorbeeld een kernwaarde (gehanteerd in de onderzochte organisaties) als ‘eigen regie’ en de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van cliënten wordt overbrugd.

3.2.3 *Abductieve onderzoeksoriëntatie*

Stoopendaal (2008) gebruikt de term vervlechting om het abductieve proces te beschrijven waarbij de onderzoeker als het ware ‘pendelt’ tussen theorie en praktijk. “In het abductieve proces worden creatieve verbindingen gelegd tussen inzichten die inductief vanuit de empirie ontstaan en inzichten die deductief ontstaan op basis van theoretische concepten.” (ibidem, blz. 73). Op die manier ontstaat niet een lineair verlopend onderzoeksproces (empirie na theorie of vice versa), maar is er sprake van een circulair proces, waarin theorie en praktijk steeds weer op elkaar worden betrokken. Zo zijn de bevindingen uit de eerste onderzoeksrunde (zie de onderzoeksopzet verder in dit hoofdstuk) geïnterpreteerd aan de hand van de theoretische kennis, in de tweede ronde weer methodisch vertaald in ons empirisch onderzoek om verder te kunnen zoeken naar nadere verklarende theoretische concepten, een cyclus die herhaald is tussen de tweede en derde ronde (Peirce, 1923/2000, Tavory & Timmermans, 2014)

Wij hebben ons in ons onderzoek niet als afstandelijke onderzoekers opgesteld, maar hebben geïnteracteed met de mensen die wij hebben bevraagd en hun handelen geobserveerd. Deze ‘responsieve methode’ (Abma & Widdershoven, 2006) leidde tot gesprekken, in een tweerichtingsverkeer, met de deelnemers. In een volgende ronde observeerden wij dat sommige deelnemers hun handelingspraktijken hadden aangepast op basis van die gesprekken. De onderzoeker gaat zelf deel uitmaken van de processen die hij beschrijft, het onderzoek en de onderzoeker beïnvloeden de onderzochte fenomenen (Stoopendaal, 2008, blz 73).

3.2.4 *Menswaardig onderzoeken als resultaat van een verhouding tussen instrumenteel en interactief handelen*

Zo het in menswaardig zorgen gaat om de balans tussen instrumenteel en interactief handelen – althans zo is onze vooronderstelling –, is het ook in ons onderzoek noodzakelijk geweest om een goede verhouding te vinden tussen instrumenteel en interactief onderzoeken. Instrumenteel in de zin van het (in bepaalde situaties) houden van afstand, bewaken van tijden en afspraken. Het interactieve onderzoeksaspect blijkt uit de vorm van interviewen – interactief en narratief –, uit het feit dat wij voor drie jaar een relatie met vele actoren zijn aangegaan, en wij bereid zijn geweest in te spelen op hun vragen en verzoeken. Evenals in bepaalde situaties in het zorgproces deze verhouding tussen instrumenteel en interactief handelen kan leiden tot een ongemakkelijke spanning, zo zijn er ook momenten in ons onderzoek geweest dat wij een dergelijke spanningen ook bij onszelf hebben waargenomen. Voorbeelden zijn de momenten waarop wij een bestuurder hebben moeten onderbreken in zijn uiteenzettingen over menswaardig zorgen (en hem of haar naar concrete voorbeelden hebben moeten vragen) of momenten waarin wij – mede gevoed door onze observaties – constateerden dat de *theories in use* op gespannen voet stonden met de *theories in practice*

(Argyris, 1974) en wij op een behoedzame wijze op dat verschil hebben willen ingaan. Vragen over het effect van handelen van leidinggevendens hebben onze gesprekspartners in verlegenheid gebracht, omdat zij de vraag hebben opgevat als een vergelijkend oordeel, hoezeer wij ook hebben benadrukt dat het ging om het effect van hun sturen en niet om de vraag wie beter of slechter zou zijn. Deze situaties vroegen – in de woorden van Schein (2013) – om *humble inquiry*, een terughoudende wijze van vragen stellen, waarbij rekening wordt gehouden met onbedoelde evaluatie.

3.2.5 Waarderend onderzoek

Tijdens ons onderzoek zijn we vooral gericht geweest op positieve ervaringen en voorbeelden van *best practice* in de zorg- en bestuurspraktijken. Deze oriëntatie, gebaseerd op de uitgangspunten van *appreciative inquiry* (Cooperrider e.a., 2000), past goed bij ons uitgangspunt, namelijk dat ons onderzoek niet beoordelend of evaluatief van karakter is, maar wil ontdekken welk handelen in bepaalde situaties tot menswaardig zorgen – volgens zorgverleners en cliënten – hebben geleid. Onze observaties en gesprekken leiden niet tot ‘problemanalyses’, maar in het proberen te begrijpen welke factoren in bepaalde situaties bijdragen tot het kunnen organiseren van menswaardig zorgen.

3.3 Onderzoeksfasen en proces van dataverzameling

3.3.1 Voorfase: de wens om te reflecteren op onze ervaringen

De wens om onderzoek te doen naar het organiseren van menswaardig zorgen vindt zijn basis in onze werkervaringen in de sector VVT. Een aantal publicaties (Luijten 1979, 1981, 2013, Gallé 1986, 1997, 2001) markeert deze periode, die een vruchtbare bodem bleek voor het ontwikkelen van een aantal sensitiserende concepten (zie ook hoofdstuk 1). Het centrale thema was en is steeds geweest de vraag hoe bestuurders en zorgverleners hun organisatie zo kunnen inrichten dat in het interacteren met hun cliënten menswaardig zorgen kan worden gerealiseerd.

Pendelend tussen onze ervaringen, vragen en de door ons geraadpleegde literatuur hebben wij geconstateerd dat onze aanvankelijke oriëntatie op vormen en stijlen van leiderschap in relatie tot het concretiseren van waarden in zorgprocessen te beperkend zou zijn geweest als wij niet de context én het handelen van de bestuurder in het onderzoek zouden betrekken (Nicolini, 2009, 2012). Een tweede ontwikkeling in onze oriëntatie is geweest dat wij een bedrijfskundige-organisatorische oriëntatie hebben vervangen voor een perspectief op organiseren dat een *taking care for* proces omvat (Tronto, 1993), een zorgen voor voorwaarden, die het de zorgmedewerkers mogelijk maakt hun zorgen voor cliënten uit te voeren. En daarmee hangt een derde ontwikkeling in onze oriëntatie samen dat bestuurders – onverlet hun hiërarchische positie – in een wederzijds interdependente relatie betrokken zijn op de zorgpraktijken en dat menswaardig zorgen een samenspel wordt van bestuurs- en zorgpraktijken. Deze ontwikkelingen hebben uiteindelijk geleid tot onze geformuleerde vraagstelling waarin wij zorgen als een verhouden tussen vormen van handelen beschouwen, een balans waarop de wisselwerking tussen bestuur en zorgpraktijken medebepalend is. In paragraaf 3.4 bespreken wij onze methoden en analyse.

3.3.2 Keuze van organisaties

“The process of getting access to study a firm, and the hurdle this can be, is rarely discussed in the academic literature. Gaining access can be pictured as a two-stage process, which is often described as ‘getting in’ physically and ‘getting on’ in terms of social access (Wolff, 2010). The first task in this process is to convince the firm to open up to an outsider. In other words, the firm has to be willing to share information with the researcher and be willing to dedicate a certain amount of resources, usually in the form of its employees’ time, to participate in the research project.”
(Gummeson, 1991)

We hebben zes zorgbestuurders benaderd bekend uit ons netwerk met de vraag om deel te nemen aan ons onderzoek. Drie van hen kenden wij uit ons eerste vooronderzoek (zie hoofdstuk één), de overige drie via ons netwerk van organisaties, die landelijk een reputatie hadden opgebouwd (Denhardt, 1993). Selectiecriteria waren – behalve reputatie – spreiding over het land en diversiteit van zorginstellingen, namelijk een zorginstelling uit het VVT, VGZ en liefst ook een instelling uit het GGZ-domein. Uitgesloten waren organisaties die door externe of interne oorzaken last zouden kunnen hebben van te veel ‘ruis’ tijdens het onderzoek (bijvoorbeeld als gevolg van een recente of op handen zijnde fusie). Van de zes zorgbestuurders van de geselecteerde zorgorganisaties wilden er vijf in principe deelnemen aan ons onderzoek, twee trokken zich later terug, omdat hun middenmanagement bezwaren aantekende; het zou voor de organisatie te belastend zijn en een inbreuk kunnen betekenen op de privacy van cliënten. Daarmee komen wij op een laatste keuze criterium, de mogelijkheid om toegang te krijgen. Kortom heel pragmatisch: de beschikbaarheid van een zorginstelling. Ofschoon wij vanaf het begin het non-evaluatieve karakter van ons onderzoek hebben benadrukt en uitgedragen, is (tijdens ons onderzoek) gebleken dat deelnemers toch het beeld hadden van een oordelend onderzoek over de kwaliteit van hun zorgprocessen. Het onderzoek heeft veel vertrouwen van de bestuurders en zorgverleners gevraagd om deel te nemen aan zo’n onderzoek en om hiervoor een niet geringe tijdsinvestering te doen.

De drie deelnemende organisaties worden in de inleidingen van de hoofdstukken vier, vijf en zes beschreven, hoofdstukken waarin wij onze bevindingen per zorgorganisatie weergeven. Het betreft (twee VVT en één VGZ-) organisaties bestemd voor cliënten met psychische en/of fysieke en verstandelijke beperkingen. All drie beschikken over intramurale, semimurale (dagbehandeling) en extramurale (thuiszorg) settingen.

Na het eerste gesprek met een van de bestuurders en de bereidheid om in principe deel te nemen aan ons onderzoek, heeft een tweede verkennend gesprek met alle bestuurders plaatsgevonden. Naast uitleg over het doel en de opzet van het onderzoek is gesproken over het exploratieve, non-evaluatieve karakter van ons onderzoek en de mogelijkheid tot verbreding c.q. aanpassing van de opzet van het onderzoek op aangeven van de deelnemers, de te verwachten tijdsinvestering, de vrijwilligheid van deelname, de privacy en vooral de samenwerking die wij voor drie jaar met elkaar aan zouden gaan. Uit die gesprekken werd duidelijk dat de reden om deel te nemen aan ons onderzoek nauw samenhangt met hun eigen interesse en vragen rond onze onderzoeksvraag hoe menswaardig zorgen wordt georganiseerd. Het resultaat van deze drie verkennende gesprekken was dat de betrokken besturen groen licht gaven voor ons onderzoek. In deze verkennende fase zijn ook gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van cliënten- en ondernemingsraden met als doel instemming met ons onderzoek te verkrijgen en bekendheid aan en draagvlak voor ons onderzoek te geven.

3.3.3 Opzet van het onderzoek

In de tabel aan het eind van dit hoofdstuk zijn de details van de opzet van ons onderzoek weergegeven. Met tussenpozen van ongeveer een jaar zijn in drie onderzoeksronden de organisaties bezocht. Elke ronde heeft bestaan uit drie ‘blokken’ van aaneengesloten onderzoeksdagen. Het eerste blok heeft gesprekken omvat met leden van de bestuurspraktijk, de middenmanagers en teamleiders/locatie manager, die leiding gaven aan de gekozen zorgpraktijken. In diezelfde praktijken hebben onze observaties plaats gevonden en zijn gesprekken gevoerd met cliënten, familieleden en zorgverleners. Het tweede blok heeft observatie van de leidinggevendenden uit het eerste blok ‘in actie’ omvat: bestuursleden en leidinggevendenden hebben wij gevolgd in situaties waar wij hen hebben kunnen observeren. Teamleiders/locatiemanagers en hun zorgmedewerkers hebben wij geobserveerd tijdens hun team- en multidisciplinaire overleggen. Cliënten en zorgmedewerkers hebben wij kunnen observeren tijdens de besprekingen van de zorgplannen (vaak ook in aanwezigheid van de familieleden). In het tweede blok in de tweede onderzoeksrunde is met de zorgpraktijken ingezoomd op (een selectie van) hun werkprocessen met als doel zichtbaar te maken waar menswaardig zorgen verschijnt. Het derde blok heeft bestaan uit gesprekken waarin wij met de deelnemers betekenis hebben gegeven aan onze observaties en bevindingen om op deze wijze hen ook te betrekken bij de interpretatie van onze onderzoeksdata.

Elke ronde is voorafgegaan door een startbijeenkomst voor de deelnemende leidinggevendenden met als doel informatie over ons onderzoek te geven, aangevuld met specifieke toelichting op de opzet en organisatie van de betreffende ronde en (herhalend beklemtonend) het non-evaluatief karakter van ons onderzoek en de voorwaarden voor deelname van medewerkers en cliënten (zie onder). De eerste en tweede ronde zijn afgesloten met een slotbijeenkomst in de vorm van een *membercheck*, waarin wij de bevindingen uit die ronde hebben teruggekoppeld aan de hand van door ons geselecteerde thema’s (op basis van de bevindingen) in de vorm van een interactief gesprek met de deelnemers. Bij de derde ronde is geen slotbijeenkomst geweest omdat deze ronde grotendeels in het teken heeft gestaan van het bespreekbaar maken en duiden van de bevindingen uit de eerste en tweede ronde.

3.3.4 Voorwaarden onderzoek

Omdat het om praktische redenen niet mogelijk is geweest cliënten en zorgmedewerkers deel te laten nemen aan de startbijeenkomst, is aan de teamleiders/locatiemanagers verzocht om voorafgaand aan het onderzoek van/in de zorgpraktijk geïnformeerde toestemming van de participanten te verkrijgen. Cliënten en medewerkers werden voorafgaand aan de onderzoeksdag voorbereid op de komst van de onderzoeker door het verstrekken van informatie in de vorm van door ons geschreven folders in zo toegankelijk mogelijke taal. In deze folder is het doel, de opzet, voorwaarden voor deelname, privacy en mogelijkheid van eigen inbreng beschreven. Op de onderzoeksdagen zelf zijn cliënten en medewerkers nogmaals hierover door de onderzoeker zelf geïnformeerd door toelichting te geven op de eerder verstrekte folder. Verder hebben wij de deelnemers naar onze *weblog* verwezen waar behalve de folders, informatie en opzet van ons onderzoek, ook mededelingen over de voortgang van het onderzoek te vinden zijn geweest.

3.3.5 Keuze van locaties en deelnemers op locatie

In elke zorgpraktijk is uit de aanwezige cliënten, familieleden en zorgmedewerkers in samenspraak met de teamleider of locatiemanager op de onderzoeksdagen een selectie gemaakt. Vervolgens werd aan de geselecteerden gevraagd of zij wilden deelnemen aan ons onderzoek. De selectiecriteria waren: beschikbaarheid (geen afspraken elders), bereidheid tot

deelname en geen omstandigheden die een belemmering konden vormen voor deelname (ziekte, onrust). Deze werkwijze is in elke ronde herhaald met dien verstande dat wij zoveel mogelijk hebben geprobeerd cliënten uit de vorige ronden opnieuw te bevragen. Er zijn per locatie met minimaal drie cliënten en drie medewerkers gesprekken gevoerd. Familieleden die tijdens de onderzoeksdagen aanwezig waren, zijn eveneens uitgenodigd in het onderzoek te participeren.

De keuze van de locaties (zorgpraktijken) is voorafgaande aan de eerste ronde gedaan door het bestuur van de betreffende zorginstelling. Voorwaarde was spreiding van cliënten (intramuraal, dagbehandeling en thuiszorg) en de aan die locaties verbonden teamleiders (of locatiemanagers) alsook de bereidheid tot deelname aan ons onderzoek van de betrokken middenmanager en teamleiders/locatiemanagers. Dezelfde voorwaarden (zie boven) voor deelname hebben ook voor hen gegolden. In de tweede ronde hebben wij in samenspraak met bestuur zelf voorstellen gedaan om andere locaties te kunnen onderzoeken, waardoor niet alleen andere cliëntengroepen in beeld zijn gekomen, maar ook andere regio's en (dus) andere middenmanagers en teamleiders/locatiemanagers. In de derde ronde zijn dezelfde zorgpraktijken voor de tweede respectievelijk derde keer betrokken in ons onderzoek.

3.4 Gebruikte onderzoeksmethoden en analyse van de resultaten

3.4.1 Inleiding

Wij hebben het thema organiseren van menswaardig zorgen vanuit twee perspectieven onderzocht, namelijk vanuit het handelen van zorgbestuurders in hun bestuurspraktijk en vanuit het handelen van zorgverleners en cliënten in hun zorgpraktijken. Onze observaties en interviews zijn tijdens de onderzoeksdagen op elkaar betrokken en met elkaar gecontrasteerd om daarmee beter te begrijpen wat wij hebben gezien en gehoord. Wij hebben op die manier de drie onderzochte organisaties gedurende de eerste ronde steeds beter leren kennen, kennis die ons onderzoek goed te pas kwam in de opeenvolgende tweede en derde ronde, die ieder na ongeveer een jaar na elkaar plaatsvonden. Ook het onderling vergelijken van de drie organisaties in hun respectievelijke ontwikkeling in een periode van drie jaar hebben tot nieuwe vragen en inzichten geleid.

In deze paragraaf belichten wij de gebruikte onderzoeksmethoden: observatie, interviews en bestuderen van documenten (zie voor een overzicht tabel 3.1). Verder komt aan de orde de wijze waarop wij onze bevindingen hebben geregistreerd en geanalyseerd om af te ronden met de beschrijving van de validiteit en betrouwbaarheid van ons onderzoek.

3.4.2 Observatie

“Observation has been defined as ‘the systematic description of event, behaviours, and artefacts in the social setting chosen for study.’”
(Marshall and Rossman 1989)

In ons onderzoek hebben we twee vormen van observatie gebruikt, namelijk een interactieve vorm van observatie en een non-participerende observatie. In de interactieve vorm (Abma en Widdershoven, 2006) bezochten wij zorgpraktijken in combinatie met gesprekken met cliënten en hun eventueel aanwezige familieleden. Wij zaten in de huiskamers, namen deel aan maaltijden en activiteiten voor cliënten, waarbij wij aan de aanwezigen in hun handelen soms vragen stelden als “wat doe je nu?”, “wat betekenen die lijsten aan de wand” en aan

cliënten “heeft u aan deze tafel verder ook contact met elkaar?” Deze observaties werden afgewisseld met interviews met cliënten en zorgmedewerkers. In deze observaties hebben wij een balans proberen te vinden tussen deze interactieve vorm – waarbij wij ons elke keer weer lieten verrassen door de gebeurtenissen die wij waarnamen en daarop te interacteren door vragen te stellen – en een meer instrumentele vorm van observatie waarin wij trachten zicht te krijgen op de wijze waarop met signalen van cliënten werd omgegaan, hoe zich het relatiepatroon met de cliënten (al dan niet) ontvouwde, het gebruik en inrichting van de ruimte(n) en het gebruik van artefacten, hoe zich in deze context de choreografie van handelen afspeelde, de wijze waarop samenwerken tussen de zorgmedewerkers gestalte kreeg en de wijze waarop reflecteren op eigen handelen zichtbaar werd. Tijdens deze observaties waren video en/of geluidsregistraties om privacy redenen niet mogelijk en gebruikten wij schriftelijke registraties waarin wij onze observaties beschreven. Onze bevindingen werden betrokken op het derde en laatste blok van elke ronde in gesprekken met zorgverleners en bestuurders om na te gaan of onze observaties ook spoorden met de bevindingen uit de interviews en vragenderwijze beter te begrijpen hoe deze bevindingen samenhangen met het organiseren van menswaardig zorgen.

De niet-participerende vorm van observatie is in de zorgpraktijken ook gebruikt wanneer wij op afspraak teamvergaderingen, werkoverleggen en multidisciplinair overleg (MDO) hebben bijgewoond. Ook in de bestuurspraktijken hebben wij deze vorm van observatie gebruikt, bijvoorbeeld bij het ‘schaduw’ van bestuurders en middenmanagers in (bestuurs)vergaderingen, werkbezoeken, werkoverleg met middenmanagers, introductiebijeenkomsten van nieuw personeel en bijeenkomsten van familieraden. Met instemming van de bestuurders en de middenmanagers hebben wij gevraagd om met de andere deelnemers na te praten hoe zij het handelen van de bestuurder/middenmanager hebben ervaren. Wij benadrukten in dit nagesprek elke keer dat het niet ging om een beoordeling van de betrokken bestuurder maar om de effecten van diens handelen op de organisatie. Bijna alle bijeenkomsten (behalve in een enkel geval dat de bestuurder of deelnemers dat niet wilden) zijn geregistreerd met video en geluidsopnamen. Vooral de video opnamen gaven bij terugkijken aanvullende informatie over de onderlinge interactie en de non-verbale uitingen. Kortom, hoe zich het handelingsproces in de tijdsspanne van de observatie ontvouwde.

Ofschoon niet elk *event* waarin wij het handelen van de bestuurder en de middenmanager hebben geschaduwd op het eerste gezicht relevant leek voor ons thema – het organiseren van menswaardig zorgen – en zeker niet representatief is voor al zijn of haar bestuurlijk handelen, hebben onze observaties toch nieuwe of aanvullende informatie gegeven, zeker indien wij deze bevindingen hebben betrokken op andere observaties en op onze interviews met bestuursleden, middenmanagers en zorgmedewerkers. Deze informatie heeft ons ook geholpen nieuwe, aanvullende locaties (zorgpraktijken) te kiezen voor onze tweede ronde.

Tot slot. Menswaardig zorgen beperkt zich niet tot de zorgpraktijken van de onderzochte organisaties, maar verschijnt ook in andere organisatorische aspecten van de materiële en sociale interface met (aanstaande) cliënten en hun familieleden. Op basis hiervan hebben wij gedurende alle drie de ronden onze wisselwerking en contactmomenten met de onderzochte organisaties geobserveerd en geregistreerd. Voorbeelden zijn: hoe kwamen de onderzoeksafspraken tot stand, werden wij tijdig van wijzigingen op de hoogte gebracht, hoe was de ontvangst door de diverse receptionisten, hoe waren de ontvangst- en gespreksruimten ingericht, wat was de dynamiek in de interactie van de aanwezigen, enzovoort? Observaties die betekenis krijgen in samenhang met onze bovengenoemde observaties en de gesprekken.

3.4.3 Interviews

Door sommige praktijktheoretici (Bourdieu, 1977) worden kanttekeningen gezet bij het gebruik van interviews als onderzoeksmethode. Het risico van representationalisme en ex-post rationalisaties worden met name genoemd. De voordelen van deze methodiek wegen echter op tegen de nadelen. Het is mogelijk situaties te onderzoeken die voor observeren ontoegankelijk of onmogelijk zijn. Bovendien is de effectiviteit van deze methodiek (in onze situatie) gekoppeld aan de aard van de interviews (wij hebben gekozen voor interactieve interviews, gestructureerd op basis van thema's), en onze aanwezige achtergrondkennis van de langdurige zorg. Bovendien zijn wij beroepshalve geschoold in het interviewen van cliënten en bestuurders. Verder is het belangrijk dat deze methode onderdeel is van meerdere methodieken die wij in deze paragraaf hebben beschreven. Ten slotte hebben wij de interviews ook gebruikt om eventuele verschillen tussen gedane en gezegde opvattingen zichtbaar te maken (Argyris, 1974) en (daarom) als aanvulling op onze observaties.

In de tabel aan het eind van dit hoofdstuk staat een overzicht van alle gevoerde gesprekken. In elke ronde zijn de betrokken bestuurders individueel geïnterviewd en vanaf de tweede ronde als raad van bestuur. De gesprekken duurden 1 à 1½ uur en zijn alle middels video- en geluidsopnamen geregistreerd en later volledig getranscribeerd. Waren de gesprekken in het eerste blok in de eerste ronde nog verkennend en open, de gesprekken in het eerste blok van de tweede en derde ronde werden steeds gericht op het thema organiseren van menswaardig zorgen waarbij wij – geanonimiseerd – ook gebruik maakten van onze bevindingen in de andere zorgorganisaties. De gesprekken in het derde blok van alle ronden waren gewijd aan duiden en zin geven aan de door ons gevonden resultaten in die ronde. Van een soortgelijke opzet was sprake bij de betrokken middenmanager.

Zoals gezegd, de opzet van die interviews was interactief en tijdens de interviews werd ruimte gegeven aan het eigen verhaal van de gesprekspartners. Echter, zodra de deelnemers te abstract of intentioneel begonnen te formuleren, is hen gevraagd terug te keren naar de concrete handelingspraktijk met vragen als bijvoorbeeld “hoe doe je dat?” of “kun je een voorbeeld geven?” of “wat merken de cliënten en/of zorgmedewerkers hiervan?” Centrale gesprekstema's waren hoe de bestuurders (en middenmanagers) de kernwaarden van hun organisatie vertalen naar de zorgpraktijken, de relatie tussen die kernwaarden en menswaardig zorgen, welke organisatorische interventies of woorden zij daartoe noodzakelijk vinden, wat het effect van die maatregelen is geweest en ook of zij zelf op basis van eigen ervaring een beeld hebben gekregen van de vragen van hun cliënten en de inrichting van de zorgpraktijken. Verder hebben wij in het eerste blok van de eerste ronde de bestuurders gevraagd via een dagboekmethode bij te houden op welke momenten van hun werkdagen zij stuurden op het organiseren van menswaardig zorgen, hoe vaak zij direct contact hadden met de zorgpraktijken en de daarin verblijvende cliënten. De resultaten vormden een input in blok drie van de eerste ronde.

In de zorgpraktijken is in elke ronde een gesprek geweest met de betrokken teamleider of locatiemanager rond het thema hoe zij sturen op het realiseren van de kernwaarden van hun organisatie en hoe zij het effect daarvan kunnen beschrijven met voorbeelden en concrete situaties. Ook van deze gesprekken werden geluidsopnamen gemaakt. Verder is gesproken met de aanwezige zorgmedewerkers rond thema's die zij belangrijk vonden in hun zorgen voor cliënten, op welke wijze het handelen van teamleiders, middenmanagers en bestuur dat (al dan niet) faciliteert, de rol van samenwerken, reflecteren, het hebben van eigen handelingsruimte, het inspelen op de vraag van hun cliënten. De gesprekken waren individueel, soms in groeps/teamverband. In de gesprekken met cliënten kwam aan de orde

wat zij belangrijk vonden in het zorgen. Wij vroegen naar voorbeelden of voorvallen en hebben gevraagd welke elementen volgens hen het zorgen bevorderden of belemmerden. Ook deze gesprekken werden geregistreerd via geluidsopnamen, soms via notities die direct na het interview werden uitgewerkt.

3.4.4 Documenten

Ter voorbereiding van elke ronde zijn de navolgende documenten bestudeerd:

- begrotingen en allocatie aan diverse kostenposten (budgetten voor zorgpraktijken bijvoorbeeld)
- de verdeling van de directe (verbonden aan zorgpraktijken) en indirecte kosten (overhead)
- gedocumenteerde procedures en werkprocessen
- financiële rapportages en beschikbaarheid voor zorgpraktijken
- documenten rond de inrichting van het multidisciplinair overleg (MDO), het gebruik van het cliëntendossier (EPD) en afspraken rond vrijheid beperkende maatregelen
- met instemming van de betrokken cliënten zijn ook hun dossiers gelezen en daarbij de volgende informatie bestudeerd: hoe is de zorgvraag beschreven, zijn niet medische achtergrondgegevens aanwezig, zijn er afspraken rond contacten met familie, is het netwerk beschreven en zijn er afspraken rond werk en/of vrijetijdsbesteding?
- eventueel recente onderzoeken naar arbeidstevredenheid en cliëntsatisfactie
- website van de organisatie en eventuele andere relevante virtuele bronnen

Sommige documenten zijn ter voorbereiding van de eerste ronde bestudeerd; sommige tijdens de ronden zelf (zorgdossiers bijvoorbeeld). Het bestaan van andere documenten is soms tijdens de gesprekken duidelijk geworden en zijn in de intervallen tussen de onderzoeksronden bestudeerd. De documenten zijn gelezen vanuit de optiek van onze onderzoeksvraag, waarbij wij ook aandacht hebben gegeven aan welke kwesties er op dat moment in de organisatie spelen. Het gebruik van de documenten is ondersteunend geweest aan de andere twee genoemde onderzoeksmethoden.

Foto's werden – indien relevant en met toestemming – gemaakt van de werkkamer van de bestuurder, het gebruik van informatieborden op wanden van de zorgpraktijken en de inrichting van de verblijfsruimten. Deze informatie werd als achtergrondinformatie voor ons onderzoek gebruikt.

3.4.5 Analyse

“...wading through the clusters upon clusters of symbols by which man confers significance upon his own experience.”

(Geertz, Thick descriptions, 1973, blz. 5-6)

De gesprekken met cliënten, familieleden, medewerkers, teamleiders, middenmanagers en bestuurders zijn getranscribeerd (letterlijk uitgetypt), de overige gesprekken en bijeenkomsten aan de hand van de gemaakte notities en eventuele geluidsregistraties in gespreksverslagen weergegeven. Vervolgens zijn deze documenten opgeslagen in het programma Atlas.ti. Dit programma biedt de mogelijkheid alle documenten en eventueel ondersteunend video en/of fotomateriaal op te slaan en te analyseren. De gespreksthema's uit de interviews die in de loop van de drie ronden steeds duidelijker als categorieën van handelen naar voren kwamen, zijn flexibel gebruikt als groeperingen van handelingspatronen. Flexibel om te voorkomen dat observaties of opmerkingen die niet onmiddellijk in deze indeling pasten, uit zicht zouden

blijven. Conform de iteratieve methode (Maso e.a. 1989) zijn de voorlopige bevindingen na elke onderzoeksrunde op de theorie en onze eigen reflecties betrokken. Deze aanpak heeft ook een rol gespeeld bij de (verdere) ontwikkeling van de zeven handelingscategorieën door steeds opnieuw naar de data te kijken, te bespreken in onze onderlinge afstemming en deze aan de orde te stellen in de begeleidende gesprekken met onze promotores.

3.4.6 *Betrouwbaarheid en validiteit*

Het gebruik van de drie onderzoeksmethoden over drie verschillende onderzoeksronden, verspreid over een periode van drie jaar, in drie verschillende zorgorganisaties, gaven de mogelijkheid te komen tot een redundantie van informatie, op basis waarvan zogenaamde *thick descriptions* (Geertz, 1973) zijn gemaakt. Er is in ons onderzoek zowel sprake van data triangulatie of bronnen triangulatie door het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden als ook theoretische triangulatie (Maso e.a. 1989) door het gebruik van meerdere theoretische gezichtspunten rond het thema organiseren van menswaardig zorgen.

Verder is per organisatie na afsluiting van de eerste en tweede onderzoeksrunde een *membercheck* georganiseerd voor de participanten aan het onderzoek. Middels een presentatie zijn de bevindingen op hoofdlijnen teruggekoppeld – daarbij elke schijn van evaluatie van het zorgproces vermijdend – en is nog gefocust op bevindingen, door middel van reflectie in kleine groepen deelnemers, die voor ons onderzoek relevant waren. De participanten konden zich in de bevindingen herkennen. De derde en laatste ronde is voor een deel gebruikt om in groepen met cliënten en medewerkers in gelijksoortige functies (zorgverleners, teamleiders, middenmanagers) onze geaccumuleerde bevindingen in thema's gegroepeerd te bespreken. Behalve bevestiging van onze bevindingen, leidde dat ook weer tot verdere verdieping of 'verdikking' van de onderzoeksresultaten (Stoopendaal, 2008, blz 85).

3.5 Samen uit, samen thuis: motieven voor onze dubbel promotie en verantwoording van onze individuele bijdrage aan het onderzoek

“Etnografisch onderzoek is arbeids- en tijdsintensief. (...) Juist het zicht krijgen op de 'insidersview' maakt het onderzoek zo interessant. Onderzoek dat korter duurt of afstandelijker is blijkt daarvoor ontoereikend.”

(Wester & Peters, 2004). (In: Van Dalen, 2012, blz. 38)

Zoals wij in hoofdstuk één hebben beschreven is onze wens geweest om te reflecteren op onze aanpak in de langdurige zorg om de zorgorganisatie ondersteunend te maken aan het proces van menswaardig zorgen, een aanpak die wij in onderlinge samenwerking hebben ontwikkeld en toegepast. Maar dat is niet de enige reden geweest om voor een traject van een dubbel promotie te kiezen. Wij denken dat ons onderzoek aan kwaliteit heeft gewonnen door ook in onze 'onderzoekspraktijk' het interactieve karakter van het onderzoek te laten doorwerken. Hoe? Welnu, een van de vragen van ons onderzoek is hoe de bestuurs- en zorgpraktijk elkaar wederzijds beïnvloeden om menswaardig zorgen mogelijk te maken. Doordat één van ons zich heeft gericht op de processen in en rond de zorgpraktijken, de ander op die in en rond de bestuurspraktijken is het mogelijk geweest beide perspectieven op basis van onderzoeksdata met elkaar te confronteren om de wisselwerking zichtbaar te maken. De vele uren reistijd zijn benut voor voorbereiding, afstemmen en triangulatie van de gevonden resultaten om op die wijze patronen van handelen te laten verschijnen. Het werken in teamverband heeft ook de mogelijkheid gegeven om ons te behoeden voor blinde vlekken en vooroordelen alsook om een goede balans te vinden tussen een instrumentele (afstandelijk & objectiverend) en

interactieve (betrokken & waarderend) onderzoeks aanpak. Onze werkwijze daarbij is geweest dat wij in onze verscheidene afstemmingsmomenten beide posities met elkaar hebben geconfronteerd en voortdurend daarbij het perspectief van de cliënt hebben gehanteerd. Nog een laatste motief om aan dit gezamenlijk traject te beginnen: het is een arbeidsintensief traject verspreid over drie jaar en over drie zorgorganisaties. Het feit dat wij samen dit onderzoek doen, heeft het mogelijk gemaakt de grote hoeveelheid data te verwerken, soms onder tijdsdruk omdat bij een *membercheck* aan het eind van een onderzoeksronde de patronen zichtbaar moesten worden gemaakt.

Het beschrijven van wie van ons beiden verantwoordelijk is voor welk gedeelte in dit proefschrift is vanwege het interactieve karakter van dit onderzoek geen makkelijke opgave. Alle elementen van dit onderzoek hebben het karakter van een gezamenlijke aanpak. Vanaf het begin is er echter een verdeling geweest van taken en verantwoordelijkheden. Tijdens de voorbereiding en het onderzoek zelf is Gallé verantwoordelijk geweest voor de onderzoeksopzet in de zorgpraktijken, de uitvoering en de verwerking van de data, alsook de presentatie van deze data in de *memberchecks* na de eerste en tweede onderzoeksronde. Mutatis mutandis is Luijten verantwoordelijk geweest voor de bestuurspraktijken. Deze verdeling heeft ook zijn weerslag in het proefschrift gekregen. Zo heeft Gallé de verantwoordelijkheid voor het weergeven van het onderzoek van de zorgpraktijken, het onderzoek van de literatuur (in hoofdstuk twee), weergave van de onderzoeksdata in de betreffende paragrafen in de hoofdstukken vier, vijf en zes en ten slotte de conclusies die specifiek over de zorgpraktijken gaan. Luijten heeft de verantwoordelijkheid voor het weergeven van het onderzoek van de bestuurspraktijken, het onderzoek van de literatuur (in hoofdstuk twee), weergave van de onderzoeksdata in de betreffende paragrafen in de hoofdstukken vier, vijf en zes en ten slotte de conclusies die specifiek over de bestuurspraktijken gaan. De verantwoordelijkheid voor hoofdstuk één en de literatuurlijst ligt bij Gallé en die voor hoofdstuk drie bij Luijten. Om stijlverschillen te voorkomen is in de eindredactie gekozen voor één penvoering.

3.6 Conclusie

“Of course, this study is never complete. We start in the middle of things (...) Action has already started, it will continue when we are no longer around.”
(Latour, 2005, blz. 123)

Inderdaad, dit onderzoek is niet compleet. Wij hadden graag nog een vierde onderzoeksronde willen doen om te kunnen observeren hoe de ontwikkeling in deze drie zorgorganisaties verder zou zijn gegaan. Waarschijnlijk hadden wij na deze hypothetische vierde ronde nog de wens gehad om nog een vijfde ronde te starten. Maar ondanks het feit dat wij slechts in een bepaalde tijdsspanne hebben kunnen onderzoeken hoe deze drie zorgorganisaties zich inspannen om menswaardige zorg te organiseren, denken wij dat het feit dat ons onderzoek zich heeft uitgestrekt over een periode van drie jaar in drie verschillende onderzoeksronden, toegevoegde waarde voor ons onderzoek heeft gehad.

In de volgende drie hoofdstukken worden de *casestudies* gepresenteerd. Elk hoofdstuk start met algemene informatie over de zorgorganisatie en de opzet van het onderzoek. Daarna wordt – zowel vanuit het perspectief van de cliënten en zorgverleners (zorgpraktijken) als vanuit het bestuur – een beeld gegeven hoe menswaardig zorgen tot stand komt door een

balans te scheppen tussen instrumenteel en interactief zorgen in relatie tot de vraag van de cliënt in zijn of haar situatie.

Tabel 3.1 Onderzoeksdagen en aantallen gesprekken en observaties

	Zorgorganisatie A (hoofdstuk vier)	Zorgorganisatie B (hoofdstuk vijf)	Zorgorganisatie C (hoofdstuk zes)
Verkenkende gesprekken met bestuurder(s)	2	2	2
Gesprekken voor draagvlak in de zorgorganisatie	Locatiemanagersberaad Bewonersraad	Ondernemingsraad Centrale Cliënten Raad	Cliëntenraad Wetenschappelijke onderzoekscie Thema MT
Startbijeenkomst	3 feb 2016	27 aug 2015	26 nov 2015
Zorgpraktijken (aantal)	Ouderen dagbesteding, kinderdagcentrumen woonlocatie (3)	Thuiszorg, Korsakov- afdeling en revalidatie afdeling (3)	Thuiszorg, NAH, LNR en dagbehandeling (4)
1e ronde blok 1	1 mrt – 31 mrt 2016	22 sept - 24 sept 2015	12 jan – 10 feb 2016
Observaties in zorg praktijken	14	9	6
Gesprekken met cliënten	9	13	13
Gesprekken met medewerkers	15	14	13
Gesprekken met familieleden	1	3	3
Gesprekken met teamleiders & LM	3	3	4
Gesprekken met middenmanagers	2	3	7
Gesprekken met bestuurders	3	3	1
1e ronde blok 2	14 mrt - 22 apr 2016	15 okt - 22 okt 2015	13 jan - 9 mrt 2016
Observaties in zorgpraktijk	1	9	3
Zorgplangesprekken	5	3	9
MDO overleggen	3	3	1
Teammanagers in actie	3	3	4
Middenmanagers in actie	1	3	7
Bestuurders in actie	3	3	1
1e ronde blok 3	20 apr - 21 apr 2016	11 nov – 19 nov 2015	4 mrt - 16 mrt 2016
Observaties in zp	1	1	1
Gesprekken met teammanagers	3	3	4
Gesprekken met middenmanagers	1	3	7
Gesprekken met bestuurders	3	3	3
Terugkoppeling resultaten en <i>membercheck</i> met managers en bestuurders	9 sep 2016	3 dec 2015	10 mei 2016
2e ronde blok 1	19 apr – 2 mei 2017	21 sep – 8 nov 2016	10 jan – 27 jan 2017
Vorbereidend gesprek bestuur	1	1	1 & Wetenschappelijke onderzoekscie
Startbijeenkomst met deelnemers uit de eerste ronde en die van de nieuwe locaties	8 feb 2017	24 aug 2016	19 dec 2016
Zorgpraktijken (aantal uit 1 ^e ronde/ 2 ^e ronde)	Ouderen dagbesteding, kinderdagcentrumen ouderen woonlocatie (3/2)	Thuiszorg, korsakov afdeling en revalidatie afdeling (3/3)	Thuiszorg, NAH, LNR en dagbehandeling (4/3)
Observaties in zorgpraktijk	4		4
Gesprekken met cliënten	4		10
Gesprekken met medewerkers	10		8
Gesprekken met familieleden			2
Gesprekken met teammanagers	3	3	2
Drie-gesprekken TM-LM- Bestuurder	1	3	4

2e ronde blok 2	31 mei – 8 jun 2017	4 okt – 6 okt 2016	2 feb – 9 feb 2017
Deelnemers van	Woonlocatie voor kinderen en een woonlocatie (NAH en dubbele handicap)	Revalidatie, psychogeriatric en somatiek afdeling	Revalidatie, psychogeriatric en somatische verblijfsafdeling
Observaties in zorgpraktijken	5	4	2
Gesprekken met cliënten	6	6	4
Gesprekken met familieleden	2	2	2
Gesprekken met medewerkers	2	2	4
Werkprocesgesprekken medewerkers	1	3	2
Gesprekken met teammanagers	2	3	3
Gesprekken met midden-managers	2	3	4
2e ronde blok 3	31 mei 2017	14 nov – 17 nov 2016	23 feb 2017
Deelnemers van;	5 locaties 7 teams	3 nieuwe locaties 3 nieuwe teams	2 locaties 4 teams
Twee gesprekken met teamleider en middenmanager	2	3	4
Groepsgesprek bestuurders	1	1	1
Terugkoppeling resultaten en <i>membercheck</i> met managers en bestuurders	29 aug 2017	1 dec 2016	9 mrt 2017
3e ronde blok 1	27 mrt 2018	6 mrt 2018	13 mrt 2018
Onderzochte zorgpraktijken	woonlocatie (NAH en dubbele handicap)	revalidatie, korsakov en psychogeriatric afdeling	revalidatie en NAH afdeling
Groepsgesprek cliënten	1	1	3
Groepsgesprekken medewerkers	1	1	1
Groepsgesprek familieleden	1	1	1
3e ronde blok 2	29 mrt 2018	8 mrt 2018	13 mrt - 22 mrt 2018
Groepsgesprek teammanagers	1	1	1
Groepsgesprek middenmanagers	1	1	2
3e ronde blok 3	24 apr 2018	8 mrt 2018	17 apr 2018
Groepsgesprek bestuurders	1	1	1

Hoofdstuk 4 Zorgorganisatie A

4.1 Algemeen

Zorgorganisatie A is in 1997 ontstaan uit een fusie en bedient 4800 cliënten vanuit 250 locaties, die verspreid zijn over één provincie. Cliënten zijn bekend met lichamelijke en psychische handicaps en verstandelijke beperkingen, veelal van chronische aard. Het betreft kinderen, tieners, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen. Er zijn zorgpraktijken voor crisisopvang en deeltijd wonen, wonen en logeren, hulp thuis, activiteitscentra, centra voor leren en ontwikkelen, werken en vrijetijdsbesteding, winkels, kinderdagcentra en boerderijen. Er werken ongeveer 3000 medewerkers en circa 1700 vrijwilligers. De architectuur van de locaties laat de veranderingen in opvatting over de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zien: van een grootschalige voorziening (inmiddels in renovatie), nu onderverdeeld in meer dan tien zorgpraktijken, tot moderne, kleinschalige zorgpraktijken in de vorm van woonvoorzieningen, gesitueerd in een dorp of in steden.

Kernwaarden van de organisatie zijn:

- zo veel mogelijk regie over je eigen leven
- een plek hebben waar je je veilig en thuis voelt
- kunnen leven in contact met anderen en kunnen uitdrukken wat in je leeft
- je talenten kunnen gebruiken en bijdragen aan de samenleving
- om kunnen gaan met de vragen en problemen die je in je leven tegenkomt

De organisatie wordt aangestuurd door een raad van bestuur, bestaande uit drie bestuurders, en tien regiodirecteuren (in de eerste onderzoeksronde). De drie bestuurders hebben een onderlinge taakverdeling. Bestuursvoorzitter Albert is verantwoordelijk voor *good governance*, de relatie met de raad van toezicht en de onderhandelingen met de financiers. Bestuurder Aaron is verantwoordelijk voor de zorgverlening en bestuurder Abel, qua anciënniteit de jongste, is verantwoordelijk voor geld en gebouwen. Het hoofdkantoor is op een centrale locatie. Cliënten uit het naastgelegen activiteitencentrum verzorgen daar onder andere de koffie en de thee. Het werkgebied is onderverdeeld in tien regio's die niet alleen in grootte van elkaar verschillen, maar ook in variëteit van locaties en bronnen van financiële inkomsten. Een regio bestaat uit gemeenten die met elkaar een samenwerkingsverband kennen. De regiodirecteur heeft zijn of haar kantoor op een van de locaties in de regio. In totaal zijn er circa 250 zorgpraktijken of locaties, die worden aangestuurd door een locatiemanager. Deze hebben hun kantoor op een van de locaties waar ze leiding aan geven.

Deze organisatievorm is het resultaat van een reorganisatie in 2014 waarbij van vier naar drie lagen is overgegaan. De laag van zogenaamde clustermanagers – tussen de (toen drie) regiodirecteuren en de locatiemanagers – bestaat niet meer. Het aantal regio's (en directeuren) is daarbij van drie naar tien verhoogd. Ook de verantwoordelijkheid van de locatiemanagers is bij deze reorganisatie uitgebreid, onder andere door hen verantwoordelijk te maken voor hun budget. Met deze reorganisatie heeft het bestuur willen inspelen op de veranderingen door de nieuwe financiering, namelijk de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), die een meer directe relatie met de gemeenten vraagt en met de uitbreiding van het aantal regio's gestalte heeft gekregen. Een andere reden voor deze reorganisatie is om de focus van de organisatie meer op de locatiemanagers te richten en hen meer te faciliteren bij het leidinggeven aan hun zorgpraktijken.

In (bijna) elke zorgpraktijk zijn persoonlijk begeleiders en begeleiders, samenwerkend in zorgteams, werkzaam. Een persoonlijk begeleider is de contactpersoon voor een aantal cliënten en maakt in samenspraak met cliënten en eventueel familie een ondersteuningsplan op. Een begeleider kan persoonlijk begeleider worden, een aanvullende opleiding is daarvoor noodzakelijk. Op de achtergrond functioneren facilitair medewerkers en op afroep beschikbare (gedrags)deskundigen en activiteitenmedewerkers ter ondersteuning van cliënten en medewerkers.

Er zijn verschillende soorten medezeggingschapsraden binnen deze zorgorganisatie. Bijna iedere locatie heeft een medezeggingschapsraad. Deze kan bestaan uit cliënten of uit vertegenwoordigers. In een regio kan er een Regionale Medezeggingschapsraad (RMR) zijn. Dit is niet in iedere regio het geval. In de RMR zitten mensen van verschillende locaties. Er is ook een centrale Medezeggingschapsraad. Hierin zitten cliënten met een lichamelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel en familie van cliënten met een verstandelijke beperking.

Een aantal van de verschillende diensten voor mensen die in deze organisatie wonen of logeren wordt betaald uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Andere diensten betalen cliënten zelf. Soms kan dat worden teruggevraagd bij de zorgverzekering of worden aangevraagd bij de gemeente op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De door ons bezochte zorgpraktijken betreffen:

- de dagbesteding voor ouderen (op verschillende locaties)
- een kinderdagcentrum voor leren en ontwikkelen (N)
- een woonlocatie voor mensen met een verstandelijke beperking (in een middelgrote stad) (O)
- een woonlocatie voor kinderen op een complex met meerdere verschillende zorgpraktijken (W)
- een dagbesteding voor kinderen
- een woonlocatie voor cliënten met een lichamelijke en verstandelijke beperking of niet aangeboren hersenletsel (in een dorp in landelijk gebied) (J)

In totaal betreft het drie van de tien regio's van het totale werkgebied van deze zorgorganisatie.

4.2 Onze bevindingen in zorgorganisatie A

Hieronder geven wij onze bevindingen weer van ons onderzoek in de periode 2016 - 2018 in drie onderzoeksronden. Onze bevindingen zijn gegroepeerd in de zeven vormen van handelen waarin – zoals beschreven in hoofdstuk twee – de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen zichtbaar wordt. Om ook de wisselwerking tussen de zorg- en de bestuurspraktijk in onze bevindingen zichtbaar te maken, hebben wij elke subparagraaf verdeeld in twee secties, een voor onze bevindingen in de zorgpraktijk (sectie a), de andere voor de bevindingen in de bestuurspraktijk (sectie b).

4.2.1.a Zoeken naar de vraag in de zorgpraktijk

In deze subparagraaf willen wij aan de hand van een tweetal casussen het proces van 'zoeken naar de vraag' weergeven. Uit deze casussen blijkt dat dit zoekproces complex en gelaagd is,

waarin verschillende elementen een rol spelen. Zo moet (1) de vraag ‘gelezen’ worden bij cliënten en niet alleen bij cliënten die zich (zoals in deze casus) moeilijk kunnen uitdrukken, (2) zijn er verschillende actoren betrokken bij de duiding, (3) zijn er verschillende tijdsperspectieven bij het zorgen als antwoord op de vraag en (4) manifesteren zich in dit proces tegengestelde waarden. Bij al deze elementen gaat het om het vinden van een verhouding tussen interactief en instrumenteel zorgen, die menswaardig zogen mogelijk maakt.

De eerste casus. Wij hebben onderzoek gedaan op de locatie W (in de tweede ronde), een centrum voor dagbehandeling voor kinderen met ernstige verstandelijke en soms ook lichamelijke beperkingen. Op een van de groepen valt ons een meisje van rond de veertien jaar op dat tijdens de bijeenkomst van de kinderen met haar hoofd op tafel ligt te slapen. Bij informatie blijkt dat zij – verstandelijk ernstig beperkt en autistisch – ’s nachts achter de computer zou zitten en alleen maar babyvoeding wil eten. De ouders – met wie de relatie volgens de zorgmedewerkers fragiel is – blijken nauwelijks een corrigerende rol te kunnen spelen, zij zouden het conflict met het meisje zoveel mogelijk uit de weg willen gaan. Het beleid van het zorgteam is om in kleine stapjes het gedrag te veranderen door bijvoorbeeld haar uit te nodigen ook gewone voeding te nemen. Prioriteit daarbij heeft de relatie met deze cliënt. Verder maakt het zorgteam de afweging om in het belang van het kind de relatie met de ouders niet te verliezen en in gezamenlijkheid te blijven handelen ondanks de verschillen in aanpak.

Wat is hier ‘de’ vraag van het meisje, de cliënte? Door haar beperkingen kan zij haar vraag niet onder woorden brengen. Uit haar gedrag zou af te leiden zijn dat zij babyvoeding wil eten en ’s nachts YouTube wil kijken. Maar is dat haar vraag? Vanuit ontwikkelingsperspectief van het meisje bekeken zou het inwilligen van deze vraag niet als menswaardig zorgen kunnen worden getypeerd, gezien alle ontwikkel- en gezondheidsrisico’s van dit gedrag op latere leeftijd. Uit het verhaal van het zorgteam wordt duidelijk dat zij door het (op korte termijn) meegaan met haar vraag haar in kleine stapjes willen laten wennen aan gewoon voedsel. Het vraagstuk van het dag/nachtritme wordt geplaatst in een langere termijn aanpak om de relatie met ouders niet op het spel te zetten. Immers, de ouders zijn in juridische zin de eigenaar van de vraag.

Deze casus maakt duidelijk dat bij het zoeken naar de vraag verschillende aspecten een rol spelen. Op de eerste plaats is het zoeken naar de vraag een collectief proces, waarin verschillende partijen met verschillende opvattingen een rol spelen. Zo zijn daar de ouders van het meisje, maar ook de zorgmedewerkers die elk hun eigen opvattingen hebben over wat menswaardig zorgen is en wat dit betekent voor de prioriteiten en de taakverdeling in het reageren op de vraag. Daarnaast is het zoeken naar de vraag een iteratief proces, het vraagstuk manifesteert zich bij elke maaltijd opnieuw. De teamleden moeten elke keer weer hun handelen met elkaar afstemmen om verschillen te voorkomen. De betrokken teamleden geven aan dat zij regelmatig samen in gesprek blijven over wat de beste volgende stap moet zijn. Ook duikt het vraagstuk telkens weer op in de gesprekken met de ouders, die een eigen opvatting hebben in dit proces. Zij hebben hun dochter immers met bepaalde verwachtingen in het dagcentrum laten plaatsen en hebben ook hun eigen manieren om met de vraag van hun dochter om te gaan.

Ten derde wordt uit deze casus duidelijk dat het zoeken naar vraag van de cliënt een korte en een lange termijnperspectief laat zien. Zo is de inzet van het zorgteam om op korte termijn niet al te confronterend naar de ouders te zijn (om het contact niet te verliezen) om op langere

termijn vanuit de relatie met het meisje en haar ouders ontwikkelingen mogelijk te maken. Dat ontwikkelperspectief wordt ook door de adjunct regiodirecteur Arthur (in de eerste ronde) benadrukt: “Het glas is niet half leeg, maar half vol. Wees gelukkig met de kleine stapjes die je [nu] maakt.” Het tijdsperspectief komt ook op een andere wijze naar voren in interactief versus instrumenteel zorgen. In interacteren spelen soms onverwachte (sociale) aanleidingen een rol, bijvoorbeeld een sterfgeval in de familie of een emotionele televisie-uitzending. Instrumenteel zorgen is meer planmatig gebaseerd op het zorgplan dat veelal een jaar omspannt. Scherper geformuleerd: interactief zorgen speelt zich altijd in het moment af, *real time*, terwijl instrumenteel zorgen zich beweegt op een tijdslijn met doelen en stappen.

Ten vierde komen in het zoeken naar de vraag van de cliënt ook tegengestelde waarden aan het licht. Zo kun je in deze casus de waarde van een ‘goed dag en nachtritme’ (met alle gezondheidsrisico’s bij een verstoord ritme) stellen tegen de waarde om met cliënte en familie in relatie te blijven en via langzame, kleine stapjes tot verandering te komen. En deze waarden zijn niet alleen tegengesteld, maar de vraag wat nou ‘goede’ zorg is in deze situatie van het meisje kan vanuit verschillende ethische gezichtshoeken worden benaderd. Iedereen is het eens over het welbevinden van het meisje, maar is haar gezondheid daarbij maatgevend, het ontwikkelperspectief op langere termijn, haar tevredenheid op kortere termijn of het in relatie blijven met de ouders, omdat – na verbreken van de relatie – geen enkele bijdrage meer kan worden geleverd? Elke keer opnieuw zal naar bevind van zaken door het zorgteam moeten worden gehandeld.

Een tweede casus waarin de bovengenoemde vier aspecten naar voren komen is de kinderwens van cliënte Azra, begin twintig, die wordt begeleid op een locatie, bestemd voor begeleid wonen voor jongvolwassenen. De cliënte wordt omschreven als een aantrekkelijke jonge vrouw, mannen zouden rond de locatie cirkelen om haar het hof te kunnen maken. Het zorgteam en de locatiemanager zijn van oordeel (tijdens de eerste onderzoeksrunde) dat zij een kind na de babyfase niet meer zelf zou kunnen opvoeden. Het belang van het kind wordt zwaarder gewogen dan de kinderwens van de cliënt. Echter, tijdens de tweede ronde een jaar later, blijkt de locatiemanager en het team van mening te zijn veranderd en zien geen belemmering meer voor de zwangerschap van de cliënte. Het meisje is inmiddels zwanger. Hoe is deze verschuiving gekomen? De (nieuwe) persoonlijk begeleider Anouk heeft haar locatiemanager en het team overtuigd dat zij de vraag van cliënte zouden moeten respecteren. De betreffende locatiemanager zegt hierover: “Ik heb daar ook dingen in moeten loslaten door veel gesprekken te voeren met de persoonlijk begeleider van Azra en met cliënte zelf.” Hier zien wij, behalve de vier aspecten nog een ander fenomeen, namelijk dat het zoeken naar de vraag een andere wending krijgt door een nieuwe ‘speler’ – in dit geval persoonlijk begeleider Anouk. Zij kiest een meer interactieve benadering naar cliënte, waardoor in het zorgteam de verhouding tussen instrumenteel handelen (dat zich hier manifesteert in de opvatting over ‘verantwoorde’ zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een kinderwens) wordt gewijzigd. Wat ook heeft meegespeeld in deze verschuiving is dat de locatiemanager zelf met cliënte in gesprek is gegaan en die interactieve ervaring haar opvattingen over verantwoord zorgen heeft veranderd.

Met deze voorbeelden hebben wij willen laten zien dat het zoeken naar de vraag een complex en gelaagd proces is waarin verschillende elementen een rol spelen. In al die aspecten zien wij de verhouding tussen interactief en instrumenteel zorgen oplichten om menswaardig zorgen mogelijk te maken. Zo ligt de verhouding in de eerste casus op het interactief zorgen (vertrouwen winnen, kleine stapjes, relatie niet verbreken) om op lange termijn meer verantwoorde zorg (gezondheid, voeding, dag-en-nacht ritme) mogelijk te maken. In de

tweede casus zien wij een verschuiving van een in eerste instantie instrumentele in steek die als gevolg van interactief handelen met de cliënte in een andere verhouding wordt gebracht. Daarbij valt op dat ook het directe contact van de locatiemanager met de cliënte – en de participatie van een andere actor – de verhouding heeft veranderd. Overigens gaat het in beide casussen niet om een tegenstelling, maar om de combinatie van instrumenteel en interactief zorgen, waarbij de eerste ondersteunend is aan de laatste.

4.2.1.b Zoeken naar de vraag in de bestuurspraktijk

Wanneer wij met het bestuur reflecteren op onze observaties ten aanzien van de tweede casus van cliënte Azra, dan reageert Albert, de bestuursvoorzitter:

“Wat wij willen is dat mensen [zorgmedewerkers] hierop reflecteren en dat ook blijven doen. Heel wat problemen zijn existentieel onoplosbaar. Met de cliënten in gesprek blijven. Mensen [zorgmedewerkers] faciliteren in het voeren van gesprekken met cliënten en het delen hiervan. We hebben themapagina’s, we hebben een commissie ethiek, maar je moet vooral hebben dat je daar als team over kan spreken. Waarden kun je niet [ver]absoluteren, we hebben met conflicterende waarden te maken.”

(Bestuursvoorzitter Albert, eerste ronde)

Dit gedeelte uit een interview met het bestuur is exemplarisch over de manier hoe zij zich willen verhouden tot het zoeken naar de vraag van cliënten. Zij geven aan zich niet inhoudelijk te willen bemoeien met die vragen, maar zijn proces geïnteresseerd, waarbij het bestuur geïnteresseerd is hoe een zorgteam vormgeeft aan het interactieve aspect van dit zoeken naar de vraag.

Een van de manieren om zich te verhouden tot de processen in de zorgteams is hun wens zelf contact te onderhouden met de zorgpraktijken, cliënten, familie en zorgmedewerkers. Wij zien dit handelen in alle drie de onderzoeksronden consistent terug. De zorgmedewerkers die betrokken zijn in ons onderzoek bevestigen deze contacten en geven aan dat zij deze bezoeken ervaren als blijk van interesse en betrokkenheid. Alle drie bestuurders interacteren met de zorgpraktijken op hun eigen manier: Aaron (belast met de zorg voor cliënten) zegt ten minste eenmaal per drie jaar elke locatie te bezoeken. Albert – de bestuursvoorzitter – heeft een frequentie van eenmaal in de maand waarin hij een bepaalde zorgpraktijk bezoekt, ofschoon daar door alle administratieve toestanden rond de Wmo “wat de klad is ingekomen”. Abel – belast met gebouwen en geld – komt voornamelijk voor de (talrijke) bouwprojecten op de locaties en hij zegt op die manier een beeld te kunnen krijgen van de sfeer en de gang van zaken. Als er een uitnodiging is van een zorgpraktijk om bij een gelegenheid aanwezig te zijn dan geven zij – indien mogelijk – gehoor aan die uitnodiging, soms tot verbazing van de medewerkers: “Ik – vertelt een zorgmedewerker – had een scriptiebespreking en nodigde bestuurder Aaron uit om deze bij te wonen. En hij kwam nog ook!” De ervaringen van deze contacten met de zorgpraktijken delen de bestuursleden op hun vergadering met als doel hun eigen impressies en beelden van processen in de zorgpraktijken te toetsen aan de ervaringen van de andere bestuursleden. Hun aanwezigheid op de zorgpraktijken wordt ook waargenomen door de zorgmedewerkers (met wie wij hebben gesproken), waardoor zij het beeld bij verzorgenden scheppen als betrokken en geïnteresseerd.

Wat vindt het bestuur belangrijk als het gaat om het zoeken naar de vraag bij cliënten? Bestuursvoorzitter Albert zegt hierover (eerste ronde) het volgende:

“(…) aan de ene kant wil je niet vervallen in: is de cliënt tevreden omdat hij gekregen heeft wat hij graag wilde? Natuurlijk, als dat bejegenings-element er in zit is dat heel relevant, maar de vraag is natuurlijk veel meer en die is eigenlijk heel normatief van karakter [namelijk] heeft die cliënt nou gekregen wat hij nodig had? En dat is een heel subtiel verschil wat niet goed is uit te detailleren, want als ik nou tegen jou zeg: en wat heb jij nou nodig in het leven? Ja, dan zeg je misschien wel ik heb een Ferrari nodig en een vriendin van drieëntwintig, noem allemaal maar op. Daarachter zoek je naar waarden en principes die het menselijke leven inhoud en betekenis geven. (...) Ik wil - ik zeg het even imperatief [hiërarchisch] - ik wil dat die mensen [zorgmedewerkers] zo kunnen communiceren met die klant dat ze de vraag achter de vraag verstaan, dat ze daarover in gesprek gaan en dat kan soms best een lastig gesprek zijn, dat kan ook een gesprek zijn in de zin van: ik ga dat niet voor jou doen want jij kan het best zelf. Of we kunnen dat op een andere manier organiseren of noem maar op, dat hoort er allemaal bij.”

(Bestuursvoorzitter Albert, eerste ronde)

Het bestuur instrumentaliseert ook het zoeken naar de vraag van de cliënt. Er is een uniforme (gedigitaliseerde) lay-out voor het ondersteunings- of zorgplan, waarin de zorgvraag en de observaties van cliënten (moeten) worden genoteerd. Als blijkt dat (eerste ronde) er een achterstand is in het actualiseren van deze zorgplannen, met gevolgen voor de legitimering en *accountability* (naar de zorgfinanciers) vaardigt het bestuur de opdracht uit dat elke zorgpraktijk zijn zorgplannen geactualiseerd moet hebben. Volgens het bestuur gaat het hier vooral om hun opvatting dat tenminste eenmaal per jaar een evaluatiegesprek met de cliënt en diens familie moet plaatsvinden. Behalve het zorgplan en de daaraan verbonden uniforme lay-out speelt in de ogen van het bestuur ook de locatiemanager een centrale rol om zijn of haar medewerkers te ondersteunen en te coachen bij het zoeken naar de vraag. Verder zijn er uitgebreide, centraal aangeboden bijscholingsmogelijkheden. Op bijeenkomsten – zoals bijvoorbeeld bij de introductie van nieuwe personeelsleden – wordt het belang benadrukt om in gesprek te gaan met de cliënt om diens vraag helder te krijgen. Bestuurder Aaron (eerste ronde):

“Medewerkers die nieuw bij ons komen, als ik daar een praatje voor mag houden, dan noem ik dat altijd, ik verwacht van jou in het werk dat jij leert wat jouw toegevoegde waarde is, dat je straks een antwoord kunt geven op de vraag als je iets doet, dat je mij kunt vertellen dat wat jij doet, te maken heeft met de vraag van de cliënt, en mij uit kunt leggen hoe je daarachter bent gekomen.”

(Bestuurder Aaron)

Afrondend observeren wij dat het bestuur ook in haar voorwaardenscheppend handelen een balans tussen interactief en instrumenteel sturen hanteert. Zij proberen de afstand tussen hen en de zorgpraktijken door interacteren te verkleinen waarin zij consistent en consequent – in alle drie de onderzoeksronden – het beeld neerzetten van een toegankelijk en betrokken bestuur dat onder voorwaarden ruimte geeft om zelf als zorgmedewerker op zoek te gaan naar de vraag van de cliënt. Hun instrumenteel voorwaardenscheppend handelen blijkt uit de eisen ten aanzien van het gebruik van zorgplannen, waardoor processen zoals het zoeken naar de vraag, gekaderd blijven en voldoende legitimering bieden voor de financiering van hun zorgen. De locatiemanager fungeert of moet fungeren als een ‘extensie’ van het beleid van het bestuur, terwijl ontmoetingsplaatsen gebruikt worden om het beleid van het bestuur uit te dragen. Er zijn meer voorwaarden die door het bestuur worden verzorgd, maar die komen in volgende paragrafen aan bod.

4.2.2.a In relatie blijven in de zorgpraktijk

“Ik zal tegen iemand die in een stoel zit nooit van bovenaf gaan praten omdat dat een dominante houding is. Ik laat mensen uitpraten. Of dat ik vragen stel en betrokken raak. Meegaan in de emotie als die positief is, werkt heel goed. En als die emotie niet zo goed is die weten om te draaien op een luchtige manier.”

(Amelia, verpleegkundige uit de tweede ronde)

Als wij in de derde ronde aan drie cliënten uit de locatie J – een begeleide woonvoorziening bestemd voor cliënten met een verstandelijke en/of lichamelijk handicap – de vraag voorleggen hoe zij ‘menswaardig zorgen’ in hun locatie ervaren, geven zij als reactie “dat ik serieus word genomen, dat ik voor vol word aangezien”. Vol? “dat zij mij niet behandelen als een kind” (cliënt Alexander). Cliënte Amy: “dat zij doen wat ‘ik’ wil, dat zij mij niet als een klein kind behandelen”. Ze vertelt dat zij in een vorige locatie de ervaring had dat personeel onmiddellijk aan haar deur stond als zij een meningsverschil met haar vriend had; “gelukkig gebeurt dat hier niet”. Ook als zij door meer dan één personeelslid wordt verzorgd “en met zijn tweeën of drieën aan mij gaan plukken” wordt door haar niet als menswaardig ervaren. Voor cliënt Adriaan is respect voor zijn vrijheid belangrijk, door zijn evenwichtsstoornissen mag hij niet alleen op pad. In het gesprek blijkt ook dat de cliënten het op prijs stellen als het zorgpersoneel tijd en ruimte voor hen nemen. Cliënt Alexander: “Er is hier [locatie] wel wat veranderd. Nu zijn er minder wisselingen, personeel wordt beter geselecteerd. Want ik hoef het dan niet steeds uit te leggen. Bovendien als je iemand hebt die je vertrouwt, begin je ontspanener aan je dag. Ik voel onmiddellijk of ik vrouwen heb of niet. Als ze de rust voor je nemen, op je eigen tempo iets laten doen, niet de regie overnemen. Dat zij je het gevoel geven dat je ertoe doet.” Naast aspecten die duiden op een symmetrische of wederkerige relatie (je serieus nemen bijvoorbeeld), worden ook voorwaarden genoemd die voor hen bijdragen aan menswaardig (kunnen) zorgen, namelijk tijd, ruimte en personeelwisselingen. Deze reacties zijn overigens exemplarisch, ook uit de interviews met cliënten op andere locaties komen dezelfde opmerkingen naar voren, waarin cliënten de nadruk leggen op het belang van interactieve aspecten van het zorgen, aandachtsvol afstemmen zoals wij dat in hoofdstuk twee hebben beschreven.

Wanneer wij aan vijf familieleden van de bovengenoemde locatie de vraag voorleggen hoe zij menswaardig zorgen voor hun familieleden/cliënten hebben ervaren dan komen dezelfde thema’s naar voren. Serieus genomen geworden en tijd nemen voor de cliënten, zeker als deze moeite hebben zich uit te drukken. Mutaties bevorderen menswaardig zorgen niet volgens hen. “Je bent blij met een persoonlijk begeleider maar die krijgt weer een andere baan en dan moet je het opnieuw proberen. (...) Hij [cliënt] heeft nu de vijfde PB’er”. Vertrouwen hebben in de zorgmedewerkers is ook een voorwaarde om een met een gerust gevoel je familielid over te laten aan het zorgpersoneel. “Maar wie kan je vertrouwen? Zo dadelijk gaat de PB’er weer weg en misschien de regiodirecteur ook”. Wisselen van (persoonlijk) begeleider wordt door familieleden ook op andere locaties als een probleem (voor relatievorming) ervaren. Moeder Armin (tweede ronde, locatie voor ouderen) heeft een zoon met ernstige communicatieve beperkingen. Bij elke wisseling van persoonlijk begeleider moet deze weer opnieuw haar zoon leren ‘lezen’.

De dynamische verhouding tussen interactief zorgen en instrumenteel zorgen observeren wij op een leefgroep in locatie N met een kinderdienstencentrum (tweede ronde). Het gaat om een groep van kinderen met een ernstige autistische stoornis. Tijdens onze observatie zien wij dat

individuele, op het kind gerichte aandacht wordt gecombineerd met een strakke gedragstherapeutische methode die voor alle kinderen hetzelfde is. Om de zoveel tijd moet de begeleider het kind positief belonen, ongewenst gedrag wordt systematisch genegeerd. De medewerkers hebben daar speciale opleidingen voor gehad en bepaalde technieken moeten aanleren. Een ander voorbeeld blijkt uit een interview met Arie, begeleider op de woonlocatie O (tweede ronde). Tijdens de verzorging in de ochtend probeert hij zijn cliënten ontspannen en met humor te benaderen om hen daarmee te helpen hun weerstand tegen wassen en aankleden te verminderen. Maar “soms moet je doordouwen en je punt maken, soms ben ik gewoon de baas, ik wil bijvoorbeeld niet dat de boel [bij de cliënt] verslonst. Daarna moet je niet vergeten het weer goed te maken. Dat [proces] moet je leren.” Een uitspraak die niet alleen laat zien dat de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen dynamisch is, maar ook illustreert dat een zorgpraktijk gebaseerd is op een historie van sociaal leren.

Op de locatie J (eerste ronde) is de spanning tussen instrumenteel en interactief zorgen te observeren. Wij bezoeken deze locatie als wij bestuurder Aaron volgen op een van zijn driejaarlijkse werkbezoeken. Samen met hem wonen wij een bijeenkomst bij waar bijna het voltallig personeel aanwezig is. Deze nieuwbouwlocatie voor begeleid wonen is bestemd voor cliënten met een lichamelijke of een verstandelijke beperking. In hun vorige woonsituatie waren ze gescheiden van elkaar met elk een eigen team zorgmedewerkers. Bij de verhuizing naar de nieuwbouw heeft de locatiemanager (op advies van een gedragsdeskundige die had opgemerkt “dat het niet meer van deze tijd was mensen op basis van hun beperking in te delen”) de groepen cliënten én de zorgmedewerkers gemengd. Relaties met de cliënten en zorgmedewerkers en die van medewerkers onderling werden daardoor verbroken. Tijdens de eerdergenoemde bijeenkomst wordt duidelijk dat een deel van de aanwezigen het niet met deze beslissing eens is geweest, een besluit dat tot ziekteverzuim en verloop heeft geleid. Een van de agendapunten van de bijeenkomst is verder het woonreglement dat opvalt door de nadruk op regels gebaseerd op toezicht en veiligheid. Op vraag van bestuurder Aaron, wordt duidelijk dat dit reglement niet is besproken met de cliënten. Hij vraagt daarop of er bij het vaststellen van dit reglement niet te veel vanuit de organisatie is gedacht. Deze opmerking wordt voor kennisneming aangenomen en de vergadering gaat door.

Als wij in de tweede ronde terugkeren naar deze zorgpraktijk (J) blijkt bij aankomst ons bezoek niet aangekondigd te zijn. Wij kunnen plaats nemen in de gemeenschappelijke ruimte waar cliënten en medewerkers ook koffiedrinken. Het valt op dat de zorgmedewerkers uitsluitend met elkaar praten, een ervaring die contrasteert met onze ervaringen op andere locaties. Uit de interviews met medewerkers en cliënten wordt duidelijk dat de menging van groepen cliënten tot doel had de zorgzwaarte evenrediger over beide zorgteams te spreiden. Maar dat gaat (zegt verpleegkundige Amalia) ten koste van interactieve aspecten. Cliënten met NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel) hebben een andere voorgeschiedenis dan cliënten met een andere lichamelijke en/of verstandelijke beperking en beschouwen zichzelf als ‘anders’ dan die cliënten. Zij hebben ook een andere benadering nodig en deze is lastiger uit te voeren in zo’n gemengde groep. Die conclusie trekt ook regiodirecteur Aniek; het was de bedoeling dat cliënten van elkaar zouden leren, maar dat is niet gebeurd. Verder vindt zij dat er in de zorglocatie te veel de neiging bestaat zaken onder controle te houden.

Afrondend zien wij dat cliënten en hun familieleden de symmetrische aspecten waarderen, omdat in deze vorm van interactief zorgen de cliënten ervaren voor ‘vol te worden aangezien’. Verder zien wij op een leefgroep hoe de dynamische balans tussen symmetrie (interactie met het individuele kind) en techniek worden gecombineerd om het kind te helpen in zijn ontwikkeling. Op de laatstgenoemde locatie is die balans nog niet gevonden, wellicht mede

doordat door de menging van groepen cliënten en medewerkers, veel bestaande relaties zijn verbroken en men weer een nieuwe verhouding moet vinden. Ten slotte worden in alle gesprekken met cliënten en familieleden personeelsmutaties als verstorend in de relatie beleefd.

4.2.2.b In relatie blijven in de bestuurspraktijk

“De relatie is het enige gereedschap dat we hebben, de rest is allemaal bijzaak”
(Bestuursvoorzitter Albert, eerste ronde)

Een van onze vragen is hoe het bestuur vanuit hun formele hiërarchisch, asymmetrische positie hun relatie met onder andere de zorgpraktijken meer symmetrisch en wederkerig probeert te maken en deze aanpak combineert met hun formele eindverantwoordelijkheid.

Als wij die vraag voorleggen aan het bestuur, zegt bestuursvoorzitter Albert daarover:

“Daar [het proces van wederkerigheid] moet je niet verticaal op sturen, want dat leidt tot niets. Daar moet een situatie gecreëerd worden door ons, bestuur, regiodirecteur en locatiemanager dat het [zoals ook nee zeggen tegen een cliënt, elkaar aanspreken, afspraak is afspraak] gaat gebeuren (...) Het geeft verwarring als je verticaal wordt. Want dan gaan mensen onmiddellijk neuzelen over de procedure.” [Hoe?] “Sturen doe je door vooral het voorbeeld te geven, veranderingsprocessen verlopen traag en organisch (...) We leggen dingen in de week, geven ruimte voor alternatieven en stellen de vraag waarin onderscheiden wij ons en wat zou beter kunnen? Niet alleen maar doen en als vanzelfsprekend aannemen, dat willen wij bevorderen.”
(Bestuursvoorzitter Albert, eerste ronde)

Sturen op en in de relatie, op wederkerigheid en zorgvuldig omgaan met het beeld dat jouw handelen als bestuurder oproept in de organisatie, zijn de uitgangspunten die wij in alle drie de onderzoeksronden terughoren en terugzien bij het bestuur. Wat verder opvalt is dat de bestuurders tamelijk toegankelijk lijken voor cliënten, hun familieleden en zorgmedewerkers. Als een familielid bestuursvoorzitter Albert opbelt met zorgen over hun kind, dan wordt dat niet afgehouden maar krijgt de familie te horen dat de bestuurder het met de regiodirecteur zal bespreken. “Maar ik beloof niets”, zegt hij daarbij om duidelijk te maken dat hij niet in de ruimte van de zorgpraktijk wil treden. Ook tijdens de zogenaamde achterwacht door een van de bestuursleden kan het voorkomen dat zij 's nachts worden gebeld met een vraag over de veiligheid. Zo blijkt op een locatie de nooduitgang geblokkeerd te zijn en een van de bewoonsters is zo zwaarlijvig dat zij niet van de gewone uitgang gebruik kan maken. Wat nu, is de vraag aan de bestuurder. Hij geeft advies en bedankt haar nadrukkelijk voor dit initiatief. Het lijkt wel of dezelfde pedagogische principes voor cliënten ook in de interactie met het personeel wordt toegepast: zoveel mogelijk gewenst gedrag belonen en sturen op de relatie.

Maar hoe gaat het bestuur om in situaties waarin zij hun beslismacht moeten gebruiken? Bestuursvoorzitter Albert geeft aan zoveel mogelijk “*nudging*” te gebruiken, het geven van kleine duwtjes en hints om leidinggevenden op het spoor te zetten zonder in een opdrachtrelatie te komen.

“Ja maar het is toch vaak de indirecte methode. De indirecte methode is mensen zelf laten ervaren en ontdekken. En ze ‘nudgen’ hè, gewoon een klein beetje een hint geven. En dan hebben mensen er, als je zo werkt, ook begrip voor dat je een keertje

zegt: ja en helaas, tot dit of dat hebben we ons verplicht en het moet nou echt gebeuren. En ik verwacht dat het dan en dan klaar is. Als ik elke week zo zou besturen zou het niet goed gaan maar als ik dat 3 keer per jaar doe, snappen mensen het best.”
(Bestuursvoorzitter Albert)

Kortom, het bestuur probeert zoveel mogelijk in relatie te blijven, maar soms is asymmetrisch handelen noodzakelijk, echter in beperkte mate om het consistent uitgedragen beeld van een toegankelijk, betrokken en luisterend bestuur niet te beschadigen. Soms gaat het mis. Als de locatie J (zie onze observaties in de vorige sectie van deze paragraaf) officieel wordt geopend is ook bestuurder Aaron daarbij aanwezig. Hij loopt mee met locatiemanager Annabel, die familieleden en andere belangstellenden de nieuwe appartementen laat zien en vertelt wat er allemaal (niet) mogelijk is. Zo is roken en alcoholgebruik er niet toegestaan, bezoek dient tevoren te worden aangekondigd en zo verder. Op dat moment pakt bestuurder Aaron zijn hiërarchische positie en merkt op dat dit niet het beeld is van de zorgorganisatie, waardoor hij in bijzijn van anderen de locatiemanager afvalt. Voor zijn optreden op dat moment maakt de bestuurder later zijn excuses aan de locatiemanager.

De relatie met de zorgpraktijken blijkt soms niet zo symmetrisch en wederkerig als het bestuur had gedacht. Bestuursvoorzitter Albert (tweede ronde):

“Nou, ik kom hoe langer hoe meer tot de overtuiging dat we dat [de reorganisatie van vier naar drie lagen, zie de inleiding 4.1.] eigenlijk niet goed hebben aangepakt. Namelijk veel te veel van bovenaf bedacht. Daar heb ik zelf natuurlijk ook hard aan meegewerkt. Mooie woorden verzinnen. Maar de kern hiervan volgens mij, en daar raak ik steeds meer van overtuigd, is dat je vooral met medewerkers in gesprek moet en medewerkers onderling in gesprek moet laten gaan over de vraag: wat drijft ons nou eigenlijk. Modern zeggen ze dan: wat is de bedoeling? (...) want zodra ik ga uitleggen wat nou volgens mij de bedoeling is, dan ga ik hen binnen de kortste keren alweer meegeven wat zij zouden moeten denken en hoe zij tegen de werkelijkheid aan moeten kijken. En ze moeten dat vooral zelf doen, op een kritische, reflectieve manier. En ze moeten dat vervolgens ook samen met die cliënt doen want dáárin, in die relatie, wordt de dienstverlening, de zorg, de ondersteuning, gemaakt en krijgt die ook voor beiden betekenis. Ik kan ruimte en condities maken om het daar over te hebben, maar ik moet heel erg uitkijken met dat te prescriptief te beschrijven wat dat dan zou moeten zijn.”
(Bestuurdersvoorzitter Albert)

Kortom, het vinden van een verhouding tussen interactief met de nadruk op wederkerigheid en samenspraak versus instrumenteel sturen - in dit voorbeeld het ingrijpen in de organisatiestructuur - wordt als lastig ervaren. Als wij (in de derde ronde) de resultaten van een onderzoek onder locatiemanagers naar de effecten van deze reorganisatie terughoren (wij komen op dit onderzoek in de paragraaf over het handelen van de locatiemanagers terug), dan geven zij onder andere gevoelens van onveiligheid en ervaren druk aan, elementen die aanleiding zijn tot verstoringen in de relatie tussen bestuurs- en zorgpraktijken. Deze waarneming is overigens niet maatgevend voor het beeld dat wij in de drie onderzoeksronden van het handelen van het bestuur hebben gevormd. In onze waarnemingen tijdens een bestuursvergadering, in hun gesprekken met medewerkers en als wij ook de reacties van de zorgmedewerkers horen, dan zien wij een bestuur dat terughoudend is in het (zelf) ‘organiseren’. Als voorbeeld constateren wij dat tijdens hun bestuursvergadering geen

besluiten worden genomen, maar voorlopige standpunten worden ingenomen die in gesprek worden gebracht met de belanghebbenden.

Samenvattend zien wij dat het bestuur de balans tussen symmetrisch en asymmetrisch handelen, aspecten van respectievelijk interactief en instrumenteel sturen, zo hanteert dat een beeld ontstaat – overigens bevestigd door de ervaringen van medewerkers – van een betrokken, geïnteresseerd bestuur, een “goede werkgever” zoals zij dit willen zijn. Dat beeld overstijgt de van nature vluchtige, *real time* interacties, maar krijgt daarmee ook het karakter van een verspreid narratief, dat ook voorbeeld gevend is naar de relatievorming met cliënten. Dit beeld is echter fragiel, door medewerkers ervaren misstappen van het bestuur zetten het beeld onder druk.

4.2.3.a Ruimte geven, ruimte krijgen in de zorgpraktijk

De vraag die wij in deze subparagraaf aan de orde willen stellen is of het kunnen beschikken over een eigen ruimte, zowel voor de cliënt als de zorgverlener, maar ook voor de zorgpraktijk zelf, bijdraagt aan het menswaardig kunnen zorgen. Ruimte, zo hebben we in hoofdstuk twee aangegeven, kan zowel fysiek als sociaal-organisatorisch van aard zijn. Ruimte heeft een ambigu karakter: het geeft vrijheid en begrenzing. Eerst willen wij onze bevindingen van de effecten van een eigen (woon)ruimte op de cliënten weergeven, daarna de organisatorische ruimte die zorgverleners ervaren in het kunnen realiseren van menswaardig zorgen.

Cliënten geven aan blij te zijn met hun eigen woonruimte, die meestal is ingericht volgens hun eigen wensen. Zo heeft één van de cliënten in de locatie J een grote geluidsinstallatie en een uitgebreide verzameling compact disks. Deze cliënt is niet de enige die zijn eigen stempel op zijn woonruimte heeft gedrukt. Tijdens de interviews in hun eigen woonruimte observeren wij verschillen in stijlen en inrichtingen, die niet alleen het eigen karakter van de bewoner uitdrukt, maar ook de mogelijkheid dat de cliënt eigen regie kan hebben over die ruimte. Het effect van de fysieke ruimte op het gedrag van cliënten is ook op de locatie W (bestemd voor ernstig gedragsgestoorde kinderen) observeerbaar. Ouders en personeel geven aan dat de sfeer is verbeterd nu de kinderen (na de renovatie) over een kamer met eigen sanitaire voorzieningen beschikken die ze niet meer hoeven te delen met andere kinderen. Er zou minder agressief gedrag voorkomen. De verhouding tussen interactief (ruimte geven aan individuele woonwensen) en instrumenteel (algemene huisregels) wordt zichtbaar als wij Arie, begeleider, vragen naar het verschil tussen zijn huidige werklocatie en de locatie waar hij vroeger werkte. “Als ik deze op een schaal zou moeten plaatsen liggen deze nogal ver uiteen. In de vorige locatie golden nogal wat beperkende regels, zoals niet roken in de woonruimte, geen eigen huisdieren, geen onaangekondigd bezoek. Het verschil was groot.” Kortom, het gebruik van de fysieke ruimte wordt door het handelen in de zorgpraktijk mede bepaald, waarin opvattingen over de eigen individuele vrijheid voor de cliënt in verhouding moeten worden gebracht tot opvattingen over verantwoord zorgen, als veiligheid, gezondheid, en toezicht kunnen houden.

De uitdrukking “ruimte krijgen” respectievelijk “ruimte geven” komt in de uitwerking van de data in alle drie de onderzoeksronden veelvuldig voor. Bedoeld wordt de mate van vrijheid die de zorgverlener ervaart om op haar of zijn manier met de vraag van de cliënt om te gaan. Zoals één van de persoonlijk begeleiders van de locatie O het uitdrukte: “Als mijn locatiemanager voortdurend in mijn nek zit te hijgen, dan gaat het [zoeken naar de vraag] allemaal niet werken”, nadat zij eerst had verteld hoe zij tastenderwijze probeerde een vraag van een cliënt uit te werken. Leidinggevend gebruiken het begrip “ruimte geven” om de

eigen (professionele) verantwoordelijkheid van hun medewerkers aan te geven. In bijna alle gesprekken met medewerkers en leidinggevenden komt de ervaring van het krijgen/geven van ruimte terug. Het gebruik maken van deze eigen beslisruimte vraagt overigens wel vertrouwen in het bestuur en overige leidinggevenden dat men achteraf niet wordt afgerekend op handelingen die volgens het bestuur niet de bedoeling waren. In de vorige paragraaf hebben wij gesproken over het beeld dat het bestuur van zichzelf wil uitstralen in de organisatie, namelijk van een consistent en betrouwbaar handelend bestuur dat niet de spelregels tijdens het spel wil veranderen. Dit beeld, dat in de organisatie breed herkend en onderschreven wordt, functioneert als een *generalizer* om op afstand de opvattingen van het bestuur over initiatief nemen naar cliënten in de zorgpraktijken te bevorderen. Dit beeld is interactief, daarom vluchtig en fragiel. Wij zien dan ook dat in alle drie de onderzoeksronden het bestuur dit uitgedragen beeld in haar handelen wil bevestigen. Wij komen in de volgende sectie hierop terug.

4.2.3.b Ruimte geven, ruimte krijgen in de bestuurspraktijk

Een vraag die wij hebben gesteld aan de bestuurders is: hoe zij ruimte maken voor hun medewerkers om bijvoorbeeld het proces van het zoeken naar de vraag en een keuze maken uit soms tegenstrijdige waarden mogelijk te maken. Eigen regie van cliënten is immers één van hun kernwaarden en onze vraag was: hoe verhoudt deze kernwaarde zich met het hebben van eigen regie van hun medewerkers?

Tijdens introductiebijeenkomsten met nieuwe medewerkers zegt bestuurder Aaron (eerste ronde) het volgende telkens te benadrukken:

“Nieuwe leerlingen nodigen we uit in groepen, ik leg het elfde gebod uit, dat het soms beter is vergeving te vragen dan toestemming. Dat dit de geest is waarmee we hier [in deze organisatie] verder komen. Creëer je eigen ritselruimte [onze vraag: zo noem je dat letterlijk?]. Ja! Die cliënt zit niet op regels te wachten, maar op jou. <wordt fel> Ik doe dit al jaren en er is nooit iemand die gezegd heeft, ‘wat zeg je nou?’”
(Bestuurder Aaron)

Dit “elfde gebod” blijkt in de organisatie breed te worden geëtaleerd door het bestuur. In bijna alle gesprekken met medewerkers en leidinggevenden - in alle rondes - wordt dit uitgangspunt herkend en ook gewaardeerd. Bij het geven van die (regel)ruimte hoort volgens het bestuur ook het geven van rugdekking aan de medewerkers bij complexe situaties als dat gevraagd wordt. Bestuursvoorzitter Albert zegt dat dit een onderdeel is van hun beleid van “samen uit samen thuis”, het bieden van veiligheid om te vermijden dat als mensen hun nek uitsteken hun kop wordt afgehakt. Consistentie in beleid, zoals hij dat noemt, creëert volgens hem een klimaat waarin medewerkers weten waar zij aan toe zijn.

De uitdrukking ‘kaders geven’ wordt vaak in samenhang gebruikt met de uitdrukking ‘ruimte geven’. Het bestuur bedoelt (mede extern bepaalde) kwaliteitskaders, kaders voor zorgprogramma’s en financiële kaders. Maar deze kaders zijn ook weer niet absoluut (behalve als het gaat om misdragingen naar cliënten): als locatiemanager Annabel een zorgpraktijk op orde moet brengen (na een aantal voorgangers die daarin niet zijn geslaagd), kiest zij er doelbewust voor haar budget te overschrijden om continuïteit in de personeelsbezetting te scheppen, een keuze die haar regiodirecteur respecteert. Begrenzingsen zijn kennelijk ook een resultaat van onderhandelen over de verhouding tussen interactief (situationeel bepalend) en instrumenteel (kaders) handelen.

De ervaren handelingsruimte heeft overigens ook een consequentie. Deze vrijheid vraagt van de medewerker ook dat hij die ruimte betreedt, verantwoordelijkheid neemt en bereid is daarop te worden aangesproken. Je kunt niet zeggen - aldus bestuursvoorzitter Albert (eerste ronde) – “dat is het terrein van een ander.” Een ambigu aspect van ruimte als vrijheid tot handelen is dat het tegelijk een ‘moeten’ inhoudt. Daarmee komt in onze observaties ook een ander aspect van het krijgen van ruimte naar voren: “de kramp” zoals het bestuur dat noemt. Als leidinggevendend zich volgens het bestuur te veel laten beïnvloeden door de grenzen van het budget, het behalen van beleidsdoelen of klachten van familie, dan kan het volgens het bestuur gebeuren dat deze leidinggevendend “in de kramp schieten”. De ruimte wordt dan niet meer als vrijheid ervaren maar als druk. De leidinggevendende is in zo’n situatie meer gericht op “hozen om niet te verzuipen” (aldus bestuursvoorzitter Albert, ronde twee). De verhouding tussen interactief leidinggeven en beheersmatig leidinggeven lijkt in dit voorbeeld te kantelen naar controleren en beheersen. Dit brengt ons op de vraag hoe het bestuur de optimale handelingsruimte bepaalt. “Een zoekproces”, zegt Albert, “geef een baby de ruimte in een box en hij gaat kruipen. Zet hem in [een ruimte als] een sporthal en hij zal verkrampen.” Uit zijn reactie blijkt dat dit zoeken interactief moet gebeuren om het op de leidinggevendende in kwestie te kunnen afstemmen, maar dat laat onverlet dat uiteindelijk de betrokken leidinggevendende de gegeven organisatorische ruimte moet willen betreden.

Verder blijkt de zorgorganisatie een uitgesproken visie te hebben op het sturen op renovatie en nieuwbouw van de woon- en werkruimten. Als uitgangspunten verwoordt Abel (bestuurder gebouwen en geld) bevorderen van privacy van cliënten, zorgen dat de gehorigheid zo gering mogelijk is (ten behoeve van cliënten die prikkelgevoelig zijn), leeftijdsbestendigheid en toegankelijkheid. Ook wordt er financieel ingezet op duurzaamheid, waardoor de kosten, die hiermee gepaard gaan aanzienlijk op de exploitatie drukken. Het bestuur denkt er op termijn een beter rendement van te kunnen krijgen.

Als wij het thema ruimte samenvatten dan valt het volgende op: cliënten die een eigen appartement hebben ervaren dat als een verhoging van de kwaliteit van zorg. Het bestuur faciliteert deze mogelijkheid bij nieuwbouw of renovatie. De vrijheid die deze fysieke ruimte aan de cliënt biedt is echter verschillend per zorgpraktijk, afhankelijk van de daar geldende balans tussen vrijheid en individuele woonwensen tot beperking door algemene huisregels en opvattingen over veiligheid en toezicht. Zorgverleners (en cliënten) geven aan ruimte te willen om interactief te kunnen zorgen, waarbij wij observeren dat het bestuur deze handelingsruimte actief faciliteert en probeert het beeld te scheppen van een bestuur dat vertrouwen geeft en je niet afrekenet op gemaakte fouten. Handelingsruimte is dynamisch, het moet telkens weer worden gegeven waarbij de verhouding tussen vrijheid en grenzen elke keer moet worden gevonden. Soms is dat lastig en lijkt de balans meer naar het beheersmatige, of regel gestuurde door te slaan. Als wij in de derde ronde deze bevinding delen met alle respondenten, dan kan men de relatie tussen ruimte en menswaardig zorgen herkennen en bevestigen.

4.2.4.a Inrichten en praktische organisatie in de zorgpraktijk

“De basis voor medewerkers is gewoon het rooster. Dat is de basis voor het hele functioneren van de locatie.”
(Annabel, locatiemanager, tweede ronde)

De (deel)vraag die wij in deze paragraaf willen adresseren is welke invloed de materialiteit heeft op menswaardig zorgen en op welke manier deze de verhouding tussen interactief en

instrumenteel zorgen beïnvloedt. Een aspect van deze *social material arrangement* dat wij hebben onderzocht is het proces van dienstroosterplanning. Niet alleen vanwege de voorwaarden voor de continuïteit van (menswaardig) zorgen (zoals het zoeken naar de vraag en het in relatie blijven met cliënten), maar ook omdat in dit complexe gebeuren een conglomeraat van sociale verschijnselen (zoals onderhandelen, regels, tegenstrijdige waarden), alsook objecten (zoals ICT, allocatie van middelen, fysieke menskracht, functiegebouw) speelt. In het kielzog volgen ook financiën en de wijze waarop de organisatie dat transparant en beïnvloedbaar wil maken voor de zorgpraktijken. Wij ronden deze sectie af met observaties over de herbergzaamheid van de organisatie, om in het gedeelte van de bestuurspraktijk stil te staan bij de wijze waarop het bestuur de relatie ziet tussen hun voorwaardenscheppende handelen en het realiseren van hun kernwaarden.

Ter illustratie van dit aspect van praktisch organiseren een gedeelte uit een interview met Aafke. Zij is recent als manager van locatie W, bestemd voor kinderen met een ernstige gedragsstoornis, begonnen. Zij heeft de opdracht weer rust te brengen in deze zorgpraktijk, waar in korte tijd meerdere wisselingen van locatiemanagers zijn geweest.

“(...) Ik ben begonnen met de basis op orde brengen en de basis voor medewerkers is gewoon het rooster. Dat is de basis voor het hele functioneren van de locatie. Als het rooster goed in elkaar zit, dat mensen zekerheid hebben over hun diensten, dat combinaties van mensen die met elkaar werken kloppen, dat zij op tijd rust hebben, vergaderingen op tijd komen. Op het moment dat dit [rooster] goed in elkaar steekt, dan kun je weer gaan bouwen aan diepgang en ontwikkeling. Als het rooster niet goed is, kost het ook ontzettend veel tijd om elke dag te bedenken, wie werkt er morgen. En wie moeten we bellen en hoe gaan we het doen.”

(Locatiemanager Aafke, tweede ronde)

Zorgmedewerkers geven aan dat niet alleen belangrijk is of er voldoende collega's aanwezig zijn, maar ook met wie van het zorgteam zij die dag werken. Zo vraagt bijvoorbeeld de aanwezigheid van een leerling of een stagiaire extra inzet. Ook familie en cliënten houden de planning van de bezetting in de gaten, omdat zij verschillen ervaren in handelen van de verschillende zorgmedewerkers. Verder observeren wij dat op die locaties waar medewerkers en cliënten onrust ervaren, er meer mutaties plaatsvinden (hoger ziekteverzuim, verloop), waardoor het volgens de medewerkers lastiger is het rooster “rond te krijgen”. Dit leidt dan weer tot een vicieuze cirkel: overbelasting van het aanwezig personeel, nieuw ziekteverzuim enzovoort. Een duivelskring waar Aafke (zie het bovenstaande citaat) een eind aan tracht te maken door de planning op orde te krijgen onder andere door tijdelijke overschrijding van haar budget.

Samenhangend met de inzet en planning van zorgpersoneel zijn de budgettaire mogelijkheden van de zorgpraktijken om afhankelijk van de situatie voldoende gekwalificeerde medewerkers in te roosteren. Wij horen van de locatiemanagers, met wie wij gesproken hebben, dat zij tevreden zijn met de transparantie van het financiële systeem. “Eén druk op de knop en je weet waar je budgettair aan toe bent”. Zorgpraktijken mogen – na aftrek van een vast percentage aan overheadkosten – hun eventuele overschotten zelf besteden. Verder zijn er een aantal andere factoren die het proces van menskracht planning in deze organisatie minder complex maken. Er is nauwelijks functiedifferentiatie in de zorgpraktijken, het verloop is organisatie breed over het algemeen laag (dat geldt voor zowel personeel als cliënten) de overige disciplines zijn op afroep beschikbaar. Elementen die de dynamiek in de organisatie verminderen, een bevinding die overeenkomt met de beelden van de organisatie die wij in de

drie onderzoeksronden hebben opgebouwd: een organisatie, die stabiel, voorspelbaar en overzichtelijk lijkt.

Een element van de materialiteit is het zogenaamde PlanCare systeem, bedoeld als software voor de ondersteuningsplannen en de registratie van gegevens en observaties van cliënten. Deze plannen fungeren niet alleen als formele informatiedrager, waarin de zorgafspraken met cliënten en hun familie worden geregistreerd, maar spelen ook een rol in de *accountability* van de geleverde zorg(zwaarte) en als 'product' voor de zorgfinanciers. Tijdens de eerste ronde blijkt er achterstand te bestaan in het actualiseren van deze zorgplannen, zodat het bestuur bij de regiodirecteuren aandringt om de achterstand op te (laten) pakken. Verder blijkt uit onze gesprekken met de zorgmedewerkers dat lang niet al hun observaties in de zorgplannen worden geregistreerd, met name observaties gedaan tijdens interactief zorgen. Veel tips en tricks bij het zorgen voor bepaalde cliënten, bijvoorbeeld hoe je een bepaalde cliënt het beste kon benaderen als hij of zij met het verkeerde been uit bed was gestapt, vormt een onderdeel van een soort informeel narratief, dat wordt uitgewisseld aan bijvoorbeeld nieuwe teamleden. Echter, deze orale informatie heeft de neiging weer te verdwijnen als er mutaties in het zorgteam optreden. Bij familieleden is dit een reden voor bezorgdheid, omdat bij wisseling van persoonlijk begeleider ook deze orale informatie verloren gaat.

Als het gaat om het aspect van huiselijkheid als een element van de materialiteit zien wij in deze organisatie een onderscheid tussen kinderen en volwassenen. De volwassen cliënten beschikken meestal over een eigen woonruimte, die zij zelf inrichten. Het gebruik van gemeenschappelijke ruimten varieert per zorgpraktijk en ook per cliënt. Wat verder opvalt bij de zorgpraktijken bestemd voor volwassen cliënten is dat de locaties veelal in een wijk zijn gesitueerd. Cliënten geven aan hiervan vaak gebruik te maken, zoals bij boodschappen doen of recreëren. In een locatie – die wij in het kader van het volgen van de activiteitenbegeleiders voor oudere cliënten hebben bezocht – bleek de situering van de locatie geen succes. De zorgpraktijk is ondergebracht op een verdieping van een verzorgingstehuis in de verwachting dat op deze wijze ook een vorm van integratie tussen cliënten en de overige oudere bewoners zou kunnen plaatsvinden. Dat is niet gebeurd: de 'normale' ouderen blijken niets te moeten hebben van mensen met een verstandelijke beperking.

Als het gaat om de zorgpraktijk van de kinderen staat hun verblijf in het teken van de pedagogiek. In het weekend verblijven zij veelal bij hun ouders. De gemeenschappelijke ruimten van deze jonge cliënten zijn zo ingericht dat deze de begeleiding van de zorgmedewerkers ondersteunen. Aan de wand zijn foto's en afbeeldingen van taken aangebracht en ander pedagogisch hulpmateriaal.

4.2.4.b Inrichten en praktische organisatie in de bestuurspraktijk

Wat is de opvatting van het bestuur over de relatie tussen deze materialiteit (die wij in de vorige sectie hebben belicht) en het realiseren van hun kernwaarden? Volgens het bestuur zijn de organisatie en de systemen georganiseerd rond de zorgpraktijken om de locatiemanagers (een functie, die het bestuur aanduidt als "de spin in het web") in staat te stellen hun verantwoordelijkheid te nemen, een uitgangspunt dat ook door de locatiemanagers wordt ondersteund. Er lijkt sprake te zijn van terughoudend organiseren als het gaat om het implementeren van systemen en het invoeren van veranderingen, die ontleend zijn aan trends in hun zorgcontext. "We moeten niet roomser worden dan de Paus" stelt bestuursvoorzitter Albert in de tweede ronde om aan te geven dat je vooral binnen de grenzen van extern opgelegde verplichtingen moet blijven, bijvoorbeeld bij het aanleveren van data. Deze terughoudende vorm van organiseren blijkt ook uit de wijze waarop het bestuur de organisatie

vorm wil geven: informeel, niet de illusie van planmatigheid wekken (maar meer “organisch organiseren” zoals bestuursvoorzitter Albert dit noemt). Als er een vacature van regiodirecteur ontstaat, wordt in die specifieke situatie bekeken of die vacature wordt opgevuld of wordt gekozen om de omringende regio’s groter te maken om daarmee het aantal regio’s te kunnen verkleinen. Als hen wordt gevraagd op hoeveel regio’s zij uiteindelijk willen uitkomen, zegt het bestuur dat zij daar hier en nu geen idee over hebben, maar dat willen laten afhangen van de situatie daar en dan. Wij zien uit deze observaties en gesprekken een verhouding tussen interactief en instrumenteel sturen verschijnen. Enerzijds ‘organisch’, terughoudend, geen *planned change* projecten, anderzijds een strak georganiseerd voorwaardenscheppend beleid om de zorgpraktijken te kunnen ondersteunen. Deze balans wordt herkend in de organisatie en gewaardeerd. Een zorgmedewerker: “Wij zijn geen trendsetters. Het bestuur kijkt naar anderen en kiest wat zij kan gebruiken. Het bestuur gaat zorgvuldig met de organisatie om.”

Hoe verschijnen in de allocatie van de financiën de kernwaarden van de organisatie? In de vorige sectie hebben wij de relatie tussen menskracht planning en de financiële mogelijkheden (van de zorgpraktijken) aangegeven. Uit de reacties in de interviews met leden van het bestuur valt op dat de allocatie van financiële middelen voor alle belanghebbenden transparant is: 16% van de inkomsten gaat naar de overhead (bestuur en centrale stafdiensten), de rest wordt verdeeld over de locaties op basis van hun zorgzwaarte en op basis van specifieke kenmerken van de categorie cliënten die niet gedekt worden in de zorgzwaarte methodiek. De locatiemanager beslist met het zorgteam over de besteding van haar of zijn budget, uiteraard binnen de kaders van wet en regelgeving. Dat maakt het mogelijk op specifieke vragen van cliënten in te gaan, zoals bijvoorbeeld bij een vraag van rolstoel gebonden cliënt Ahmed die graag naar een zwembad wil, een vraag die door zijn handicap extra (vervoers)kosten met zich meebrengt. Dit voorbeeld illustreert nog eens de verhouding tussen interactief en instrumenteel zorgen: ingaan op vragen van cliënten moet soms gematerialiseerd worden in beschikbare middelen als tijd en geld.

Ter samenvatting van het thema organiseren en inrichten het volgende. Een onderdeel van onze leidende vraag is hoe in deze organisatie de wisselwerking tussen bestuurspraktijk en zorgpraktijken is in het vinden van de balans tussen interactief en instrumenteel zorgen ter realisering van menswaardig zorgen. Wij zien in de bestuurspraktijk twee bewegingen. De eerste is dat het bestuur actief de inrichting van de organisatie centreert rond de zorgpraktijken met als doel deze te faciliteren in het kunnen realiseren van de kernwaarden van de organisatie. Maar behalve de ondersteunende functie fungeert deze wijze van organiseren ook als een format en als een vorm van controle, want ook het bestuur heeft op deze manier overzicht over de wijze waarop elke zorgpraktijk zich beweegt binnen deze organisatorische kaders. De tweede beweging is dat zij terughoudend zijn in het ingrijpen in de organisatie als het gaat om nieuwe ontwikkelingen in hun sector. Zij zijn geen trendsetters. In het eerste gedeelte van deze paragraaf valt met name de voorwaardenscheppende rol van de locatiemanager op, die een belangrijke verantwoordelijkheid heeft – in de ogen van zorgteam en bestuur – om de basis op orde te houden, waarvan de continuïteit van de personele bezetting en de mogelijkheid met hun eigen budget keuzen te maken belangrijke onderdelen zijn.

4.2.5.a Samenwerken in de zorgpraktijk

In deze (sub)paragraaf komt de vraag aan de orde welke elementen in het samenwerken in een zorgpraktijk een bijdrage leveren aan menswaardig zorgen. Als antwoord op deze vraag geven wij eerst de reacties van alle respondenten uit de laatste, derde ronde weer, een ronde die

fungeerde als een *reality check* voor onze bevindingen. Dan geven wij onze observaties weer over de elementen, die volgens onze respondenten samenwerken in de zorgpraktijken bevorderen. In de volgende sectie komen de bevindingen van het samenwerken in de bestuurspraktijk aan de orde, waarin twee thema's centraal staan: wisseling van bestuursleden is een complex proces, ook al heeft die wissel zich al enige tijd geleden afgespeeld en ten tweede dat hun wijze van samenwerken onderdeel is van een breder beeld dat het bestuur van zichzelf wil geven in de organisatie, een beeld waarin de nadruk valt op interactief sturen (in gezamenlijkheid, elkaar wederzijds aanspreken, informeel, niet hiërarchisch) en minder op het instrumentele – lees: formele - aspect van hun sturen.

Cliënten geven aan belang te hechten aan goed samenwerken in hun zorgpraktijk. Zij geven aan last te hebben van eventuele onenigheid in het zorgteam (cliënte Amy: “je zou er eigenlijk niets van moeten merken”) of verschillen in benadering tussen zorgverleners. Ook wisselingen en mutaties van zorgmedewerkers worden als belastend ervaren, je moet dan weer aan elkaar wennen. Familieleden ervaren dit laatste aspect als druk op de kwaliteit van het zorgen, omdat met wisselingen vaak veel opgebouwde kennis en ervaring met cliënten verloren gaat, want niet alle observaties (zo is eerder in deze paragraaf gebleken) komen terecht in het zorgplan. Zorgverleners onderschrijven in de derde ronde het belang van het werken in teamverband. En wat is ‘teamverband’? Medewerkers omschrijven dit als “op elkaar kunnen vertrouwen” (bijvoorbeeld als een cliënt onverwacht gedrag vertoont waarbij hulp van een collega noodzakelijk is), “met elkaar kunnen sparren” als een hulpmiddel bij zelfreflectie of het uitwisselen van tips bij de aanpak van bepaalde cliënten, want – zoals eerder gezegd – niet alle interactieve ervaringen met cliënten komen in het zorgplan terecht. Ook locatiemanagers, die wij hebben gesproken, bevestigen het belang van samenwerken in teamverband. Een van hen merkt op dat het bevorderen van onderlinge samenwerking wellicht wel de belangrijkste taak is van een locatiemanager, een opvatting die zo blijkt ook door het bestuur wordt gedeeld.

Zien de respondenten een relatie tussen de kwaliteit van samenwerken en de invloed op menswaardig zorgen, een zorgteam kan ook volgens uitspraken van een van de regiodirecteuren te hecht worden. Af en toe een “frisse wind” in het team om de “de boel eens flink op te schudden” kan in sommige teams die gekenmerkt worden door weinig verloop geen kwaad. Regiodirecteur Anna “25 jaar dezelfde begeleider! Dat komt in het gewone leven ook niet voor.” Het heeft tijd en inspanning gekost voor Ava, locatiemanager van O (begeleid wonen) om door haar nieuwe team (eveneens weinig verloop) geaccepteerd te worden. Toen zij als locatiemanager eenmaal door het zorgteam was geaccepteerd, heeft zij vertrouwen gekregen om orde op zaken te stellen door ingeslepen routines te veranderen. Kortom, respondenten maken ook melding van een ‘te’ hecht team, gekenmerkt door vaste routines en geslotenheid, een situatie waarin het interactieve aspect (de onderlinge band) al te dominant is geworden ten koste van de instrumentele aspecten (zoals het zorgvuldig blijven uitvoeren van procedures).

Hoe maak je van een groep medewerkers een team, gekenmerkt door elementen die de respondenten eerder (zie boven) hebben aangegeven? Als antwoord op die vraag wordt door onze gesprekspartners opgemerkt dat er een “klik” moet zijn met je (categorie) cliënten en dat je opvattingen en je beelden van die cliënten ook moeten overeenstemmen met die van je teamgenoten. Kortom, teamvorming vindt volgens hen ook via de cliënt plaats. Een ander voorbeeld hiervan geven medewerkers van zorgpraktijk W, bestemd voor kinderen met ernstige autisme stoornissen. De cliënten daar worden regelmatig besproken, waarbij gebruik wordt gemaakt van videobeelden die laten zien hoe ieder van de zorgmedewerkers

met cliënten interacteert. Deze manier van bespreken vraagt en schept onderling vertrouwen (je wordt door de video opnames kwetsbaar voor kritiek), creëert eenduidige manieren van optreden en schept ook leermogelijkheden door te kijken naar de wijze waarop collega's gedragsvraagstukken van cliënten aanpakken. Het feit dat de locatiemanager ook aanwezig is, wordt niet als belemmering ervaren, want: "zij komt van de werkvloer en weet waar zij over praat" (tweede ronde). Dit bevestigt onze bevinding dat de locatiemanager eveneens een onmiskenbare rol speelt om samenwerken in de zorgpraktijken te bevorderen. In subparagraaf 2.2.7 komen we hierop terug.

De samenstelling van het zorgteam blijkt eveneens een factor die het onderling afstemmen kan bevorderen. Als het gaat om het invullen van een vacature zegt locatiemanager Aimee (tweede ronde):

"Dat [invullen] is soms een hele puzzel, je moet rekening houden of iemand affiniteit heeft met de doelgroep, past in het team en de nodige opleiding en ervaring heeft."
(Locatiemanager Aimee)

Het kan daarbij ook misgaan. Het team op de locatie W geeft aan dat hun locatiemanager laatst iemand had aangenomen die geen goed beeld had van hun doelgroep en weer is weggegaan. Ook recent aangenomen invallers bleken volgens de medewerkers onvoldoende affiniteit met de doelgroep van cliënten te hebben. Om een beeld te krijgen welke waarden werden gehanteerd bij het aannemen van nieuwe teamleden vroegen wij aan diverse zorgmedewerkers waar zij tijdens de sollicitatie op letten: Een van de teams legt de nieuwkomer een aantal casussen voor. Bijvoorbeeld de casus van cliënte Alisha - een autistische jonge cliënte - die je bij het opstaan "verrot scheldt." Aan de sollicitant wordt gevraagd: "wat doet dat met je? Hoe ga je ermee om?" Het antwoord "ik weet het niet, ik heb het nooit meegemaakt" wordt meer gewaardeerd dan een antwoord waarbij de sollicitant vertelt hoe hij het zou aanpakken (zonder ooit met deze cliënt geïnteracteed te hebben). Kennelijk wordt een interactief, zoekend handelen meer op prijs gesteld dan een instrumenteel handelen waarin – los van de concrete situatie – de cliënt op basis van een idee over de juiste aanpak of bestaande richtlijnen wordt verzorgd. Andere zaken waar men tijdens de kennismaking op let zijn het vertrouwen dat de ander (de nieuweling) bij kan springen als dat nodig is, interesse toont en initiatief naar de cliënt durft te nemen.

4.2.5.b Samenwerken in de bestuurspraktijk

"Wij respecteren elkaar in elkaars kwaliteiten, maar kunnen elkaar ook aanspreken. Wij waarderen elkaar ook in de aspecten die in de persoonlijkheid wat minder mooi uit de verf komen."

(Bestuursvoorzitter Albert over het samenwerken in de bestuurspraktijk)

Een driehoofdig bestuur is ontstaan na een aantal fusies, waarbij de leden afkomstig waren van de gefuseerde instellingen. Albert, de huidige bestuursvoorzitter en Aaron, bestuurder verantwoordelijk voor de zorg, zijn uit die tijd afkomstig. Zes jaar geleden (vanaf de eerste ronde gerekend) is de toenmalige voorzitter met pensioen gegaan, een verandering die met name voor Albert impact had. Hij waardeert deze collega nog steeds, het portret van de oudvoorzitter hangt nog steeds op zijn kamer. Het was niet makkelijk om de vacature in te vullen. Albert en Aaron hebben de kandidaten uitgenodigd om kennis te maken tijdens een diner, waarbij de keuze van het restaurant aan de kandidaat is overgelaten. Die keuze heeft volgens hen al veel laten zien van de dispositie van de kandidaat. Uiteindelijk is men bij toeval bij

Abel uitgekomen, die nu de portefeuille geld en gebouwen heeft. Abel geeft aan dat hij het best lastig heeft gevonden om zijn weg in de zorgorganisatie te vinden; er zijn veel ongeschreven regels en afspraken waar hij tegen aan is gelopen. Abel's handelen is ook wat afgebakender (gebouwen en geld met de nadruk op gebouwen gezien alle lopende bouwprojecten) dan die van de andere twee, die zich meer met de organisatie als geheel bezighouden. Je hoort het verschil ook terug in de typering van hun handelen, waarbij Abel meer als de “ambachtsman” [hun term] door de andere bestuursleden wordt gezien, die zich beperkt tot zijn eigen portefeuille.

Hun samenwerken typeren alle drie als goed – een beeld dat wij ook terughoren bij de zorgmedewerkers. Hoe hebben zij dat voor elkaar gekregen, is onze vraag. Albert: “respect voor elkaars standpunten, onderling vertrouwen, geen haantjesgedrag en je bescheiden opstellen als bestuur.” Volgens Aaron zou de organisatie zich ook zonder het bestuur best kunnen redden. Er zijn ook verschillen in hun handelen, afgezien van verschillen veroorzaakt door de portefeuilleverdeling. Dit onderscheid is ook bekend bij de regiodirecteuren zo blijkt in het volgende gedeelte van een interview. Bestuurder Aaron:

“Ik zei net ook, onze managers die kennen ons natuurlijk zo langzamerhand (...) wij kunnen ook zonder schade verschillende uitspraken doen. Albert zit meer in de pessimistische hoek van wat er allemaal fout kan gaan en ik ben wat optimistischer en Abel zit daar een beetje tussenin volgens mij. Dus ik zeg gewoon van, nou prima laten we dat vooral gaan doen, niet te lang over praten, gewoon doen en Albert ziet dan alweer een aantal beren op de weg. Dus dat is dan wel het persoonlijkheidsverschil, maar dat weten onze managers gewoon. Dus Albert kan best zeggen van, nou ik vind het een veel te groot risico, tegen een van onze directeuren. Terwijl ik heb gezegd, dat moeten we vooral doen en dan zegt die manager ‘vechten jullie dat even zelf uit’. Dat zeggen ze gewoon!”
(Bestuurder Aaron, tweede ronde)

Dit citaat illustreert de wederkerige wijze waarop de bestuursleden willen omgaan met hun medewerkers en draagt bij aan het beeld dat zij als bestuur willen uitdragen.

Als wij in het kader van het volgen van een van de bestuursleden (eerste ronde) ook een bestuursvergadering bijwonen, verloopt de bijeenkomst informeel. Bij hun bestuursvergadering is geen notulist aanwezig. Ieder bestuurslid werkt zijn eigen lijstje af, eerst Albert dan Aaron en ten slotte Abel. Deze volgorde weerspiegelt ook de mate waarin ieder bestuurslid aan het woord is. Koffie en thee worden zelf gehaald. Ook worden de beelden gedeeld die de bestuursleden uit hun interactie met de zorgpraktijken hebben gehad. Als er een besluit wordt genomen ten aanzien van een zorgpraktijk of regio, dan is het besluit om ‘in overleg te gaan’ teneinde in gezamenlijkheid met de betreffende leidinggevende een standpunt in te nemen.

In deze subparagraaf hebben wij vanuit twee perspectieven onze waarnemingen van de wijze van samenwerken in de zorg- en bestuurspraktijk weergegeven. De opvatting wordt breed gedragen dat samenwerken een bijdrage levert aan menswaardig zorgen en zorgmedewerkers helpt om in het zorgen van hun cliënten de balans te vinden tussen interactief zorgen, de vrijheid nemen om in te gaan op vragen van cliënten, en instrumenteel zorgen, blijven binnen de kaders van gezamenlijke afspraken en verwachtingen. Een hecht team, gekenmerkt door weinig verloop en lange dienstverbanden, is echter op zichzelf nog geen garantie voor menswaardig zorgen. Wij hebben de elementen beschreven die bijdragen tot het ontwikkelen

van een gemeenschappelijk repertoire, waarbij gezamenlijk reflecteren op eigen handelen naar cliënten opvalt. Wij hebben in eerdere subparagrafen al waargenomen dat het bestuur op afstand stuurt bijvoorbeeld door een beeld neer te zetten van een betrouwbaar en toegankelijk bestuur dat ook ruimte laat voor individuele verschillen van bestuursleden en medewerkers.

4.2.6.a Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de zorgpraktijk

Onze (deel)vraag is of het systematisch reflecteren of confronteren met de realiteit helpt om de telkens terugkerende vraag “is onze zorg goed voor die concrete cliënt in die situatie?” te beantwoorden. En ook hoe actoren in de zorg- en bestuurspraktijk in onderlinge afstemming een balans vinden tussen interactief (in deze context de menselijke maat in een concrete situatie) en instrumenteel (of output gericht, beantwoordend aan normen van verantwoorde zorg) reflecteren. Eerst presenteren wij de bevindingen hoe in de zorgpraktijk reflecteren plaatsvindt, hoe de verschillende actoren tot een oordeel komen of zorgen als menswaardig wordt ervaren, waarbij wij ook het handelen van de locatiemanager in het proces van toetsen en reflecteren belichten. Om af te ronden met de meer instrumentele, vaak organisatie brede vormen van meet- en toetsinstrumenten.

Het eerste dat in onze observaties opvalt is dat er in de onderzochte zorgpraktijken een verwevenheid bestaat tussen zorgen en reflecteren. De praktijkvoorbeelden die wij in de voorgaande paragrafen hebben gegeven, omvatten allen een reflecterend en toetsend aspect. In deze beschreven voorbeelden wordt expliciet de vraag gesteld of de keuze die (in deze situatie) voor die cliënt wordt gemaakt de juiste is. De spanning tussen interactief en instrumenteel (lees: verantwoord) zorgen geeft vaak aanleiding tot reflecteren, zoals bijvoorbeeld bij de wens van een cliënt om op zijn of haar kamer te kunnen roken. Verder zien wij in de bezochte locaties dat wanneer de zorgpraktijk in zijn alledaagsheid zonder verstoringen functioneert, de vraag of het zorgen menswaardig is niet expliciet aan de orde komt. Deze routine wordt verstoord als de zorgpraktijk wordt geconfronteerd met een crisis: een klacht, incident of een andere onverwachte gebeurtenis. Zo is tijdens de tweede ronde een dodelijk ongeluk gebeurd met een jeugdige cliënt, die tijdens zijn weekend thuis is verongelukt. Behalve voor de ouders heeft dit ongeluk ook emotionele impact op het zorgteam. Opnieuw komen vragen terug of in deze situatie voor deze cliënt de juiste keuze in aanpak is gemaakt. Dit voorbeeld laat ook zien dat de *accountability* bij keuzen waarin het interactief aspect zwaarder weegt dan het instrumentele aspect (dat wil zeggen volgens de geldende richtlijnen) van een narratief moet worden voorzien, omdat men niet op de richtlijnen en protocollen kan terugvallen. Wij willen dit illustreren aan de hand van een casus, waarin niet alleen de verwevenheid tussen zorgen en reflecteren naar voren komt, maar ook het omgaan met de balans tussen interactief en instrumenteel zorgen. Het gaat om cliënt Anthony, een wat oudere man met verstandelijke beperkingen. Hij verblijft in een zorgpraktijk voor begeleid wonen. Elke zaterdagavond gaat hij stappen in de binnenstad en drinkt daarbij een stuk in zijn kraag. Met een taxibedrijf is een afspraak gemaakt, dat deze de cliënt rond middernacht oppikt om hem weer naar de locatie terug te brengen. De keuze voor deze vrijheid voor de cliënt hebben zorgteam en locatiemanager gemaakt op basis van het feit dat dit gedrag volgens hen hoort bij zijn leefstijl en je “hem moeilijk kan opsluiten tot het eind van zijn leven”. Het zorgteam vindt dat deze afweging zwaarder moet wegen dan de evidente risico's voor zijn veiligheid (binnenstad, geweld) en gezondheid (alcoholmisbruik). Het zorgteam heeft deze keuze geborgd in het zorgplan en afgestemd met de familie van de cliënt (die akkoord was met deze aanpak). De locatiemanager heeft ook het bestuur ingelicht over de keuze die bij deze cliënt is gemaakt.

In deze casus valt op dat het zorgteam veel werk maakt (en gezien de risico's ook moet maken) van de onderbouwing van hun keuze, wellicht omdat op het vlak van instrumenteel (verantwoord) zorgen het zorgteam wel een beroep kan doen op de geaccepteerde en bekende richtlijnen en standards.

In paragraaf 4.2.2.a *In relatie blijven met cliënten* hebben wij beschreven dat cliënten bij hun oordeel of zij het zorgen als menswaardig ervoeren, met name de nadruk leggen op het interactieve aspect van het zorgen. Serieus genomen worden is een van de trefwoorden die wij terughoren als wij deze vraag aan cliënten voorleggen. Als wij diezelfde vraag voorleggen aan familieleden dan valt op dat zij naar de non-verbale reacties van de cliënten kijken, bijvoorbeeld of hun kind vrolijk gestemd is als hij of zij weer naar de locatie teruggaat. Maar bij familieleden gaat het niet alleen om interactieve aspecten, maar ook de instrumentele aspecten van zorgen zijn voor hen belangrijk. Voorbeelden zijn: is de organisatie van het doorgeven van afspraken en delen van informatie over hun familielid goed geregeld, is er voldoende deskundig personeel in bepaalde diensten? Wij hebben ook de zorgverleners bevestigd wanneer zij van oordeel zijn dat zij “goede” zorg hebben verleend. Zij kijken onder andere naar: “Een glimlach van een cliënt”, “een kleine positieve reactie”, “als je de cliënt even hebt kunnen opvrolijken”. Het gaat bij hen kennelijk om signalen die zij in de interactie met hun cliënten ontvangen. De locatiemanagers die wij gesproken hebben, baseren hun oordeel of er goede zorg is verleend, op gesprekken met hun medewerkers en soms cliënten. Zo zegt regiodirecteur Anna: “Toen ik nog locatiemanagers was, vroeg ik aan een bepaalde cliënt hoe een nieuwe medewerker het had gedaan. Ik wist dan precies waar ik aan toe was” (tweede ronde). “Binnenstappen en (aan)voelen” is een uitdrukking die wij bij locatiemanagers horen om te bepalen of hun locatie in hun ogen goede zorg geeft. Locatiemanager Ava verwoordt dit als volgt (tweede ronde):

“Je kunt niet alles uit de cijfers of de rapportages halen [die zij en haar collega locatiemanagers lezen gericht op veranderingen bij hun cliënten]. Je moet het voelen, zitten zij [de cliënten] lekker in hun vel, is het rustig, zijn ze lekker bezig.”
(Locatiemanager Ava)

Wat is dit (aan)voelen? Wij leggen die vraag niet alleen aan Ava maar ook aan andere locatiemanagers en regiodirecteuren voor. Uit hun reacties blijkt dat de leidinggevenden ‘het (aan)voelen’ baseren op waarnemingen in de zorgpraktijken, is de boel bijvoorbeeld opgeruimd, heerst er een rustige sfeer, zijn de cliënten actief bezig, zit de voordeur goed in de verf, slingeren geen vuilniszakken of rommel rond? Adjunct regiodirecteur Arthur:

“Als er rommel is in de zorgpraktijk, is het zorgen vaak ook niet op orde.”
(Adjunct regiodirecteur Arthur)

Al deze elementen – die niet systematisch worden gepresenteerd – vormen een beeld van de geboden zorg voor de locatiemanagers en regiodirecteuren. Overigens wordt deze vorm van waarnemen veelal gecombineerd met andere ervaringen, zoals bijvoorbeeld gesprekken met medewerkers en cliënten.

Het elkaar aanspreken in het zorgteam wordt als belangrijk ervaren als voorwaarde tot het geven van menswaardige zorgen. Wij hebben zorgmedewerkers gevraagd hoe het elkaar geven van feedback wordt georganiseerd in hun zorgpraktijk. De teneur in de antwoorden op deze vraag is dat zorgmedewerkers het lastig vinden elkaar aan te spreken. Begeleider Arie (tweede ronde): “Ik heb verschillende cursussen gedaan, maar ik blijf het [elkaar aanspreken]

moelijk vinden.” Als reden wordt aangegeven dat zorgmedewerkers de samenwerking niet willen verstoren; velen van hen werken soms jarenlang met elkaar samen en zij geven aan de collegiale relatie niet op het spel te willen zetten. Overigens komen wij ook situaties tegen waarin sprake is van elkaar aanspreken bijvoorbeeld bij het bespreken van video opnamen van de omgang met autistische stoornissen. Kenmerkend voor deze situaties is de organisatie (hier het geven van feedback aan elkaar op basis van video opnamen) en de aanwezigheid van de locatiemanager. Wij nemen waar dat de locatiemanagers het als hun taak zien om hun zorgmedewerkers aan te spreken, in persoonlijke gesprekken of tijdens teamvergaderingen. Doordat de locatiemanagers op hoogte zijn van de zorgprocessen, wordt hun feedback geaccepteerd (de medewerkers van locatie W, tweede ronde).

Er zijn ook formele toetsinstrumenten, die organisatie breed gelden. Zo moet jaarlijks een ondersteuningsplan worden gemaakt of geactualiseerd, waarbij niet alleen naar de toekomst wordt gekeken maar ook naar het verleden en de huidige situatie. Input vormt de methodiek ‘wat vind ik er van’ waarbij aan de cliënt wordt gevraagd zijn mening over verschillende aspecten van de zorg te geven. Andere mogelijkheden tot reflectie zijn de medewerker-tevredenheidsonderzoeken en de interne audits: een zorgteam gaat – met vooraf opgestelde toetsingscriteria – op bezoek bij een ander zorgteam en loopt een dagdeel mee. Op basis van de criteria geeft de bezoekende zorgmedewerker zijn of haar bevindingen terug. De zorgmedewerkers met wie wij hebben gesproken zijn enthousiast over deze methode, omdat dit weer aanleiding geeft om zelf te reflecteren in hun eigen zorgpraktijk.

Afrondend. Op basis van onze bevindingen lijkt het proces van reflecteren verweven met het proces van zorgen, een verwevenheid die met name naar voren komt op momenten dat er keuzen moeten worden gemaakt tussen vragen van individuele cliënten, die zich spanningsvol verhouden met de kaders en richtlijnen. Wij zien ook dat het verantwoord van deze situationele keuze een narratief vraagt waarbij verschillende belanghebbenden betrokken worden om op deze wijze een gemeenschappelijke gedragslijn te organiseren. Verder blijkt dat de behoefte om relaties met collega’s niet op het spel te zetten versus elkaar aanspreken bij zorgmedewerkers een ongemakkelijke spanning opleveren. We zien dat de locatiemanager als verbonden buitenstaander meer in staat is situaties te scheppen waarin reflecteren mogelijk wordt, een rol die door de zorgmedewerkers wordt gewaardeerd.

4.2.6.b Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de bestuurspraktijk

Een van de vragen die wij aan het bestuur hebben gesteld is hoe zij zorgt dat hun kernwaarden in de dagelijkse zorgprocessen tussen medewerkers en cliënten worden gerealiseerd. Anders dan in de zorgpraktijk is de cliënt niet *at hand* en gaat het om zo’n 4800 cliënten waar het bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Het bestuur geeft aan dat de kernwaarden worden gecreëerd in de relatie tussen cliënt en de medewerkers. De vraag is vervolgens hoe het bestuur, gezien de drempels van afstand en grootschaligheid, zicht houdt op de kwaliteit van zorgen. Hoe vormen zij een oordeel en hoe toetsen zij dit aan de realiteit?

In alle drie de onderzoeksronde komt uit onze observaties en interviews van/in de onderzochte zorgpraktijken naar voren, dat er een grote mate van congruentie bestaat tussen de opvattingen en beelden van het bestuur (openheid, toegankelijkheid, betrouwbaarheid) en opmerkingen over het handelen van het bestuur van medewerkers. In die interviews spreken medewerkers over het krijgen van ruimte, de ontwikkelmogelijkheden in de vorm van het beleid tot bijscholing, de toegankelijkheid van en het vertrouwen in het bestuur. Die congruentie is echter dynamisch in de zin dat deze repetitief in interactie met de medewerkers moet worden bevestigd. Incidenten laten zien dat het beeld veranderlijk kan zijn. Voorbeelden

van incidenten zijn de wijze waarop het bestuur wilde bezuinigen op de activiteitenbegeleiders. De betrokken locatiemanager typeerde dit “als niet passend bij het beeld van deze organisatie”. Dit voorbeeld van een incident (hooguit drie in de onderzoeksperiode) past niet in het beeld dat medewerkers van hun organisatie hebben en zorgen voor onrust. In die gevallen aarzelen bestuursleden niet om zichtbaar voor de organisatie hun verontschuldiging aan te bieden.

De vraag is echter hoe je als bestuur weet of je op de goede weg zit als het gaat om de realisering van je kernwaarden. Bestuursvoorzitter Albert zegt hierover in de eerste ronde:

“... iedere zichzelf respecterende sector worstelt natuurlijk met de vraag: waar meet je nou kwaliteit bij ons aan af? En hoe krijg je daar een beetje greep op? We doen allemaal pogingen en dat moet ook. Maar we willen ook een beetje af van het tellen. Dus het idee is dat je naar veel meer narratieve manieren van verantwoording moet. En dat je dat narratief ook moet voeden doordat mensen bij je komen en je als het ware de spiegel voorhouden. Dat doe je over en weer.”

En:

“Sturen op waarden betekent dat je je steeds de vraag stelt waarom doen wij dit? Het gaat gewoon om de kleine dingen. Iemand wordt gezien, iemand mag er zijn. Dat zijn de dingen waar het om draait en dat zie je vaak, op de vierkante millimeter, dat zijn niet de grootse verhalen over eigen kracht en noem maar op.” (Bestuursvoorzitter Albert)

Twee aspecten vallen in zijn reactie op. Ten eerste legt hij in de wijze waarop hij wil reflecteren de nadruk op interactieve processen en geeft daarmee een andere verhouding tot de instrumentele wijze (het kwantificeerbare) aan. Ten tweede, inherent aan een interactieve wijze van zorgen, gaat het altijd om dagelijkse ‘micro’ gebeurtenissen, waarin zich volgens hem de kernwaarden zich manifesteren.

Een andere manier om ‘de plek der moeite te betreden’, namelijk het proces van toetsen van je eigen beelden aan die van de realiteit, zijn de regelmatige bezoeken van de bestuursleden aan de zorgpraktijken. In subparagraaf 2.2.2.b (in relatie te blijven) hebben wij onze bevindingen hierover weergegeven. Tijdens de bestuursvergadering delen zij met elkaar de indrukken van hun bezoeken en interpretaties daarvan. Als wij onze ervaringen op een van de locaties terugkoppelen, blijkt niet alleen dat zij van deze situatie op de hoogte zijn, maar ook dat er in hun samenspraak ruimte blijkt te zijn voor verschillende interpretaties en gezichtshoeken over wat er aan de hand zou kunnen in de situatie. En wat doen jullie met deze beelden, zeker als die op gespannen voet staan met jullie kernwaarden? “Als het zo ter sprake komt, breng ik het aan de orde bij de betreffende regiodirecteur” zegt Aaron, die als bestuurslid verantwoordelijk is voor de zorg. Wij observeren hier, niet voor de eerste keer in ons onderzoek, dat het bestuur goed zicht lijkt te hebben wat er zich in hun organisatie afspeelt, maar tegelijk terughoudend is om op basis van die kennis ingrepen te doen.

Het interacteren van het bestuur met de zorgpraktijken om eigen beelden te toetsen kan overigens ook tot enthousiasme en inspiratie leiden. Bestuursvoorzitter Albert (eerste ronde) geeft in een interview aan dat hij bij een avonddienst aanwezig is geweest. Hij was daar getuige van een interactie tussen cliënt en een medewerker die een pas in het zorgteam afgesproken gedragslijn toepaste: niet trachten om meer controle op het gedrag van deze cliënt te krijgen, want dat zou weer leiden tot escalatie van agressie, maar daarentegen een rustige, consistente correctie op ongewenst gedrag toe te passen. Albert was zo onder de

indruk van deze ervaring (“het hoogtepunt van mijn week”) dat hij het verhaal verschillende keren binnen en buiten de organisatie heeft verteld. “Juist met het vertellen van dit verhaal, geef je ook een voorbeeld hoe wij menswaardig zorgen willen zien” aldus de bestuursvoorzitter.

Naast deze interactieve wijze van toetsen gebruikt het bestuur uitkomsten van meetinstrumenten. Voorbeelden zijn medewerkers-tevredenheidsonderzoeken en cliënt-tevredenheidsonderzoeken (genaamd “Wat vind ik ervan?”). Op onze vraag hoe het bestuur deze uitkomsten gebruikt, zegt bestuurder Aaron dat de resultaten eerder bestaande vermoedens bevestigen dan deze resultaten nieuwe informatie opleveren. Verder zijn er nog de externe stakeholders - ziektekostenverzekeraars, raad van toezicht, inspectie - die informatie willen hebben over de organisatie. Het bestuur geeft aan met de zorgverzekeraars over bepaalde meetinstrumenten te hebben onderhandeld om deze niet toe te hoeven passen, omdat zij vinden dat dit instrument geen toegevoegde waarden zou hebben. Behalve de meetinstrumenten vormt ook het overleg met de regiodirecteuren een bron van informatie. Het bestuur gaat daarbij uit van het vertrouwen in de betreffende regiodirecteur, maar deze informatielijn is afhankelijk van de relatie tussen bestuurder en de regiodirecteur. Zo zou er een regiodirecteur zijn die “zijn kaarten op de borst houdt” en volgens het bestuur opener zou mogen zijn over het reilen en zeilen van zijn regio. Dit laatste illustreert de verhouding die het bestuur in elke situatie moeten vinden tussen interactief en instrumenteel toetsen.

Afrondend. Hoe weet je of je goede zorg levert? Waarmee onmiddellijk een vervolgvraag verschijnt: waar meet je dat aan af? Voor het bestuur verschijnt menswaardig zorgen in kleine gebeurtenissen, die het menselijk aspect van zorgen laten oplichten, menselijke aspecten die niet zo zeer door meetinstrumenten zichtbaar worden maar eerder door verhalen en eigen ervaringen. Het bestuur bezoekt regelmatig de zorgpraktijken om de opgedane indrukken te toetsen aan eigen beelden en aan die van collega-bestuurders. Verder valt op dat die confrontatie met de werkelijkheid ook een bron van inspiratie kan zijn en een impuls vormt voor hun sturen. Wij zien verder dat zij het beeld van het bestuur dat zij door hun interactie met de zorgpraktijken willen oproepen, een instrumentele (voorwaardenscheppende) waarde krijgt doordat dit beeld breed gedeeld wordt in de organisatie om op die manier interacteren met cliënten te bevorderen.

4.2.7 Leidinggeven aan de locaties en aan de regio

In de voorgaande subparagrafen blijkt uit onze observaties dat de locatiemanagers een belangrijke (volgens medewerkers en bestuur) rol spelen in het scheppen van voorwaarden in en rond de zorgpraktijk. In deze subparagraaf geven wij onze bevindingen weer hoe zij hun bijdrage leveren aan het mogelijk maken van menswaardig zorgen. Daarbij willen wij belichten hoe zij in hun sturen een balans vinden tussen de dagelijkse concrete zorgpraktijk en de generale kaders van de organisatie, waarbij wij als (deel)vraag hebben of het vinden van een voor de zorgpraktijk juiste verhouding bijdraagt tot menswaardig zorgen. In het tweede deel van deze paragraaf beschrijven wij onze bevindingen ten aanzien van het handelen van de regiodirecteuren en welke hun bijdrage is tot menswaardig zorgen.

4.2.7.a De locatiemanagers.

Wij hebben in deze organisatie vijf locatiemanagers geïnterviewd en geobserveerd. En tenslotte hebben we in gesprekken met hun collega locatiemanagers, cliënten en medewerkers geprobeerd helder te krijgen wat hun toegevoegde waarde is in het proces van menswaardig zorgen. Cliënten gaven als antwoord op deze vraag dat voor hen belangrijk is dat de locatiemanager bereikbaar is. Zorgmedewerkers geven aan dat voor hen belangrijk is dat de

locatiemanager een aanspreekpunt vormt en knopen durft door te hakken als er in het zorgteam verschillen van mening bestaan. Locatiemanagers lijken ook als hitteschild te functioneren. Locatiemanager Aimee: “Als we weten dat het op een conflict uit zal draaien met ouders mogen mijn medewerkers dat niet doen. Ouders mogen op mij boos zijn, maar medewerkers moeten op de inhoud verder. Daarmee houd je de relatie met de ouders zuiver. Wij nemen waar dat er een breed gedragen opvatting bestaat hoe de locatiemanager zou moeten leidinggeven. In de *membercheck* in de derde ronde gebruikten wij de metafoor, waarin wij het handelen van de locatiemanager omschreven als “smaakmaker”, in de zin dat haar of zijn ‘zorgen dat’ handelen afgestemd moet zijn op de situatie van de zorgpraktijk. Om de typering van het handelen nog scherper te krijgen vroegen we naar situaties, die illustreren hoe een locatiemanager het proces van menswaardig zorgen zou kunnen verstoren. Reacties van de respondenten: “te veel er bovenop zitten”, “sfeer van wantrouwen creëren” “gestandaardiseerd gedrag naar medewerkers”, “alles moet volgens de regels”, “elke stap bevragen”, “mensen niet meer zelf laten denken” en “niet meer met elkaar praten”. Cliënten, medewerkers, locatiemanagers zelf en de regiodirecteuren vinden dat de locatiemanager verbonden moet zijn met het zorgproces, niet in de zin van ‘zorgen voor’, maar wel weten wat er speelt bij cliënten en het zorgproces. Uit de reacties blijkt dat de locatiemanager de relationele aspecten van sturen volgens medewerkers en cliënten zou moeten laten prevaleren boven de meer instrumentele aspecten zoals controle en beheer. Die balans is voor de locatiemanager soms lastig te vinden. Dit blijkt uit een eerder vermeld onderzoek van een bedrijfspsycholoog in opdracht van het bestuur, om de effecten van de laatste reorganisatie te onderzoeken. Ter herinnering: het gaat om de reorganisatie waarin de laag van clustermanagers is verdwenen, waardoor de beslruimte en verantwoordelijkheid voor de locatiemanagers is vergroot. Bestuursvoorzitter Albert (derde ronde):

“Dat rapport van de psycholoog geeft aan dat zij [de locatiemanagers] wel veel druk ervaren: omstandigheden, sandwich, ik moet medewerkers tevreden houden en verplichtingen vervullen, ik heb het idee dat de top mij misschien onvoldoende waardeert hoe lastig ik het heb. Dat geluid hoorden we overigens wel eens, maar [kreeg] door de rapportage een veel grotere massiviteit (...) Hebben we nu te maken met locatiemanagers van wie wij denken dat zij in staat zijn te signaleren en voor zichzelf op te komen en om tegen ons te zeggen wanneer zij in verdrukking komen of hebben we te maken met locatiemanagers die het niet durven te zeggen? Als je je kop boven het maaiveld uitsteekt wordt deze door de o zo toegankelijke Raad van Bestuur wellicht afgehakt. Het heeft wel wat losgemaakt. Ik was [door het rapport] wel behoorlijk van slag.”
(Bestuursvoorzitter Albert)

Dit citaat uit het onderzoeksrapport geeft aan hoe de locatiemanagers het soms lastig vinden de balans tussen interactief en instrumenteel leidinggeven te vinden, maar ook de balans te vinden in de verhouding tussen de verwachtingen van de bestuurspraktijk en die van hun zorgpraktijk. Het citaat geeft verder aan dat in dit proces het vertrouwen in het bestuur als belangrijk wordt ervaren.

Een factor die hun rol als “spin in het web”, een typering van hun taak die het bestuur gebruikt, lijkt te vergemakkelijken is het hebben van een concrete, handelingsgerichte visie op ‘zorgen voor’ en op basis hiervan medewerkers te coachen en desnoods te corrigeren in hun handelen naar cliënten. Ook blijken alle vijf locatiemanagers goed op de hoogte te zijn van de hoofdlijnen van de zorgplannen en houden zij zicht op de zorgprocessen. Alle vijf zijn afkomstig van de werkvloer en hebben ervaring als (persoonlijk) begeleider. Juist die ervaring geeft vertrouwen bij medewerkers “zij weten waar zij over praten”.

Er zijn ook omstandigheden die hun centrale positie belemmeren. Uit het bovenstaande rapport wordt duidelijk dat hun beschikbaarheid beperkt wordt als zij, zoals het bestuur dat noemt, innerlijk verkrampd raken en onzeker worden om de door de organisatie gegeven handelingsruimte te betreden. Mentale beschikbaarheid is ook een voorwaarde. Locatiemanager Aimee zegt dat deze bij haar onder druk staat nu haar verantwoordelijkheid groter is geworden, omdat zij aan meerdere locaties leiding moet geven. Een andere belemmerende factor is fysieke afwezigheid, bijvoorbeeld in geval van een (langdurige) ziekte. Locatiemanager Annabel, die door ziekte gedeeltelijk niet in staat was haar functie als locatiemanager uit te oefenen, geeft aan dat het “op den duur allemaal los zand wordt”, waarmee zij het samenwerken van het team bedoelt. Aan de hand van onze gesprekken en observaties lijkt het effect van deze belemmerende factoren dat deze de verhouding tussen interactief en instrumenteel sturen verandert. Er lijkt meer accent te worden gelegd op de beheersmatige, regel gestuurde aspecten van sturen. Wij observeren een dergelijke verandering in verhouding ook in locatie J, waar het interactieve aspect in gedrang lijkt te komen door besluiten die niet in samenspraak met cliënten of zorgmedewerkers zijn genomen.

4.7.2.b De regiodirecteuren

Onderzoeker: “Als ik bij jou [bestuurder Aaron] zou solliciteren als regiodirecteur, waar kijk je naar? Aaron: hebben wij het gevoel dat je bij ons past. Lastig te omschrijven. Er zitten soms een aantal kantjes aan iemand die niet bij onze familie passen. Onderzoeker: kun je dat benoemen? Aaron: Nee <lacht en vervolgt> Als je houdt van regels, dan moet je niet bij ons zijn.”

Wij hebben in ons onderzoek drie regiodirecteuren geïnterviewd. Een van hen heeft in alle drie de ronden geparticipeerd, de overige twee vanaf de tweede ronde; deze laatste twee zijn verantwoordelijk voor de zorgpraktijken, die in de tweede en derde ronde zijn onderzocht. Een van die twee is pas enkele maanden in die regio benoemd (tweede ronde), de ander is nog enkele maanden van zijn pensionering verwijderd (tweede ronde) en houdt zich met name nog bezig met de verbouwing, de opzet en financiering van een lopend bouwproject. Voorts verschillen de regio's sterk qua omvang, variëteit van zorgpraktijken en de omvang van hun bijdrage aan het totaalbudget van de instelling, kortom omstandigheden die onze observatiemogelijkheden beperken.

Voor de reorganisatie bestond de organisatie uit vier lagen: bestuur, drie regiodirecteuren, cluster- en tenslotte locatiemanagers. Na de verwijdering van de laag clustermanagers zijn de verantwoordelijkheden van de locatiemanagers vergroot en het aantal regiodirecteuren uitgebreid van 3 naar 10 (eerste ronde). Zoals eerder opgemerkt is de reden om het aantal regiodirecteuren te vergroten geweest om een betere relatie met de gemeenten te kunnen opbouwen in het kader van de toen nieuwe financieringsmogelijkheid, de Wmo. De meeste regiodirecteuren zijn, in lijn met het beleid van het bestuur om zoveel mogelijk leidinggevendend uit eigen gelederen te rekruteren, afkomstig uit de organisatie zelf. Om dit te faciliteren is er een 'regiodirecteurenklas', waar talentvolle locatiemanagers worden opgeleid.

In de derde ronde, de *membercheck*, leggen wij aan twee van de drie deelnemende regiodirecteuren de vraag voor of een locatiemanager, die in staat is zelfstandig te werken, nog een regiodirecteur nodig heeft, gezien alle ondersteunende systemen en de opvattingen over eigen ruimte en verantwoordelijkheid binnen de organisatie. Hun reactie:

<gelach> Regiodirecteur Alan: “Ik ga met pensioen. Je kunt over het aantal regiodirecteuren praten, maar ik denk dat het [de functie] wel belangrijk is [NB het aantal regiodirecteuren is van tien in de eerste ronde naar acht in de derde ronde teruggebracht]. Zit geen beleid achter maar past wel in de ontwikkeling van de eigen verantwoordelijkheid.” Regiodirecteur Aniek: “Wij zijn niet alleen leidinggevende voor de locatiemanagers maar wij zijn ook verantwoordelijk voor de inkoop, de Wmo, de jeugdwet.” Alan: “Wij zitten hier met een enorme verbouwing, verhuizing. Daar zit een hoop werk aan vast, dat voor een deel op het bord van de regiodirecteur komt.”

Behalve dat hun handelen wordt bepaald door het onderhandelen met lokale financiers, zien zij als een belangrijke taak het ondersteunen en coachen van de locatiemanagers. De regiodirecteur als hun sparringpartner, een taak die ook de locatiemanagers betrokken in het onderzoek benadrukken. De locatiemanagers geven aan dat bestuurder Aaron, verantwoordelijk voor de zorg, te ver van hen weg staat om die rol te kunnen vervullen en daarom ook minder kan fungeren als “bron om uit te putten bij lastige kwesties”. Die functie vervult de regiodirecteur. Volgens locatiemanager Annabel geeft haar regiodirecteur “ook de aandacht voor mijzelf als persoon, zij vraagt hoe het met me gaat.” En over de regiodirecteur van locatiemanager Ava zegt zij: “Geef mij ruimte om te ontwikkelen, maar ik ervaar soms ook te veel nabijheid.” Locatiemanager Ayoub met dezelfde regiodirecteur: “Ik ben geneigd om te zeggen ik doe weinig of geen beroep op de regiodirectie zeker als het gaat om mijn eigen locatie. Ik krijg zoveel ruimte om te beslissen. Ook bij mijn nieuwe locatie nu is dat hetzelfde. Ik krijg hulp als ik erom vraag.”

Het bestuur geeft aan dat na de reorganisatie ook de afstand tussen bestuur en regiodirecteuren groter is geworden. Waren er voor de reorganisatie drie regiodirecteuren, met wie het bestuur regelmatig een managementteam overleg had, door de huidige aantal regiodirecteuren is dat niet meer mogelijk. Bestuursvoorzitter Albert geeft als voorbeeld van de grotere afstand het invullen van de vacature hoofd personeelszaken. De regiodirecteuren hebben aangegeven zich niet bij de invulling van die vacature betrokken te voelen. Over de rol van de regiodirecteuren in relatie tot de locatiemanagers zegt bestuursvoorzitter Albert: “Focus is dat wij ons realiseren dat de locatiemanagers als eerste lijn buitengewoon belangrijk zijn voor de motivatie van werknemers; als deze zich goed geleid weten, dan straalt dat ook uit op cliënten. (...), maar de locatiemanagers hebben het zo druk, omdat zij niet in staat zijn op de lange termijn te reflecteren en zich af te vragen moet ik dat wel doen en hoe zou ik het anders kunnen organiseren. Zij zijn wel erg vliegende keep”. Hier ligt volgens hem een verantwoordelijkheid voor de regiodirecteuren om de locatiemanagers hierbij te ondersteunen.

Afrondend. De locatiemanager vervult een centrale rol in het scheppen van voorwaarden om menswaardig te (kunnen) zorgen. Als een “spin in het web” concretiseert hij of zij de kernwaarden in praktisch handelen en stuurt op de verhouding met maatwerk tussen interactief en instrumenteel zorgen. De opvattingen over deze taak wordt breed gedragen in de organisatie. Er zijn factoren die de effectiviteit van de locatiemanager vergroten: de beslisruimte, de zorgpraktijkgerichte organisatievorm, het eigen budget. Factoren die de effectiviteit in de weg staan zijn de beschikbaarheid van locatiemanager (fysiek, belasting, innerlijke verkramping). In die gevallen lijkt het dat hij of zij minder die balans kan houden en dat beheersmatig sturen de overhand krijgt. Vergelijken wij de taak van de regiodirecteur met die van de locatiemanager, dan valt op dat de regiodirecteur een brugfunctie vervult tussen het bestuur en de zorgpraktijken en daarbij een combinatie laten zien van interactief (coachen, bemoedigen) en instrumenteel sturen, door voorwaarden te scheppen voor het

functioneren van de zorgpraktijken in hun regio (budget, kaders op maat snijden van de zorgpraktijk).

4.3 Conclusie: consistent, betrouwbaar en voorspelbaar

“(T)he question for organizational scholars should not be ‘Do practices change?’ Instead, the question is the opposite: ‘Through which mechanisms does practice achieve durability in time?’”
(Nicolini, 2011, blz. 1405)

In de drie jaar dat wij in deze zorgorganisatie onderzoek hebben gedaan is ons vooral de consistente en persistente manier waarop bestuur en medewerkers menswaardige zorg trachten te geven opgevallen. Natuurlijk zijn er locaties waar de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen nog niet is gevonden in die zin dat regels en controle de vragen van de cliënten in die zorgpraktijken overstemmen. Niettemin komt uit onze gesprekken en observaties een beeld van een zorgorganisatie naar voren die consequent zijn eigen kernwaarden ten aanzien van menswaardig zorgen in praktijk probeert te brengen

Welke zijn de mechanismen waardoor zij deze consistentie en voorspelbaarheid bereiken? Uit onze bevindingen vallen de volgende elementen op, die overigens in onderlinge samenhang werkzaam zijn:

Het eerste dat opvalt is dat de organisatie als het ware rond de zorgpraktijken is vormgegeven, waarmee de organisatie een instrument wordt om interactief zorgen mogelijk te maken door medewerkers zoveel mogelijk te ontzorgen en te ondersteunen. Een voorbeeld is de mogelijkheid van de zorgpraktijken om met een eigen budget te werken in combinatie met een financieel systeem dat inzicht geeft in hun financiële middelen. Verder is er een breed aanbod van bijscholing. Er is een goed bereikbare helpdesk voor digitale vragen. Deze *tools and artefacts*, instrumenten, bevatten gedragsaanwijzingen (ibid. blz. 1406) en vormen een onderdeel in de wisselwerking tussen bestuur en zorgpraktijken.

Samenhangend met de organisatie die om de zorgpraktijk is heen gebouwd, is het kunnen beschikken over een eigen handelingsruimte, zoals door zorgmedewerkers en locatiemanagers ervaren. Deze ruimte is overigens ambigu: de ruimte geeft vrijheid, maar is ook begrensd. De ruimte geeft keuzemogelijkheden, maar vordert ook op, in die zin dat je ook in die ruimte ‘moet’ stappen. Dit vraagt van het bestuur interactief sturen, in die zin dat er geen standaard ruimte kan worden gemaakt, maar dat deze afhankelijk blijkt te zijn van de ontwikkeling van de locatiemanager (mate van ervaring) en zorgpraktijk (ingewerkt of nieuw team). In dit proces speelt de regiodirecteur een belangrijke rol. Kortom, een factor die de consistentie bevordert is het geven van handelingsruimte, echter met een op de concrete situatie afgestemde wijze van sturen.

Verder valt op dat het bestuur systematisch interacteert met de zorgpraktijken en zich toegankelijk opstelt voor vragen. Het bestuur is terughoudend als het gaat om zelf ingrijpen; verder hanteert zij een narratief, waarbij de nadruk ligt op zelf initiatief nemen als het gaat om interacteren met cliënten. Kortom, een consistent beleid waar voortdurend wordt bewaakt dat instrumentele aspecten van zorgen en organiseren ondersteunend moeten zijn aan de relatie met cliënten, waar volgens het bestuur menswaardig zorgen zich manifesteert in kleine, alledaagse gebeurtenissen.

Hoofdstuk 5 Zorgorganisatie B

5.1 Algemeen

In de periode september 2015 tot april 2018 hebben wij in drie onderzoeksronden zorgorganisatie B bezocht. Deze biedt vanuit 35 locaties een samenhangend dienstpakket voor wonen, welzijn en zorg aan ongeveer 6.000 cliënten, thuiswonende ouderen en cliënten die niet meer thuis kunnen wonen. B biedt thuiszorg, herstellzorg, langdurige zorg bij somatische en psychogeriatrische problematiek, zorg bij Korsakov, geriatrische revalidatiezorg, dagbehandeling, dagbesteding en dagactiviteiten en zorg in de laatste levensfase. Er werken ongeveer 5.730 medewerkers en 4.050 vrijwilligers. Er is een driehoofdig bestuur, bestaande uit bestuursvoorzitter Bert en de leden Bella en Bram.

De kernwaarden voor goede zorg zijn volgens zorgorganisatie B:

- aandacht
- betrouwbaar
- samen

Daarnaast gaat de organisatie uit van de definitie van Positieve Gezondheid van Huber (2014). Gezondheid wordt niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

Voorafgaand aan het onderzoek hebben voorbereidende gesprekken plaatsgevonden met de bestuurders, de cliëntenraad en de ondernemingsraad ter introductie en voor het verkrijgen van draagvlak voor ons onderzoek in de organisatie. Na de eerste ronde van ons onderzoek hebben we ook een voortgangsgesprek gehad met de bestuurders en de cliëntenraad. Tevens is vooraf toestemming gevraagd aan cliëntenraad en ondernemingsraad voor het onderzoek.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in drie onderzoeksrondes. De eerste en tweede ronde zijn voorafgegaan door een startbijeenkomst met leidinggevend van de te bezoeken locaties. Wij hebben de opzet en het doel van ons onderzoek uitgelegd en er zijn afspraken gemaakt voor de momenten van onderzoek. De in de eerste ronde bezochte locaties zijn een afdeling voor geriatrische revalidatie, één van de vijf thuiszorgafdelingen en de afdeling voor zorg voor Korsakov cliënten geweest. In de tweede ronde hebben we de eerdergenoemde drie afdelingen nogmaals bezocht en ook nog drie andere afdelingen, een tweede revalidatieafdeling voor de geriatrische revalidatie, een afdeling voor langdurige somatische zorg en een afdeling voor psychogeriatrische zorg. De eerste en tweede ronde werden afgesloten met een slotbijeenkomst in de vorm van *membercheck*, waarin wij onze observaties uit de eerste respectievelijk tweede ronde aan de deelnemers van ons onderzoek hebben gepresenteerd en met hen, ter verdere duiding, in gesprek zijn gegaan.

In de eerste ronde werden 46 gesprekken gehouden met individuele cliënten, medewerkers, locatiegroep- en teammanagers en bestuurders. Er werden drie locaties (W, D en T) bezocht. De eerste ronde vond plaats tussen 22 september 2015 en 19 november 2015 en heeft bestaan uit drie blokken. In de gesprekken met en observaties van cliënten stond in het 1^o blok naast de uitgangspunten van de zorgverlening, vooral het zoeken naar de vraag van cliënten centraal. In gesprekken met en observaties van medewerkers en hun leidinggevend werd gekeken naar waarden die zij in hun werk gebruikten. Wat vindt men belangrijk en waar let men op. In het 2^o blok hebben we ter plekke geobserveerd en leidinggevend gevolgd in hun

werk rond het thema ‘hoe doen zij de gezegde waarden?’. Het 3^e blok bestond uit afrondende gesprekken, beantwoorden van nog open vragen en het duiden van onze observaties.

In de tweede ronde werden 17 gesprekken gehouden met individuele en groepen cliënten en medewerkers. Verder werden 3 gecombineerde gesprekken met locatiegroep-, teammanager en bestuur gehouden. Naast de drie eerder bezochte afdelingen, werden drie nieuwe locaties (P, M, V) bezocht. Deze tweede ronde vond plaats tussen 21 september 2016 en 17 november 2016 en bestond ook uit 3 blokken. In het 1^e blok werden de locaties uit de eerste ronde weer bezocht, in het 2^e blok de drie nieuwe locaties. In het 3^e blok het duiden van onze observaties. In de tweede ronde stond weer de vraag centraal: “hoe doe je menswaardigheid?”. Behalve gesprekken hebben wij gedurende 4 tot 6 dagdelen op de genoemde locaties observaties gedaan om een beeld te krijgen van het zorgproces op de locaties. Van de gesprekken zijn audio en, daar waar mogelijk, video opnames gemaakt.

In de derde ronde werden 3 groepsgesprekken gehouden met cliënten, familie en medewerkers van drie locaties (W, D, N) en 4 groepsgesprekken met locatiegroep- en teammanagers en bestuurders. Ook werd voor de derde keer een bezoek gebracht aan de afdeling voor geriatrische revalidatie uit de eerste ronde, in de verwachting (op basis van ervaringen in deze ronde) hier nog nieuwe ontwikkelingen te kunnen observeren. De derde ronde vond plaats tussen 6 maart 2018 en 17 april 2018 en bestond uit 2 blokken. De aanpak in het 1^e blok is hiervoor beschreven, het 2^e blok van de derde ronde betrof een *membercheck* van onze bevindingen met alle deelnemers uit de eerste en tweede ronde.

De ‘expedities’

In 2015 is door het bestuur en het management ingezet op drie ‘expedities’ (een uitdrukking die het bestuur gebruikt om verandertrajecten aan te geven), waarin de kernwaarden en het concept van positieve gezondheid van Huber (2014) verder worden uitgewerkt. De drie verandertrajecten hebben elk hun eigen thema namelijk 1. ‘Samenspel in Zorg,’ gericht op het verbeteren van de zorgverlening, 2. ‘Elke dag leren’ gericht op ontwikkeling en organisatie van de zorgteams (gebaseerd op het concept van zelforganiserende teams) en 3. ‘Slimme bedrijfsvoering’ met onder andere de regionalisering en gedeeld leiderschap door de opsplitsing van de organisatie in vier regio’s, elk aangestuurd door een collectief van middenmanagers uit de zorg en uit de ondersteunende diensten. In de tweede ronde wordt er op sommige teams geëxperimenteerd met het concept van zelforganiserende teams. In de derde ronde heeft het bestuur besloten om in een strak tijdschema de resultaten van deze verandertrajecten te implementeren en zijn inmiddels ook de vier regio’s voorzien van een regiobestuur.

Personele mutaties in het bestuur

In de tweede ronde is de samenstelling van het driehoofdig bestuur (zie boven) gewijzigd. Bestuursvoorzitter Bert is met pensioen gegaan en een nieuwe bestuurder, Benjamin, is tot het bestuur toegetreden. Bella is nu bestuursvoorzitter geworden. Bij de derde ronde zijn wij geïnformeerd dat er nog een wijziging in het bestuur op komst is. Bestuurder Bram zou eind van het jaar 2018 met prepensioen gaan. Op basis daarvan heeft hij besloten niet meer deel te nemen aan ons onderzoek in de derde ronde.

5.2 Onze bevindingen in zorgorganisatie B

Hieronder geven wij onze bevindingen weer van ons onderzoek in de periode 2015 - 2018 in drie onderzoeksronden. Onze bevindingen zijn gegroepeerd in de zeven vormen van handelen waarin – zoals beschreven in hoofdstuk twee – de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen zichtbaar wordt. Om ook de wisselwerking tussen de zorg- en de bestuurspraktijk in onze bevindingen zichtbaar te maken, hebben wij elke subparagraaf verdeeld in twee secties, een voor onze bevindingen in de zorgpraktijk (sectie a), de andere voor de bevindingen in de bestuurspraktijk (sectie b).

5.2.1.a Zoeken naar de vraag in de zorgpraktijk

Zoals we in hoofdstuk twee al hebben aangegeven is ‘de behoefte aan zorg opmerken’ één van de handelingscategorieën die wij in het zorgproces kunnen onderscheiden. Onze observaties en resultaten van gesprekken met cliënten, hun familie, zorgmedewerkers en teamleiders hebben wij gegroepeerd in vier thema’s, die elk een aspect van het zoeken naar de vraag belichten. Ons eerste thema is hoe het zoeken naar de vraag in de zorgpraktijken van zorgorganisatie B gedaan wordt. Een tweede thema is hoe vooronderstellingen dit zoekproces kunnen sturen. Een derde thema is dat taakopvattingen het zoeken naar de vraag beïnvloeden. Een vierde thema is dat het zoeken naar de vraag focus en concentratie vraagt die door de hectiek in het zorgproces niet altijd kunnen worden gerealiseerd.

Het zoeken naar de vraag is voor medewerkers in een zorgpraktijk voor thuiszorg niet alleen de zorgvraag zoals die zich bij de intake aandient, maar ook de vraag zoals die zich telkens opnieuw openbaart in de situatie van de cliënt, waardoor het zoekproces volgens hen nooit is afgerond. Teammanager Bertina zegt dat haar medewerkers hebben geleerd om breder te kijken dan uitsluitend naar (lichamelijk bepaalde) zorgvragen. Zo komen bijvoorbeeld verzorgenden niet alleen om iemand te wassen of om steunkousen aan te trekken, maar hebben zij ook oog voor de psychische gesteldheid.

“Als iemand heel eenzaam is ga je ook kijken hoe kunnen we iemand daarin ondersteunen en helpen, de wijkverpleegkundige heeft ook als taak anders dan alleen naar het stukje lichamelijke zorg te kijken ‘wat zijn hier nou de vragen’. Welk stukje moeten wij hier als thuiszorgteam oplossen of afspraken over maken en welk stukje is ook een probleem voor deze mevrouw of meneer, maar kan ik als thuiszorg niks in betekenen. Maar dat moet wel opgepakt worden.”

(Teammanager Bertina thuiszorg)

Zoeken naar de vraag van de cliënt in zijn situatie omvat in dit voorbeeld drie elementen. Er is een ‘formele’ zorgvraag op basis waarvan de zorg en de bekostiging daarvan wordt gelegitimeerd versus de vraag zoals zich manifesteert in de dagelijkse zorgverlening. Verder zijn vragen breder dan alleen maar somatisch-technisch van aard, maar kunnen te maken hebben met bijvoorbeeld gevoelens van eenzaamheid en zingeving. En ten slotte betreft het niet alleen die vragen die door de medewerker zelf kunnen worden opgepakt, maar ook het hanteren van vragen die het inschakelen van andere noodzakelijk maken.

Ons tweede thema heeft te maken met onze observaties dat het zoeken naar de vraag door vooronderstellingen mis kan gaan. Teammanager Bastiaan (tijdens de eerste ronde) schetst het voorbeeld van een cliënt, 56 jaar, stukadoor van beroep voordat Korsakov bij hem is geconstateerd. Deze cliënt had zijn mening over het stucwerk op de afdeling niet onder stoelen of banken gestoken en herhaaldelijk laten weten dat het wel enig onderhoud kon

gebruiken. Om hem “het gevoel van er mogen zijn” te laten ervaren en om iets van “zijn oude rol terug te kunnen krijgen” – uitdrukkingen die medewerkers gebruiken wanneer zij over het zoeken naar de vraag praten – worden pleistermortel en gereedschappen gekocht. Daar is het bij gebleven, want deze actie is totaal verkeerd gevallen bij de cliënt in kwestie. Hij is boos geworden en heeft geweigerd de materialen te gebruiken. Teammanager Bastiaan constateert achteraf dat het fout is gegaan toen de zorgverleners niet meer van de vraag van de cliënt in zijn situatie zijn uitgegaan, maar zelf al een aanbod op basis van vooronderstellingen hebben geformuleerd. Zij zijn (vertelt hij) zelfs al bezig geweest met het inschakelen van een job-coach voor de cliënt om hem zo weer naar zijn oude werk te begeleiden. Een andere reden om niet zonder meer uit te gaan van vooronderstellingen is dat een antwoord op de vraag soms buiten de (vroegere) interessewereld van de cliënt kan liggen. Bijvoorbeeld cliënt Barry, zijn leven lang betonvlechter, die vertelt dat hij na zijn opname in de zorgpraktijk fanatiek is gaan schilderen. Trots toont hij ons zijn schilderijen van popmuzikanten met de woorden: “ik wist niet dat ik het in me had”. Een manier voor hem om zijn dagelijks leven zin en invulling te geven. Beide verhalen van cliënten geven aan dat een antwoord op de vraag niet altijd voor de hand ligt, maar tastenderwijs moet worden gevonden, zeker als het gaat om vragen op het gebied van zingeving.

Het derde thema in deze subparagraaf is dat bij het zoeken naar de vraag ook de taakopvatting van medewerkers een rol speelt. Op de revalidatieafdelingen zien we tijdens onze observaties dat zodra cliënten zijn gewassen en aangekleed, verzorgenden zich terugtrekken in hun kantoren voor het schrijven van de rapportages en het doen van administratieve werkzaamheden. Wij treffen (eerste ronde) in de huiskamer van een van deze praktijken familielid Ben, gezeten naast zijn echtgenote, een cliënte. Het is stil in de huiskamer. Een voedingsassistente is bezig bij het keukenblok en verder zien wij nog een cliënte, die slaapt met haar hoofd op haar armen. Ben vertelt zeer tevreden met de zorgverlening te zijn en hij vindt dat verzorgenden goed met hem meedenken. Maar, zo laat hij zich ontvallen, hij vindt de huiskamer “een wachtkamer waar cliënten wachten op de volgende therapie”. Een opmerking die wij in de loop van alle drie de ronden ook van andere cliënten en hun familieleden horen. In een gesprek hierover met teammanager Barbara blijkt dat zij deze opmerkingen herkent. Om haar teamleden ook oog te laten krijgen voor vragen in de huiskamer heeft de teammanager (eerste ronde) de zogenaamde ‘zorgkaart’ per cliënt geïntroduceerd, met oefeningen en bezigheden die je in de huiskamer kunt doen, nadat de lichamelijke zorg is afgerond. Wat opvalt in dit voorbeeld is dat de huiskamer door het zorgteam niet als een plek wordt ervaren waar je óók kunt zorgen, maar dan in de vorm van interactie, zoals het voeren van gesprekken of stimuleren tot het doen van activiteiten. Deze observatie is niet beperkt tot deze zorgpraktijk voor revalidatiecliënten. Ook op de andere (revalidatie- en langdurig somatische) zorgpraktijken horen wij soortgelijke opmerkingen van cliënten.

Een vierde thema wordt gevormd door de verstoringen zoals ‘het binnenkomen op de praktijken zonder kloppen’, waardoor de aandacht van verzorgenden van de cliënt wordt afgeleid. Tijdens ons bezoek aan een zorgpraktijk voor cliënten die langdurige somatische zorg behoeven (tweede ronde) valt ons het volgende op. Tijdens ons groepsgesprek met de zorgmedewerkers blijkt hoe vaak zij worden gestoord. De telefoon gaat vaak over, cliënten kunnen via een knop op hun polsband hulp vragen, paramedici komen regelmatig binnen met vragen, de bezoekende kapster en pedicure willen ook informatie, en een arts – zonder enige aandacht aan onze aanwezigheid te schenken – knoopt een gesprek aan met het team. Opvallend was dat het team bijna reflexmatig op alle vragen reageert. Als wij onze observatie van de verstoringen terugkoppelen aan het team is hun reactie dat zij eraan gewend zijn en het

als normaal ervaren. Als wij met de teammanager terugkijken op onze waarneming van de verstoringen is haar reactie dat “het team daarin nog een stap moet maken en dat zij via coachen dat wil aanpakken.” De verantwoordelijkheid lijkt te worden gelegd bij het zorgteam, zonder dat wij horen dat er wellicht andere manieren zijn om de vragen om informatie aan te pakken. Vanuit ons perspectief is de vraag relevant wat het effect is van die verstoringen op het zoeken naar de vraag als onderdeel van het zorgproces, dat conform de kernwaarden van het bestuur een “mise en scène” (aldus de bestuursvoorzitter in de eerste ronde) vraagt, waardoor je in alle rust aandachtsvol kan afstemmen op de cliënten.

Samenvattend wordt de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen in deze thema's, aspecten van het complexe proces van het zoeken naar de vraag van de cliënt, zichtbaar. Interactief zorgen krijgt in de balans de overhand als het zoeken naar de vraag niet beperkt blijft tot de diagnose of vaststellen van de zorgvraag conform de geldende richtlijnen, als vooronderstellingen in dat zoekproces niet leidend zijn maar worden getoetst aan de cliënt, als je je als zorgverlener niet beperkt tot somatisch technische vragen en ten slotte als het zoeken naar vraag waarbij aandachtsvol afstemmen een belangrijk onderdeel is, zo wordt georganiseerd dat verstoring in dat zoekproces zoveel mogelijk worden voorkomen. De vraag is nu welke rol de bestuurspraktijk in die balans heeft.

5.2.1.b Zoeken naar de vraag in de bestuurspraktijk

Hoe gaat het bestuur van zorgorganisatie B zelf met het zoeken naar de vraag om? Hoe faciliteren zij het zoeken naar de vraag in de zorgpraktijken? Hoe aandachtsvol afstemmen als zoeken naar de vraag in de ogen van het bestuur gestalte moet krijgen heeft volgens hen te maken met juist aandacht hebben voor de “kleine dingen” die belangrijk zijn voor de cliënt. Een iconisch verhaal van bestuurder Bella – dat wij vaker terug horen zoals bijvoorbeeld op een personeelsintroductie waar wij de bestuurder volgen in haar optreden – is haar voorbeeld van een verzorgende die tijdens de ochtendpiek in de zorg de juiste ketting bij de kleur van de jurk van een cliënte uit had gekozen. Die aandacht manifesteert zich volgens bestuursvoorzitter Bert ook in de al bovengenoemde ‘mise en scène’, de voorbereiding en condities die je schept om met aandacht je cliënt te verzorgen. Als iemand riposteert dat dit tijd vergt dan wordt – zo zegt het bestuur – steevast geantwoord: “het gaat niet om tijd, maar om kwaliteit”, want daadwerkelijke interesse kan volgens hen in korte momenten worden getoond. Bij het zoeken naar de vraag is het voor het bestuur belangrijk dat medewerkers betrouwbaar zijn en zo handelen dat er vertrouwen wordt gecreëerd bij cliënten. In hun verhalen aan medewerkers benadrukt het bestuur consistentie in handelen: “doen wat je zegt, je houden aan afspraken.” Dat impliceert volgens bestuurder Bella (eerste ronde) ook dat je zelf als bestuur consistent moet zijn met wat je vertelt en dat je vertrouwen moet hebben in je medewerkers en hen de kans moet geven dat zorgmedewerkers met hun talenten zelf de vragen van cliënten op kunnen pakken. Zij benadrukken daarom in hun verhalen de eigen verantwoordelijkheid van de medewerkers, het belang van handelen met de handen op de rug (niet onmiddellijk handelingen van cliënten overnemen) en de noodzaak van ruimte voor leren en experimenteren. En fouten maken mag, zo is het verhaal van het bestuur.

Hoe een instrumentele werkwijze interactief zorgen kan faciliteren, wordt voor ons zichtbaar in de tweede ronde. Wij observeren dat het bestuur het zoekproces gaat ondersteunen door zogenaamde ‘richtingwijzers’ [hun term] te introduceren, een boekje met voorbeeld vragen aan cliënt en familie. De aanpak in dit boekje geeft ondersteuning voor het zoeken naar de vraag. Er zijn vier richtingwijzers: 'ik vraag het u', 'ik ken u echt', 'ik werk met u samen' en 'ik versta mijn vak'. Zij vormen het gespreksinstrument om te hanteren bij het zoeken naar vragen van cliënten en hun netwerk. De wijze van ontwikkeling van dit instrument is het

resultaat van een interactief proces met medewerkers. Uit onze gesprekken met de medewerkers blijkt dat men het boekje een nuttig hulpmiddel vindt in gesprekken met cliënten en familieleden.

Een ander voorbeeld van een instrumentele aanpak die in interactief zorgen ondersteunt, verschijnt in de tweede en derde ronde. Het bestuur wil middels schaalverkleining binnen bestaande zorgteams (als onderdeel van de expeditie rond zelforganiserende teams) het zoeken naar de vraag bevorderen. Schaalverkleining wordt vervolgens georganiseerd door in een team subteams te vormen, die gekoppeld worden aan een vaste (sub)groep cliënten. Cliënten vertellen ons in de derde ronde door deze schaalverkleining minder wisselende gezichten te zien en dit op prijs te stellen, omdat verschillen in aanpak hiermee worden voorkomen. Teammanager Barbara geeft aan dat zij deze reorganisatie bij ‘de participatietafel’ (een overleg dat zij voor medewerkers en cliënten op haar afdeling heeft geïntroduceerd naar aanleiding van onze observaties tijdens de eerste en tweede ronde) van haar cliënten terug hoort, dat zij het fijn vinden “te weten welke zorgverleners er werken” en dat zij niet telkens opnieuw hoeven aan te geven hoe zij verzorgd willen worden. Volgens de teamleider kom je zo heel dicht bij de zorg die cliënten vragen en heb je, volgens haar, op die manier meer kans op “oprechte, mooie gesprekken” die helpen om de vraag van de cliënt te vinden.

In de tweede en vooral derde ronde zien wij echter een verandering in deze wijze van faciliteren. De voorbereidingen van de ‘expedities’ (zie inleiding van dit hoofdstuk) zijn afgerond en zo wordt onder andere het concept ‘zelforganiserende teams’ ingevoerd in een strak tijdschema. Wij observeren dat deze situatie invloed heeft op de wijze waarop het bestuur zich verhoudt met de vragen vanuit de zorgteams. Het bestuur geeft aan dat de tijd van discussie (zoals het ingaan op vragen) voorbij is en er nu gehandeld moet worden. In de volgende paragrafen komen wij hierop terug.

Samenvattend hebben wij drie werkwijzen belicht die de bestuurspraktijk gebruikt om de zorgpraktijken te ondersteunen in het zoeken naar de vraag van de cliënt. Zo’n werkwijze is dat je als bestuur zelf de kernwaarden – die het bestuur in de zorgpraktijk gerealiseerd wil zien – moet “doen”. Kortom, als je als bestuur wilt dat je medewerkers betrouwbaar en consistent zijn in zorgen voor hun cliënten, het handelen van het bestuur ook betrouwbaar en consistent moet zijn naar de medewerkers. Omdat het “doen” van deze waarden zich manifesteert in de wisselwerking tussen bestuurspraktijk en zorgpraktijk, heeft volgens het bestuur deze vorm van interactief handelen ook gevolgen voor de relatie tussen de bestuurs- en zorgpraktijk. Want als bestuursleden betrouwbaar zijn, kunnen luisteren, vrijheid geven voor leren en het maken van fouten, ondersteunen zij het realiseren van de waarden van menswaardig zorgen in de zorgpraktijken. Daarnaast faciliteert het bestuur het zoeken naar de vraag door het geven van hulpmiddelen (boekje met gespreksvragen) en een organisatorische inrichting die het maken van subteams met een vaste groep cliënten mogelijk maakt, een maatregel die door de cliënten wordt gewaardeerd. De verandertrajecten in de tweede en vooral derde ronde leggen echter druk op deze wijze van faciliteren.

5.2.2.a In relatie blijven in de zorgpraktijk

Als eerste willen we stil staan bij de wijze waarop de verzorgenden proberen de relatie met cliënten, die inherent asymmetrisch is, te symmetreren om aldus de vraag van hun cliënt helder te krijgen. Een tweede focus is de wijze waarop deze symmetrie wordt bereikt in die situaties waar waarden van de medewerkers tegenstrijdig lijken te zijn met de vraag van cliënten. Kortom, situaties waarin het risico op confrontatie groot is.

Ten eerste het belang van symmetreren, bedoeld om de afhankelijke en de ondergeschikte positie van cliënten te verminderen. Het belang van deze interactieve vorm van zorgen wordt door teammanager Bastiaan van de locatie voor Korsakov cliënten als volgt verwoord:

“Zij (cliënten) moeten zich niet gestuurd voelen, betutteld, dat hun geheugen hen in de steek laat is vervelend, zij zijn qua intellect nog redelijk goed, qua persoon, qua relatie kun je een gewone band opbouwen, sturend en corrigerend daar waar nodig.”

(Bastiaan: teammanager Korsakov afdeling)

Ook cliënt Barry van dezelfde afdeling maakt het belang van evenwaardigheid duidelijk als hij stelt:

“Ik ben alles al kwijt, ben mezelf kwijt, ben mijn geld kwijt, ben mijn huis kwijt, er valt niets meer af te nemen. Ze moeten niet zeggen, jij moet dit, jij moet dat, dan gooi ik de kont tegen de krib. Ik moet mijn eigen weg kunnen gaan.”

(Barry: cliënt Korsakov afdeling)

Beiden verwoorden het belang dat zij hechten aan het serieus nemen van de vraag van de cliënt en – vanuit het perspectief van de cliënt – het niet betutteld willen worden. Uitspraken die wij niet alleen uit de mond van deze cliënt optekenen, maar ook terughoren in gesprekken met andere cliënten in deze zorgorganisatie.

Een ander voorbeeld hoe verzorgenden in relatie proberen te komen met hun cliënten zien wij op een afdeling voor psychogeriatrische cliënten. Behalve acht bewoners zijn twee verzorgenden en een gastvrouw aanwezig. Cliënten krijgen bij binnenkomst in de woonruimte ontbijt, later koffie met koek. De wijze waarop valt ons op. Tijdens een zorghandeling bij de cliënt wordt een persoonlijke opmerking gemaakt gebaseerd op de achtergrond van de betrokken cliënt. Bij mevrouw Bets wordt tijdens het opsteken van de haren gesproken over de schoonheidssalon die ze vroeger heeft gehad. Of zoals bij mevrouw Babette, die bij het schenken van de koffie haar vroegere café in herinnering wordt gebracht, wat zij vol trots verbetert dat het een restaurant was waar zij eigenaar van is geweest. Bij meneer Bas wordt gevraagd naar zijn carrière bij Philips, waarop hij bevestigend knikt. Elke bewoner wordt apart op persoonlijke betekenissen aangesproken en de drie medewerkers weten de cliënten daarmee even boven hun situatie uit te tillen, zo lijkt het. Of zoals bestuursvoorzitter Bert het in de eerste ronde formuleert, zo aandacht te geven “dat een cliënt als mens tevoorschijn komt”. Een effect dat wij kunnen onderschrijven, want ook tijdens onze observaties verschijnt de anonieme verzameling psychogeriatrische ‘patiënten’ nu als mensen met een eigen verhaal en achtergrond.

Wat gebeurt er - het tweede thema – als de waarden van medewerkers en cliënten in een gegeven situatie tegenstrijdig lijken te zijn? Zo’n situatie ontstaat wanneer zorgmedewerkers waarden laten prevaleren die horen bij verantwoord, instrumenteel zorgen. Een voorbeeld is een cliënt, die ’s ochtends niet uit bed wil komen of een cliënt die niet wil oefenen. Zo zegt zorgmedewerker Bibi (derde ronde):

“Soms weet ik beter wat er moet gebeuren voor een cliënt, het klinkt heel lullig, maar soms doen we iets tegen de wil van de cliënt in. Ik probeer het wel zo te sturen dat de regie bij de cliënt blijft, door keuzes te geven.”

(Bibi: zorgmedewerker psychogeriatric afdeling)

Soms proberen de zorgmedewerkers zo'n confrontatie op een andere, meer interactieve wijze vorm te geven. Kwaliteitsverpleegkundige Brigitte (eerste ronde) zegt hierover:

“Normen zijn nodig, maar we gaan er geen drama van maken. Ook als iemand niet wil douchen bijvoorbeeld. Het wordt in de overdracht gemeld en mogelijk later op de dag proberen we het nog eens. Maar van uitstel komt geen afstel. Maar structuur heeft ook zijn grenzen.”

(Brigitte, kwaliteitsverpleegkundige Korsakov afdeling)

In de laatste observatie zien wij al het zoeken naar een compromis, een soort 'judo-beweging', als een vorm van meebewegen met de cliënt maar dan toch proberen om een bepaalde voorgeschreven zorghandeling op een later tijdstip voor elkaar te krijgen.

En daarmee komen wij op het derde thema. Wij observeren verschillende manieren hoe medewerkers een confrontatie proberen uit de weg te gaan. Zo'n manier is bijvoorbeeld om ruimhartig om te gaan met regels. Zo zien wij cliënt Barry (afdeling Korsakov) aan de lunchtafel gaan zitten, terwijl deze door een medewerker nog verder wordt gedekt. Barry schenkt het ene na het andere glas chocolademelk in en slaat dat achterover. Wel zes glazen achter elkaar, zonder dat er een correctie van de medewerker op volgt. Ook zien wij later tijdens de lunch dat de grenzen ruim worden gesteld als een andere cliënt boterhammen besmeert met grote hoeveelheden mayonaise en mosterd, waar niets van gezegd wordt, niet door medewerkers die aan tafel mee-eten en ook niet door mede-clieñten. Bij de maaltijd zijn de regels ruimhartig, maar er zijn op bepaalde momenten ook grenzen, want “op de dag, rokend voor de tv hangen is er hier niet bij, daar haal je je heil niet uit”, stelt een van de zorgmedewerkers. De medewerkers lijken ook hier niet de confrontatie te zoeken, maar proberen passief gedrag te voorkomen door cliënten veelvuldig uit te nodigen, bijvoorbeeld door activiteiten te zoeken die het leven voor cliënten naar het idee van medewerkers zinvol kunnen maken. Zo heeft iedere cliënt zijn eigen activiteitenprogramma (schilderen, keramiek, houten puzzels zagen, glas-in-lood, fotograferen). Cliënten worden herhaaldelijk uitgenodigd om aan activiteiten deel te nemen, maar zijn daartoe weer niet verplicht. Hun aanwezigheid bij de activiteiten op de dag wordt wel gevraagd.

Een andere manier om de confrontatie te vermijden observeren wij op de revalidatieafdelingen. Daar wordt bij tegenstrijdige waarden de gezamenlijkheid gezocht in het samen bepalen van het einddoel dat bereikt moet worden, namelijk de mogelijkheid weer naar huis te gaan. Daarmee lijkt de asymmetrie tussen cliënt en medewerker bij conflicten gelegitimeerd te worden, omdat bij incidenten (de cliënt wil niet op tijd uit bed, heeft moeite met een therapie) het gezamenlijke einddoel, het confronterende optreden van de verzorgende als het ware legitimeert: “Als u over veertien dagen naar huis wilt, moet u wel oefenen”. Blijft zorgen dan wel menswaardig? vragen we aan de teammanager. De teammanager: “dat hoop ik wel, cliënten weten dat ook en vinden ons soms onaardig, maar zeggen ook dankzij jou kan ik weer lopen.” Kennelijk is het zo dat met een gezamenlijk bepaald doel de asymmetrie tussen verzorgenden en cliënten door beiden wordt geaccepteerd.

Samenvattend: de zorgorganisatie hanteert een aantal kernwaarden (zie de inleiding) zoals samen en eigen regie. Waarden die gevolgen hebben voor de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen, namelijk dat het interactieve aspect de boventoon moet voeren. Uit de eerste twee voorbeelden zien wij dat interactieve aspect terug door rekening te houden hoe cliënten bejegend willen worden en door een op de persoon gerichte benadering te kiezen.

Bij conflicten tussen verzorgenden en cliënten komt die verhouding onder spanning te staan. Wij zien in die gevallen dat de zorgmedewerkers elke keer opnieuw een verhouding hiertussen proberen te vinden door rekening te houden met de situatie van cliënten, bijvoorbeeld door ruimhartig om te gaan met regels of door het samen opstellen van eindoelen, handelingen bedoeld om het instrumentele aspect (regels, kaders, gezondheid enzovoort) ondersteunend te laten blijven aan het interactief zorgen.

5.2.2.b In relatie blijven in de bestuurspraktijk

In het vorige gedeelte hebben we gezien hoe de zorgmedewerkers proberen in een symmetrische, wederkerige relatie proberen te blijven met hun cliënten. Hoe faciliteert het bestuur dit proces?

Zorgen begint volgens de bestuursvoorzitter (eerste ronde) “met de medewerker en de relatie, daar win je of verlies je het.” De (kwaliteit van) zorg komt volgens hem in de relatie tussen verzorgende en cliënt tot stand. In die relatie is aandacht – door hem ook beschreven als “er zijn” – van belang, naast integriteit en betrouwbaarheid. We herhalen de uitspraak van bestuursvoorzitter Bert nog maar eens: “Aandacht geven zodat een cliënt als mens tevoorschijn komt.”

Om deze kernwaarde te faciliteren stelt dit, volgens het bestuur, voorwaarden aan de wisselwerking tussen de bestuurs- en zorgpraktijk. Een van die voorwaarden is dat elke bestuurder leiding moet geven aan een evenredig deel van de zorglocaties om met deze taakverdeling te onderstrepen dat elke bestuurder verantwoordelijk is voor het zorgen. Een bewuste keuze om aldus elke bestuurder een relatie te laten hebben met de zorgpraktijken. Behalve deze taakverdeling worden de werkoverleggen met regiomanagers en teammanagers zoveel mogelijk gedaan op de betreffende zorglocaties met als doel hun afstand tot de zorgpraktijken te verkleinen en de toegankelijkheid voor de medewerkers te vergroten. Regelmatige werkbezoeken aan de zorgpraktijken zijn, volgens het bestuur, ook een onderdeel van het onderhouden van de relatie met de zorgpraktijk. Eén van hun uitdrukkingen is: “Rondlopen maar niet voor de voeten lopen.” Uit onze interviews (eerste ronde) blijkt dat het bestuur op de hoogte is van wat er speelt op de locaties. Zoals gezegd vindt bestuursvoorzitter Bert (eerste ronde) het hebben van aandacht voor de cliënt van belang. Bij zijn bezoeken aan de zorgpraktijken let hij op de wijze waarop de ‘mise en scène’ (zie boven) tijdens het zorgproces is geregeld, zodat deze rustig kan verlopen door een goede voorbereiding en heldere taakverdeling. Chaos en onrust zijn volgens hem geen goede voorwaarden om in een aandachtsvolle relatie met de cliënt te komen.

Als het nieuwe bestuurslid Benjamin (zie de inleiding van dit hoofdstuk) enkele maanden in dienst is, gaat hij wekelijks een dagdeel op bezoek in de zorgpraktijken. Dat gebeurt op instigatie van zijn collega bestuursleden om hem zo meer vertrouwd te maken met de processen in de zorgpraktijken. Die bezoeken inspireren hem enorm vertelt hij:

“De expeditie ‘Samenspel en Zorg’ [één van de verandertrajecten gericht op de verbetering van de zorg] heeft nogal zitten worstelen met de vraag: hoe krijgen we nu termen als ‘eigen regie’, ‘positieve gezondheid’ meer waarde geladen. We merkten dat we niet kwamen in de harten van de medewerkers. En dan blijft het een fenomeen dat op managementniveau blijft hangen maar niet landt. En als je echt mensen wil raken dan moet je het hebben over de kernbedoeling van die waarden. We hebben de hele organisatie uitgevraagd waar krijgen jullie nu een glimlach van, veel reacties gekregen

en we merkten dat de passie van de medewerkers vooral lag in het voor de cliënt zorgen.”
(Bestuurslid Benjamin)

Deze ervaring is aanleiding geweest tot het maken van het al eerder beschreven boekje ‘Elke dag zo fijn mogelijk’ met als doel aan verzorgenden een handvat te geven om de kernwaarden te realiseren. Volgens teammanager Barbara ervaren de cliënten het gebruik hiervan als positief en geeft het rust in het team.

De bovenstaande observaties laten zien hoe het bestuur het interactieve aspect van hun sturen wil realiseren. Echter, de wijze van invoering van deze expeditie verschilt met die van de andere twee expedities, namelijk ‘Slimme bedrijfsvoering’ en ‘Elke dag leren’. Zie voor de inhoud van deze verandertrajecten de inleiding (paragraaf 5.1). De middenmanagers met wie wij in de tweede en derde ronde spreken beleven de invoering als top-down, asymmetrisch. Regiomanager Bart merkt op dat het bestuur zich minder laat aanspreken. De (oud) bestuursvoorzitter Bert (uit de eerste ronde) kon je volgens hem op van alles aanspreken. De ervaren asymmetrie met de zorgpraktijken zou zijn vergroot door de gekozen sturing op de invoering, dat wil zeggen top-down in een strak tijdsschema. Regiomanager Bart:

“Nu is het heel complex gemaakt (...) met zelforganiserende teams als centraal thema. Vanuit goede bedoelingen zijn er keuzen gemaakt, maar met een complexiteit die niet te doorgronden is. Dat heeft consequenties voor de zorgverlening, er gaat tijd verloren aan het delibereren met elkaar. De zorg lijdt daaronder, die stelling durft ik wel aan.”
(Regiomanager Bart)

Later in het gesprek stelt hij dat binnen het bestuur zo “een gespletenheid” in de bedrijfsvoering tussen hart en techniek groeit. Hij bedoelt dat het bestuur menswaardig zorgen nog steeds centraal heeft staan, maar in de manier van organiseren hiervan in strijd handelt met haar eigen principes. Het bestuur maakt volgens zijn zeggen niet duidelijk wat het probleem is in de zorg om deze ingrepen (bijvoorbeeld zelforganiserende teams) te rechtvaardigen, anders dan dat het bestuur zegt geen grip op de zorgprocessen te hebben. Zijn collega regiomanager Beate bevestigt dat de dynamiek in de relatie met het bestuur compleet is veranderd in vergelijking met 1½ jaar geleden (de eerste ronde in ons onderzoek). Daardoor gaat ook het bestuur volgens haar schuiven [in opvattingen] en wordt onduidelijk wie nou wie stuurt. Volgens haar trekt bestuurder Bram zich terug en zegt hij dat hij het meer aan de anderen moet overlaten (na de aankondiging van zijn vervroegd pensioen). Zij zegt “We zijn een beetje de weg kwijt. Het is er voor mij niet duidelijker op geworden, terwijl we denken dat we duidelijker zijn doordat we strakker zijn gaan sturen. Welk probleem wordt hier nu opgelost?” De uitspraken van de middenmanagers staan niet op zichzelf, ook in de gesprekken met de zorgmedewerkers worden twijfels geuit over de praktische gevolgen die het concept van zelforganiserende teams heeft. Zorgmedewerkers zijn bezorgd dat er meer administratieve taken in de teams terecht komen – zoals zelf de administratie ten aanzien van de roosters verzorgen –, taken die ten koste gaan van de directe zorg aan de cliënten. Kortom, volgens deze middenmanagers verandert de machtsrelatie met het bestuur door hun besluit de resultaten van de verandertrajecten in een bepaalde tijdsplanning in te voeren.

Samenvattend zien wij in de eerste ronde een symmetrische, wederkerige relatie van het bestuur met de zorgpraktijken en middenmanagers. De waarden die de bestuurspraktijk hanteert ‘doen’ zij in hun relaties met de zorgpraktijken. Het bestuur wordt als toegankelijk en betrokken beleefd. Vanaf de tweede ronde nemen wij een verandering waar in de wijze

waarop het bestuur zich verhoudt tot de zorgpraktijken en middenmanagers. De verhouding tussen instrumenteel en interactief sturen wordt door medewerkers als uit balans beleefd, waarin een idee als zelforganiserende teams – dat symmetrie tussen de bestuurs- en zorgpraktijken vooronderstelt – op een asymmetrische, top-down wijze wordt ‘uitgerold’.

5.2.3.a Ruimte geven, ruimte krijgen in de zorgpraktijk

In hoofdstuk twee, theoretisch perspectief, is de relatie beschreven tussen de menselijke waardigheid en het hebben van een eigen ruimte, waar de mens beschut is, geborgenheid en intimiteit kan beleven en het als uitvalsbasis voor de wereld om zich heen kan dienen. Voor cliënten in een zorginstelling is een eigen woning – behalve in de thuiszorg – een onbereikbaar ideaal en zal hun eigen kamer (als zij die al hebben) als ‘woning’ moeten dienen. Onze eerste vraag is hoe cliënten het al dan niet hebben van een eigen ruimte ervaren en als voorwaarde beschouwen van menswaardige zorgen. Een tweede thema gaat over de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen, zoals dat wordt weerspiegeld in de spanning tussen het scheppen van huiselijkheid en het risico van creëren van een schijnwerkelijkheid. Ter verduidelijking: als wij de term ‘huiselijk’ gebruiken bedoelen wij niet alleen de inrichting, maar ook en vooral het proberen om in een locatie cliënten een eigen ruimte te geven. Tot slot: het begrip ‘ruimte’ heeft nog een organisatorische betekenis. Het hebben van ‘eigen ruimte’ betekent voor zorgmedewerkers de vrijheid en verantwoordelijkheid om op eigen wijze zorg te kunnen verlenen. Wij komen op dat thema terug als wij het handelen van de bestuurspraktijk in sectie b. van deze subparagraaf behandelen.

Wij starten met een bezoek aan locatie O tijdens de tweede ronde. Het is een locatie voor cliënten met een somatische handicap die langdurig op het verblijf in de instelling zijn aangewezen. De zorgpraktijk ligt aan een gang, die opvalt door zijn strakke, moderne, bedrijfsmatige uitstraling. De wand is versierd met een grote foto van het natuurgebied waarnaar de locatie is genoemd, op de deur de naam en de cijfer aanduiding 2 – 4. Wat betekent die code? vragen wij. Reactie van de medewerkers: “2^o etage, huisnummer 4. Wij willen daarmee de suggestie van een huis aan een straat weergeven.” Is dat ook gelukt? vragen wij. De reactie van een van de dienstdoende zorgmedewerkers: “Nou, als je je hele leven op de begane grond op het platteland hebt gewoond en je komt nu hier in de stad op de tweede etage”. De ruimte van deze zorgpraktijk en met name de huiskamer is volgens de aanwezige medewerkers krap bemeten: “De mensen moeten aan één tafel zitten, ruimte voor een relax stoel is er niet.” De cliënten beschikken wel over een eigen kamer van bescheiden afmetingen met enkele persoonlijke spulletjes. Als wij op deze locatie met cliënten en hun familie spreken, dan geven zij aan liever naar het restaurant (op de begane grond) te gaan dan naar de huiskamer. Wat opvalt bij cliënten op alle locaties die wij hebben bezocht – met uitzondering van de thuiszorg waar cliënten nog beschikken over een eigen woning – is dat het verblijven in de gemeenschappelijke ruimte, die ‘huiskamer’ wordt genoemd, niet als een alternatief voor het verblijven op je eigen kamer wordt ervaren. Opmerkingen van cliënten zijn: “Zij (hun medecliënten) slapen de hele dag met hun hoofd op hun armen”, “ik kan ze niet verstaan zij spreken hun plaatselijke dialect” of meestal “ik heb niets met die mensen.” Tegen deze achtergrond stellen cliënten het op prijs om zich terug te trekken op hun eigen kamer. Maar niet in alle gevallen is dat mogelijk. Soms zijn er nog tweepersoonskamers of zijn de eigen kamers zo klein, dat de cliënt alleen kan zitten op het bed en het bezoek een stoel uit de huiskamer moet meenemen. Op die locatie moeten ook de sanitaire voorzieningen door acht medecliënten worden gedeeld. Een van hen – cliënte Babs (eerste ronde) een voormalige secretaresse van een burgemeester – mist node haar privacy: “Je hebt hier een hele kleine kamer waar je eigenlijk alleen maar kunt slapen, met alleen een kast en een bed en

een wastafel. Je hebt geen eigen toilet en douche.” Kortom, niet in alle zorgpraktijken is het hebben van een ‘eigen’ ruimte met voldoende voorzieningen mogelijk. Uit de reacties van cliënten en onze eigen observaties blijkt echter dat het kunnen beschikken over een eigen leefruimte, een belangrijke voorwaarde voor goede zorg wordt genoemd.

Als het gaat om het tweede thema – het scheppen van huiselijkheid – observeren wij dat op alle door ons bezochte locaties de sfeer van huiselijkheid door middel van aankleding en inrichting wordt gecreëerd. In sommige locaties proberen de medewerkers de locatie zoveel mogelijk op een huis in een woonwijk te laten lijken. Zo is op locatie Z de centrale gang ingericht met huis- en winkeldeuren en huisnummers om zo een straat te imiteren. Op een andere locatie voor psychogeriatrische cliënten is een bioscoopzaaltje met ouderwetse klapstoelen en oude Cineac films ingericht. Op die locatie is ook een Mariakapelletje ingericht waar de elektrische kaarsjes gaan branden als je binnenkomt en uit het plafond het Ave Maria klinkt. “Wat is het effect van deze inrichting op de cliënten?” (ook als zij niet katholiek zijn?), vragen wij. Volgens de verzorgenden zouden de cliënten daar rustiger door worden en ook de familie zou deze vorm van inrichten op prijs stellen. De huiselijkheid wordt ook door de cliënten die wij hebben gesproken gewaardeerd. Echter, de suggestie van een huis op nummer 4 in een straat, die gewoon een verpleeghuisgang is, vraagt wel enige fantasie. “Neem je je cliënten dan wel serieus?”, vragen wij aan (tweede ronde) de verantwoordelijk regiomanager. Zij reageert: “Wij willen met die locatie een beleving van een huisje aan een straat creëren. Maar het is geen woning. Eigenlijk houden we ons voor de gek. We laten het straatbeeld ook los. Te veel fantasie, we moeten het reëel houden.” Het blijft volgens haar een lastige balans tussen enerzijds de locatie zo huiselijk mogelijk maken en anderzijds niet in een schijnwerkelijkheid belanden.

Samenvattend valt op dat cliënten belang hechten aan een eigen ruimte als voorwaarde om menswaardig te kunnen verblijven, hetgeen impliceert dat het bestuur daartoe voorwaarden schept (door inrichten, bouwen, ontwerpen, financieren) om aldus menswaardig zorgen mogelijk te maken. Of dit ook gebeurt komt terug in de volgende sectie. Het tweede thema raakt een ethisch dilemma in de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen, een dilemma dat wij in vraagvorm willen verwoorden: mag je een *virtual reality* aanbieden als troost aan cliënten, die geconfronteerd worden bij de opname in een zorginstelling met het verlies van eigen haard en huis?

5.2.3.b Ruimte geven, ruimte krijgen in de bestuurspraktijk

Een belangrijk onderdeel van het *taking care off* door de bestuurspraktijk is het huisvesten van hun cliënten en het creëren van leef- en werkruimten voor de verschillende zorgpraktijken, die elk – al naar gelang de categorie van cliënten – te maken hebben met verschillende vragen op dit gebied van de cliënten. Het gaat hierbij niet alleen om de fysieke ruimten, maar ook om de organisatorische ruimte die de medewerkers krijgen om de kernwaarden in hun zorgrelatie met cliënten te realiseren.

Een gearticuleerde visie op hoe de bestuurspraktijk hun kernwaarden wil vertalen in fysieke zin, in gebouwen en hun inrichting, hebben wij in onze gesprekken met de bestuursleden niet kunnen observeren. Als wij de vraag “Hoe stuurt het bestuur op die gebouwde omgeving in relatie tot jullie kernwaarden?” in de eerste ronde voorleggen aan Bert (toen bestuursvoorzitter) reageert hij: “Daar heb ik niet zo’n antenne voor, dat weten de mensen op de werkvloer beter dan ik.” Zijn collega bestuurslid dat het vastgoed in zijn portefeuille heeft, gebruikt in dit verband de term ‘duurzaamheid’ als kenmerk van de wijze waarop het bestuur met hun vastgoed omgaat. In de tweede ronde vragen wij aan Bella, die na het vertrek van

Bert nu bestuursvoorzitter is geworden, hoe en waarop de bestuurspraktijk stuurt als het gaat om gebouwen en inrichting. Wij koppelen daarin terug de bevindingen van zorgmedewerkers en cliënten (zie boven) over de beperkingen in de ruimten in sommige bezochte locaties. De reactie van de bestuursvoorzitter (tweede ronde) is dat aanpassing van de locaties in bouwkundige zin om de privacy en leefruimte van cliënten te vergroten of te verbeteren thans voor het bestuur geen prioriteit heeft.

Overigens wordt het begrip ‘ruimte’ in de meeste gevallen door medewerkers van deze organisatie gekoppeld aan handelingsruimte, de ervaren mogelijkheid om in de zorgrelatie op eigen wijze te zoeken naar de vraag en de relatie met cliënten vorm te geven. De rest van de uitdrukking ‘ruimte’ gaat over aanpassingen van locaties (bijv. de eetruimte), een enkele keer wordt gesproken van financiële ruimte. Zoals gezegd wordt in deze organisatie met de term ruimte voornamelijk de ‘regelruimte’ bedoeld. De bestuurspraktijk hecht belang aan die organisatorische ruimte, want – zo stelt het bestuur – in die ruimte kan zich de zorgrelatie tussen medewerker en cliënt ontvouwen. Zelfs ‘moet’ ontvouwen, want in de drie ronden zien wij dat het bestuur steeds sterker de nadruk legt op het concept van zelforganiserende teams met als doel de regelruimte van team en teamleden te vergroten. Wat ons opvalt is dat het bestuur daarbij het accent legt op gedragsveranderingen die via training en coaching bij de zorgmedewerkers tot stand moeten komen, maar dat de fysieke en organisatorische inrichting (inclusief de systemen en logistiek) daarbij weinig aandacht lijken te krijgen. Een voorbeeld is het ontbreken van een visie om zorgpraktijken in bouwkundig opzicht te ondersteunen om zo hun zelforganisatie meer mogelijk te maken.

Samenvattend zien wij dat in de bestuurspraktijk gestuurd wordt op het scheppen van een eigen regelruimte voor team en de medewerkers. Het bestuur beschouwt deze eigen verantwoordelijkheid als een voorwaarde om de kernwaarden ten aanzien van menswaardig zorgen in de zorgpraktijk te kunnen realiseren. Middels de veranderadviezen van de expedities (verandertrajecten) – zoals de invoering van zelforganiserende teams – probeert het bestuur deze regelruimte te vergroten. Zoals wij in paragraaf 5.2.2 hebben gezien wordt deze verruiming door de medewerkers niet als zodanig beleefd. Zij geven aan deze veranderingen eerder als een inperking te ervaren, een vermindering van hun mogelijkheden om hun eigen zorgprocessen te regelen. Verder valt op dat het aspect van de fysieke ruimte voor cliënten en zorgpraktijken in deze verandertrajecten geen rol van betekenis speelt.

5.2.4.a Inrichten en praktisch organiseren in de zorgpraktijk

Aan de hand van onze observaties in de zorgpraktijken komt naar voren dat het handelen van zorgverleners anders kan zijn dan hun (oprechte) geverbaliseerde opvattingen hierover. Taal lijkt niet altijd in staat volledig en uitputtend “to capture the understanding that underlies practice” (Nicolini, 2012, blz. 163). Vanuit dat perspectief willen wij in deze paragraaf onderzoeken hoe de verbale representatie van de organisatie in de zorgpraktijk zich verhoudt tot het feitelijk gedrag dat wij tijdens onze bezoeken waarnemen.

Wij gebruiken de volgende observatie om het bovenstaande toe te lichten. Ons was al eerder bij bezoeken aan andere zorgpraktijken opgevallen dat het medicatiesysteem opvallend aanwezig is. Wij zien een zorgmedewerker in een (door de inspectie geadviseerd) geel hesje met op haar rug de tekst dat zij niet moet worden gestoord, omdat zij medicatie aan het delen is. In elke huiskamer is een zichtbaar meubelstuk bestemd voor het medicatiesysteem (trolley met daarop een molentje om pillen fijn te malen, trays, medicatieverpakkingen) en mede opvalt doordat het object uit de toon valt met de rest van de inrichting. Als wij rond het middaguur op bezoek komen op een zorgpraktijk van revalidatie cliënten, zien wij een

medewerker bezig met het klaarmaken van de medicijnen die bij de middagmaaltijd aan de cliënten worden gegeven. 's Ochtends en 's avonds is er ook zo'n handeling. Na ongeveer een half uur zien wij de medewerker nog steeds hiermee bezig en wij vragen of wij mogen meekijken. Minutieus wordt de medicatie uit de verpakking gehaald en in afzonderlijke bekertjes gedaan. Hij vinkt daarbij het type medicijn, hoeveelheid en naam van de cliënt af op een lijst. Wat ons opvalt is dat wij vaak dezelfde type pillen zien voorbijkomen. "Wat is dat voor medicatie?", vragen wij. "Paracetamol", zegt de zorgmedewerker, een middel dat zonder recept verkrijgbaar is en op deze zorgpraktijk bestemd is voor cliënten die binnen afzienbare tijd zelf hun pillen moeten beheren. Na dit nauwkeurig uitgevoerd proces valt ons op dat de bekertjes worden gedistribueerd aan de cliënten, maar dat er geen controle op inname plaatsvindt. Verder blijkt dat in geval cliënten door omstandigheden niet bij de maaltijd kunnen zijn, een van de medewerkers de medicatie onder haar hoede neemt met – zo geven zij aan – het risico dat de medicatie vergeten wordt te geven. Deze observatie staat niet op zichzelf. Er zou op die afdeling een ontbijtbuffet zijn, waarin cliënten zelf hun ontbijt kunnen kiezen en meenemen naar hun tafel. Wij observeren dat zorgmedewerkers de ontbijtspullen zelf pakken en uitdelen aan de cliënten die al aan tafel zitten. "Waarom gebeurt dit zo?", vragen wij. Tijdsdruk, het zou te lang duren voordat iedereen klaar is met het ontbijt, gedoe met rollators en hygiëne – mensen komen aan de etenswaren – en het risico dat mensen te laat komen op afspraken met de behandeldisciplines. Kortom, in gesprekken vertellen zorgmedewerkers dat zij de zelfstandigheid en eigen regie van cliënten willen bevorderen om hen zo voor te bereiden om weer zelfstandig te wonen. In hun handelen verschijnen eerder instrumentele waarden die de regie van de zorgmedewerkers uitdrukken.

Wij kijken in de tweede ronde met de betreffende teammanager, bestuurder en regiomanager terug op onze observaties. Wij vragen de teammanager Barbara of zij wellicht een relatie ziet tussen een opmerking die zij plaatste – toen zij ons ontving voor het bezoek aan haar afdeling – "Het lijkt wel of er een deken van passiviteit over de patiënten heen valt na hun opname" en onze bovengenoemde observaties. In haar antwoord zegt zij dat het belangrijk is om de kernwaarden van de organisatie te vertalen in de praktische organisatie. Bestuurder Benjamin reageert ook op onze observatie, hij merkt op: "Wat voor mij belangrijk is om de regelzucht die er is en die mensen op een routineus pad kunnen zetten, te minimaliseren. Dat is ook een van de redenen dat wij als bestuur naar die zelforganiserende teams willen." Met de weergave van onze observatie hebben wij onbedoeld de teammanager in verlegenheid gebracht, maar laat tegelijk zien hoe de bestuurder niet in gesprek gaat maar instrumenteel reageert door een reorganisatie als oplossing te bieden.

Zoals boven weergegeven ziet de bestuurder Benjamin de invoering van zelforganiserende teams als oplossing voor – in zijn woorden – deze 'regelzucht'. Als wij in de derde ronde met het bestuur verder reflecteren over de achtergronden van het invoeren van de zelforganiserende teams, stelt bestuursvoorzitter Bella: "Ik denk dat iedereen de zorg ingaat vanuit de gedachte om dit (ook) te gaan doen. Inmiddels zit er een generatie van zorgverleners tussen – jullie kennen dat boekje over Verdraaide Organisaties – zij hebben een heel proces doorgemaakt om te werken in de systemen en dat is hun dagelijkse routine geworden. Eigenlijk zijn wij mensen aan het deprogrammeren om weer terug te komen bij de eigenlijke bedoelingen. En dat is de reden om er actief op in te zetten. De impulsen om systeemgericht te werken zijn zo sterk dat het niet vanzelf gaat." De constatering van het bestuur kunnen wij delen, gezien onze observaties van verschillen tussen 'gedane' en 'gezegde' opvattingen. Of de gekozen aanpak, namelijk het als top-down beleefde invoeren van het concept van zelforganiserende teams bijdraagt tot de oplossing voor dit vraagstuk, zal in het vervolg van onze observaties duidelijk worden.

Samenvattend: centraal staat in deze sectie hoe in een zorgpraktijk interactieve zorgtaal wordt gesproken, terwijl de handelingen instrumenteel van aard zijn, gericht om controle te kunnen houden, een situatie die “een deken van passiviteit” lijkt te leggen op de opgenomen cliënten. De bestuurspraktijk (tweede en derde ronde) wil door middel van het concept van zelforganiserende teams een einde maken aan deze routines in de zorgpraktijken om door deze wijze van inrichten de realisering van hun kernwaarden, gerelateerd aan menswaardig zorgen, meer mogelijk te maken. Een opvallende paradox: een ingreep met de bedoeling om meer interactief te kunnen zorgen, die echter op een instrumentele wijze over de zorgpraktijken wordt – in hun woorden – uitgerold. Wij pakken dit thema verder op in subparagraaf 5.2.6, waarin reflecteren centraal zal staan en wij terugkomen op de vraag of het concept van zelforganiserende teams een brug kan slaan tussen gezegde en gedane opvattingen.

5.2.4.b Inrichten en praktisch organiseren in de bestuurspraktijk

Een centrale vraag in deze paragraaf is hoe de bestuurspraktijk de kernwaarden vertaalt in het inrichten en organiseren van de zorgpraktijken. Ter herinnering: voor de bestuurspraktijk van zorgorganisatie B staat de relatie tussen cliënt en verzorgende in de zorgverlening centraal. Kernwaarden hierbij zijn: aandacht (“er zijn” of presentie), betrouwbaarheid en samen. Kortom, kernwaarden gerelateerd aan menswaardig zorgen. Eerst komt aan de orde de wijze waarop de bestuurders hun eigen context hebben ingericht en de door hen veronderstelde samenhang van deze organisatie met het kunnen realiseren van de kernwaarden. Ten tweede krijgen ook de mutaties in het bestuur aandacht en het effect dat dit – in onze observaties – lijkt te hebben op de inrichting van de organisatie. Ten derde beschrijven we hoe het bestuur door middel van de zogenaamde expedities (verandertrajecten) probeert om de organisatie en de inrichting van de zorgpraktijken te veranderen.

Het eerste thema: de inrichting van de bestuurspraktijk. Bert, die in de eerste ronde nog de bestuursvoorzitter is, vertelt dat er bewust gekozen is voor een driehoofdig bestuur. Hij typeert de bestuurspraktijk als een “executief bestuur”, dat wil zeggen geen sturen op afstand, maar in relatie met de zorgpraktijken. Volgens hem zou een één- of tweehoofdig bestuur vanwege de *span of control* de afstand minder goed kunnen overbruggen. Om die relatie met de zorgpraktijken ook te concretiseren is ieder bestuurslid verantwoordelijk voor een evenredig deel van de zorg (locaties) en de daaraan verbonden middenmanagers. Vergaderingen van/met het bestuur vinden waar mogelijk op de betreffende locaties plaats. Een van hun gebruikte uitdrukkingen is: “rondlopen maar niet voor de voeten lopen.” Daarnaast is de opvatting dat zorgen ook een leerproces is dat teamverband vereist. Dat geldt niet alleen voor de zorgteams, maar ook voor het bestuur (zie verder paragraaf ‘Samenwerken’ 5.2.5). Als het gaat over organiseren hebben zij een aantal *oneliners* die zij gebruiken zoals bijvoorbeeld “geen discussies over organisatiestructuren, want dat leidt alleen maar tot onduidelijkheid en verdere discussies”. Wat is het effect van deze wijze van inrichten? Uit gesprekken met leidinggevend en medewerkers wordt duidelijk dat de zorgmedewerkers het bestuur in het algemeen als geïnteresseerd en betrokken beleefd. Er zijn hechte, soms langdurige samenwerkingsrelaties met de middenmanagers en de betreffende bestuursleden. Middenmanagers zeggen ruimte te krijgen om hun eigen visie in de praktijk te kunnen vertalen. Onze observaties staven hun woorden. Ondanks de overwegend positieve opmerkingen van onze gesprekspartners, horen wij ook enkele kritische geluiden. Met enige regelmaat komt terug dat het bestuur niet altijd even “doordacht” te werk gaat, waarmee wordt bedoeld dat zij de praktische organisatorische aspecten van hun besluiten niet altijd hebben uitgewerkt. Dat aspect wordt nadrukkelijker genoemd bij de invoering van de

resultaten van de zogenaamde expedities of verandertrajecten, die in de loop van de tweede en derde ronde zichtbaar worden.

Het tweede thema: mutaties in de bestuurspraktijk. In de tweede ronde is de inrichting van de bestuurspraktijk hetzelfde, maar hebben personele mutaties plaatsgevonden. De bestuursvoorzitter uit de eerste ronde is met pensioen, een collega-bestuurder Bella heeft hem opgevolgd en een nieuw bestuurslid Benjamin, met een wiskundige achtergrond en ervaring in de logistiek, is toetreden tot het bestuur. Wij observeren in de tweede ronde veranderingen in de opvattingen in de bestuurspraktijk. Zo hecht het nieuwe bestuurslid Benjamin belang aan het meten van het welbevinden van de cliënten om (ook) daarmee het effect van de eventuele veranderingen door de expedities zichtbaar te maken en om de externe stakeholders, zoals de zorgverzekeringen, het resultaat van hun handelen te kunnen laten zien. Hij zoekt nog naar een geschikt meetinstrument “light” [zijn term] om dit geluk of welbevinden bij cliënten te kunnen meten. Is in de eerste ronde het bestuur nog sceptisch over het gebruik van meetinstrumenten en het inhuren van externe expertise, in de tweede en derde ronde denkt het bestuur in zijn nieuwe samenstelling daar anders over. Externe bureaus worden nu ingehuurd om de veranderprocessen, gebaseerd op de adviezen van de expedities te begeleiden. Op spreken over organisatiestructuren lijkt in de tweede en derde ronde geen taboe meer te rusten, want de expedities zorgen voor veel interne discussies over de organisatiestructuren. Wat ons opvalt is dat die veranderde opvattingen ook merkbaar worden in gesprekken met middenmanagers en teammanagers. Langzamerhand lijken de narratieven zoals gebruikt door de voormalige bestuursvoorzitter, vervangen te zijn door termen als “meten”, “monitoren”, “PKI’s”, “accountability”, “dashboard”, termen die een meer instrumenteel karakter hebben. In de derde ronde observeren wij dat deze opvattingen zijn vertaald naar de inrichting van de zorgpraktijken, waar nu monitoring als meetinstrument wordt gebruikt. De mutaties in de bestuurspraktijk hebben niet zo zeer geleid tot veranderingen in de opvattingen over de kernwaarden, die de nadruk op interactief zorgen uitdrukken, maar wel in de opvattingen hoe het bestuur deze kernwaarden moet realiseren en meten. De interactieve wijze van sturen maakt plaats voor een instrumentele benadering, er moet in de woorden van de nieuwe bestuursvoorzitter nu “doorgepakt” worden.

Ten slotte het laatste thema: de veranderingen in de organisatie door de expedities. Ter herinnering: in de eerste ronde komt naar voren dat er drie expedities zijn gestart, drie veranderingstrajecten met elk hun eigen thema, namelijk ‘Slimme bedrijfsvoering’ met onder andere de regionalisering en het concept gedeeld leiderschap. Verder ‘Elke dag leren’ gericht op onder andere de inrichting van de zorgpraktijken (z.g. zelforganiserende teams) en ‘Samenspel in zorg’ gericht op verbetering van de zorgverlening. Wij richten ons eerst op het concept van de zelforganiserende teams. Tijdens de tweede ronde wordt met dit concept in een aantal teams geëxperimenteerd. Wij horen bezorgde geluiden uit de zorgpraktijken: zo zouden de centrale roosterplanners afgeschaft worden en moet het team nu zelf het dienstrooster gaan maken. In de derde ronde is de onrust toegenomen. In twaalf weken (per team) moet het concept van zelf organiserend teams zijn ingevoerd. De teammanager moet dan meer op afstand komen te staan, het zorgteam krijgt meer zeggenschap over de organisatorische randvoorwaarden, zoals het maken van het dienstrooster, personeelsselectie, budget. De reacties van de medewerkers in de zorgpraktijk zijn ambivalent. Zij zijn positief over de mogelijkheid meer verantwoordelijkheid te kunnen dragen, maar dat zij nu ook de praktische organisatorische taken zelf moeten verrichten wordt niet op prijs gesteld. “Ik ben hier komen werken voor de zorg, niet voor allerlei randdingen”, merkt een van de medewerkers op. Velen klagen dat die taken nu in hun privé tijd moeten worden gedaan om deze niet ten koste te laten gaan van hun directe zorgverlening. Ook de middenmanagers –

inmiddels regiomanagers genoemd – herkennen de onrust. Bart (derde ronde): “Ik denk dat de grootste onrust is ontstaan door het proces van zelfroosteren.” Beate – middenmanager – geeft aan: “In twaalf weken [de periode van invoering van het concept zelforganiserende teams in de zorgpraktijk] kan je geen gedrag veranderen, geen cultuur veranderen, geen team veranderen, mogelijk slechts een eerste aanzet geven.” In haar ogen hebben zorgpraktijken een lange, gezamenlijke geschiedenis, waarin een repertoire van handelingen en opvattingen zijn opgebouwd, die zich niet in een korte periode van een twaalfstal weken laat veranderen.

Het instrumentele aspect van wijze van invoering van het concept zelforganiserende teams blijkt niet alleen uit de bovenstaande bevindingen. Het valt ons op dat het gebruik van termen als ‘uitrollen’, ‘deprogrammeren’, ‘doorpakken’, ‘het krijgen van een rijbewijs’ [als een zorgteam met succes het concept heeft ingevoerd] en ‘teamfoto’ [om de begin- met de eindsituatie te kunnen vergelijken] lijken te duiden op een instrumentele opvatting van een door het bestuur maakbare organisatie. Als wij deze duiding voorleggen aan het bestuur (derde ronde) en daarbij ook melding maken van zowel de twijfels in de organisatie als de resultaten uit research over *planned change* (met een hoog risico op mislukken wegens gebrek aan draagvlak), deelt het bestuur die twijfels niet. De tijd van discussie is voorbij, geven zij aan. Dat merken ook de regiomanagers “Het [concept van zelforganiserende teams] lijkt wel een dogma”, verzucht een van de regiomanagers, “zij [het bestuur] laten geen enkele discussie met ons hierover toe.”

Samenvattend, wij hebben rond inrichten en praktisch organiseren in de bestuurspraktijk drie thema’s in onze observaties belicht. De eerste is hoe het bestuur in zijn eigen praktijk probeert de waarden te organiseren die zij gerealiseerd willen zien in de zorgpraktijk: samen, een leeromgeving middels teamvorming scheppen en aandacht hebben, kortom “er zijn” met een sterke nadruk op de leefwereld van cliënten. Onze observaties en de gesprekken in de eerste ronde laten zien dat deze vorm van inrichten vruchten lijkt af te werpen in het realiseren van menswaardige zorg. Uit het tweede thema komt een kanteling naar voren: vanuit de drie expedities komen voorstellen tot verandering, waarvan wij er één, zelforganiserende teams, hebben uitgelicht. De samenstelling van het bestuur is inmiddels veranderd en met de mutaties komen ook andere waarden en opvattingen naar voren, waardoor het instrumentele aspect van hun sturen de boventoon gaat voeren. Welke effecten dat heeft op het samenwerken, reflecteren en de leidinggevendens komen in de volgende subparagrafen naar voren.

5.2.5.a Samenwerken in de zorgpraktijk

Wij laten in deze paragraaf twee voorbeelden zien, waarbij de zorgmedewerkers als het ware vanzelf met elkaar samenwerken. Nicolini (2012) gebruikt hiervoor the term *bodily choreography* (blz 220), een metafoor die wij gebruiken om duidelijk te maken hoe handelingen het samenwerken zichtbaar kunnen maken. Maar deze samenwerking vraagt oefenen en leren, om aldus te komen tot een gedeeld repertoire van handelingen. Wij beschrijven twee voorbeelden, gebaseerd op onze observaties in twee zorgpraktijken, waaruit samenwerken in de zorgpraktijk naar voren komt.

Als eerste voorbeeld onze observatie in de tweede ronde. Wij zien twee verzorgenden en een gastvrouw in interactie met acht meervoudig gehandicapte psychogeriatrische cliënten in een ruimte met twee tafels, een keukenblok en een bureautje met een computer voor de medewerkers in de hoek van de kamer. In de open ruimte in het midden staat een salontafel waar rolstoelen om heen kunnen staan. Wij zien dat iedere cliënt aandacht krijgt, ook als er geen directe aanleiding voor is. Ook cliënten die steeds dezelfde vragen stellen krijgen telkens

opnieuw aandacht. Medewerkers nemen soepel taken over van elkaar als de situatie dat vraagt. Verschillende taken worden in wederzijdse afstemming verricht, of het nu ontbijt verzorgen is voor een cliënt die net binnengebracht is, of de kar met boodschappen uitruimen (die door de Albert Heijn-medewerker de huiskamer binnen wordt gereden), of de schone was die gevouwen moet worden, het medicijnen delen, de familie die op bezoek komt en welkom wordt geheten, of het rapport schrijven. Alle handelingen volgen elkaar vloeiend op, het lijkt allemaal vanzelf te gaan. De gastvrouw neemt weer andere taken op zich. Er wordt geen lijst met werkzaamheden afgewerkt. Bij navraag blijkt dat er wel een ‘afvinklijst’ bestaat met taken die elke dag gedaan moeten worden. Die lijst wordt echter niet gehanteerd en de volgorde van afwerking wordt naar eigen inzicht gedaan op basis van de situatie in de huiskamer. In een nagesprek vertellen de zorgmedewerkers dat zij het zelf taken naar eigen inzicht kunnen oppakken, zeer bijdraagt tot tevredenheid over hun werk. Ook de wetenschap dat de teammanager op de achtergrond aanwezig is en “de nood oplost als zelfsturing te kort schiet.” Dit besef geeft hen de vrijheid, aldus de verzorgenden, om aandacht te houden voor vragen van bewoners en deze in te vullen.

Een tweede voorbeeld zien we in de eerste ronde op de locatie voor cliënten met het syndroom van Korsakov. Medewerkers stemmen frequent kort af met elkaar, op vaste momenten of even tussendoor. Navraag bij hen leert ons dat zij zo voor alle bewoners ruimte willen creëren voor de geplande dagbesteding, maar ook om iets bijzonders met een cliënt te kunnen doen, zoals kleding of sigaretten kopen, boodschappen voor de groep te doen of een bezoek afleggen. Taken worden al naar gelang de situatie herverdeeld en in onderling overleg soms ook vooruitgeschoven voor de late diensten. Het gaat medewerkers van deze zorgpraktijk, zo vertellen zij ons, niet alleen om een goed gevoel voor henzelf dat hun zorgen goed geregeld is, maar ook dat zij cliënten een gevoel van trots en zinvolheid kunnen bieden. Zij willen cliënten laten merken dat er ruimte is voor hun vragen, een opvatting die door alle aanwezige medewerkers wordt gedeeld. Deze vloeiende, ogenschijnlijk vanzelf gaande samenwerking kan ook soms verstoord worden. Dan zullen medewerkers flexibel moeten kunnen handelen. Hierover zegt Brigitte:

“Medewerkers moeten wel een stukje creativiteit in zich hebben en flexibiliteit voelen om te kunnen schakelen. Daarom zijn alle woonbegeleiders binnen elk van de drie woningen (c.q. huiskamers) binnen de locatie inzetbaar, omdat ze op de hoogte zijn van de situatie van alle cliënten van de hele locatie.”
(Brigitte: kwaliteitsverpleegkundige Korsakov afdeling)

Deze inzetbaarheid maakt hen volgens haar flexibel en maakt de organisatie minder kwetsbaar bij verstoringen. Woonbegeleiders zien van elkaar wat er nog moet gebeuren en kunnen dan bijspringen. Op die manier loopt alles gewoon door ook als er wat voorvalt zoals bij conflicten tussen cliënten. Deze vorm van samenwerken biedt zo veiligheid voor cliënten volgens kwaliteitsverpleegkundige Brigitte. Woonbegeleider Bob: “Het gaat om (...) collegialiteit, maar het is wel de regel dat je zelf aan de bel moet trekken als het niet gaat zoals je wilt.” Samenwerken vraagt volgens hem ook om het nemen van initiatief bij verstoringen

Ter afronding, wij hebben met twee observaties willen laten zien hoe het samenwerken in de zorgpraktijk gestalte krijgt en hoe deze – als ware als een choreografie van handelingen en bewegingen – afgestemd op elkaar, ritmisch, vanuit een gemeenschappelijk onderneming wordt uitgevoerd. Veelal gaat het hier om zorgpaktijken met een stabiele bezetting, zodat de ervaring in de loop van de tijd is opgebouwd. Van de medewerkers met wie wij hierover

hebben gesproken en gevraagd hoe deze samenwerking tot stand is gekomen, noemt niemand van hen als voorwaarde de leer- en oefenervaringen. Het samen (handelings)leren en ervaring opbouwen om met elkaar samen te (kunnen) werken lijkt zo vanzelfsprekend, dat dit besef aan het verbale bewustzijn lijkt te ontsnappen. Verder laten deze twee observaties zien hoe hun samenwerken het mogelijk maakt om instrumentele handelingen (er moeten ook taken afgehandeld worden) ondersteunend te laten zijn aan interactief zorgen zonder daarbij de boventoon te gaan voeren.

5.2.5.b Samenwerken in de bestuurspraktijk

In de vorige paragraaf is onze focus geweest dat samenwerken in een zorgpraktijk het resultaat is van een leerproces. De bestuurspraktijk verschilt, als een door ervaring opgebouwde handelingspraktijk in het opzicht van samenwerken, niet van de zorgpraktijken. Ook in de bestuurspraktijk is samenwerken een proces van gezamenlijk leren. In het eerste thema willen wij met onze observaties laten zien hoe de ‘choreografie’ van samenwerken in het handelen van het bestuur verschijnt en – als tweede thema – welke leerprocessen daaraan vooraf zijn gegaan, processen die niet zichtbaar worden als je uitsluitend naar de *bodily actions* zou kijken en de observaties beperkt tot het hier en nu. Tot slot geven wij weer welke invloed de mutaties van bestuursleden op de samenwerking in de bestuurspraktijk hebben. Wij belichten onze bevindingen vanuit het perspectief dat een praktijk het resultaat is van een gezamenlijke historie en dat nieuwe leden (van het bestuur) in een ambigue positie verkeren. Zij zijn ‘leerling’ maar willen tegelijkertijd ook uit hoofde van hun functie een eigen stempel drukken op de praktijk.

In de eerste ronde hebben wij in afzonderlijke interviews de drie bestuurders gevraagd naar hun onderlinge samenwerking en het effect om menswaardig zorgen in de organisatie mogelijk te maken. Alle drie geven zij aan een groot onderling vertrouwen in elkaar te ervaren, vertellen hoe zij elkaar helpen als er ergens een misverstand is over hun handelen binnen de organisatie, namelijk door te verduidelijken aan de medewerkers wat hun collega-bestuurder heeft bedoeld. Het bestuur zegt gebruik te maken van elkaars sterke punten bij het aanpakken van interne en externe vraagstukken, sterke punten die ze van elkaar benoemen, zoals van bestuurder Bram als ‘financieel kopstuk’, van Bella haar ‘praktische inslag’ en van Bert met zijn ‘Benedictijnse rust en strategische visie’. Twee van de bestuursleden hebben de leergang leiderschap gevolgd van Moen (Ansems & Moen, 2010), waarin door middel van kleuren hun leiderschapstijlen expliciet zouden zijn gemaakt. Ook uit die ervaring is gebleken dat zij elkaar in hun talenten goed zouden aanvullen. De bestuurders worden ook door de medewerkers als een hecht team ervaren. Zo zegt regiomanager Boris in de tweede ronde, na de bestuurswissel, toen wij hem vroegen of hij verschil zag in de onderlinge samenwerking van het bestuur in de eerste ronde en nu na het vertrek van de bestuursvoorzitter:

“Het allergrootste geheim [hij bedoelt het effect van het bestuur op de organisatie] was [in de eerste ronde] het functioneren van het bestuur. Zij hadden een zo krachtig, uitgebalanceerde stijl van besturen. Altijd werden de verschillende perspectieven en aspecten bij de besluitvorming meegenomen. Zo werd elk besluit in lijn met de visie genomen. En daar heb je als organisatie jarenlang plezier van.”
(Regiomanager Boris)

Hij ervaart nu (tweede ronde) het samenwerken in de bestuurspraktijk uit balans, nog zoekend naar een nieuw evenwicht. Hij heeft overigens niet gedacht – voegt hij er nog aan toe – dat het effect van een mutatie in het bestuur zo groot kan zijn. Hij is trouwens niet de enige

leidinggevende die het bestuur in zijn nieuwe samenstelling nog vindt zoeken naar een evenwicht en daardoor soms de aansluiting verliest met externe en interne ontwikkelingen.

Daarop aansluitend het tweede thema, de historie van het samenwerken in de bestuurspraktijk. Als wij het bestuur (in de eerste ronde) de vraag voorleggen welke kantelpunten de ontwikkeling van hun samenwerken hebben bepaald, reageert bestuursvoorzitter Bert dat met name de houding bij de fusie de basis heeft gelegd voor dat wederzijds vertrouwen (hun slogan toen was: “Jouw problemen zijn ook mijn problemen”). En: zodra de fusie een feit was, heeft ieder van de bestuursleden de leiding van een locatie van de andere stichting op zich genomen, iedereen moest wennen aan de nieuwe situatie. De opvatting daarachter was dat alle bestuursleden vanuit eenzelfde startpositie zouden moeten aanvangen. De andere twee bestuursleden noemen een conflict als kantelpunt. Tijdens een vakantie van Bram was, tot zijn grote ongenoegen, besloten een onderzoek uit te voeren naar het uitbesteden van de huishoudelijk hulp. De wijze waarop zij hierover na zijn vakantie hebben gepraat en het terugdraaien van deze beslissing, heeft bijgedragen tot een nog grotere versterking van hun vertrouwen. Er wordt ook nog een ander moment van onderlinge spanning genoemd. Twee van de bestuursleden, beiden verbaal en analytisch, zaten snel op elkaars golflengte en waren het snel met elkaar eens. Het derde bestuurslid kreeg daar last van en maakte dat bespreekbaar. Juist het tonen van die kwetsbaarheid heeft Bram als een verrijking voor het bestuurlijke functioneren ervaren. Het heeft hem – zo zegt hij - ook (verder) bewust gemaakt dat bedoelingen en werkingen van gedrag verschillend kunnen zijn. Het BOT – Benen Op Tafel overleg – is een belangrijk onderdeel ter bevordering van de samenwerking in het bestuur. Dat vindt ongeveer vijf keer per jaar plaats. Er komt een breed palet aan onderwerpen aan de orde, waaronder het geven van feedback en reflectie op het functioneren van het bestuur. Uit de gesprekken met de bestuursleden ontvouwt zich de geschiedenis van hun gezamenlijke leerervaringen, waarvan het resultaat in het hier en nu zichtbaar zijn.

Ten slotte het derde thema. De komst van de nieuwe bestuurder (tweede ronde) gaf ons de gelegenheid te observeren welk effect deze bestuurswissel had op de samenwerking in de bestuurspraktijk en vervolgens op de relatie met de zorgpraktijken. Uit de gesprekken met de (nu zittende) bestuursleden, komt in de tweede ronde naar voren dat zij een gelijk speelveld hebben willen vormen met hun nieuwe collega: ieder bestuurslid heeft het evenredige deel van de zorglocaties van zijn collega overgenomen. Daarmee is een eind gekomen aan de soms jarenlange samenwerking tussen de bestuurder en diens middenmanagers en zorgpraktijken. Er lijkt een stapeling te komen van veranderingen. Want behalve het sturen op alle verandertrajecten en de effecten daarvan op het functioneren van de organisatie, alsook het vinden van een nieuwe balans in hun onderling samenwerken, moeten er ook weer vertrouwensrelaties worden opgebouwd tussen de individuele bestuursleden en hun nieuw gewisselde regiomanagers. Bovendien vindt het nieuwe bestuurslid, zoals gezegd in een ambigue positie, niet zonder slag of stoot zijn rol. Het bestuur besluit om hun nieuwe collega elke week een zorgteam te laten (werk)bezoeken om hem op die manier meer affiniteit met de zorg te laten op doen. Als wij aan Bram in de tweede ronde vragen: “Wat is de verandering in de samenwerking in de bestuurspraktijk bij de komst van het nieuwe bestuurslid?” Zegt hij <non-verbaal: leunt achterover, doet de armen over elkaar >:

“Euh...moeilijk om daar precies de vinger op te leggen. Ik denk dat hij [het nieuwe lid], meer dan Bert [bestuursvoorzitter die met pensioen is gegaan], toevoegt aan ons werk dat ons helpt om de vertaling van onze waarden naar de werkvloer, te begeleiden met toch iets van een systeem – vergeef mij voor het woord – een veel concreter beeld krijgen wat er goed gaat. Oftewel kunnen wij met elkaar indicatoren bedenken – die op

een lichte manier in de organisatie gebruikt worden - zodat wij op die manier aan elkaar duidelijk kunnen maken, ook een stukje verantwoording zit ...hij voegt toe hoe wij dat proces van zichtbaar maken, dat het goed is wat wij doen, dat zichtbaar maken.”

(Bestuurder Bram)

In het gesprek met het nieuwe bestuurslid Benjamin, vragen wij hem: “Bert (de bestuursvoorzitter uit de eerste ronde) is weg, jij komt binnen. Wij horen van medewerkers dat het bestuur weer een nieuwe balans zoekt en wij horen hierover zorgen bij medewerkers. Wat vraagt dat [deze situatie] nou van jou?” Benjamin, de nieuwe bestuurder:

“Ik herken de terugkoppeling die je geeft, ik merk dat het voor een nieuweling best wel tijd kost om echt holistisch naar het bestuur te kijken, ik ben er wel lerende in. Zit hier met een bepaald verwachtingspatroon naar managers toe, ik ben gewend om leiding te geven aan managers die eigenaarschap op zich nemen, eenhoofdig met tien managers, dat je met elkaar de strategische richting bepaalt, weet wat je aan elkaar hebt, elkaar aanspreekt en elkaar uitdaagt. Hier ziet men een bestuur als een heilige drie-eenheid die boven de organisatie staat en afwegingen doet, beleidsbepaling doet en contact naar buiten, en management onder ons meer sturing en richting nodig heeft dan ik gewend ben. Moet ik aan wennen en kijken hoe ik daarin ga acteren (...) Ik vind dat de organisatie verwend is geweest door een bestuur dat alle ins en outs kende en dat ook op zich nam en dat weer terug filterde. Veel conflicten worden bij mij neergelegd. De twee andere bestuurders herkennen dat. [Het adviesbureau] PE in huis gehaald, zij begeleiden ons en de expedities. Met mijn komst is er onbalans gekomen in het bestuur, maar die ervaren wij zelf minder. Hoe krijgen wij de samenwerking tussen bestuur en management zodanig dat het management dus veel meer autonoom, binnen de visies en regels, de tactieken uitvoeren in de organisatie en ook leren om daar veel meer autonoom in te zijn en niet altijd dat heilige driemanschap van de raad van bestuur nodig heeft? Dat is voor mij ook nog een zoektocht hoe daaraan te werken.”

(Bestuurder Benjamin)

Hier verschijnt de ambigue positie van een *apprentice* bestuurder. Enerzijds zoekend, lerend, wennend aan de bestaande gebruiken en tradities, anderzijds wil hij ook zijn eigen waarden en opvattingen in- en toevoegen aan deze bestuurspraktijk. Dat het bestuur thans nog zoekend is naar een nieuwe harmonie in het samenwerken, ontgaat ook de middenmanagers niet. Eerder hebben wij regiomanager Boris aan het woord gelaten met zijn waarneming dat hij hun samenwerking nu (tweede ronde) uit balans ervaart. Regiomanager Bettine zegt over de onderlinge samenwerking van het bestuur: “Zij [bestuursleden] zoeken een nieuwe balans, dat is voelbaar, drie verschillende mensen, maar wel steeds dezelfde visie voor ogen en dezelfde koers. Vanuit wat wij in de visie met elkaar hebben afgesproken.” Regiomanager Boaz merkt op dat de nieuwe bestuurder iemand is die van vernieuwing houdt, wat hem wel aanspreekt. In de derde ronde horen wij dat ook bestuurder Bram heeft aangekondigd het eind van dat jaar met vervroegd pensioen te gaan. Hij wil om die reden in de derde ronde niet meer aan ons onderzoek deelnemen.

Tot slot, je kunt een praktijk vergelijken met een ijsberg. Je ziet het handelen in hier-en-nu maar gedeeltelijk en niet – zoals uit onze bovenstaande observaties naar voren komt – de gezamenlijke ontwikkelingsgeschiedenis om met elkaar (leren) samen te werken. In de ontwikkeling van deze bestuurspraktijk is duidelijk geworden dat er een aantal momenten zijn

geweest die het onderling vertrouwen op de proef hebben gesteld, situaties die succesvol zijn gehanteerd en daardoor de onderlinge afstemming hebben verbeterd. De komst van een nieuw bestuurslid, zeker als deze van buiten de organisatie afkomstig is, maakt duidelijk dat de bestuurspraktijk tijd nodig heeft om weer tot een gemeenschappelijk repertoire van sturen te komen, een periode die ook effect heeft op de relatie met de middenmanagers, die – vanwege hun brugfunctie – opnieuw hun steunpunt in de bestuurspraktijk moeten vinden. Mutaties in een praktijk zijn nu eenmaal onvermijdelijk, echter als het gaat om een bestuurspraktijk van een zorginstelling, is de impact op de organisatie groot. In deze organisatie zien wij dat door deze mutatie (ook) de verhouding tussen instrumenteel en interactief sturen verandert, in die zin dat instrumentele waarden meer de overhand gaan krijgen.

5.2.6.a Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de zorgpraktijk

Hoe vindt toetsen en reflecteren plaats in de zorgpraktijken en hoe weerspiegelt zich daarin de verhouding van interactief zorgen versus instrumenteel zorgen? We belichten twee elementen in dit proces, namelijk hoe de veelal abstract geformuleerde kernwaarden in dagelijks interactief handelen worden vertaald (zodat reflecteren hierop mogelijk wordt) en als tweede element hoe de zorgpraktijken omgaan met hun ‘blinde vlekken’, namelijk de discrepantie tussen goede bedoelingen en feitelijke handelingspraktijk.

In de *membercheck* in de derde ronde met groepen zorgverleners, teammanagers, cliënten en familie constateren wij een breed gedragen opvatting dat de kwaliteit van de zorg in de relatie tussen medewerkers en cliënten tot stand komt. Wij observeren in alle rondes dat er een grote mate van congruentie is tussen de door het bestuur geformuleerde kernwaarden op het gebied van menswaardig zorgen en de opvattingen zoals die in de gesprekken met zorgmedewerkers en de teammanagers worden verwoord. Met name de teammanagers – wij zagen dat bij vijf van de zes teammanagers met wie wij in de eerste en tweede ronde hebben gesproken – dragen de visie van de organisatie op een concrete, praktische manier uit. Zodanig praktisch, dat voor het team helder is wanneer hun handelen niet meer strookt met de bedoeling. Deze helderheid vertaalt zich ook in het kunnen zien van het effect van eigen handelen op de cliënt. Een voorbeeld: wanneer wij het zorgteam in locatie W vragen hoe zij een nieuw personeelslid selecteren, merkt een van hen op: “Ik let op hoe zij [de nieuw aan te nemen collega] bewoners in een rolstoel benaderen. Waarschuwen zij de bewoner tevoren zodat deze niet schrikt?” Juist het vertalen van de kernwaarden naar concrete handelingssituaties vergemakkelijkt het kunnen toetsen, zoals in dit geval bij het handelen van een sollicitant.

Echter – en zo komen wij op het tweede thema – in alle drie rondes observeren wij een aantal situaties die op gespannen voet staan met de geformuleerde en bewust uitgedragen kernwaarden. Een opmerking die wij bij revalidatie patiënten in alle rondes horen is het wachten op de volgende verrichting/behandeling. “Ge leert hier wel wachten. Wachten, wachten, wachten...”, verzucht cliënte Brunilda. Een ander voorbeeld is de veelgehoorde opmerking dat er weinig te beleven is in de huiskamer en dat die meer als wachtkamer wordt beleefd. Het medicatiesysteem dat uiterst zorgvuldig wordt uitgevoerd, maar waarvan de zorgvuldigheid lijkt op te houden nadat de medicatie voor de cliënt is neergezet. Niemand controleert dan nog of de cliënt de medicijnen ook echt inneemt. Opvallend is dat binnen de zorgpraktijken deze discrepantie tussen intenties en feitelijk handelen geen onderwerp van reflecteren vormen, zij worden niet waargenomen of – zoals ingeval van de huiskamer als ‘wachtkamer’ – als vanzelfsprekend beschouwd (“als je thuis bent moet je je ook zelf bezighouden”, merkt de betrokken teammanager hierover op).

Wat wij echter verder observeren is dat derden, als betrokken buitenstaanders (Stoopendaal 2008), wel de functie kunnen hebben om het verschil tussen goede bedoelingen en de handelingswerkelijkheid zichtbaar en bespreekbaar te maken. Wij zien deze rol terug bij sommige teammanagers en andere leidinggevendenden. Als voorbeeld de al eerder beschreven ontdekking van het nieuwe bestuurslid die bij zijn bezoeken aan de zorgpraktijken ervaart dat sommige kernwaarden (eigen regie, positieve gezondheid) te weinig emotioneel geladen zijn en derhalve in goede bedoelingen blijven steken. Maar ook regiomanagers spelen als ‘betrokken buitenstaander’ een rol. Boris, regiomanager van alle revalidatie praktijken, bracht samen met de fysiotherapeut een werkbezoek aan het team van Barbara. Zij zag een dame, een revalidatie cliënte, zitten. De fysiotherapeut zei tegen haar: “Wel blijven bewegen, hoor.” Waarop deze dame triest zei: “Maar er is niemand om mij te helpen.” In het werkoverleg is deze ervaring met teammanager Barbara besproken en een oplossing gevonden, namelijk in de vorm van een ‘bewegingskaart’ per cliënt, zodat de teamleden hiermee activiteiten kunnen oefenen. Andere ‘verbonden buitenstaanders’ zijn de familie. Sinds de tweede ronde kunnen ook familieleden aanwezig zijn bij het zo genaamde MDO (multi disciplinair overleg). Met name de zorgmedewerkers geven aan dat naast belangrijke informatie geven waardoor de zorgverleners beter in kunnen spelen op de vraag van de cliënt. Ook wij als onderzoekers blijken de rol te hebben gespeeld. Want als wij terugkeren op de locatie W, waar in een eerdere ronde de huiskamer als wachtkamer is ervaren, blijkt de betrokken teammanager Barbara inmiddels een ‘participatietafel’ te hebben georganiseerd, waar met regelmaat met cliënten en familieleden wordt gesproken over hun wensen en behoeften. Kortom, betrokken derden kunnen door de afstand ten aanzien van het directe zorgproces verschillen tussen bedoelingen en feitelijkheid waarnemen. Echter, dit is pas mogelijk als zij zich ook in de situatie begeven.

Samenvattend zien wij dat het praktisch maken van veelal abstracte kernwaarden behulpzaam is om te kunnen toetsen. Niettemin zien wij ook verschillende praktijken waarin de goede bedoelingen niet sporen met hun handelingspraktijk, situaties die door de actoren in die situaties niet (kunnen) waargenomen worden, omdat handelingen niet altijd verbaal expliciet kunnen worden gemaakt. Betrokken buitenstaanders kunnen op grond van hun observaties ‘met andere ogen’ het zorgteam helpen kritisch te reflecteren op hun zorgwerkelijkheid.

5.2.6.b Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de bestuurspraktijk

Net als in de andere twee onderzochte organisaties, leeft ook in deze bestuurspraktijk de vraag hoe zij zicht kunnen houden op het proces van zorgverlening, in het bijzonder hoe zij kunnen bepalen of en hoe de kernwaarden die zoals gezegd een relatie hebben met menswaardig zorgen, in de zorg aan cliënten worden gerealiseerd. Drie aspecten vallen op. Ten eerste, hoe een directe confrontatie met de cliënten tot veranderingen van de aanpak van het bestuur heeft geleid. Ten tweede, hoe het concretiseren van het normatieve kader – de kernwaarden – een hulpmiddel kan zijn bij het zicht houden op de zorgrealiteit. En ten derde, hoe de veranderingen in de samenstelling van het bestuur maken dat het accent meer gaat vallen op meten en monitoren van de zorgprocessen in plaats van de ‘lerende organisatie’, zoals die door de bestuursvoorzitter uit de eerste ronde gestimuleerd is.

Soms leidt een directe confrontatie met cliënten en zorgpraktijken tot veranderingen in beleid. Bestuurslid Bram – zegt in de eerste ronde dat zijn inspiratiebron de ervaring met de “taart” is, omdat deze ervaring voor hem persoonlijk een kantelpunt heeft gevormd. Samen met zijn collega-bestuurder hebben zij een toer langs de cliënten gemaakt. Een taart hebben zij als hulpmiddel gebruikt om in gesprek te komen. Zij hebben de cliënten gevraagd welk stuk van de taart er naar de zorg zou moeten, welk deel naar wonen, enzovoort. Veel cliënten

weigerden in dat kader te treden: zij wilden helemaal niet die taart of een andere verdeling of andere keuzemogelijkheden. Die ervaring heeft hem tot het inzicht gebracht dat je beter eerst in gesprek kunt gaan met cliënten in plaats van hen vanuit een aanbod te verzorgen. Ook het nieuwe bestuurslid sinds de tweede ronde, constateert bij zijn wekelijkse bezoeken aan de zorgpraktijken dat de kernwaarden die bestuurders hadden opgesteld voor de cliënten en medewerkers weinig tot het hart spraken. Zijn collega Bella, sinds de tweede ronde bestuursvoorzitter, deelt die ervaring. Zij zegt “Ik vind dat we lang geworsteld hebben om die kernwaarden – aandachtig, betrouwbaar, samen, allemaal redelijk abstracte dingen, iedereen vindt wel dat het waar is – maar zij waren zo weinig geladen dat zij niet richtinggevend waren.” Zoals al eerder beschreven heeft de confrontatie met deze werkelijkheid geleid tot een verandering van de opzet van het verandertraject “elke dag een fijne dag”, waaruit een boekje met hulpvragen voor medewerkers is voortgekomen om die kernwaarde te kunnen concretiseren. Deze voorbeelden van onze bevindingen laten zien dat bestuurders door in de situatie van cliënten en zorgverleners te stappen, ontvankelijk (kunnen) worden voor reflecteren op de effectiviteit van hun sturen.

In de tweede ronde observeren wij dat in de bestuurspraktijk andere opvattingen verschijnen over de vraag hoe je kunt bepalen of de geleverde zorg goed is. In de eerste ronde ligt het accent op interactief toetsen, dat wil zeggen “binnenlopen maar niet voor de voeten lopen”, echter in de optiek van het nieuwe bestuurslid Benjamin moet je de zorgkwaliteit kunnen meten. Hij zegt verbaast te zijn hoe de organisatie zo goed kan functioneren zonder dat dit middels indicatoren wordt aangegeven. Op basis hiervan stimuleert hij de discussie over “light” [zijn term] metingen, bedoeld om het welbevinden van de cliënten te monitoren. In de derde ronde wordt in samenspraak met de Raad van Toezicht een monitoringsysteem ingevoerd. Onderdelen zijn ziekteverzuim, tevredenheid, ‘klik’ meldingen (incidenten). Benjamin zegt:

“Wanneer vind je nu dat je het [zorgen] goed doet of niet, dat weet je pas als het meetbaar is. Mensen hebben een kompas nodig. Natuurlijk in de logistiek – waar hij hiervoor heeft gewerkt – heb je een kompas en gegevens die veel eenduidiger en meer metingen die wat harder zijn. <gebruikt dan de term KPI (Kritieke Prestatie-Indicatoren). Wij hebben als zo’n grote organisatie ook handvatten nodig.”
(Bestuurder Benjamin)

Dit monitoringsysteem (zie boven) wordt ook ingevoerd om het effect van de organisatieveranderingen (die ingezet zijn vanuit de expedities) te kunnen bekijken. “Wat is het effect van deze maandelijkse metingen?”, vragen wij. Hij vertelt dat hij heeft gevraagd aan de zorgpraktijken te registreren wanneer meldingen van incidenten in het team worden besproken. Tot zijn verbazing zag hij geen enkele fluctuatie in de aantallen van die meldingen. Het aantal meldingen bleef het hele jaar hetzelfde. Benjamin: “Wij slagen er kennelijk niet in om zoiets simpels [als het invullen van de lijst met meldingen] ingevoerd te krijgen.” Als wij hierover met de regiomanagers in gesprek gaan heeft een van hen hiervoor een verklaring:

“Gisteren nog eentje - zo’n lijst van meldingen van incidenten bedoelt zij - in zitten vullen van drie maanden geleden. Wat zegt dat mij? Het zegt niets over mijn teams, maar het moet. Ik vind het niets toevoegen, je kunt zorg niet als wiskundige bekijken. Dan mis je het hart en de buik. Wat vraagt die zorg nou van ons, dat is passie, dat is betrokkenheid, niet wiskundige analyse.”
(Regiomanager Beate)

Kortom, het monitoringsysteem wordt hier als een onnodige administratieve last ervaren, niet als een hulpmiddel om de kwaliteit van zorgen te verbeteren.

Samenvattend komt uit onze observaties naar voren dat wanneer bestuursleden zich willen laten confronteren met de werkelijkheid in de zorgpraktijken, dit een bron voor inspiratie voor hun beleid kan zijn. Of anders geformuleerd: dat hun voorstellingen door de confrontatie met zorgrealiteit worden gecorrigeerd. Verder blijkt dat de wisseling in de bestuursamenstelling ook heeft geleid tot andere opvattingen over de wijze waarop het bestuur zicht moet houden op de kwaliteit van de zorg. Waar het bestuur eerst veel waarde heeft gehecht aan het zelf observeren van de zorgpraktijk, komt nu de nadruk meer te liggen op een instrumentele wijze van toetsen met behulp van een standaard monitoringsinstrument, dat door een deel van het midden-management als een administratieve last wordt gezien dat weinig toevoegt aan de vraag welke zorg goed is. Deze verschuiving in de balans tussen interactief en instrumenteel sturen leidt – zoals wij eerder hebben opgemerkt – tot onrust in de organisatie.

5.2.7 Sturen in het midden

Als slot van de weergave van onze bevindingen in deze zorgorganisatie, willen wij stilstaan bij de bijdrage van het midden-management (regiomanagers) en de leidinggevendenden van de zorgpraktijken bij het mogelijk maken van menswaardig zorgen in de zorgpraktijken. Wij beginnen met de leidinggevendenden van de zorgpraktijken, die in deze organisatie teammanagers worden genoemd om daarna onze bevindingen van het sturen van de middenmanagers, die vanaf de tweede ronde regiomanagers worden genoemd, weer te geven.

5.2.7.a Teammanager: leidinggeven aan het team

Bij het beschrijven van de rol van teammanager is in eerdere hoofdstukken de term ‘smaakmaker’ gebruikt om diens bijdrage aan het vertalen van de kernwaarden van de organisatie te typeren. Een term ontleend aan ons onderzoek in zorgorganisatie A (zie hoofdstuk vier) om te beschrijven dat de afstand tot het team een kritische factor is: niet te dichtbij (te veel smaak) en niet te veraf. Deze metafoor wordt in de *membercheck* derde ronde) door de zorgmedewerkers en de teammanagers herkend. Aan de hand van onze observaties in zorgorganisatie B proberen wij te onderzoeken hoe en waar zich die ‘smaak’ of verhouding in de zorgpraktijken manifesteert. Een tweede thema is de positie van teammanagers die door de expedities een andere moet worden, namelijk meer op afstand tot de zorgpraktijken. Hoe kijken de verschillende deelnemers tegen de veranderingen aan en welk effect verwachten zij op de bijdrage van de teammanager aan het vertalen van de kernwaarden en het ‘ontzorgen’ van de medewerkers?

Wij hebben in de loop van de eerste en tweede ronde met zes teammanagers gesproken. Het merendeel (een van de zes bleek in de derde ronde geen teammanager meer te zijn) maakte een energieke en markante (zie later) maar ook drukbezette indruk. Zeker de twee teammanagers Barbara en Britt van de zorgpraktijken voor revalidatie, gekenmerkt door veel mutaties van cliënten, blijken druk bezig te zijn met de dagelijkse organisatie: over- en in plaatsen van cliënten, bedden en ander materiaal bestellen, letterlijk in een ‘cockpit’ achter meerdere computerschermen waar de verrichtingen en tijd in de DBC’s (Diagnose Behandel Combinatie) zichtbaar worden. Door zich bezig te houden met deze praktische organisatie en randvoorwaarden, zorgen zij ervoor dat zorgverleners zich kunnen toeleggen op het ‘zorgen voor’. Teamleiders hebben expliciete en uitgewerkte opvattingen over wat er met hun cliënten moet gebeuren, waarbij zij de kernwaarden van de zorgorganisatie naar het alledaagse zorgverlenen vertalen, zoals blijkt uit de concrete voorbeelden die zij noemen in onze

gesprekken. Ook zien wij dat zij hun teamleden aanspreken op de kwaliteit van hun zorgen of hen bemoedigen in drukke perioden. Zij zorgen dat enerzijds het praktische dagelijkse werk van het team mogelijk wordt, anderzijds concretiseren zij de doelen en verwachtingen. Als voorbeeld nemen wij Britt (teammanager revalidatie). Haar medewerkers geven aan dat Britt zorgt dat zij de juiste informatie krijgen, zij ziet toe op de verdeling van de diensten in het rooster, zorgt voor balans in het team en zij speelt een rol bij het oplossen van conflicten. Wij observeren Britt in een cliënten bespreking. Zij schakelt snel tussen beschikbaar budget per cliënt, de inzet van behandeldisciplines en de behandeldoelen van cliënten. Daarbij formuleert zij in dit proces haar verwachtingen: “patiënten moeten snel weten waar zij aan toe zijn”, “patiënten moeten weten wat zij van ons kunnen verwachten.” Door te zorgen dat de praktische organisatie geregeld is en dat de verwachtingen helder zijn, creëert zij een speelveld waar haar teamleden in de relatie naar hun cliënten kunnen handelen. Niet alleen worden onze bevindingen in de derde ronde herkend door de medewerkers, maar zij geven ook aan dat zij het bovenstaand beschreven handelen van de teammanager ook belangrijk voor hun eigen functioneren vinden. Voorbeelden van hun reacties zijn: “de teammanager is er als je hem/haar nodig hebt”, “je kunt met hem/haar sparren”, “hij/zij treedt op bij conflicten en de verdeling van minder aantrekkelijke taken en diensten”. De teammanager schept aldus interactief (vrijheid) en instrumenteel (kaders, randvoorwaarden) een ruimte waarin de zorgmedewerkers hun aandacht op de cliënt kunnen richten. Wij zien dat de teammanager ook de grenzen van het team bewaakt en probeert de turbulentie van alle veranderingen in de tweede en derde ronde buiten de deur te houden.

Ondanks de ervaren meerwaarde en waardering voor de rol van teammanager (zoals wij constateren bij de zorgmedewerkers in alle drie de ronden), is het bestuur van mening dat ook de positie van de teammanager een andere moet worden. De expedities raken namelijk ook de positionering van de teammanagers. Het gaat om twee veranderingen: de eerste is dat de teammanager meer op afstand van het zorgteam zou moeten komen te staan om daarmee ruimte te scheppen voor het zelforganiserende team, een concept dat een onderdeel vormt van een van de drie expedities (zie inleiding). De opvatting van het bestuur is dat bepaalde taken – de belangrijkste daarvan is het zelf roosteren – in de toekomst door het zorgteam zelf moet gebeuren. De teammanager moet gaan leidinggeven met de “handen op de rug”, zoals het bestuur dat typeert, dat wil zeggen zoveel mogelijk overlaten aan de eigen verantwoordelijkheid van het zorgteam. De tweede verandering gaat uit van de opvatting dat ook een teammanager een “team” van collega teammanagers zou moeten hebben – een soort lerende omgeving – bestaande uit zijn collega teammanagers op een locatie die meerdere zorgpraktijken huisvest. Als team moeten zij dan alle zorgteams in die locatie aansturen. Het zorgteam zou dan geen ‘eigen’ teammanager meer hebben. In het team van teammanagers worden de verantwoordelijkheden en taken verdeeld op basis van aanwezige kwaliteiten. Voorbeeld als er een teammanager goed is in budget beheer, doet deze voor alle zorgteams in die locatie de financiën.

De meningen over bovengenoemde veranderingen zijn verdeeld. In een gesprek met Bastiaan, teammanager van de Korsakov afdeling en Bart, zijn regiomanager, worden die verschillen in opvatting zichtbaar. Zo kan Bastiaan het zich goed voorstellen dat hij en zijn collega teammanagers één team zouden vormen en de taken van de teammanager op basis van talenten zouden verdelen. Als bijvoorbeeld één van hen goed is in budgetbeheer en administratie, dan zou zij/hij deze taken kunnen doen voor alle teams in de locatie, ook al heeft zij/hij dan geen tijd meer voor andere leidinggevende taken. Regiomanager Bart daarentegen is bezorgd dat dit gedeeld leiderschap ten koste gaat van de relatie en verbinding met het zorgteam en dat deze nieuwe taakverdeling een wissel trekt op het eigenaarschap van

de teammanagers. De zorgmedewerkers met wie wij gesproken hebben zijn voor het merendeel sceptisch over deze plannen, vooral het zelf roosteren roept twijfels op, de medewerkers zijn bezorgd dat de administratieve taken straks bij hen terecht komen.

In de derde ronde lijkt het idee van één team van teammanagers weer wat genuanceerd te zijn geworden, in die zin dat de relatie met het eigen team niet zou worden verbroken, maar dat er wel sprake is van wederzijdse aanvulling van bekwaamheden in een team van teammanagers. Taken van de teammanager zouden moeten zijn: managen van het/de team(s), coachen van de medewerkers en het participeren in projecten. De zorgen van Bart de regiomanager, zie boven, zijn in de derde ronde niet minder geworden. Hij ziet nu veel teammanagers in kantoren “delibereren” [zijn woorden] om met elkaar tot afstemming te komen. Teammanager Barbara is ook terughoudend. Zij merkt op dat het voordeel van zo’n teammanagersteam is, dat je wel kan sparren met je collega’s, maar dat zij haar taak beschouwt als het beschermen van “haar” team tegen de invloeden van bovenaf. Zij doelt daarbij op de veranderingen in de positie van teammanager.

De vraag die naar voren komt is of de door ons waargenomen voorwaarden-scheppende taak van de teammanager – een taak die door de medewerkers wordt gewaardeerd – niet door deze veranderingen (gedeeld leiderschap en teammanager op afstand) onder druk komt te staan. De vraag wat dit voor gevolgen heeft voor de relatie tussen teammanager en het zorgteam en wat de gevolgen zijn voor het vertalen van de kernwaarden in de dagelijkse zorgpraktijk, hebben wij in de derde ronde voorgelegd aan het bestuur. Bestuurslid Benjamin merkt op:

“Naar mijn idee hoeft een teammanager ook geen zicht te hebben op die microprocessen [de alledaagse zorgverlening]. Wat hij moet doen is vooral checken of de mensen nog snappen wat hun rollen zijn. In gesprek gaan met medewerkers over een onderwerp ‘hoe doe jij dat’, je toetst hoe zij hun rol doen, toetsingen zijn er met de cliëntenraden, toetsingen zijn er doordat je veelvuldig op de locaties komt en gesprek hebt met medewerkers hoe het gaat, en dat je informatie [verzamelt] over cliënten. Verder kan de teammanager de resultaten van de metingen gebruiken, zoals bijvoorbeeld het tevredenheidsonderzoek onder medewerkers en cliënten.”
(Bestuurder Benjamin)

Bestuursvoorzitter Bella: “De teammanager moet nagenoeg onzichtbaar zijn voor het team, zich niet met de directe zorgverlening bemoeien.” Deze opvatting van het bestuur geeft de spanning aan met de opvattingen van de medewerkers in de zorgpraktijken. De medewerkers ervaren – zo geven zij aan in onze observaties – de nabijheid en ondersteuning (en dus hun zichtbaarheid) van de teammanagers juist als ‘ontzorgend’.

Samenvattend komt uit onze bevindingen een beeld naar voren dat de teammanager als direct leidinggevende van een zorgpraktijk een bijdrage heeft aan het menswaardig kunnen zorgen. Zo’n leidinggevende schept een ruimte, interactief en instrumenteel, waarin de medewerkers kunnen functioneren en niet worden afgeleid. In alle bovengenoemde handelingscategorieën is de bijdrage van deze leidinggevende zichtbaar. Kritisch element is de afstand tussen de teammanager en het zorgteam, die niet te klein mag zijn noch te groot, maar altijd afhankelijk is van de ontwikkelingen in het zorgteam. Het bestuur heeft vanuit haar voorstelling van zelforganiserende teams de wens de teammanager meer op afstand te plaatsen en lijkt daarmee in te gaan tegen de behoefte van de zorgmedewerkers.

5.2.7.b Middenmanagers: leidinggeven aan de regio's

“Why being a middle manager is so exhausting” is een van de vele websites gewijd aan de uitdagende positie van middenmanagers, waarbij ‘schakelen’ (tussen hiërarchische lagen), ‘vertalen’, ‘koppelen’ termen zijn om hun verbindende en voorwaardenscheppende positie aan te duiden. In deze subparagraaf volgen wij drie middenmanagers die wij in alle drie de rondes hebben gesproken tegen de achtergrond van de veranderingen in deze zorgorganisatie, veranderingen die ook hun positie raken. Onze focus daarbij is welk effect deze veranderingen op hun handelen hebben, in relatie tot het mogelijk maken van menswaardig te (kunnen) zorgen.

Ter inleiding en ter opfrissing van het geheugen: de zorgorganisatie telt twaalf middenmanagers, die vanaf de tweede ronde regiomanagers worden genoemd. In de eerste ronde heeft elk van de drie bestuursleden drie van dergelijke managers onder haar/zijn directe aansturing en (afhankelijk van hun portefeuille) een of meer stafmanagers. Elke middenmanager is verantwoordelijk voor een of meer locaties of vestigingen, waarin zich meerdere zorgpraktijken kunnen bevinden.

Het eerste wat opvalt – en wij zijn nog in de eerste ronde – is dat deze managers alle drie verschillend zijn qua persoonlijkheid, maar overeenkomen in het karakter van hun zorgvisie: sterk cliënt gericht, praktisch en concreet. Het instrumentele karakter van zorgen is ondersteunend voor het interactief aspect van zorgen, want zorgen vindt plaats in een relatie. Zij zijn helder in hun verwachtingen naar hun medewerkers. Ook het enthousiasme waarmee zij deze ideeën uitdragen werkt aanstekelijk. Wat verder opvalt is dat alle drie gewaardeerd worden door hun teammanagers, zorgmedewerkers en lokale cliëntenraden. Zo zegt een van de leden van de cliëntenraad: “Ik hoor nog laat op de avond iemand over de gang lopen. Ik keek en ik zag Beate (de betrokken middenmanager) een bewoonster in haar rolstoel thuisbrengen van een dorpsfeest.” Verder valt op dat alle drie een hechte, op wederzijds vertrouwen gebaseerde relatie zeggen te hebben met hun bestuurder. De bestuurders bevestigen dit overigens ook. Deze relatie geeft hen niet alleen ruimte, maar lijkt hen ook de mogelijkheid te geven om hun visie – door hun (vertrouwens)positie in de organisatorische arena van verschillende belangen – te realiseren. Elk van hen lijkt een eigen stempel op hun locatie te zetten: Beate met haar nadruk op de emancipatie van de verzorgenden, Bart met zijn opvattingen over het gebruik van de omgeving, natuur en kunst in de zorg en Boaz, die als voorzitter van verschillende projectgroepen de professionaliteit van de zorg wil verhogen. Afrondend: wij zien in de eerste ronde dat de middenmanagers vanuit een heldere positie er in slagen de strategie van het bestuur te koppelen aan en te verbinden met die van de zorgpraktijken en daar – gezien de reacties uit de zorgpraktijken – in lijken te slagen. Uit onze bevindingen blijkt dat hun sturen als een conditie voor goede zorg wordt ervaren.

In de tweede ronde komt er in dit hechte organisatorische bouwwerk beweging. Met een mutatie in het bestuur worden de middenmanagers opnieuw verdeeld over de bestuurders. Deze wisseling heeft te maken met de opvatting van het bestuur om aldus een gelijk speelveld te scheppen voor de nieuwe bestuurder, iedereen moet weer ‘opnieuw’ beginnen. De middenmanagers blijken overigens niet onverdeeld enthousiast over deze herindeling, omdat jarenlange gezamenlijke ervaring hierdoor verdwijnt en de middenmanager weer opnieuw een steunpunt in het bestuur moet vinden en maken. In deze tweede ronde worden ook de eerste resultaten van de expedities (de verandertrajecten zoals beschreven in de inleiding) zichtbaar zoals in de vorm van experimenten met zelforganiserende teams en de regionalisering. De snelheid waarmee het bestuur het concept van deze veranderingen wil ‘uitrollen’ (hun term) leidt tot kritiek bij de middenmanagers met wie wij hebben gesproken. Wij observeren verder

dat de relatie bestuurder - middenmanager - teammanager aan het verschuiven is, in plaats van een soort 'gedelegeerd' bestuurder, werkend vanuit de ruimte en het vertrouwen die zij van hun bestuurder in de eerste ronde hebben gekregen, zien wij in de tweede ronde dat deze (vertrouwens)relatie niet meer vanzelfsprekend is. Heeft dit gevolgen voor hun bijdrage aan menswaardig te (kunnen) zorgen? Wij komen op deze vraag terug.

In de derde ronde is de dynamiek nog groter geworden. De onrust en hectiek hebben wij in eerdere paragrafen beschreven. Inmiddels maken de middenmanagers nu deel uit van een regio managementteam, dat gezamenlijk verantwoordelijk is voor de locaties in die regio. De zorgorganisatie is verdeeld in vier van dergelijke regio's, elk onder leiding van één zo'n team. Daarmee is de één op één relatie tussen de middenmanager en diens locaties niet meer aanwezig. Leidinggevende taken worden verdeeld op basis van kwaliteiten van elk van de regiomanagers. Deze regionalisering heeft draagvlak als het gaat om op die manier beter contact te kunnen krijgen met de gemeenten in die regio, maar er zijn middenmanagers (nu regiomanagers) die kritisch zijn over het concept gedeeld leiderschap.

"Regiomanager zijn is heel moeilijk. Als ik integraal verantwoordelijk ben weet ik waar ik verantwoordelijk voor ben. Nu ben ik aanspreekbaar op doelen in andere locaties waarin ik van de andere regiomanagers iets van moet vinden. We hebben een hele slechte start gehad vorig jaar, een regiomanager is al na driekwart jaar opgestapt, weer een nieuwe erbij gekregen, ook weer tijdelijk. Ik vind het stoeien met elkaar, hoe doe je dat nou?"

(Regiomanager Beate)

Wij vragen: "Hoe verhoudt zich dat delen van leiderschap tot het menswaardig kunnen zorgen?"

"Aan gedeeld leiderschap zitten ook goede kanten, het is soms prettig om samen te kijken en samen verantwoordelijk te zijn, maar in het meer concrete om samen het pad uit te stippelen wordt het ingewikkeld om daarin je eigen verantwoordelijkheid te nemen."

(Regiomanager Bart)

De relatie met het bestuur is volgens een regiomanager gecompliceerder geworden. Het bestuur zou niet luisteren naar hun kritische kanttekeningen. Een andere regiomanager: "Het [de invoering van het idee van zelforganiserende teams] lijkt wel een dogma geworden. Bert (de voormalige bestuursvoorzitter) zou het zo niet aangepakt hebben. Die zou er eerst een nachtje over hebben geslapen en vervolgens aan allen de vraag hebben gesteld: "Zijn we het met elkaar eens?" Kortom, het lijkt of het bestuur sinds de bestuurswissel in haar sturen meer de nadruk is gaan leggen op de instrumentele aspecten, hetgeen de als voorheen beleefde symmetrie, wederkerigheid en samenwerken, met de middenmanagers onder druk zet.

Afrondend, wij hebben onze observaties weergegeven van de veranderingen in de positie van de midden- of regiomanagers. Hebben zij in de eerste ronde de visie van het bestuur op hun eigen, vaak markante manier vertaald naar de zorgpraktijken en hebben zij gehoor gekregen voor vragen vanuit diezelfde zorgpraktijken, in de volgende ronden zien wij dat hun brugfunctie onder druk komt te staan. Door het uiteenlopen van de opvattingen van de bestuurspraktijk en de middenmanagers, als het gaat om de invoering van alle veranderingen, worden zij 'ontkoppeld' en kunnen daardoor hun brugfunctie naar de zorgpraktijken niet meer op dezelfde wijze invullen zoals wij dat hebben geobserveerd in de eerste ronde. Wat het

effect is op (het scheppen van voorwaarden voor) menswaardig zorgen is in de derde ronde nog lastig te bepalen, maar de hectiek door alle veranderingen staat wel in contrast met de rust tijdens de eerste ronde.

5.3 Conclusie: van weten door ervaring naar weten door meten

Terugkijkend op drie jaar van onderzoek in deze organisatie, valt het ons op dat er een behoorlijk verschil is tussen onze bevindingen uit de eerste ronde en die uit de derde, laatste ronde. Licht in de eerste ronde de nadruk op interactief sturen door een bestuur dat in woord en daad uitdrukt dat menswaardig zorgen het resultaat is van een relatie tussen cliënt en zorgmedewerker, een relatie die gekenmerkt moet worden door aandacht te hebben, betrouwbaar te zijn en gezamenlijkheid. De hechte relatie tussen het bestuur en de middenmanagers, die op hun beurt goed verankerd zijn aan hun zorgpraktijken, maken het mogelijk de kernwaarden te vertalen in de zorgpraktijken. Er is een grote mate van congruentie (althans in de zorgpraktijken die wij hebben onderzocht) in opvattingen van zorgmedewerkers en bestuur.

In de tweede ronde zijn er veranderingen, die alle min of meer gelijktijdig verschijnen. Een verandering die relatief grote impact heeft op de verhouding tussen instrumenteel en interactief sturen, zijn de mutaties in het bestuur en de komst van een nieuwe bestuurder die een meer instrumentele aanpak preferereert, zoals onder andere het meetbaar maken van de kwaliteit van zorg. Een van de aspecten die ons daarbij opvalt, is dat wij deze verschuiving van de balans terugzien in de taal van de organisatie. Termen die ontleend zijn aan interactief zorgen (aandacht hebben, er zijn) maken plaats voor instrumentele uitdrukkingen (dashboard, monitor, output, uitrollen).

Zoals gezegd, er zijn meer veranderingen. Het bestuur in zijn nieuwe samenstelling besluit om alle relaties met de middenmanagers en hun bestuurders te herverdelen om een ‘gelijk speelveld’ voor de nieuwe bestuurder te scheppen. Een aanpak, die voorbijgaat aan het feit dat interactief sturen gebaseerd is op relaties, die niet van de ene op de andere dag zijn opgebouwd. De brugfunctie van de middenmanager, bijzonder belangrijk vanwege de op handen zijnde veranderingen (zie onder), komt hiermee onder druk te staan, zoals blijkt uit onze waarnemingen in de tweede en derde ronde.

Dan de derde verandering. Het bestuur heeft in de tweede ronde besloten om de resultaten van de zogenaamde expedities of verandertrajecten in een strak tijdsschema ‘uit te rollen’, waarbij voor een instrumentele aanpak wordt gekozen, namelijk met doelen en methoden. Voor het bestuur is de tijd van discussie voorbij, zorgteams moeten ‘gedeprogrammeerd’ (hun term) worden om hen uit hun routines los te maken en om hen aldus meer in staat te stellen de kernwaarden van de zorgorganisatie te realiseren.

Die verandering van verhouding tussen instrumenteel en interactief sturen hebben met name invloed op de organisatorische voorwaarden, waarin de zorgpraktijken moeten opereren. De organisatie is druk bezig met al die veranderingen, die volgens sommige van onze respondenten, de aandacht afleiden van de zorg voor cliënten. De afstand tot het bestuur wordt als groter beleefd en in de zorgpraktijken is men bezorgd dat er meer administratieve taken op hen af zullen komen. Er is, anders dan in de eerste ronde, onvrede bij een aantal managers en er zijn zorgen bij sommige teammanagers en hun medewerkers. De organisatie is op dit punt verdeeld, want er zijn ook leidinggevendenden die deze veranderingen toejuichen.

Wat deze casus laat zien is hoe (verandering in) het bestuur invloed heeft op de zorgorganisatie, zoals die blijken uit taalhandelingen, het handelen van middenmanagers, maar bovenal in de verhouding tussen interactief en instrumenteel zorgen. Is deze verhouding in de eerste ronde overwegend interactief, gaandeweg slaat de wijzer uit naar een verhouding waarbij het instrumentele aspect de overhand krijgt.

Hoofdstuk 6 Zorgorganisatie C

6.1 Algemeen

Zorgorganisatie C bestaat uit de locaties C en D. Locatie C omvat een verpleeghuis, een behandelcentrum en een wooncomplex en woonappartementen voor zelfstandige ouderen. Locatie D omvat de thuiszorg en woonappartementen voor zelfstandig wonende ouderen.

Zorgorganisatie C onderscheidt zes doelgroepen: kleinschalige dementiezorg (psychogeriatric), de doelgroep Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), de doelgroep somatische zorg, de doelgroep revalidatie (onder het label RevalidatieZorg), verder de doelgroep extramurale zorg (thuiszorg) en de doelgroep wonen met zorg. Behalve aan deze doelgroepen biedt de organisatie op de locatie C ook langdurige intensieve neurorevalidatie na coma (LNR) en dagbesteding.

Een breed dienstenpakket voor wonen, welzijn en zorg aan ongeveer 1500 cliënten, ouderen en jongeren die niet meer thuis kunnen wonen. Er werken ongeveer 800 medewerkers en 330 vrijwilligers. De zorgorganisatie C werkt in een netwerk met andere zorgaanbieders, in die zin dat over en weer diensten aan elkaar worden geleverd.

Kernwaarden van zorgorganisatie C zijn:

- betrokken
- verantwoordelijk
- ondernemend

De organisatie heeft tijdens de eerste ronde van ons onderzoek een éénhoofdig bestuur. De zorg wordt aangestuurd door twee divisie managers, een divisie manager Zorg en een divisie manager Behandeling. De divisie managers sturen elk een aantal managers aan die ook weer een aantal teamleiders aansturen. Binnen de zorgpraktijken zien we een functiedifferentiatie van niveau 2, 3, 4 en 5 (respectievelijk bejaardenhelpende, verzorgende IG (Individuele Gezondheidszorg), verpleegkundige en kwaliteitsverpleegkundige). Daarnaast zijn er voedingsassistenten en gastvrouwen. Binnen de zorgpraktijken zijn sommige verzorgenden EKV-er (Eerst Verantwoordelijke Verzorgende), die voor cliënten en familie het aanspreekpunt zijn en een coördinerende rol vervullen. In 2015 heeft het bestuur omwille van bezuiniging besloten meer niveau 2 medewerkers in de zorgpraktijken aan te stellen ten koste van niveau 3 en 4 medewerkers.

In 2016 heeft midden in de eerste ronde van ons onderzoek een onverwacht inspectiebezoek van de IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) plaatsgevonden. De inspectie heeft de afdelingen voor cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en voor psychogeriatric onderzocht op hun kwaliteit van zorg. Het inspectierapport heeft laten zien dat op tal van normen rond de 5 thema's: sturen op kwaliteit en veiligheid, cliëntdossier, deskundigheid personeel, medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking niet wordt gehandeld conform de geldende richtlijnen. De organisatie is toen onder verscherpt toezicht geplaatst. Deze gebeurtenis is aanleiding geweest voor de Raad van Toezicht om in samenspraak met het bestuur een crisisbeleidsteam in te stellen onder voorzitterschap van een extern adviseur, een oud inspecteur van de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg). Rond relevante thema's – gebaseerd op de punten uit het inspectie rapport – zijn medewerkers uit verschillende

praktijken uitgenodigd om in werkgroepen voorstellen tot verbetering van de geboden zorg te doen.

In 2017 en 2018 kwam de inspectie weer op bezoek. In 2018 is het bezoek gericht op cliënten van de afdelingen somatiek en psychogeriatric. De inspectie constateerde toen dat zorgorganisatie C voldoet aan negen normen volledig, vijf normen grotendeels en twee normen grotendeels niet. De inspectie ziet dat de organisatie sinds het bezoek in januari 2017, hard heeft gewerkt om de verbeterplannen uit te voeren en te bestendigen. De inspectie constateert dat bij verzorgenden de cliënt centraal staat, maar dat deze betrokkenheid meer organisatorische ondersteuning behoeft. Daarnaast acht de inspectie het noodzakelijk dat het bestuur de deskundigheid van zorgverleners beter afstemt op de toenemende zorgvraag van cliënten.

In de tweede en derde onderzoeksronde zien we als gevolg van deze ‘crisis’ een verandering in de organisatiestructuur. De laag met divisie managers verdwijnt en er komt één directeur Zorg die zowel de managers van de voormalige divisies Zorg als die van Behandeling gaat aansturen. De raad van bestuur blijft statutair éénhoofdig, maar vormt samen met een directeur Zorg en Behandeling en een directeur Financiën en Control het directieteam. De overige veranderingen in de organisatie komen in de navolgende subparagrafen aan de orde.

De zorggroep kent met betrekking tot de medezeggenschap cliëntenraden, zowel lokaal per manager/doelgroep als een centrale cliëntenraad. Voor de medewerkers bestaat een ondernemingsraad. Financiering vindt plaats op basis de Wlz (Wet langdurige zorg) middels zorgzwaartegroepen, voor revalidatiecliënten geldt een financiering op basis van de DBC (Diagnose Behandel Combinatie), voor cliënten in de thuiszorg en de dagbehandeling is de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) van toepassing. Voor NAH en LNR-clieuten zijn specifieke zorgzwaartegroepen van toepassing met de bijbehorende financiële middelen. De organisatie maakt ook gebruik van kwaliteits-stimuleringsgelden (Waardigheid en trots) voor projecten binnen de organisatie zoals het project ‘Zinvolle Zorg in het verpleeghuis’.

De bezochte locaties waren in de eerste ronde de thuiszorg, de dagbehandeling, een NAH afdeling voor verpleging in combinatie met een compartiment voor langdurende intensieve neurorevalidatie en een NAH afdeling voor wonen en zorg. In de tweede ronde hebben we voor een tweede keer de eerdergenoemde vier zorgpraktijken bezocht en ook twee nieuwe afdelingen aan ons onderzoek toegevoegd: de afdeling voor revalidatie en een afdeling voor psychogeriatricische zorg. In de derde ronde zijn we terug geweest op de afdeling voor revalidatie die inmiddels verhuisd was naar een locatie naast het plaatselijk ziekenhuis. In alle drie de rondes zijn gesprekken en observaties geweest met de leden van de bestuurspraktijken managers en teamleiders van de bezochte locaties. Voor verdere details zie de tabel aan het eind van hoofdstuk drie.

6.2 Onze bevindingen in zorgorganisatie C

Hieronder geven wij onze bevindingen weer van ons onderzoek in de periode 2016 - 2018 in drie onderzoeks rondes. Onze bevindingen zijn gegroepeerd in de zeven vormen van handelen waarin – zoals beschreven in hoofdstuk twee – de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen zichtbaar wordt. Om ook de wisselwerking tussen de zorg- en de bestuurspraktijk in onze bevindingen zichtbaar te maken, hebben wij elke subparagraaf

verdeeld in twee secties, een voor onze bevindingen in de zorgpraktijk (sectie a), de andere voor de bevindingen in de bestuurspraktijk (sectie b).

6.2.1.a Zoeken naar de vraag in de zorgpraktijk

“Belangrijk bij menswaardigheid is de tijd die het duurt voordat op vraag [van de cliënt] gereageerd wordt.”
(Zorgmedewerker Connie, derde ronde)

Zoeken naar de vraag van de cliënt in zijn situatie hebben wij in hoofdstuk twee omschreven als het opmerken van de vraag en het aandachtsvol afstemmen. In deze subparagraaf ligt de nadruk op elementen die dit zoeken naar de vraag in zorgpraktijk faciliteren en bemoeilijken, alsook welke de rol van de bestuurspraktijk daarbij is. Wij ronden de paragraaf af met de veranderingen in het zoeken naar de vraag als gevolg van het bezoek van de inspectie.

Bij de elementen die het zoeken naar de vraag in de zorgpraktijken faciliteren en belemmeren, valt in onze waarnemingen en gesprekken met cliënten en medewerkers de betrokkenheid van de zorgmedewerkers op. Die betrokkenheid blijkt bijvoorbeeld dat zorgmedewerkers na hun werktijd nog even langsgaan bij een cliënt die het moeilijk heeft of wat langer tijd uittrekken als dat nodig is. De klachten van cliënten richten zich soms niet op de zorgmedewerkers maar op de organisatie. “Zij [zorgmedewerkers] doen hun best, maar wat wil je als je met twee mensen een avonddienst moet doen, van wie er één oproepbaar is voor andere afdelingen”, merkt cliënte Corrie op. Kortom, de oorzaak van het falen van zorgmedewerkers ligt volgens cliënten in de organisatie. De betrokkenheid van de zorgmedewerkers ontgaat ook de inspectie niet, die vindt de cliëntgerichtheid in haar rapport voldoende. Manager paramedische dienst Christian heeft als verklaring dat zorgmedewerkers hun klachten over de organisatie delen met cliënten en familie en zo een ‘bondje’ met hen zouden vormen.

Tijdens de eerste en ook nog in de tweede ronde horen wij in gesprekken met cliënten en medewerkers soms klachten. “Zij [verzorgenden] hebben me vergeten terwijl ik op het toilet zat. Ik heb twee uur moeten wachten.” Of “Zij lieten me gewoon in mijn stoel in de urine zitten” (uitspraken van cliënten in de tweede ronde, afdeling revalidatie). Ook hier is de verklaring dat de zorgverleners het te druk hebben en met te weinig mensen het werk moeten doen. Maar dat is niet de enige verklaring, wij zien ook situaties waarin medewerkers zich vasthouden aan hun eigen taken en bevoegdheden. Op afdeling W, een zorgpraktijk voor NAH cliënten, klaagt een cliënt dat hij van de nachtdienst moest wachten op de ochtenddienst, vooraleer hij verschoond kon worden na een ongelukje met ontlasting. Verder klagen familieleden over het niet nakomen van afspraken en twijfelen zij aan de deskundigheid van het personeel. Al die waarnemingen sluiten aan bij een door ons veel gehoorde verzuchting van het zorgpersoneel over de onderbezetting door hoog ziekteverzuim, door mutaties en bezuinigingen en het daaruit voortvloeiende gebrek aan tijd om aan de vraag van cliënten te kunnen voldoen.

Voelen of hebben zorgmedewerkers niet de ruimte om hun handelingspraktijk te veranderen? Als antwoord hierop wordt door onze respondenten de ‘angstcultuur’ genoemd. Tijdens de eerste ronde werd ons als onderzoekers nadrukkelijk gevraagd naar de waarborg van de privacy van hun reacties: “Je hebt zo een kruisje achter je naam”, waarmee wordt bedoeld dat je het risico op sancties loopt als je kritiek op de organisatie uit. Cas, de manager revalidatie, herkent ook die angstcultuur. Hij wijt dit aan de calvinistische identiteit van de

zorgorganisatie, een identiteit waarin kritiek uiten volgens hem niet op prijs wordt gesteld. Hij zegt te worstelen met dit fenomeen, want je kwetsbaar opstellen in de zorgrelatie naar een cliënt is niet met deze cultuur te combineren. Divisiemanager Behandeling Cato (eerste ronde) herkent ook deze houding bij het zorgpersoneel. Tot haar verbazing, want zo zegt zij: “Ik ben degene die mensen ontslaat. En ik heb nog nooit iemand ontslagen die kritiek heeft geuit.” Het effect is volgens haar dat zorgpraktijken meer de nadruk op regels gaan leggen om op die manier elk risico op kritiek te vermijden. Sommige managers zoeken de oorzaak bij de bestuurspraktijk. Hun handelen zou niet altijd voorspelbaar zijn, afspraken zouden tijdens het spel regelmatig veranderd worden en zij zouden autoritair en bot kunnen reageren. Wat de oorzaak ook is, er bestaat in onze observaties een breed gedragen opvatting dat kritiek uiten lastig is en dit gebrek aan ervaren ruimte leidt tot vasthouden aan regels en procedures om risico's te vermijden.

Een andere bevinding is dat wanneer onze gesprekspartners spreken over de vraag van de cliënt veelal de term ‘zorgvraag’ wordt gebruikt. Navraag leert dat het hierbij gaat om een classificatie van de cliënt op basis van zijn lichamelijke en/of psychische beperkingen en niet om een concrete vraag van een concrete cliënt in diens situatie. De door hen gebruikte term duidt op een categorie cliënten (bijvoorbeeld revalidatie, psychogeriatric) op basis waarvan een inschatting van de zorgzwaarte wordt gemaakt. Volgens de zorgmedewerkers en paramedici zou de zorgvraag van cliënten steeds complexer – meer multipathologie, hogere leeftijd van opgenomen cliënten – worden. Hun verzorging zou meer tijd en inspanning vragen met als gevolg dat er minder tijd is om op individuele vragen van cliënten in te kunnen gaan. Volgens de manager van de paramedische dienst, Christian, (eerste ronde) zou deze toegenomen complexiteit van nieuwe cliënten niet in verhouding staan tot de aanwezige competenties en deskundigheid van de zorgmedewerkers. Het gebrek aan deskundigheid wordt in verband gebracht met de bezuinigingsronde een paar jaar eerder, waarbij het aantal niveau drie verzorgenden verminderd is om het aantal (goedkopere) niveau twee verzorgenden uit te bereiden. Zij hebben minder scholing en hun bevoegdheid beperkt zich veelal tot basis zorgen (zoals aankleden, wassen, eten geven).

Wat verder belemmerend werkt in het zoeken naar de vraag, is dat de vraag van de cliënt verdeeld wordt over verschillende disciplines en zorgmedewerkers van verschillend functieniveau. Zo zorgt verzorgende niveau twee voor de steunkousen, niveau drie deelt de medicatie uit en niveau vier komt in beeld bij bepaalde verpleegtechnische handelingen. Deze verdeling van taken brengt ook een hiërarchie in de scheiding van bevoegdheden en verantwoordelijkheden met zich mee, die door het bestuur recent nog eens is gearticuleerd in verband met de (toen) dreigende bemoeienis van de inspectie. De verzorgenden die het meest interacteren met cliënten zijn meestal van functieniveau twee en vertellen terughoudend te zijn in het nemen van verantwoordelijkheid voor de vraag van de cliënt. De functie van EVV'er, juist bedoeld om zorghandelen te kunnen coördineren, bestaat wel, maar deze kan volgens onze respondenten de coördinerende taken niet waarmaken. Een waarneming die ook in een door externen verricht onderzoek (bureau H) zou zijn gedaan. Het gevolg is – zo nemen wij waar – dat vragen van cliënten migreren naar hogere functieniveaus, een proces dat tijd kost en gepaard gaat met verlies van informatie.

Op de zorgpraktijken, zoals de thuiszorg en de dagbehandeling, waar zorgmedewerkers wel zeggen te kunnen beschikken over een ‘totaalplaatje’ van de cliënt (zoals zij dat noemen), zijn deze medewerkers volgens hen beter in staat naar de vraag van de cliënt te zoeken en daar verantwoordelijkheid voor te nemen, omdat ze een niet versnipperd beeld van de cliënt hebben. Het valt ons op dat deze locaties zowel fysiek als organisatorisch afgegrensd zijn van

de rest van de organisatie, disciplines komen op afroep en er is een vast team, met minder mutaties en ziekteverzuim. Wij komen op deze waarneming in de paragraaf ‘ruimte’ terug.

Ook onze bevinding dat slechts een deel van het zorgplan wordt ingevuld (lichamelijk en mentaal welbevinden, twee van de vier domeinen) en volgens de verpleeghuisarts ook die delen niet worden ingevuld als er geen expliciete vraag van de cliënt is, helpt niet bij het zoeken naar de vraag van de cliënt. Ook wordt de cliënt niet altijd betrokken bij het opstellen van het zorgplan en de terugkoppeling naar de familie vindt niet altijd plaats, blijkt uit de interviews. Informatie over de ervaringen in het zorgen voor de cliënt worden niet altijd vermeld in het zorgplan, waardoor de familie als ‘drager van de informatie’ moeten dienen.

6.2.1.b Zoeken naar de vraag in de bestuurspraktijk

“Als je als leidinggevende goed luistert, hoor je het. Anders gezegd: ‘hoor je de baby huilen of niet.’ Hoe komt het dat er niemand naar de baby toe is gegaan? Want ze hebben de baby allemaal horen huilen.”
(Cas, manager revalidatie, derde ronde)

Wij presenteren onze bevindingen in deze sectie in drie gedeelten. De eerste bevindingen dateren van voor het bezoek van de inspectie, de tweede (kort) na het bezoek van de inspectie en wij ronden deze paragraaf af met onze bevindingen hoe het bestuur een kanteling in het faciliteren naar het zoeken naar de vraag heeft bewerkstelligd.

In het eerste gesprek (voor de rapportage van de inspectie) vertelt bestuurder Carel dat hij het interactieve aspect van zorgen belangrijk vindt en dat dit in evenwicht moet worden gebracht met – wat hij noemt – professionele of technische zorg. “Je ontmoet elkaar, zorgvrager en zorgverlener, op de eerste plaats als mens.” Ook de kernwaarden van de organisatie, betrokken, verantwoordelijk en ondernemend, lijken het interactief aspect van zorgen te benadrukken. Betrokkenheid, je verantwoordelijk voelen en voor de cliënt buiten gebaande paden durven treden zoals de kernwaarden worden uitgelegd door de bestuurder, maken dit duidelijk. Bestuurder Carel hecht veel aan het project Zinnvolle Zorg, dat een waaier van activiteiten kent, zoals moreel beraad, bijscholingen, exitgesprekken met ontslagen revalidatie cliënten, activiteiten uitgevoerd en gestuurd door de geestelijk verzorgers. Verder bestaan er nog eens 76 verschillende projecten. In deze projectaanpak wringt echter de schoen volgens sommige van onze respondenten. Is er een vraag in een zorgpraktijk rond een cliënt die bijvoorbeeld te veel alcohol gebruikt of die wil roken op de eigen kamer, wordt die vraag uit de betreffende zorgpraktijk gehaald en tot ‘project’ gemaakt, waarbij stafleden zich erover buigen om tot een organisatie breed beleid te komen. Uit de gesprekken horen wij dat die huisbrede oplossingen vaak weer niet toepasbaar zijn in concrete situaties rond cliënten, waardoor er door de zorgverleners weer omwegen en uitzonderingen moeten worden gevonden. Bovendien horen wij als klacht van verzorgenden dat “de resultaten van die projecten nauwelijks verwerkt zijn of er wordt weer opnieuw een project opgestart”.

In de slotbijeenkomst van de eerste ronde, waarin wij onze bevindingen aan de participanten hebben voorgelegd, hebben we de bestuurder beschreven op basis van een collage van typering van zijn medewerkers als: “Een enthousiast bestuurder, die niet de rust en de tijd neemt de talloze projecten te implementeren. Hij neemt tijdens interacteren ruimte in, luistert soms slecht. Zijn ambities zijn groter dan zijn agenda mogelijkheden.” (slot bijeenkomst, eerste ronde). Kortom de dynamiek in zijn bestuurlijk handelen staat in de weg om aandachtsvol te kunnen afstemmen op vragen die leven in de zorgpraktijken.

Als we hem na het bezoek van de inspectie weer spreken, geeft hij aan zijn wijze van sturen te hebben veranderd. In zijn woorden gaat het nu om: “luisteren en draagvlak zoeken in plaats van zenden.” Hij zegt nu als gedragsregel te hanteren: “Ga erheen [de zorgpraktijken], ga kijken en ga dan sturen. Geef de kaders, we lieten ze daarvoor of helemaal los of trokken ze te strak aan. Kortom ga naar je klant en stel vragen in plaats van antwoorden geven en voorstellen doen.” De secretaris van de cliëntenraad herkent die verandering: “hij luistert nu beter”, merkt zij op in de derde ronde.

Cato, bij de afschaffing van de divisiestructuur nu (tweede ronde) als directeur Zorg eindverantwoordelijk voor de zorg, komt (na het inspectierapport) regelmatig op de werkvloer, interacteert daar met zorgmedewerkers en luistert naar hun vragen over organisatorische voorwaarden die hun zorgen zouden kunnen faciliteren. Maar niet alleen interacteert het bestuur meer met de zorgpraktijken, zij scheidt ook kaders om het zoeken naar de vraag te faciliteren. Als voorbeeld de rol van de EVV’er die nu in staat wordt gesteld meer coördinerend op te treden, in elke dienst moet nu een EVV’er aanwezig zijn. Ook de projectorganisatie is aangepast, van de 76 projecten zijn er 7 over die te maken hebben met een aantal grootschalige veranderingen, zoals nieuwbouw.

Wanneer wij met zorgmedewerkers in de derde ronde spreken, zien wij dat het beeld over de bestuurspraktijk aan het veranderen is; de zorgmedewerkers beleven het bestuur en de organisatie als minder top-down. Zorgmedewerker Claire: “Vroeger moesten we alles aan de manager vragen en die zei vaak nee. Nu mogen wij zelf handelen.” Ook de veranderde rol van de EVV’er wordt als ondersteuning in hun zorgen voor beleefd. Deze maatregelen door het bestuur kunnen niet als geïsoleerd van andere ingrepen (zoals de versterking van de zorgteams, het aantreden van een nieuwe generatie managers) worden beschouwd. De andere interventies komen in de volgende paragrafen aan bod.

Ter afronding van dit thema zien wij in de loop van de drie onderzoeksronden de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen veranderen. In de eerste ronde ligt bij zoeken naar de vraag van de cliënt de nadruk op het instrumenteel zorgen, waarbij de vraag vooronderstelt wordt door de zorgcategorie waartoe de cliënt behoort. De vraag, of liever gezegd het aanbod, wordt gewogen in zorgzwaarte, die in de zorgpraktijken moeilijk kan worden gedragen vanwege mutaties, ziekteverzuim en een klimaat waarin door verschillende oorzaken risico’s worden vermeden en verzorgenden zich aan hun formele taken en bevoegdheden houden. Het resultaat is een basis vorm van instrumenteel zorgen, waarin het zorgen wordt beperkt tot het noodzakelijke. De kanteling in die verhouding vindt plaats in de loop van het onderzoek als gevolg van het bezoek van de inspectie. De (gereorganiseerde) bestuurspraktijk pakt de organisatie aan (waarover later meer) en verkleint de afstand met de zorgpraktijken, een managementlaag verdwijnt en de directeur Zorg gaat actief interacteren met de zorgpraktijken om op die manier af te stemmen op vragen in/van de zorgpraktijken.

6.2.2.a In relatie blijven in de zorgpraktijk

“De cliënt is een boek met hoofdstukken en wij zijn één van die hoofdstukken en moeten de andere hoofdstukken nog leren kennen. Als je een relatie met de cliënt aangaat stel je hem centraal. Als je een relatie met de patiënt aangaat is de vraag: wat hebt u nodig? Ookal is de relatie niet gelijkwaardig, hij heeft wel de regie.”
(Chris, manager thuiszorg derde ronde)

Menswaardig zorgen impliceert een relatie tussen de zorgverlener en de cliënt, waarbij elke keer opnieuw een balans moet worden gevonden tussen interactief en instrumenteel zorgen. Een relatie waarin de zorgverlener tracht de positie van de cliënt wederkeriger of symmetrischer te maken. Evenals in de voorgaande subparagraaf zien wij dat het inspectiebezoek een omslagpunt vormt in onze observaties. Wij geven eerst weer enkele bevindingen in de zorgpraktijken (tijdens de eerste ronde) in hun pogingen om in een symmetrische relatie met cliënten te komen en te blijven om daarna in sectie b over de bestuurspraktijk de veranderingen weer te geven die wij in de tweede en derde ronde hebben waargenomen. Wij sluiten af met de waargenomen effecten van deze veranderingen.

Wij starten met een casus. Wij onderzoeken een locatie met circa 130 zelfstandig thuiswonende cliënten. Deze locatie is onderdeel van het voormalig verzorgingstehuis, locatie D, omgebouwd tot tweekamerappartementen. Een vast zorgteam voorziet de ‘huurders’ van thuiszorg. Het gaat bij deze groep cliënten veelal om hoogbejaarden met een klein of ontbrekend sociaal netwerk. In onze gesprekken met cliënten, die plaatsvinden in hun appartementen, geven zij aan dat zij niet begrijpen dat, wanneer hun burens worden verzorgd, zij niet als onmiddellijke buur als volgende aan de beurt komen. Bij navraag bij het zorgteam blijkt dat de looproutes regelmatig worden veranderd om te voorkomen dat de relatie tussen verzorgenden en de cliënten te hecht zou worden. Zo vertelt verzorgende Claudia dat zij elke keer weer nieuwe cliënten ontmoet met als nadeel dat je als verzorgende lastiger een relatie opbouwt. Zo moest zij bij een cliënte met afasie (spraakstoornis) de schoonmaakhulp raadplegen welke kleding zij moest kiezen. “Als je vaker over de vloer komt dan bouw je sneller een relatie op.” De extra tijd die deze logistiek vergt (verzorgenden moeten soms kriskras door het huis heen lopen), draagt bij aan de klachten van cliënten dat zij soms lang moeten wachten. Hun dagplanning en hun vrijheid van handelen komt hierdoor in het geding en laat hen ervaren hoe afhankelijkheid zij van de zorgverleners zijn. Overigens valt op dat ondanks deze organisatorische belemmeringen, de zorgmedewerkers betrokkenheid tonen met hun cliënten. Als zij op hun ronde horen dat een cliënt gevoelens van somberheid uit, gaan zij in hun eigen tijd nog even langs bij deze cliënt.

Wat opvalt in deze casus is de betrokkenheid van de verzorgenden in die zin dat zij de instrumentalisering van het zorgen (de steeds veranderende looproutes om professionele distantie te scheppen en ook het strakke tijdschema inherent aan de bekostigingsmethodiek in de thuiszorg) in hun eigen tijd compenseren. Wat verder opvalt is dat de complexiteit van de zorgvraag van deze, veelal hoogbejaarde en kwetsbare cliënten niet onder doet voor die van sommige cliënten die zich in het intramurale gedeelte van de organisatie bevinden. Deze situatie vraagt de nodige zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de verzorgenden. In het begin was dat even wennen (zegt Claudia, vroeger kraamverzorgende) maar het hebben van deze zelfstandigheid, hun eigen beslissruimte en het hebben van een ‘totaalplaatje’ van de cliënt faciliteert hun zorgen. De aparte, fysieke compartimentalisering van deze locatie benadrukt niet alleen deze organisatorische ruimte, maar ook het feit dat zij het zorgen samen – zoals zij dat aangeven – moeten doen. De fysieke ruimte vordert als het ware het zelfstandig functioneren op. Wij pakken het ruimtelijk aspect in de volgende paragraaf op.

6.2.2.b In relatie blijven in de bestuurspraktijk

Vraag van de onderzoeker [in de tweede ronde terugkijkend op het bezoek van de inspectie]: “Wat is je grootste les uit de gevolgen die het inspectierapport te weeg heeft gebracht?” Bestuurder Carel: “Je moet met anderen spiegelen en je moet [ook] echt kijken wat er aan de hand is op de werkvloer.”

Een belangrijke verantwoordelijkheid van een bestuurspraktijk is niet alleen het verbinden van haar praktijk aan die van andere praktijken in de organisatie om aldus draagvlak te scheppen voor haar beleid, maar ook om de andere praktijken onderling te verbinden, in die zin dat zij kunnen samenwerken binnen een gemeenschappelijk normatief en materieel kader. Tijdens de gesprekken met het bestuur in de eerste ronde wordt vaak de term ‘eilandjes’ gebruikt om het gebrek aan onderlinge samenhang in de organisatie te benoemen. Afdelingen zouden met de “rug naar elkaar” staan. In onze slotpresentatie van de eerste ronde geven wij terug dat de participanten aan het onderzoek die verbindende rol van het bestuur missen en zich afvragen of het bestuur daar wel voldoende tijd voor heeft en neemt. Casper, de externe voorzitter van het crisisteam, opgericht na de onder verscherpt toezichtstelling van de inspectie, heeft de relatie tussen bestuur en de organisatie met een ‘ledenpop’ vergeleken: “een hoofd [bestuur] vol goede ideeën, maar als je aan de touwtjes trekt gebeurt er niets [in de organisatie].” De relaties tussen de zorgpraktijken en de overige praktijken zijn conflictueus, waarbij opvalt dat zorgpraktijken zich niet serieus genomen voelen door de andere praktijken. Ter illustratie. Een zorgpraktijk doet haar best een cliënt tijdens het ‘spitsuur’ ’s ochtend klaar te hebben voor de fysiotherapie, echter op het laatste moment en zonder opgaaf van reden wordt deze afspraak afgezegd. En dit – geven verzorgenden aan – is niet een incident.

In de tweede ronde geeft Cato aan dat haar nieuwe functie als eindverantwoordelijke voor de zorg tot een meer gelijkwaardige relatie met bestuurder Carel heeft geleid. En met deze meer symmetrische verhouding tussen beiden, lijken ook de zorgpraktijken in een andere, lees wederkerige, verhouding te komen tot het bestuur. Het gevoel van ondergeschiktheid van de zorgpraktijken met de andere praktijken maakt plaats voor een meer gelijkwaardige positie, getuige de reacties van zorgmedewerkers in de derde ronde (zie onder). Voor Carel, de bestuurder, zijn de effecten merkbaar in hun bestuursoverleg. Zo zegt hij: “Wij zijn scherper naar elkaar geworden als het gaat om het houden aan afspraken, het nakomen van tijdsplanningen.” Verder bezoekt (zie de vorige subparagraaf) zorgdirecteur Cato nu regelmatig de zorgpraktijken. Tijdens een interview in de derde ronde vat zij de veranderingen in haar sturen als volgt samen:

“Ik heb een andere bril nu, ik kijk nu of cliënten zitten te dutten in de huiskamer, is er familie aanwezig, wat gebeurt er, waar zie ik dat mensen geraakt (enthousiast) worden en waar niet? Ik probeer de balans te vinden tussen persoonsgerichte zorg en veiligheid. (...)

Ik maak praatjes met medewerkers en luister naar de verhalen of ze hetzelfde zijn tussen medewerkers die met diezelfde cliënt bezig zijn. Door vragen te stellen naar lastige situaties, bewuster en microscopisch, belangstellend. Maar ik kan ook direct ingrijpen indien nodig. Je praat er nu veel over in plaats van alleen zenden, dat alleen al is sturen als je de ronde doet. Ik ben met vragen op zoek op de werkvloer, hoe ziet er die uit. Sla piketpaaltjes en zoek ook de tegenkracht.”

(Zorgdirecteur Cato, derde ronde)

Als wij in de derde ronde met zorgmedewerkers spreken rond het thema van deze subparagraaf, dan geven zij aan meer ruimte te ervaren om relaties met cliënten aan te gaan. De EVV’er heeft volgens hen een duidelijker rol gekregen en door verbeteringen in de (continuïteit van de) personeelsplanning krijgen, volgens de zorgmedewerkers, cliënten elke dag een vertrouwd gezicht te zien. De inzet van verzorgenden met een migratieachtergrond om relaties te kunnen leggen met cliënten met eenzelfde achtergrond wordt ook als relatiebevorderend genoemd. Ook spreken de verzorgenden positief over het betrekken van

familieleden bij groeps gesprekken in de huiskamer. Het beeld uit de eerste ronde van zorgmedewerkers die zich onder druk gezet voelen, gebrek aan tijd ervaren, de situatie in de zorgpraktijken typeren als ‘pompen of verzuipen’, zien wij in onze bevindingen van de derde ronde niet meer terug. Over de organisatie als een verzameling van eilanden wordt niet meer gesproken.

Samenvattend lijkt er – voor de kanteling – een spiegeling tussen de asymmetrische positie van cliënten, zoals beschreven in de vorige subparagraaf en de als ondergeschikt ervaren positie van de zorgpraktijken ten opzichte van andere praktijken in de zorgorganisatie. Als na de kanteling de verantwoordelijkheid voor de zorg bij een directeur Zorg wordt neergelegd, heeft dat gevolgen voor zowel de positie van de zorgpraktijken alsook voor de mogelijkheid tot interactief zorgen met cliënten. Elementen zijn niet alleen het herstel van relatie met de zorgpraktijken, maar ook dat door de reorganisatie van de bestuurspraktijk de belangen van de zorgpraktijken kennelijk meer worden gewogen.

6.2.3.a Ruimte geven, ruimte krijgen in de zorgpraktijk

In hoofdstuk vier hebben wij al onze bevindingen weergegeven van het hebben van eigen (woon)ruimten voor cliënten en het aspect van de organisatorische ruimte voor de zorgverleners als elementen die een rol kunnen spelen bij het bevorderen van menswaardig zorgen. Die aspecten zien wij ook terug in deze organisatie, echter met nog een ander fenomeen: het effect van het hebben van een eigen fysiek compartiment binnen de organisatie op het zelfstandig kunnen handelen in de zorgpraktijk. In de sectie van de bestuurspraktijk zullen met name onze bevindingen van de kanteling in organisatie beschrijven en het effect dat deze heeft gehad op de ervaren organisatorische ruimte.

Een casus. Tijdens de tweede ronde bezoeken wij afdeling A, een afdeling bestemd voor revalidatiecliënten, gelegen op de begane grond, pal naast een grote open ruimte waar personeel kan lunchen en bewoners hun familieleden kunnen ontvangen. De afgrenzing van de afdeling met deze grote ruimte is open en bewoners zitten aan een grote tafel grenzend aan de grote open ruimte. De verzorgende die ons ontvangt is nog boos. Zij heeft ternauwernood voorkomen dat teamleider Carmen – zonder voorafgaand overleg – een van haar teamleden zou laten invallen op een ander zorgteam. Het is spitsuur, 09.00 uur ’s-ochtends. Op de smalle gangen staan overal containers met vuil wasgoed en karren met schoon linnengoed. Op de afdeling en op de (tweepersoons) kamers zien wij het brede gamma van verzorgende functies: verzorgenden van allerlei verschillende niveaus, beddenassistenten, voedingsassistent, vrijwilligers die cliënten komen halen voor de therapie, een medewerker van de paramedische dienst die lichttherapie op de slaapkamer verzorgt, een praktijkbegeleider en een extern kwaliteitsverpleegkundige. Het is er druk, hectisch en onoverzichtelijk.

Als wij een jaar later, in de derde ronde, terugkeren naar dezelfde afdeling A is de situatie veranderd. De locatie heeft een andere naam en is inmiddels verhuisd naar een locatie – buiten het verpleeghuis – vlak naast een algemeen ziekenhuis op een aparte etage. Je moet aanbellen om toegang te krijgen tot een lift die je naar de etage brengt. Daar is het rustig, het spitsuur is al voorbij, maar toch. Wij spreken er met een zevental cliënten die de aandacht en de betrokkenheid van de verzorgenden prijzen. Een van de cliënten die al langer verblijft op de afdeling noemt het een ‘warm bad’. Als je belt staan de verzorgenden voor je klaar. Er wordt door de cliënten niet meer gesproken over wachttijden. Als wij de vraag naar de oorzaken van deze verandering in deze locatie voorleggen aan verzorgenden, horen wij dat de cliënten nu over een eigen kamer beschikken en die ook gebruiken. Ook zijn verzorgenden en cliënten in deze afzonderlijke locatie meer op elkaar aangewezen. Zo zegt verzorgende

Corrie: “Dat geldt ook voor het zorgteam onderling. Facilitaire functies zoals een receptie zijn er niet meer. Nu moeten we dat zelf doen en dat is best leuk.” Teamleider Carmen zegt over de veranderingen, dat het team in deze nieuwe locatie nu meer zelf de verantwoordelijkheid ‘moet’ dragen. Carmen: “Nu op deze nieuwe aparte locatie voel ik ook veel meer vrijheid en ook medewerkers nemen meer verantwoordelijkheid. Als ik er niet ben moeten zij het zelf oplossen. Als ze vragen hebben worden deze eerst bij hen zelf teruggeleegd. Ze zoeken elkaar ook meer op, ook met behandeldisciplines.”

Het effect van een ‘eigen’ fysieke ruimte, waar verzorgenden zelf ook hun verantwoordelijkheid kunnen ervaren, hebben wij al eerder bij de zorgteams van de dagbehandeling en de thuiszorg gezien. Beiden hebben een apart organisatorisch en fysiek compartiment, waar zij redelijk zelfstandig kunnen opereren. Medewerkers van de thuiszorg geven aan dat – in vergelijking met hun ervaringen eerder in het verpleeghuis – het werken met cliënten minder hiërarchisch wordt ervaren (wie is verantwoordelijk voor wat) en minder opgesplitst. Je werkt nu met het ‘totale plaatje’ van de cliënt. Verzorgenden in die zorgpraktijk waarderen dat. Ook de dagbehandeling bevindt zich in een afgescheiden en ‘eigen’ compartiment en heeft mede daardoor een grote mate van eigen zelfstandigheid. De teamleider regelt zelf de inkoop van maaltijden en materialen. Zij voert zelf onderhandelingen over vervoer van de cliënten en eventuele ketenzorg. Therapieën en schoonmaak worden op afspraak betrokken uit het verpleeghuis.

Het gaat in alle bovengenoemde voorbeelden natuurlijk niet uitsluitend om de ruimte in fysieke zin, maar evenzeer om hun organisatorische ruimte. Die bestaat uit ruimte om zaken zelf te regelen en uit de afgrenzing van de overige werkprocessen van het verpleeghuis, welke als meer hiërarchisch en opgesplitst worden ervaren. Uit de gesprekken blijkt ook dat deze eigen ruimte voor het team gepaard gaat met eigen beslisruimte, met de kanttekening dat bij de thuiszorg deze vrijheid weer beperkt wordt door de zorgroutes. Wij zien echter ook dat zo’n eigen compartiment niet alleen de mogelijkheid schept, maar ook (zoals teamleider Carmen dat onder woorden brengt) dat medewerkers “wel moeten”. Baas in eigen ruimte vergt ook zelfstandig handelen, hetgeen overigens door de verzorgenden niet als onplezierig wordt beleefd.

Terugkijkend op onze bevindingen met de hoogbejaarde, kwetsbare cliënten in de thuiszorg zien wij hetzelfde fenomeen. Hun zelfstandige eigen woonruimte stelt hen in staat om zelfstandig te kunnen functioneren, maar vraagt tegelijkertijd ook van hen, willen zij hun zelfstandige positie kunnen handhaven, bereidheid om zelfstandigheid op te pakken, ondanks de vaak aanwezige lichamelijke en/of geestelijke beperkingen.

6.2.3.b Ruimte geven, ruimte krijgen in de bestuurspraktijk

“Hoe meer je gaat beheersen [hoe meer] gaat het mis, dan neem je de ruimte weg. Je kunt organisaties aansturen in beheersing en in kaders. Je komt in een beheers-rationaliteit terecht en daarmee neem je elke ruimte, elk initiatief weg.”
(Manager revalidatie Cas, derde ronde)

Eén van de kernwaarden van deze zorgorganisatie (naast ‘betrokken’ en ‘verantwoordelijk’) is ‘ondernemend’. Volgens bestuurder Carel (eerste ronde, voor het inspectierapport) vraagt dit van de zorgmedewerkers dat zij risico durven nemen in het zorgen voor hun cliënten en willen afwijken van gebaande paden in het belang van de vraag van de cliënt. Uit onze observaties en gesprekken blijkt echter dat deze uitleg niet bekend is in de zorgpraktijken noch bij de

managers. Wij komen in onze gesprekken met medewerkers geen narratieven tegen die deze bestuursopvatting over deze kernwaarde weerspiegelen. Terugkijkend zal bestuurder Carel over het gebrek aan concretisering en uitdragen van de kernwaarden zeggen: “Ik vertrouwde te veel op de professionals dat zij onze opvattingen wel zouden vertalen.”

De managers in de divisie Zorg geven tijdens de eerste ronde aan weinig ruimte te ervaren om zelfstandig te kunnen functioneren. Voor elke beslissing zouden zij een handtekening bij divisie manager Christa, hun leidinggevende, moeten halen. Manager Cas herkent het gebrek aan beslissruimte. Zorgmedewerkers zouden daarom volgens hem de neiging hebben zich niet kwetsbaar op te stellen in relaties met cliënten en meer de nadruk leggen op zorgen volgens de regels om elk risico te vermijden.

Met de komst van nieuwe managers en teamleiders in de loop van de tweede en derde ronde zien wij ook het beeld over de ervaren organisatorische ruimte veranderen. Zorgmedewerkers met wie wij spreken geven aan dankzij de komst van deze managers meer ruimte en vrijheid te krijgen. Zij geven aan dat er minder regels worden gehanteerd, er worden kaders geformuleerd ten aanzien van verantwoordelijkheden. Vroeger liepen veel vragen via de manager, nu bestaat er ruimte om daar zelf mee aan de slag te gaan. Teamleider Carise: “Ik voel met deze nieuwe manager meer vrijheid, het team merkt dat ook. Ik kan aan de slag met het team en met de bewoners. We hadden voorheen veel regels en veel agressie en tegendraads gedrag van cliënten. Ik ben er heel erg mee aan de slag gegaan samen met de kwaliteitsverpleegkundige die sinds 1 augustus bij ons werkt. Die gaat specifiek in op gedrag, we hebben daarin een hele omslag gemaakt.”

Hoe is deze kanteling tot stand gekomen? In de gesprekken die wij met de nieuwe middenmanagers hebben gehad, observeren wij dat zij ervaren zorgprofessionals zijn die al eerder, elders, als crisismanager hebben gewerkt en gewend zijn zichzelf in relatie tot hun opdrachtgevers duidelijk te positioneren. Kortom, zij hebben aan Cato, nu zorgdirecteur, beslissruimte gevraagd en gekregen. Die ruimte materialiseert zich in (meer) budget, ingrepen in de formatie en de teamsamenstelling in de zorgpraktijken en in het implementeren van hun eigen opvattingen over interactief zorgen.

Afrondend komt uit onze observaties de dubbele werking van het hebben van een eigen compartiment, fysieke ruimte, voor zorgmedewerkers en cliënt naar voren. Enerzijds schept het de mogelijkheid tot zelfstandig handelen, anderzijds vraagt het ook zelfstandig handelen van medewerker en cliënt. Juist in deze verhouding tussen ruimte geven en grenzen stellen verschijnt menswaardig zorgen. Als het gaat om het vergroten van de organisatorische ruimte van zorgmedewerkers en zorgpraktijken zien wij dat het bestuur nieuwe managers aanstelt na de crisis ter vervanging van de ‘oude’ managers. Deze nieuwe managers krijgen ruimte in geld en middelen om interactief zorgen meer mogelijk te maken, hetgeen effect lijkt te hebben op de ervaren beslissruimte van de medewerkers.

6.2.4.a Inrichten en praktische organiseren in de zorgpraktijken

“Ik had niet gedacht dat medewerkers zo ongelukkig konden zijn over iets dat zo goed bedoeld was.”

(Bestuurder Carel, tweede ronde, refererend aan de keukentjes die per team zijn ingericht.)

De (deel)vraag die wij in deze paragraaf willen adresseren is welke invloed de materialiteit heeft op menswaardig zorgen en op welke manier deze de verhouding tussen interactief en instrumenteel zorgen beïnvloedt. Een aspect van deze *social material arrangement* dat wij hebben onderzocht is hoe de continuïteit van het zorgen wordt gewaarborgd, niet alleen in de vorm van menskracht maar ook artefacten (zoals financiën en goederen) die in het zorgen nodig zijn. Wij geven ter afronding van het eerste deel ook de inrichting als het gaat om het scheppen van een woonomgeving weer. In het tweede deel van deze paragraaf schenken wij aandacht aan de organisatorische patronen, die volgens de bestuurder en blijkens onze observaties ten grondslag lagen aan het gebrek aan voldoende organisatorische voorwaarden. Wij ronden het tweede deel af met de elementen die de al eerdergenoemde kanteling hebben bevorderd.

Wij beginnen met een citaat uit een gesprek met een zorgmedewerker (eerste ronde):

“Cliënten en familie vragen veel. Ik kan niet meteen antwoord geven. Ik mag die beslissingen ook niet meteen zelf maken. Bijvoorbeeld bij een kapotte bladderscan [instrument om de hoeveelheid urine in de blaas te meten] kan het dagenlang duren voordat er een reserve is. Ik kan het alleen doorgeven. Of er actie op wordt ondernomen komt van hogerhand. Alleen zorginhoudelijk kan ik zelf beslissen, maar ik moet de dingen wel overleggen. Of ik kan een klacht indienen bij hogerhand. (...) Je hebt te weinig tijd, cliënten hebben zo’n intensieve zorg nodig, die kun je niet bieden, er is altijd wel iets dat tegen zit. Dan ben je die tijd alweer kwijt. Te weinig personeel, stagiaires worden niet altijd boventallig gepland. Dan kun je ze niet goed begeleiden. Goed materiaal, materiaal dat we nodig hebben, is niet altijd aanwezig, thermometer, scharen, je grijpt in alles mis, billendoekjes [sic], bloedsuikermeter. We hebben ze wel gehad, je blijft zoeken. Kussens in het verpleegkundig magazijn, grijp je negen van de tien keer mis om mensen een comfortabele houding in bed te kunnen bieden.”

(Zorgmedewerker Chantal)

Een aantal organisatorische aspecten in en rond de zorgpraktijken komen hierin naar voren. Op de eerste plaats weer (zie paragraaf 6.2.1) de ‘hiërarchisering’. Vragen worden neergelegd in een hoger echelon. Het effect van verdeling van verantwoordelijkheden en functies hebben we eerder al besproken. Op de tweede plaats de als onvoldoende beleefde voorziening van hulpmiddelen en instrumenten. En ten slotte de ervaren problemen in de personeelsplanning en continuïteit van zorg. De laatste twee aspecten werken wij hieronder uit.

In de voorafgaande subparagrafen kwam uit onze gesprekken en observaties in de eerste en tweede ronde naar voren dat de continuïteit van zorgen onder druk staat. Als belangrijke factor wordt steeds in de gesprekken het tekort aan personeel genoemd, waardoor volgens onze gesprekspartners “het ene gat met het andere moet worden gevuld”. Maar er lijken ook andere oorzaken te zijn die de kwetsbaarheid qua bezetting van de zorgpraktijken vergroten. Zorgpraktijken zoals voor revalidatie afdeling A en de NAH (cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel) bestaan uit zorgteams van meer dan 20 medewerkers. Elk van de zorgpraktijken heeft dat team opgesplitst in vier kleinere subteams, die elk een deel van de cliënten verzorgen. Bij ziekteverzuim wordt er geschoven met medewerkers van het ene naar het andere subteam met als gevolg dat de hectiek zich over de hele zorgpraktijk verspreid en gevolgen heeft voor het menswaardig (kunnen) zorgen.

Menswaardig zorgen komt volgens onze gesprekspartners ook onder druk te staan door de gebrekkige levering van materialen en de wijze waarop technische storingen worden verholpen. Wij horen klachten over de technische dienst (“Een schat van een man. Maar hij belooft meer dan hij kan waarmaken”), omschrijft een manager het functioneren van het hoofd van die dienst). Ook de aanlevering van de medicatie leidt tot problemen. In deze organisatie wordt het zogenaamde baxter-systeem gebruikt, waarin per cliënt in een plastic verpakking per medicament de dosering voor de hele week wordt verstrekt. Handig als er geen veranderingen in de medicatie plaatsvinden, maar tijdrovend en foutgevoelig zodra een ander medicament of een andere dosering wordt voorgeschreven. Handmatig moet de verzorgende dat corrigeren, niet gebruikte medicatie wordt (volgens de inspectie onveilig) bewaard op de zorgpraktijk enzovoort. De organisatie lijkt in zulke gevallen, zoals een verzorgende dat in de slotronde uitdrukt, als een hindernis tussen de verzorgende en de cliënt in te gaan staan.

Ten slotte geven wij onze observaties weer hoe het aspect wonen op de afdelingen gestalte wordt gegeven. Cliënten in de thuiszorg beschikken over een eigen appartement, dat zij naar eigen smaak hebben kunnen inrichten en dat hen het gevoel van een ‘eigen huis’ geeft. Op de afdelingen bestemd voor LNR- (langdurige neurologische revalidatie) en NAH- (niet aangeboren hersenletsel) cliënten zien we op de eigen kamers van die cliënten weinig eigen meubilair en persoonlijke spullen, hoewel door de organisatie wel wordt gepromoveerd dat mensen eigen meubels kunnen meenemen. Wanneer wij over de gangen lopen, observeren wij dat veel cliënten hun kamerdeur open hebben staan, soms op verzoek van de cliënt zelf (die dan contact met de buitenwereld ervaart), soms uit veiligheidsoverwegingen om “een oogje in het zeil te kunnen houden op de cliënt”. In die situatie lijkt de eigen kamer meer onderdeel uit te maken van de publieke ruimte. Op de revalidatie afdeling A zijn nog twee persoonskamers in afwachting van verhuizing naar een nieuwe locatie. De huiskamers worden door de cliënten en hun familie beleefd als ‘kaal’ qua aankleding. Eerst in de loop van de tweede en derde ronde zien wij de aandacht voor de (woon)inrichting toenemen, zoals blijkt uit de aankleding van de pas verhuisde afdeling W (voorheen A), waar volgens de werkzame zorgmedewerkers zorgvuldig over is nagedacht.

6.2.4.b Inrichten en praktisch organiseren in de bestuurspraktijk

Wanneer wij aan bestuurder Carel aan het einde van de eerste ronde de vraag voorleggen naar de oorzaak dat de bestuurspraktijk in onvoldoende mate organisatorische voorwaarden heeft geschapen, althans in de opvattingen van de inspectie en van onze gesprekspartners, om de kwaliteit van zorgen te waarborgen, is één van zijn verklaringen dat het bestuur het organisatieprincipe toepaste van *one size fits all*. Als voorbeeld noemt hij de medicatieverstrekking (zie vorige sectie) die wellicht goed toepasbaar is op een doelgroep cliënten, die goed zijn ingesteld op bepaalde medicatie, maar niet op doelgroepen bij wie medicatie vaker moet worden aangepast. Hij zegt dat de zorgorganisatie oorspronkelijk bestemd was voor *long stay* somatische patiënten en dat de organisatorische condities voor die groep ook voor andere doelgroepen cliënten zijn toegepast.

Een andere verklaring is het organiseren op basis van ‘goede bedoelingen’, zoals de bestuurder het zelf aangeeft. Het bestuur heeft willen inspelen op de trend van kleinschalig wonen en een onderdeel daarvan vormt het inrichten van keukens in de huiskamers van de zorgpraktijken, met de bedoeling dat zorgmedewerkers samen met en voor hun cliënten zouden kunnen koken. ‘Lokaal koken’ noemen zij dat. Uit onze gesprekken blijkt dat het bestuur dat nauwelijks in samenspraak met de zorgpraktijken heeft gedaan en dat dit project gebrekkig geïmplementeerd is. Cliënten klaagden over de variëteit in de kwaliteit van de maaltijden en de zorgpraktijken konden qua tijd en bezetting deze extra taak niet waarmaken

en stopten al kort na de start met 'Lokaal koken'. Goede bedoelingen van het bestuur blijken ook uit de start van een speciale afdeling voor Langdurige Neuro Revalidatie voor subcomateuze cliënten. Vanuit de (para)medische dienst worden hier vraagtekens bijgezet. De financiering van de hogere zorgzwaarte van deze cliënten zou ontoereikend zijn om de voor deze groep cliënten noodzakelijke personele bezetting en deskundigheid te kunnen waarborgen. Bovendien zou ook de implementatie van dit experiment te wensen overlaten. De specialist ouderengeneeskunde zegt hierover:

“Men [het bestuur] is kordaat [met dit experiment] begonnen, zo van we zien wel. Dat is hier in huis wel een trend, dat zie je met LNR (Langdurige Neurologische Revalidatie) ook zo. We zitten met een NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel) unit waar we een volgende fase in moeten gaan, professioneler moeten gaan vormgeven qua zorg. Dat is de uitdaging van zo'n unit en is de charme juist. Maar door zo te werken verliezen veel mensen energie (...).”
(Specialist ouderengeneeskunde, Celeste)

Deze opmerking illustreert nogmaals dat er (veel) projecten worden gestart, maar dat er te weinig tijd en aandacht is voor de implementering van de projectresultaten. Een opmerking die wij vaker horen in de eerste ronde, een situatie die onrust creëert in de zorgpraktijken. Nauwelijks zijn de medewerkers gewend aan een veranderde werkwijze of deze wordt weer opnieuw veranderd, verzuchten medewerkers.

In de loop van de tweede ronde zien wij de kentering, waarvan de resultaten nog duidelijker worden in de derde ronde. De organisatorische voorwaarden waaronder de zorgpraktijken moeten werken worden aangepast. Die veranderingen behelzen een scala aan organisatorische ingrepen, die voor een deel al in de vorige subparagrafen de revue zijn gepasseerd, zoals de reorganisatie van de bestuurspraktijk, de reductie van de vier managementlagen naar drie. Ook de komst van nieuwe managers heeft geleid tot interventies in de organisatorische voorwaarden. Deze nieuwe managers krijgen meer financiële middelen om knelpunten in de bezetting van de zorgpraktijken op te lossen. Bestuurder Carel geeft aan dat alle reservepotten daarvoor zijn gebruikt. Een voorbeeld is het handelen van de nieuwe manager psychogeriatrie, Coco. Zij heeft uitbreiding van de personele bezetting aan het bestuur gevraagd en gekregen. In overleg met haar zorgmedewerkers is gekeken waar het extra personeel wordt ingezet en waar de deskundigheid van niveau twee naar niveau drie verzorgenden moet worden gebracht. Zij wil verder een kleine flexibele pool van vaste invallers om bij ziekteverzuim geschuif tussen de subteams te voorkomen. Deze veranderingen gaan aan de zorgmedewerkers niet onopgemerkt voorbij. In de derde ronde geven zij aan meer bij organisatorische zaken te worden betrokken en dat knelpunten worden opgelost.

Ter afronding van het thema praktisch inrichten en organiseren het volgende: wij hebben in sectie a. van deze paragraaf onze bevindingen weergegeven waarin de kwetsbare positie van de zorgpraktijken naar voren komt, vooral door gebrek aan continuïteit in de personele bezetting, dat weer tot werkdruk en (extra) ziekteverzuim leidt. De organisatie wordt als te weinig ondersteunend beleefd of eerder als een hindernis om goed te kunnen zorgen. Kijkend naar de rol van het bestuur in sectie b. hebben wij stilgestaan bij de organisatorische patronen, die naar voren komen bij deze als niet voldoende beleefde organisatorische voorwaarden. Deze voorwaarden worden na de crisis verbeterd, door een combinatie van meer bestuurlijk interacteren met de zorgpraktijken, het scheppen van meer financiële ruimte voor de zorgpraktijken en het loslaten van het principe *one size fits all*, zodat de managers meer

ruimte krijgen om per doelgroep een daarop afgestemde zorgvisie te implementeren met participatie van de betreffende zorgmedewerkers.

6.2.5.a *Samenwerken in de zorgpraktijk*

“Mensen worden hier [uit het team] weggehaald en moeten aan de voorkant [van de gang] werken. Het zou bevorderlijk zijn als er een team was dat alleen maar hier staat. Dat er een EVV'er is per ploegdienst die weet waaraan en waaraf. Deze patiënten zijn afhankelijk van mensen die ze goed kennen. Wij brieven ze ook als ze een tijdje vrij zijn geweest. Elke dag komen er pagina's bij.”
(Vader van Chiel, een 15-jarige LNR-patiënt)

In deze subparagraaf geven wij de bevindingen weer rond het thema samenwerken in relatie tot het mogelijk maken van menswaardig zorgen. Zoals wij in hoofdstuk twee, de theoretische verkenning hebben aangegeven, beschikt geen enkel lid van een zorgpraktijk over alle kennis van een cliënt, zodat samenwerken noodzakelijk is om de verschillende fragmenten van ervaringen met cliënten bij elkaar te brengen. Wij starten met het contrasteren van onze bevindingen ten aanzien van samenwerken in verschillende zorgpraktijken en wij staan stil bij elementen, die samenwerken bevorderen (of belemmeren). In sectie b van deze paragraaf geven wij onze bevindingen weer van het samenwerken in de bestuurspraktijk en beantwoorden de vraag hoe deze wordt weerspiegeld in de organisatie. Wij ronden af met de veranderingen die na het bezoek van de inspectie zichtbaar worden.

Als wij aan de diverse participanten van ons onderzoek de vraag voorleggen hoe zij de verhouding zien tussen samenwerken in de zorgpraktijk en het menswaardig (kunnen) zorgen, gebruikt een van hen, Cas, voor samenwerken in de zorgteams de metafoor 'kraamkamer' voor menswaardig zorgen. Zorgmedewerkers en leidinggevenden beschouwen samenwerken en *teamwork* als noodzakelijk om goed te kunnen zorgen. In de eerste ronde nemen wij verschillen waar in het vormgeven van *teamwork*. De zorgmedewerkers uit de zorgpraktijken dagbehandeling en thuiszorg geven aan tevreden te zijn over hun wijze van samenwerken en benadrukken het belang van 'samen' te werken, het belang dat zij iedereen ongeacht functieniveau als gelijke beschouwen en dat zij elkaar te ondersteunen waar nodig. Op de afdelingen voor revalidatie, NAH en LNR (zie boven) is de situatie verschillend. Door ziekteverzuim en mutaties staat daar de continuïteit van zorgen onder druk en door de uitwisseling van personeelsleden tussen de subteams wordt het opbouwen van een gemeenschappelijk handelingsrepertoire bemoeilijkt. Het effect is dat wij bij cliënten klachten horen over het niet nakomen van afspraken (die in het zorgteam niet worden gedeeld) en het feit dat de benaderingen van cliënten door zorgmedewerkers als verschillend worden beleefd. Bij zorgmedewerkers nemen wij irritaties waar omdat de dagelijkse bezetting niet voorspelbaar is.

Wat is het verschil tussen zorgpraktijken, die verschillen in hun samenwerken? De zorgpraktijken dagbehandeling en thuiszorg worden, zoals wij eerder in de subparagraaf over ruimte (6.2.3) hebben beschreven, gekenmerkt door een eigen handelingsruimte, die zowel bouwkundig als organisatorisch wordt gevormd. Die situatie ontbreekt in de andere zorgpraktijken. Daar is sprake van een groot team, waaruit subteams zijn gevormd, die organisatorisch en ruimtelijk minder afgegrensd zijn. Een ander verschil is dat de dagbehandeling en thuiszorg een teamleider hebben die ook het team leidt, terwijl de term teamleider op de andere zorgpraktijken niet de functie-inhoud lijkt te dekken. Zo lijkt Caroline, teamleider van de NAH en LNR-afdelingen, meer een adjunct van manager Camiel te zijn. “Wij zien haar nooit”, horen we van de zorgmedewerkers. Ook Carmen, teamleider op

de revalidatie, stuurt niet direct de zorgteams aan, maar is bezig met het dienstrooster en praktijkbegeleiding van leerlingen.

Die taak, het leiden van het zorgteam, komt terecht bij de managers, die – wordt duidelijk uit onze gesprekken met hen – druk bezig zijn met wat Camiel, manager LNR en NAH, ‘crisismanagement’ noemt. In gesprekken met hen kunnen we niet helder krijgen hoe zij teamwork willen operationaliseren. Manager Cas (uit de divisie Behandeling) heeft geprobeerd om op basis van individuele kwaliteiten van de medewerkers, teams samen te stellen om daarna tot de conclusie te komen dat deze instrumentele werkwijze niet heeft geleid tot de gewenste samenwerking in die teams.

Uit onze bevindingen in de eerste ronde blijkt – zoals eerder vermeld – dat de samenwerking tussen de verschillende praktijken niet zonder problemen en conflicten verloopt. De paramedische diensten verwijten de zorgteams gebrek aan deskundigheid door de disbalans tussen niveau twee en drie verzorgenden. De medewerkers in de zorgteams verwijten de (para)medische diensten onvoldoende rekening te houden met hun werkprocessen (bijvoorbeeld bij het maken van behandelaafspraken met cliënten), het niet bijwerken van de zorgdossiers en het afzeggen van reeds gemaakte behandelaafspraken. Bij de andere technisch ondersteunende diensten duurt het lang om iets gerepareerd of aangepast te krijgen, als het al gebeurt. In de divisie Zorg lijkt de samenwerking tussen de managers te stagneren. Afspraken voor intervisie en vergaderingen worden door de managers afgezegd. De bestuurspraktijk lijkt niet hierop in te grijpen of kaders te scheppen waarin samenwerken wordt verbeterd. Deze bevindingen dateren voor het bezoek van de inspectie, op de veranderingen daarna komen wij later terug.

6.2.5.b *Interacteren en samenwerken in de bestuurspraktijk*

De bestuurspraktijk bestaat in de eerste ronde, als gezegd, uit een éénhoofdig bestuur, een bewuste keuze geeft bestuurder Carel aan. Want een meerhoofdig bestuur leidt volgens hem alleen maar tot conflicten en zou een extra laag vormen. Dat wij de bestuurspraktijk niettemin opvatten als samengesteld uit de bestuurder, de twee divisie managers Cato en Christa en het hoofd van de economische en administratieve dienst Calvin, hangt samen met de eigen definitie van de bestuurder: “Zij vormen mijn *inner circle*, wij doen het samen.” Ook de beide divisie managers benadrukken in de eerste ronde, dat zij als ‘team’ opereren, ook zij zeggen: “Wij doen het samen.”

Wanneer wij divisie manager Behandeling Cato schaduwen in de eerste ronde en haar observeren tijdens haar aanwezigheid in de vergadering van het managementteam, nemen wij waar dat de bestuurder de meeste tijd aan het woord is en dat de beide divisie managers en de HEAD Calvin nauwelijks inbreng hebben behoudens enkele vragen ter verduidelijking. De onderlinge interactie beperkt zich uitsluitend tot de voorzitter. Ieder lijkt te acteren vanuit diens eigen afgegrensde functie. In de nabeschouwing van onze observatie van deze vergadering, leggen wij aan divisie manager Cato voor dat het lijkt alsof de ‘eilandcultuur’ (zie paragraaf 6.2.3) ook in de bestuurspraktijk waarneembaar lijkt te zijn. Zij herkent dit beeld. Het geven van tegenspel aan de bestuurder vinden zij en haar collega Christa (divisie manager Zorg) lastig. Christa: “In zijn prioriteiten [zij doelt hier het sturen op de financiën] kan hij [de bestuurder] zwaar drukken.” Hun uitspraken benadrukken de al eerder geconstateerde hiërarchie in de bestuurspraktijk. Deze gelaagdheid alsook de divisie structuur lijken het samenwerken in de bestuurspraktijk te hinderen. De divisie managers hebben het al druk genoeg en willen niet interfereren in het domein van de collega’s en het geven van weerwerk aan de bestuurder wordt als lastig ervaren.

Deze waarnemingen van de samenwerking in de bestuurspraktijk blijken te worden gedeeld door de managers. De managers die wij hebben geïnterviewd tijdens de eerste ronde ervaren de samenwerking in de bestuurspraktijk als spanningsvol. Een samenwerking die in de relatie met de zorgpraktijken als onveilig en afstandelijk wordt ervaren, waarbij de belangen van de zorg uiteindelijk door de bestuursvoorzitter kunnen worden overstemd.

Van de elementen die in de kentering op het gebied van samenwerken een rol hebben gespeeld, komen – uit het palet van organisatorische maatregelen die in onderlinge samenhang moeten worden beschouwd – er twee naar voren. Het eerste is de al eerder beschreven organisatorische verandering in de bestuurspraktijk en het afschaffen van de divisies met de nieuwe rol van Cato als directeur Zorg. Verder wordt de samenwerking in en tussen de praktijken bevorderd door per doelgroep de organisatorische voorwaarden beter te laten aansluiten om op die manier de managers de ruimte te geven hun eigen opvattingen over samenwerken als voorwaarde voor interactief zorgen in de praktijk te brengen. Zo zegt de manager psychogeriatricie, Coco, in dit verband: “Er is [nu] een basis van vertrouwen gelegd, ik voel meer vertrouwen, veel meer ruimte, minder angst, opener.” Het tweede element is de komst van nieuwe middenmanagers, die een positief effect hebben op het samenwerken in de zorgpraktijken. Zij vullen als het ware het gebrek aan visie en kaders, zoals wij dat in de vorige subparagraaf hebben toegelicht, in met hun eigen ervaringen en opvattingen. Op basis van hun concrete visie scheppen zij organisatorische condities om samenwerken in de zorgteams meer mogelijk te maken. Als voorbeeld noemen wij hier manager Chris, nu ook manager van de locatie D (waaronder de thuiszorg ressorteert), die aangeeft thuiszorgteams per woonlaag te willen maken om met zo’n vast team tot betere en vaste relaties met cliënten te komen. De looproutes kriskras door het huis worden afgeschaft. De nieuwe middenmanagers zijn meer in staat om, dankzij de ruimte die het bestuur in hun veranderde samenstelling hen geeft, tot een andere, meer gelijkwaardige samenwerkingsverhouding met de overige disciplines te komen en houden indien nodig de zorgteams uit de wind bij meningsverschillen over afspraken en wederzijdse verwachtingen.

Ter afronding van het thema samenwerken, zien wij in de eerste ronde verschillen in het samenwerken binnen de verschillende zorgpraktijken. De zorgpraktijken dagbehandeling en thuiszorg vallen op; deze hebben zowel ruimtelijk als organisatorisch een eigen compartiment waarin de zorgteams een gemeenschappelijk beeld hebben opgebouwd hoe samen te werken. Die voordelen hebben de andere zorgpraktijken niet en komen deze door onderbezetting nauwelijks toe aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijk repertoire van zorgen voor de cliënten. Deze situatie in de zorgpraktijken verandert als er, door ingrijpen van de zorgdirecteur, deels nieuwe managers aantreden die een visie hebben op samenwerken. Zoals zij zelf aangeven: “om in een op de doelgroep cliënten afgestemde verhouding van ‘hart’ en ‘competenties’ samenwerken mogelijk te maken en te ontwikkelen”. Als na de crisis de leden van de bestuurspraktijk in een onderling gelijkwaardiger verhouding komen te staan, zien wij de effecten daarvan terug in de organisatie, die – zoals in de eerste ronde voor het inspectiebezoek beschreven is – niet meer met de rug naar elkaar toe staat, waar iedere praktijk zich op zijn eigen eilandje bevindt.

6.2.6.a Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de zorgpraktijken

“De inspectie is geen reden om het [menswaardig zorgen] te doen, het moet gewoon goed zijn, veilig. Zuur als het op jouw afdeling dan niet goed is. Hoe komt het dan, wat is de oorzaak? Werkdruk en mentaliteit van mensen? Door veel vragen vergeet je

dingen, daar denk je aan als je 's avonds in bed ligt. En verantwoordelijkheidsgevoel; niet iedereen heeft dat. Sommige mensen vinden een stapje minder hard ook goed. We moeten elkaar feedback durven geven.”
(Zorgmedewerker Cleo, tweede ronde)

Een van de (deel)vragen van ons onderzoek is of systematisch toetsen en reflecteren bijdraagt aan menswaardige zorgen. Wij zullen in het tweede deel van deze subparagraaf ook de vraag aan de orde stellen hoe het is gekomen dat de bestuurspraktijk, ondanks alle signalen, door een externe instantie met de realiteit moest worden geconfronteerd. Deze vraag en de mogelijke antwoorden hierop hebben in de eerdere subparagrafen al hun schaduw vooruitgeworpen. Wij beschrijven in het perspectief van de zorgpraktijk de wijze waarop zorgmedewerkers het proces van reflecteren vormgeven, waarbij wij ons focussen op de situatie voorafgaand aan het bezoek van de inspectie. De subparagraaf ronden wij af met de kanteling na het bezoek van de inspectie.

Wij schaduwen in de eerste ronde (voor de kanteling) manager Camiel. Hij resorteert onder divisie manager Zorg, Christa. Zijn doelgroepen zijn NAH en LNR-cliënten. Hij heeft een avondbijeenkomst voor het hele zorgteam (meer dan 25 mensen zijn aanwezig) georganiseerd, waar onder andere de resultaten van de C(onsumer)Q(uality)-index worden besproken. De gegevens van dit instrument om de ervaren kwaliteit en tevredenheid van cliënten en hun familie te meten, zijn verzameld in een groepsgesprek met vier familieleden en een cliëntvertegenwoordiger van de NAH zorgpraktijk. Opvallend is de wijze waarop de manager met deze feedback, deze confrontatie met de zorgrealiteit, op zijn zorgpraktijk, omgaat. Wij observeren dat hij met nauwverholen irritatie de resultaten van deze kwaliteit enquête opschrijft op het *white board*. Zo noemt hij: de respondenten ervaren te weinig deskundigheid en professionaliteit in de zorgpraktijk, afspraken worden niet altijd nagekomen, men ziet de arts te weinig en ook de EVV'er is te weinig aanwezig. Na discussie over deze niet positieve feedback kan hij zijn irritatie niet langer inhouden. “Hoe halen zij [de respondenten] het in hun hoofd ons niet professioneel te noemen?” Hij noemt de resultaten niet representatief, er waren maar 5 van de 32 potentiële respondenten. Uit de suggesties gedaan tijdens deze bijeenkomst komt als rode draad naar voren om de communicatie met de familieleden te verbeteren.

Wat ons opvalt in deze casus is dat er een ‘plek der moeite’ (in hoofdstuk twee beschreven als platforms waar managers zich laten confronteren met beelden die anderen van hun organisatie hebben) door de betrokken manager wordt georganiseerd, maar tegelijkertijd zien wij dat de manager terugdeinst voor de werkelijkheid die achter de feedback schuilgaat.

Het gebrek aan personeel wordt vaak genoemd als medewerkers verklaren waarom menswaardig zorgen niet altijd mogelijk is. Ook cliënten en familieleden noemen dit vaak als oorzaak van het falen in de zorg. “De meisjes [sic] zijn heel aardig, het zou prettig zijn voor hen als ze het rustiger hadden, dan konden ze meer tijd aan de mensen besteden”, merkt onder andere cliënte Cathelijne op. Deze verklaring is op zich niet onjuist, gezien het hoge ziekteverzuim, de eerdergenoemde bezuinigingen op de kwaliteit van de formatie in de zorgpraktijken en de allocatie van middelen voor staffunctionarissen en projecten, maar legt tegelijkertijd de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg buiten de zorgpraktijken. De zorgmedewerkers lijken elkaar niet aan te spreken over het toepassen van de standaarden die volgens hen bij ‘goed zorgen’ horen. De toen nog divisie manager Cato (Behandeling) verwoordt dit verschijnsel aldus: “Zij [de zorgmedewerkers] zijn zo bezorgd voor elkaar dat

zij liever de gaten [in de bezetting] dichten dan elkaar aan te spreken, waardoor onvolkomenheden in de zorgpraktijken persisteren.”

In het kader van het project Zinvolle Zorg is per doelgroep cliënten een zogenaamd moreel beraad ingericht. Dit beraad fungeert naast het MDO [multidisciplinair overleg] waar onder leiding van de behandelend arts gesproken wordt over de (behandel)vragen van een cliënt. Het moreel beraad staat echter onder leiding van een geestelijk verzorger en is bedoeld voor reflectie op meer existentiële vragen, zoals de vraag naar de zinvolheid om met een bepaalde behandeling door te gaan of wel of niet insturen van cliënten naar het ziekenhuis. Op deze wijze vindt een ontvlechting plaats tussen de bespreking van zorgethische en behandel-technische vragen. Wij constateren dat er in de organisatie voor- en tegenstanders van deze gescheiden aanpak zijn. Zo is de manager paramedische dienst, Christian, van mening dat de verpleeghuisarts, als eerstverantwoordelijke voor de behandeling van de cliënt, ook de zorgethische vragen zelf moet hanteren. Bovendien, zegt hij, kost dit moreel beraad extra tijd en holt het project Zinvolle Zorg ook de verantwoordelijkheid van zorgmedewerkers uit, die deze lastige vragen kunnen doorschuiven naar deskundigen buiten de zorgpraktijk. Zorgmanager Cas is het met deze zienswijze niet eens. Hij zou liever méér moreel beraad hebben, want op zo’n moreel beraad wordt voorkomen dat behandelaars maar om de hete brei heen blijven draaien en hun behandeling continueren om de vraag naar de zin daarvan uit de weg te gaan.

Wij horen in de eerste ronde manager Camiel over de situatie in de organisatie zeggen: “Wij gaan in deze organisatie van crisis naar crisis.” Een situatie die geen aanleiding geeft tot afstand en reflectie, maar leidt tot wat manager Cas omschrijft als een aanleiding om (weer) nieuwe regels te maken in een poging de zaak onder controle te krijgen, in plaats van te reflecteren en je af te vragen wat er aan de hand is. De situatie verandert met het bezoek van de inspectie.

6.2.6.b Reflecteren en toetsen aan de realiteit in de bestuurspraktijk

“De komst van de inspectie is een ‘blessing in disguise’, achteraf wel. Wij waren in de veronderstelling dat we in control waren. We werden met een fantastische klap uit de droom geholpen.”

(Bestuurder Carel, derde ronde)

Wij hebben in alle ronden, in gesprek met de leden van de bestuurspraktijk, stilgestaan bij de vraag wat er in hun sturend handelen is misgegaan. Hoe kwam het dat de situatie in de zorgpraktijken niet of onvoldoende door hen is gezien en de diverse signalen geen aanleiding hebben gevormd tot het confronteren van de eigen voorstellingen met die van de werkelijkheid in de zorgpraktijken? Onze interesse in deze vragen wordt ingegeven door onze onderzoeksvraag, namelijk welke elementen reflecteren kunnen belemmeren of bevorderen.

Wat in onze gesprekken en observaties opvalt, is dat de bestuurspraktijk in de eigen representatie van de werkelijkheid is gaan geloven. De scores op de organisatie brede CQ-index, een instrument om de beleefde kwaliteit en tevredenheid te meten, schommelde tussen de 8.0 en 8.1 (op een schaal van 0 tot 10). In vergelijking tot andere instellingen zeker niet de kopgroep, maar ruim voldoende. Bestuurder Carel: “Wij werden in slaap gewiegd door deze scores.” Ook werden reflectiemomenten en -instrumenten gehanteerd, zoals ‘heidagen’ en zogenaamde ‘360 graden feedback’, maar de resultaten van deze feedback waren zelfs beter

dan verwacht. Signalen van managers zijn geïnterpreteerd als persoonsgebonden opmerkingen (“daar heb je ze weer”).

Wat opvalt is dat de bestuurspraktijk in de eerste ronde zo is georganiseerd dat wederzijds, kritisch reflecteren als moeilijk wordt ervaren. Zoals in de vorige subparagraaf samenwerken is aangegeven, is er sprake van hiërarchie in de bestuurspraktijk. De divisie managers spreken elkaar niet aan en vinden het lastig de bestuursvoorzitter aan te spreken. De dynamiek in de bestuurspraktijk wordt als hoog ervaren, ieder kampt met tijdsgebrek, zodat de animo om door reflecteren zaken nog ingewikkelder te maken, niet groot is. Bovendien heeft de bestuursvoorzitter nog twee eigen projecten die hem ook de nodige tijd kosten. Het feit dat hij ook als direct leidinggevende verantwoordelijk is voor de gebouwen en het onderhoud, maakt hem soms een tegenspeler van de divisie managers. Kortom, een situatie die de leden van de bestuurspraktijk later omschrijven als een werkelijkheid die niet meer met de organisatie spooit en waarin niemand het initiatief heeft kunnen nemen om hierop te reflecteren.

Een ander element is dat de bestuurspraktijk geen interactief en direct contact (meer) had met de zorgpraktijken. Divisie manager Cato is (voor het rapport van de inspectie) van oordeel dat zij over voldoende bronnen beschikte om zich een oordeel over de kwaliteit van zorgen te kunnen vormen en haar collega Christa vertelt wel regelmatig de zorgpraktijken te bezoeken, maar haar aanwezigheid wordt door haar managers en zorgmedewerkers niet opgemerkt. Bestuurder Carel brengt die afstand tussen de bestuurs- en zorgpraktijken als volgt onder woorden:

“Waar meet je nu aan af dat de zorg die je levert veilig is, verantwoord, geborgd? We hadden er een heel andere kijk op. We gingen uit van het idee van een totale sturing, systemen die dat ondersteunen, commissies. Maar [die] informatie geeft niet weer wat de kwaliteit is. Je gaat af op signalen die niets zeggen over het primair proces en onze sturing was niet effectief. Dingen die nodig waren werden met creatieve oplossingen aangepakt. Mensen modderden maar wat aan, de complexiteit op de werkvloer was groot, ondanks de scholingen. (...) We hebben het zolang laten gaan, omdat we de confrontatie niet aan wilden, wetend dat het niet de werkelijkheid was. Sparren was niet mogelijk.”
(Bestuurder Carel)

De bestuurder brengt niet alleen het gebrek aan interactief sturen onder woorden, maar ook een fenomeen dat wij ook in de zorgpraktijken waarnemen, namelijk de neiging om de confrontatie met de realiteit (i.e. de situatie rond de cliënten) uit de weg gaan. Een opvallende spiegeling van processen.

Het is een externe instantie, de inspectie, die de bestuurspraktijk confronteert met de werkelijkheid, zoals zij die in bepaalde zorgpraktijken hebben waargenomen. De organisatie wordt onder verscherpt toezicht geplaatst. De Raad van Toezicht treedt op de voorgrond en er worden een aantal maatregelen genomen, waarvan de eerste is het instellen van een crisisorganisatie onder leiding van een extern adviseur, Casper. Met zijn komst wordt ook het aspect van toetsen van de realiteit aangepakt. De diverse ingestelde beleidsgroepen functioneren als platforms waar de kwaliteit van de geleverde zorg kan worden besproken, in de zorgpraktijken worden dag-evaluaties ingevoerd en leidinggevend worden door de extern adviseur direct aangesproken. Ook het bestuur geeft aan elkaar nu meer aan te spreken. De bestuurder: “Wij zijn scherper naar elkaar toe, [wij zeggen] wat wij van elkaar verwachten. Bijvoorbeeld als wij onduidelijk zijn of zaken niet op een afgesproken tijd zijn

gebeurd. Maar we moeten het allemaal nog een beetje leren.” Kortom, door de interventie van de inspectie komt niet alleen een reeks organisatorische ingrepen tot stand die het interactief zorgen in de zorgpraktijken bevorderen, maar ze leidt ook tot meer reflectief handelen dat weer effect heeft op de balans tussen interactief en instrumenteel sturen.

Wanneer wij ter afronding van het thema kijken naar de rode draden in deze subparagraaf, gewijd aan het toetsen en confronteren met de realiteit als voorwaarde voor menswaardig (kunnen) zorgen, dan zien wij dat zowel in de bestuurspraktijk als in sommige zorgpraktijken de confrontatie met de werkelijkheid aanvankelijk leidt tot ontwijkend handelen. In plaats van maatregelen te nemen, blijven de actoren ‘rond de hete brei heen draaien’, waardoor (zeker als wij naar het proces in de bestuurspraktijk kijken) de kloof tussen voorstelling en werkelijkheid steeds groter wordt. Zo groot dat de inspectie moet ingrijpen. Met succes, gezien de ontwikkelingen die tijdens de tweede en derde onderzoeksronde zichtbaar zijn geworden en eerder in de bovenstaande subparagrafen zijn beschreven.

6.2.7 Sturen in het midden: leidinggeven aan de zorgpraktijken

Een van onze onderzoeksvragen betreft het handelen van leidinggevend en zorgpraktijken en hun bijdrage aan het menswaardig (kunnen) zorgen. Eerst geven wij onze bevindingen weer rond het handelen van de teamleider om vervolgens onze waarnemingen van het handelen van de managers te beschrijven. Ook in deze subparagraaf maken wij een onderscheid tussen de situatie in de eerste ronde voorafgaand aan het bezoek van de inspectie, de kanteling en alle veranderingen die ook gevolgen hebben gehad voor de teamleiders en de managers.

6.2.7.a Teamleiders

Wat opvalt in deze organisatie is dat de taken van de teamleiders per doelgroep en manager variëren. Waar de ene teamleider voornamelijk bezig is met de roosters en de dagelijkse personele bezetting, is in de andere doelgroep die taak weggelegd voor een van de medewerkers en houdt de teamleider zich daar meer bezig met operationeel leidinggeven, dat wil zeggen het sturen van de zorgprocessen in de zorgpraktijk. In een aantal teams coördineren teamleiders de activiteiten op de dag, bij andere teams zijn deze coördinerende taken op de dag belegd bij de EVV’er. Een van de teamleiders houdt ook functioneringsgesprekken, daar waar elders in de organisatie dat een taak is voor de managers. Sommige teamleiders zijn meewerkend en vullen ‘gaten’ in de bezetting in. Een andere teamleider is meer praktijkbegeleider en voert bepaalde verpleegtechnische handelingen uit. In feite waren van alle teamleiders die wij in de eerste ronde hebben gesproken, slechts twee herkenbaar als operationeel leidinggevende, namelijk de teamleiders van de dagbehandeling en de thuiszorg. De overige teamleiders hadden een meer stafachtige functie ter ondersteuning van de manager.

Volgens (in de eerste ronde nog) divisie manager Cato zijn er in de bestuurspraktijk verschillen in opvatting over de zin en de inhoud van de functie teamleider. De bestuurder zou deze het liefst willen vervangen door (kwaliteits)verpleegkundigen, maar deze opvatting stuit op verzet bij de (divisie- en zorg-) managers. Evenals andere lastige vragen, gekenmerkt door verschillen van opvatting, lijkt ook deze kwestie niet verder te worden aangepakt en blijft het ontbreken aan organisatorische kaders waarin de teamleider zou moeten functioneren.

6.2.7.b (Zorg)managers

De functie van (zorg)manager heeft kenmerken van een operationeel leidinggevende, zo blijkt uit onze interviews en observaties van de deelnemende managers. De manager van de

paramedische dienst, Christian, is van oordeel dat zijn taak meer de kenmerken heeft van een teamleider die een deel van zijn tijd ook uitvoerend werk verricht. Overigens observeren wij in de eerste ronde verschillen in functioneren van de managers in de twee divisies. In de divisie Behandeling heeft de manager revalidatie, Cas, een concrete op interactief zorgen gebaseerde zorgvisie, een visie die hij probeert te vertalen naar de zorgpraktijken. Zoals gezegd in de subparagraaf samenwerken blijkt uit onze bevindingen niet dat ook de managers van de andere divisie Zorg over een visie ten aanzien van de kwaliteit van zorg beschikken. Hun aandacht lijkt in beslag te worden genomen door de incidenten die volgens hen in deze divisie alle aandacht opeisen. Het samenspel tussen de zorgmanagers en de divisie manager in de divisie Zorg lijkt verstoord. De managers vertellen dat zij weigeren hun handtekening te zetten onder de begroting van de divisie, zij geven aan niet meer te komen op vergaderingen met divisie manager Christa. In ons interview met deze divisie manager geeft zij aan niet met de zorgmanagers de confrontatie aan te willen gaan.

Als het gaat om het handelen van leidinggevendenden heeft het bestuur, volgens eigen zeggen, geen visie op welke eisen er zouden moeten worden gesteld aan leidinggevendenden aan de verschillende zorgpraktijken. Ook rond thema's als het bevorderen van werken in teamverband of de onduidelijkheid over het primaire proces (wonen of behandelen) voor bepaalde cliënten in de zorgpraktijk LNR, zien wij geen visie, waardoor organisatorische voorwaarden niet of onvolledig kunnen worden geschapen.

Na de onder verscherpt toezichtstelling van de inspectie worden in de tweede ronde veranderingen zichtbaar. Op de eerste plaats, zoals al eerder beschreven, wordt de divisie structuur afgeschaft. Voormalig divisie manager Cato wordt nu directeur Zorg, verantwoordelijk voor de totale zorgverlening. In de derde ronde zijn inmiddels alle leidinggevendenden van de voormalige divisie Zorg vervangen door nieuwe managers en zijn ook sommige teamleiders vervangen. In de derde ronde bespreken wij met deze managers (de manager psychogeriatric, manager long stay somatische cliënten en de manager locatie D en thuiszorg) hun bijdrage in de waargenomen veranderingen rond het leidinggeven. Als het gaat om hun interacteren met de bestuurspraktijk ervaren zij dat het bestuur nu minder hiërarchisch is georganiseerd, het bestuur meer als driemanschap opereert en met name de zorgdirecteur meer zichtbaar is voor de zorgpraktijken. Verder wordt in ons interview duidelijk dat zij *in the lead* willen zijn, zij wachten niet op instructies maar acteren vanuit hun eigen visie en ervaring en krijgen daarvoor de ruimte van het bestuur. De verhouding tussen een 'warm hart' (hun woorden, interactief zorgen) en 'competenties' (instrumenteel zorgen) vinden zij belangrijk, een verhouding die per doelgroep cliënten volgens hen varieert en een aandachtspunt vormt bij de selectie van nieuwe medewerkers. Zoals eerder gezegd, zien zij hun handelen vooral gericht op het opbouwen en ontwikkelen van de zorgteams, volgens hen een belangrijke pijler om menswaardig te kunnen zorgen. Als het gaat om hun verhouding tot hun teamleiders zeggen zij het belangrijk te vinden het vertrouwen te herstellen, minder nee te verkopen en hen te stimuleren het eerst zelf uit te zoeken. Ook volgens manager Cas (een van de weinige managers die niet zijn vervangen) wordt er nu "minder top-down geregeld en ligt het eigenaarschap meer bij de managers." Er is volgens hem nu meer wederkerigheid, interactief sturen tussen de nieuwe managers en de directeur Zorg en hij ziet dat zijn nieuwe collega's niet afwachten maar direct een stap doen.

Overigens observeren wij dat, ook met de komst van de nieuwe managers, de functie van teamleider nog steeds per doelgroep verschillend wordt ingevuld en dat de functienaam niet de inhoud van hun functie dekt. Wellicht hangt dit samen met onze waarneming (zie de resultaten van de interviews boven) dat de functie van de manager meer kenmerken heeft van

een operationeel leidinggevende en daardoor hun visie direct in de zorgpraktijk kunnen implementeren. Zo zegt Cindy, teamleider bij de manager psychogeriatric, die als praktijkbegeleider en kwaliteitsverpleegkundige opereert: “Zij [de manager] houdt het hele proces in de gaten, ze vraagt geregeld terugkoppeling, geeft ondersteuning, heeft visie en toetst.” Manager Chris van locatie D geeft aan geen behoefte te hebben aan een teamleider. Wanneer wij de variaties in de functie van teamleider in de derde ronde met de zorgdirecteur Cato bespreken, merkt zij hierover op: “Ik wil dat zij [de managers] erover nagedacht hebben, maar ik wil hen nu ruimte geven om die rol zelf in te vullen. We sturen er niet op. Ik wil ruimte geven aan managers om doelen te bereiken. We kijken naar hoe het functioneert, wat het effect is. Kan best zijn dat over een tijd het anders gaat.” Voor de zorgmedewerkers en de teamleiders vormt deze situatie geen bron van verwarring, de afstand met de managers is relatief klein. Zo noemt teamleider Carise haar manager long stay somatiek “een vaste basis waarop je kunt terugvallen, hij is open en eerlijk en betreft je erbij.” Teamleider Cyntia: “[Ik] merk dat ik overal mee mag denken en veel inspraak heb. De teamleider wordt veel meer betrokken dan voorheen, [heeft] veel meer contact met de manager.” De zorgmedewerkers voelen zich in hun zorgen meer gesteund, ervaren meer vrijheid voor het maken van eigen keuzen. Opvallend in dit gesprek met hen zijn in de derde ronde niet alleen hun uitspraken, maar ook hun non-verbaal zichtbare enthousiasme en hun wil tot het nemen van initiatieven, zoals bijvoorbeeld op het gebied van teambuilding en herschrijven van zorgprogramma’s. De kernwaarden van de organisatie ‘betrokken’, ‘verantwoordelijk’ en ‘ondernemend’ lijken (nu) in hun handelen zichtbaar te worden.

Afrondend zien wij dat het handelen van de zorgmanagers, veelal slechts verbonden aan één of twee zorgpraktijken, deels operationeel van aard is, een aspect dat wij in alle drie de onderzoeksronden kunnen observeren. Vanuit het perspectief van onze onderzoeksvraag of en hoe menswaardig zorgen mogelijk wordt door het handelen van leidinggevend in het midden, nemen wij waar dat in de voormalige divisie Zorg managers niet in staat zijn gesteld om organisatorische voorwaarden te scheppen om interactief zorgen mogelijk te maken. Het conflictueuze karakter van hun relatie met het bestuur en het gebrek aan handelingsruimte maken het lastig om een brugfunctie tussen het bestuur en hun zorgpraktijken te vormen. Na de kanteling observeren wij dat het bestuur de condities van de managers verandert en in instrumentele zin (budget) en interactieve zin (vertrouwen en eigen verantwoordelijkheid) de (zorg)managers in staat stelt om die brugfunctie in te vullen. Die ruimte vullen de managers om ‘hart’ en ‘competenties’ – zoals zij dat noemen – in verhouding te brengen tot de vraag van de cliënt. Onze waarneming dat de functie van ‘teamleider’ in alle rondes niet altijd impliceert dat er operationeel leiding aan de zorgpraktijken wordt gegeven, wordt mede veroorzaakt door het feit dat (zorg)managers een geringe *span of control* hebben en daardoor ook operationeel de zorgpraktijken aansturen. De wijze waarop leidt tot enthousiasme voor hun werk bij de medewerkers.

6.3 Conclusie: Van goede bedoelingen naar goede zorg, crisis en veranderingen

Bij de keuze van de drie te onderzoeken organisaties is het onze bedoeling geweest om organisaties in turbulente omstandigheden uit te sluiten. Dat is in deze organisatie anders gelopen. Halverwege de eerste onderzoeksronde werd de instelling onder verscherpt toezicht van de inspectie geplaatst. In deze crisissituatie zijn diverse ingrepen in de organisatie gedaan die na twee jaar, tijdens onze derde en laatste onderzoeksronde, hun vruchten hebben afgeworpen. Ofschoon (dus) niet de bedoeling, gaf deze situatie ons een unieke mogelijkheid te onderzoeken welke organisatorische voorwaarden de organisatie weer op het goede spoor

hebben geholpen. Maar aan deze situatie kleeft ook een nadeel, namelijk dat een crisis ook een ‘halo-effect’ scheidt in die zin dat een dergelijke turbulente situatie alle te onderzoeken positieve aspecten van de zorg- en bestuurspraktijk kan overschaduwen. Wij zijn het bestuur en de medewerkers erkentelijk dat zij, ondanks deze lastig situatie, trouw zijn gebleven aan de afspraken ten aanzien van ons onderzoek.

Onze onderzoeksvraag omvat twee dimensies, namelijk menswaardig zorgen als resultaat van interactief en instrumenteel handelen en als resultaat van de wisselwerking tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijken. In deze zorgorganisatie valt op dat de afstand tussen het bestuur en de werkvloer dermate groot was geworden dat het bestuur niet (meer) in staat is geweest die organisatorische voorwaarden rond de zorgpraktijken te scheppen om menswaardig zorgen mogelijk te maken. Hoe is dat gekomen? Het bestuur heeft de illusie gekoesterd dat gezien de scores van meetinstrumenten de kwaliteit van zorgen wel voldoende geborgd was. De gelaagdheid in het bestuur die een open uitwisseling van feedback heeft belemmerd, de hectiek van de talloze projecten en het onvermogen om kwesties in het bestuur op te lossen waar in de organisatie de meningen verschillen, zijn elementen die het bestuur hebben losgemaakt van de realiteit in de organisatie. Een situatie die de extern voorzitter en adviseur van de crisisorganisatie, ingericht na het bezoek van de inspectie, zou omschrijven in een metafoor met de ‘ledenpop’: “Een hoofd vol goede bedoelingen maar als je aan een touwtje trekt gebeurt er niets.”

Dan, tijdens onze eerste onderzoeksronde, wordt na een bezoek van de inspectie de organisatie onder verscherpt toezicht geplaatst, een gebeurtenis die het bestuur later zal typeren als een ‘blessing in disguise’. Een crisisorganisatie wordt ingericht en met participatie vanuit de zorgorganisatie worden verschillende ingrepen in de organisatie gedaan, die tot doel hebben zowel het bestuur als de zorgpraktijken in staat te stellen meer interactief te zorgen respectievelijk te sturen. Zodra het bestuur (weer) gaat interacteren met de zorgpraktijken en zich vragend en verbindend opstelt, ruimte geeft aan leidinggevend en zorgpraktijken, kortom de afstand verkleint, observeren wij dat de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen verandert in die zin dat de respondenten meer ruimte voor het kunnen interacteren met cliënten ervaren. Klagen lijkt in de derde ronde te hebben plaatsgemaakt voor enthousiasme, wantrouwen voor vertrouwen, vasthouden aan eigen formele taken en bevoegdheden voor initiatief naar cliënten.

Hoofdstuk 7 Conclusies

7.1 Inleiding

De aanleiding van ons onderzoek is onze interesse in de vraag hoe ogenschijnlijk tegenstrijdige waarden zoals individuele aandacht, betrokkenheid, de tijd nemen, compassie – interactieve aspecten die verschijnen in menswaardig zorgen – te combineren zijn met planmatig handelen, efficiëntie, doel-middel rationaliteit – instrumentele aspecten die inherent zijn aan organiseren. Hoe pakken zorgmedewerkers en besturen dit aan en wat vraagt deze aanpak van de interactie tussen deze twee contexten?

De centrale vraag van ons onderzoek is:

Hoe komt menswaardig zorgen tot stand in de institutionele langdurende zorg, in de interactie tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijk en op welke wijze wordt daarin een balans gezocht tussen instrumenteel en interactief handelen in afstemming op de vraag van de cliënt?

Om deze vraag te beantwoorden hebben wij in drie ronden verspreid over drie jaar in drie zorgorganisaties onderzoek gedaan naar de wijze waarop zorgverleners proberen de kernwaarden van hun organisatie in het zorgen voor hun cliënten in praktijk te brengen en op welke wijze het bestuur hier voorwaarden voor schept. Omdat zorgen bovenal handelen is, hebben wij gebruik gemaakt van concepten en methoden uit praktijk-gebaseerde theorieën. Omdat handelingspraktijken complexe en gelaagde fenomenen zijn die bovendien veranderen in de tijd bleek een etnografisch, praktijk-gebaseerd perspectief het beste te passen. Op basis van theoretische inzichten, zoals beschreven in hoofdstuk twee, hebben wij in ons onderzoek naar het handelen van zorgverleners en besturen zeven (handelings)categorieën conceptueel onderscheiden, categorieën die alle een relatie hebben met menswaardig zorgen.

In dit hoofdstuk formuleren wij de conclusies van ons onderzoek. De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt:

In paragraaf 7.2 beschrijven wij onze bevindingen vanuit het perspectief van het organiseren van menswaardig zorgen in *zorgpraktijken*. Een van de conclusies is dat wij drie typen zorgpraktijken kunnen onderscheiden (7.2.1) die van elkaar verschillen door de wijze waarop zorghandelingen worden uitgevoerd. Wij sluiten deze paragraaf af met het beschrijven van de belangrijkste mechanismen die een rol spelen in de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen (7.2.2).

In paragraaf 7.3 veranderen wij van perspectief. Onze leidende vraag hoe menswaardig zorgen te organiseren, behandelen wij op basis van onze bevindingen over het handelen binnen *bestuurspraktijken*. Nu vanuit het perspectief van bestuurlijk handelen komen dezelfde mechanismen weer aan de orde die op basis van onze bevindingen bepalend zijn voor de balans tussen instrumenteel en interactief sturen.

In paragraaf 7.4 vertalen wij de belangrijkste conclusies in aanbevelingen voor besturen van zorginstellingen.

In paragraaf 7.5 plaatsen wij onze bevindingen in het licht van de door ons gebruikte literatuur.

In paragraaf 7.6 reflecteren wij op ons onderzoek en doen een suggestie voor verder onderzoek.

In paragraaf 7.7 sluiten wij af met onze slotconclusie.

7.2 Menswaardig zorgen als resultaat van de verhouding tussen interactief en instrumenteel zorgen in de zorgpraktijk

7.2.1 De complexe gelaagdheid van zorgen: drie typen zorgpraktijken

In ons onderzoek hebben wij in drie zorgorganisaties in totaal 20 zorgpraktijken bezocht, verspreid over een periode van drie jaar. Een zorgpraktijk bestaat uit een aantal cliënten, gegroepeerd op basis van een gemeenschappelijke zorgbehoefte, die verzorgd worden door een min of meer vast zorgteam aangestuurd door een teamleider of locatiemanager. Bij onze observaties en interviews hebben wij gebruik gemaakt van zeven handelingscategorieën, die – zoals wij in hoofdstuk twee ‘theoretisch perspectief’ hebben beschreven – volgens verschillende onderzoeken een relatie hebben met de kwaliteit van zorgen. Deze handelingscategorieën betreffen:

- *Zorgen als zoeken naar de vraag van de cliënt in diens situatie*
Het gaat hier om die handelingen, die aandachtsvol afstemmen en aansluiten op de behoefte van de cliënt mogelijk maken, waarbij zorgen menswaardig is als deze wordt afgestemd op de vraag van de cliënt.
- *In relatie komen en blijven met de cliënt*
Handelen om de bestaande asymmetrie of machtsongelijkheid tussen cliënt en zorgverlener te verminderen om wederkerigheid en dialoog mogelijk te maken.
- *Ruimtelijke aspecten van zorgen: ruimte geven en grenzen stellen*
Het gaat hier zowel om de fysieke ruimte als om de organisatorisch bepaalde handelingskaders en de relatie die de kenmerken van deze fysieke ruimte en sociale ruimte hebben met menswaardig zorgen.
- *Zorgen als praktisch organiseren*
Hier staat handelen centraal dat gericht is op het praktisch inrichten van de praktijken, zoals het organiseren van continuïteit, het gebruiken van hulpmiddelen en handelen gericht op data verwerken. Onze focus ligt met name op de menskracht-planning en de relatie met de mogelijkheid van menswaardig zorgen.
- *Samen zorgen: samenwerken en werken in teamverband*
Handelen dat onder andere leidt tot het ontwikkelen van een gemeenschappelijk repertoire van handelen, het scheppen van voorwaarden voor leren en ontwikkelen, elementen om in gezamenlijkheid menswaardig zorgen mogelijk te maken.
- *Reflecteren op zorgen*
Een categorie van handelen gericht op spiegelen en reflecteren met als doel het handelen in de zorgpraktijk bij te laten dragen aan menswaardig zorgen.
- *Sturen in het midden (tussen zorgpraktijk en bestuurspraktijk)*
Het gaat hier om de bijdrage aan menswaardig zorgen van leidinggevendenden die direct verbonden zijn aan een zorgpraktijk en middenmanagers, die aan hen leidinggeven en ressorteren onder het bestuur.

Wij hebben gekeken hoe in de onderzochte zorgpraktijken de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen verschijnt en welk effect dat heeft op menswaardig (kunnen) zorgen. Die balans is mede een resultaat van de interactie tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijken. Omwille van de helderheid en de analyse zullen wij onze conclusies over de effecten van het handelen van de bestuurspraktijk in de volgende paragraaf 7.3 behandelen.

Op basis van de analyse van de data (observaties in/van de zorgpraktijken, interviews met zorgmedewerkers, cliënten en hun familieleden) kunnen wij met behulp van de zeven gedragscategorieën drie typen zorgpraktijken onderscheiden, die zich elk typeren door een andere verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen. Wij geven eerst de drie type zorgpraktijken weer om daarna, in een schema, te laten zien hoe de zorghandelingen, gegroepeerd in de zeven bovengenoemde handelingscategorieën, van elkaar verschillen.

7.2.1.a Zorgpraktijken die opvallen door de nadruk op basis zorgen

Elke 24/7 uurs zorgpraktijk in alle drie de onderzochte organisaties heeft de terugkerende opgave elk etmaal cliënten uit bed te helpen, te wassen, aan te kleden, helpen bij het eten, helpen bij de toiletgang, enzovoort. Een dagelijkse klus, die veelal op vaste piektijden moet gebeuren. De temporele orde van de zorg wordt daarmee in de eerste plaats bepaald door de behoeften van cliënten. Maar ook de temporele orde van de organisatie speelt een rol. Andere disciplines verwachten hun cliënten op de afgesproken behandelings tijden, familie komt op bezoek, het wasgoed moet op tijd worden afgevoerd, enzovoort. Kortom de zorgpraktijk moet op tijd 'leveren' aan andere praktijken. Verder is kenmerkend voor deze vorm van basiszorgen, dat hier geen specifieke competenties of bevoegdheden voor nodig zijn, zodat iedere verzorgende ongeacht het functieniveau dit handelen mag uitvoeren.

Uit ons onderzoek blijkt dat in sommige zorgpraktijken de dagelijkse basiszorg structureel en bestendig zo'n zwaar stempel drukt op het handelen van zorgmedewerkers dat er weinig ruimte overblijft voor interactief zorgen. Het gaat hier om zorgpraktijken die kampen met regelmatige 'gaten' in de bezetting door ziekteverzuim, verloof of andere mutaties. Zorgmedewerkers typeren deze situatie als: "pompen of verzuipen" of "het ene gat met het andere vullen". Medewerkers van andere teams moeten invallen en er wordt gebruikt gemaakt van uitzend- en invalkrachten. Invallers die geen of nauwelijks een relatie hebben met de cliënten die zij moeten wassen en aankleden. Wij zien in die zorgpraktijken een vicieuze cirkel ontstaan, omdat door de toegenomen werkdruk op de rest van het personeel weer extra verloof of ziekteverzuim kan ontstaan. Teamvorming vindt door de losse samenwerkingsverbanden nauwelijks plaats, met als gevolg een gebrekkige afstemming, die dan weer gevolgen heeft voor de informatie-uitwisseling over cliënten. Deze gebrekkige afstemming heeft ook invloed op het bijhouden van hulpmiddelen en zorgmaterialen, waardoor wordt misgegrepen en daardoor weer verstoringen in het zorgproces ontstaan.

Als wij verder inzoomen op dergelijke zorgpraktijken dan zien wij nog andere kenmerken. Zo ervaren zorgmedewerkers weinig vrijheid en eigen (handelings)ruimte, zowel door gebrek aan tijd als door gebrek aan bevoegdheden. Cleo, zorgmedewerker in zo'n praktijk, verwoordt het aldus: "Cliënten en hun familie vragen veel. Ik mag die beslissingen ook niet zelf nemen. (...) Je hebt te weinig tijd, cliënten hebben zo'n intensieve zorg nodig, die kun je ze niet bieden, er is altijd wel iets dat tegen zit." Vragen van en over cliënten worden door zorgmedewerkers naar een hoger echelon geschoven, wat weer leidt tot vertraging in het afstemmen van de zorg op de cliënt. Elke extra verantwoordelijkheid wordt door de medewerkers ontweken om te voorkomen dat dit weer tot extra belasting leidt.

Als wij menswaardig zorgen omschrijven als aandachtsvol afstemmen dan komt dit handelen in dit type zorgpraktijken in het gedrang. Er heerst in die praktijken een hectiek waardoor aandacht geven aan de individuele vragen van de cliënt er vaak bij inschiet. Wij horen in die praktijken veel klachten van cliënten die veelal neerkomen op het vergeten worden op het toilet, lang moeten wachten, niet de tijd en de rust nemen om naar je te luisteren. Cliënten leggen de oorzaak niet bij de verzorgenden, die “kunnen er ook niets aan doen”, maar bij de organisatie. Zoals mevrouw Corrie, een cliënte, toelicht: “Twee verzorgenden in de avonddienst, van wie er een voor het hele huis oproepbaar is, da’s veel te weinig.”

Ten slotte valt op dat zorgmedewerkers in dergelijke zorgpraktijken de teamleider of locatiemanager niet als ondersteunend maar als afwezig ervaren. Die afwezigheid heeft verschillende oorzaken, zoals de taakinfilling (de leidinggevende fungeert meer als een soort staffunctionaris van de middenmanager) of afwezigheid door langdurig ziekte of in een situatie waarin verschillende leidinggevendenden elkaar hebben opgevolgd. Dergelijke praktijken missen het ‘ontzorgend’ handelen van de operationeel managers en het opkomen voor hun belangen in een organisatie, die mede door de klachten een kritische houding heeft naar deze zorgpraktijken.

Afrondend constateren wij dat dit type zorgpraktijken gekenmerkt wordt door structurele en bestendige discontinuïteit in de bezetting, zodat het vervullen van de dagelijkse levensbehoeften zoveel inspanning en tijd vergt dat menswaardig zorgen onder druk komt te staan. Overigens geldt menswaardig zorgen niet alleen voor cliënten, ook menswaardig zorgen voor het zorgpersoneel (wij komen hierop terug in paragraaf 7.3) van deze praktijken staat onder druk. Waar Arendt (1958) een driedeling maakt in vormen van handelen (zie hoofdstuk twee, paragraaf 2.2) dan lijkt het zorgen in deze zorgpraktijken op haar typering van ‘arbeiden’ routine werk gedaan door niet of laaggeschoolde arbeidskrachten. Dit type zorgpraktijken zien wij grotendeels in één van de drie onderzochte zorgorganisaties, waar wij ook kunnen observeren hoe de vicieuze cirkel van overbelasting en verloop in deze zorgpraktijken wordt doorbroken na de interventie door de Inspectie (IGJ) en de daaropvolgende reorganisatie in de instelling. In het tweede gedeelte van deze paragraaf komen wij hierop terug. In de andere twee onderzochte organisaties zien wij overigens ook voorbeelden van dergelijke zorgpraktijken, met name als er sprake is van voortdurende problemen in de personeelsbezetting veelal als gevolg van specifieke praktijk gebonden oorzaken.

Tabel 7.1 Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op basiszorgen

Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op basiszorgen						
Zoeken naar de vraag	In relatie komen	Ruimte scheppen	Praktisch organiseren	Samenwerken	Confronteren met de realiteit	Sturen in het midden
*Gecollecteerde vraag op basis a.d.l.(algemene dagelijkse leefbehoeften)	*Handjes aan het bed’ *Relatie is instrumenteel en asymmetrisch	*Ruimte is productiegericht *Ruimte is open en niet herbergzaam *Zorgteam ervaart weinig vrijheidsruimte *Medewerkers beroepen zich op regels	*Wisselende (onder)bezetting met invalkrachten *Hulpmiddelen niet altijd aanwezig (misgrijpen) *Ongecoördineerde taakverdeling op basis van lichaamsbehoeften *Groepering op ‘zorgzwaarte’	*Geen helder afgebakende teams *Samenwerken is taakgericht en onderling steun zoekend *Weinig gedeeld handelings-repertoire	*Toets is de productie *Kwantiteit heeft prioriteit *Geen tijd voor reflectie *Feedback wordt als bedreigend ervaren	*Operationeel leidinggevende is niet beschikbaar en/of wordt niet als ondersteunend ervaren door zorgmedewerkers *Functioneert soms als ‘vliegende keep’

7.2.1.b Zorgpraktijken die getypeerd worden door de nadruk op instrumenteel zorgen

Kenmerkend voor dit type zorgpraktijken is dat zorghandelen het karakter heeft van verrichtingen in het kader van zorg- of behandeldoelen. Wij zien deze instrumentele zorgpraktijken vooral bij revalidatie cliënten, die bijvoorbeeld na een ingreep in het ziekenhuis moeten revalideren om thuis weer hun leven te kunnen oppakken. Maar het karakter wordt niet alleen bepaald door de doelgroep. Ook in zorgpraktijken voor cliënten die langdurige zorg behoeven, waar de nadruk wordt gelegd op zorgdoelen als veiligheid, gezondheid en hygiëne, komt instrumenteel zorgen naar voren.

Instrumenteel zorgen kenmerkt zich als volgt: na de ‘ochtendspits’ die ook hier veel inspanning vergt, trekt het zorgpersoneel zich terug in hun eigen ruimten om te vergaderen of indirecte zorgtaken uit te voeren. Daarbij valt op dat relatief veel tijd wordt besteed aan het bijwerken van de zorgplannen en rapportages en aan de voorbereiding van de medicatie. Cliënten geven aan zich op die momenten aan hun lot overgelaten te voelen, wachtend op de volgende behandeling. In de gemeenschappelijke ruimte worden door het zorgteam geen activiteiten ontplooid. Als wij daar één van de teamleiders over bevragen is haar reactie dat de “cliënten zich thuis ook zelf moeten (leren) vermaken”. Bovendien zien wij dat de taakopvatting van de zorgmedewerkers ligt op somatisch-technisch handelen. De meer communicatieve zorg ligt in hun ogen bij andere disciplines, zoals activiteitenbegeleiders, geestelijk verzorgers, gastvrouwen. Er is afstand tussen zorgmedewerkers en cliënten. Ieder heeft zijn eigen ruimte en het contact verloopt veelal via de verrichtingen. Illustratief hiervoor is de volgende observatie. Wij zijn aanwezig in een ruimte waar de maaltijd wordt opgediend. Het eten, de ruimte zelf en de wijze van opdienen, zijn allemaal keurig verzorgd. Terwijl de cliënten in alle rust hun maaltijd nuttigen, is er drukte in de dienkeuken. Wij zien medewerkers in verschillende kleuren uniformen (elk functieniveau of discipline heeft zijn eigen kleur) met elkaar overleggen en informatie uitwisselen. Formulieren worden ingevuld. Niemand van de medewerkers eet mee of heeft anderszins aandacht voor cliënten. In een andere zorgpraktijk, die eveneens wordt gekenmerkt door de nadruk op instrumenteel zorgen, horen wij een opmerking van een cliënt dat hij, in slaap en reeds in bed, wakker wordt gemaakt om zijn slaapmedicatie in te nemen. De verrichting op basis van de zorgdoelen is bepalend, niet de vraag van de cliënt.

De praktische organisatie van deze zorgpraktijken is ingericht op basis van verrichtingen. Zo is bij cliënten die revalideren sprake van een zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie (DBC), waarbij op basis van de diagnose bepaalde op richtlijnen gebaseerde verrichtingen horen, die bij uitvoering per cliënt worden geregistreerd en later bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd. Tijdens cliëntenbesprekingen zien wij de betrokken teamleider in een soort ‘cockpit’ met computerschermen zitten, waarbij deze op basis van de financiële ruimte per cliënt afspraken maakt over de verrichtingen. De arts is de regiebehandelaar, de teamleider zien wij in een regelende rol terug. Ook op andere momenten zien wij dat de teamleider of locatiemanager diverse zaken regelt voor het zorgteam, zodat deze ongestoord kunnen blijven werken. De werk- en leefruimten zijn nogal open, mensen lopen in en uit. Veelal is er sprake van een vaste groep zorgmedewerkers, waarin een hiërarchie geldt op basis van bevoegdheid voor het uitvoeren van bepaalde instrumentele verrichtingen. De vraag van de cliënt, zoals door de diagnose bepaald, wordt verdeeld over diverse medewerkers, elk bevoegd voor een bepaald type verrichting.

Hoe verhoudt dit type zorgpraktijk zich tot menswaardig (kunnen) zorgen? Zoals gezegd horen wij veel opmerkingen van cliënten dat zij hun verblijf ervaren als “zittend in een

wachtkamer”. In de huiskamers wordt weinig aandacht geschonken aan relationele aspecten, zodat cliënten aangeven deze te mijden en liever op hun kamer te blijven. Goed verzorgd, maar niet goed gehoord (Slagter, 2014).

Samenvattend zien wij een type zorgpraktijken dat wordt gekenmerkt door de nadruk op instrumenteel zorgen als zorgen gebaseerd op behandel- of zorgdoelen, waarbij het zorgplan en de gemaakte afspraken, met als basis de DBC, leidend zijn. De interactie met cliënten verloopt grotendeels via verrichtingen. Ofschoon alles in die zorgpraktijken keurig lijkt te zijn verzorgd, is de afstand tussen medewerkers en cliënten groot en asymmetrisch vanwege de verschillen in rollen. Dat neemt niet weg dat een goede relatie met de cliënt belangrijk wordt gevonden om op die manier medewerking te krijgen bij het behalen van de zorgdoelen. De relatie is een middel, geen doel op zich.

Tabel 7.2 Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op instrumenteel zorgen

Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op instrumenteel zorgen						
Zoeken naar de vraag	In relatie komen	Ruimte scheppen	Praktisch organiseren	Samenwerken	Confronteren met de realiteit	Sturen in het midden
*Vraag op basis van diagnose of zorgbehoefte	*Relatie is functioneel en asymmetrisch.	*Ruimte is verdeeld in compartimenten voor medewerkers en cliënten	*Vaste bezetting met een gecoördineerde hiërarchische taakverdeling op basis van (deel)diagnoses van cliënten en bevoegdheden van medewerkers	*Team verdeeld in sub teams	*Toetsen is protocol gebaseerd	*Operationeel manager stuurt, plant en lost problemen op
*Vraag betreft het 'gebrek'	*Professionele distantie	*Ruimte is open en bedrijvig		*Hiërarchie op basis van bevoegdheid		*Sturen vanuit de 'cockpit'
*Aandacht ligt op de (te) verantwoorde(n) zorg	*Interactie vindt plaats middels de verrichting	*De instrumentaliteit (ICT, zorgplan, DBC) bepaalt de handelingsruimte	*Objecten hebben de inscriptie 'hier wordt behandeld' (uniformen, zichtbare medicatiesystemen, aanwijzingen aan de wand)	*Gezamenlijk ondernemen ligt op zorgdoelen		*Middenmanager accepteert deze verhouding in de zorgpraktijk
*Zorgplan is leidend		*Als cliënten een eigen ruimte hebben wordt deze beperkt door regels gericht op veiligheid en gezondheid	*Financiële systeem is gebaseerd op verrichtingen			

7.2.1.c Zorgpraktijken die gekenmerkt worden door de nadruk op interactief zorgen

Kenmerkend voor dit type zorgpraktijken is dat hun zorgen is afgestemd op de cliënt als individu, wiens vraag zorgmedewerkers hebben leren 'lezen' en hebben vertaald in narratieven om het afstemmen en aansluiten te bevorderen. Dergelijke narratieven staan meestal niet in het zorgplan vermeldt maar behoren tot de informele routines van de afdeling. Bijvoorbeeld hoe je cliënt Bas, die soms humeurig kan zijn bij het ontwaken, met een bepaald grapje het best uit bed kan helpen of welke kleurcombinatie kleding cliënte Bertina het liefste draagt. Of het nu de routinehandelingen zijn of eventuele verrichtingen die moeten worden uitgevoerd; zorgen vindt veelal plaats in een relatie tussen zorgverlener en cliënt. In deze zorgpraktijken zien wij dat de praktische inrichting is georganiseerd om relationeel of interactief zorgen mogelijk te maken: er zijn persoonlijk begeleiders, die verantwoordelijk zijn voor de 'hele' cliënt, er is sprake van een vaste groep medewerkers waarbij de verdeling van taken op basis van de cliënten wordt gedaan met zo min mogelijk hiërarchie en opsplitsing van taken. De afstand tussen cliënten en medewerkers is klein. Als een zorgmedewerker op diens strepen moet staan, bijvoorbeeld bij ongewenst gedrag, dan zien wij dat de medewerkers proberen daarna de relatie weer te symmetreren. Medewerkers dragen geen uniform en doen mee aan de activiteiten en maaltijden. Verder zien wij dat er een grote

mate van vrijheid van handelen is bij zorgmedewerkers om in te (kunnen) spelen op vragen van hun cliënten, vragen die zich soms spanningsvol kunnen verhouden met waarden als veiligheid, gezondheid en reinheid. Een voorbeeld is de situatie met cliënt Anthony, die elke zaterdagavond op stap mag gaan naar een café in de binnenstad en door een taxi in aangeschoten toestand wordt teruggebracht. Er is kennelijk een klimaat in de zorgpraktijk dat medewerkers die risico's willen nemen, zij het wel ondersteund door afspraken in het zorgplan, waarbij ook de familie akkoord is gegaan met deze aanpak. Behalve de vrijheidsruimte voor personeel, zien wij in deze zorgpraktijken dat cliënten vaak beschikken over eigen (woon)ruimte, die door zorgmedewerkers wordt gerespecteerd.

Het verloop in deze zorgpraktijken is laag zowel door de eigen verantwoordelijkheid en de handelingsruimte die medewerkers ervaren als door “het terugkrijgen van soms kleine blijken van waardering van cliënten”. Niettemin blijken onvermijdelijke mutaties in het zorgteam het netwerk van persoonlijke relaties te verstoren. Familie en cliënten geven aan bij zo'n wisseling “weer opnieuw te moeten beginnen”. De veelal informele leerervaringen met cliënten gaan bij zo'n mutatie verloren.

Menswaardig zorgen als aandachtsvol afstemmen in een relatie waar naar wederkerigheid wordt gestreefd, lijkt in dit type zorgpraktijken het meest mogelijk. Wij zien dat door de betrokkenheid van de cliënt (of in situaties dat de cliënt in zijn communicatie beperkt is de familie) ook tijd wordt vrijgemaakt voor confronteren aan de realiteit. Dit gebeurt bijvoorbeeld door familie te bevragen over de kwaliteit, familie overigens die in dit type zorgpraktijken het meest wordt betrokken. Bij dit toetsen spelen ook de teamleider of locatiemanager een actieve rol, waarbij hun praktische opvattingen over hoe interactief zorgen moet worden ingevuld, faciliterend voor het zorgteam werkt. Reflecteren gebeurt op die manier verhalenderwijs, aangevuld door data uit de gebruikte monitorinstrumenten. De zorgmedewerkers ervaren de operationeel leidinggevende als ondersteunend: “Iemand op wie je kan terugvallen bij problemen.”

Samenvattend zien wij dat in dit type zorgpraktijken georganiseerd wordt op interactief zorgen, waar de zorghandelingen in de relatie met de cliënt plaatsvinden en daarmee ‘vermenselijkt’ worden. Daarmee wordt ook afstemmen op de cliënt meer mogelijk en kunnen medewerkers – vaak een vaste medewerker per cliënt – beter de vraag van de cliënt in diens situatie begrijpen. Zo'n vraag laat soms tegenstrijdige waarden zien (zoals leefstijl en veiligheid); de zorgmedewerker moet over vrijheid van handelen beschikken om te kunnen manoeuvreren tussen de vraag en de grenzen van de organisatie.

Tabel 7.3 Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op interactief zorgen

Zorgpraktijken gekenmerkt door de nadruk op interactief zorgen						
Zoeken naar de vraag	In relatie komen	Ruimte scheppen	Praktisch organiseren	Samenwerken	Confronteren met de realiteit	Sturen in het midden
*Vraag is persoonsgebonden en betreft de situatie van de cliënt *Integrale vraag met ruimte voor tegenstrijdige waarden *Zorgplan wordt aangevuld met narratieven' over de aanpak en dient soms als legitimatie voor een aanpak die risico's kan inhouden	*Relatie hebben is doel op zichzelf *Wederkerigheid en symmetrisch *Verrichtingen vinden plaats in de relatie	*Gemeenschappelijke ruimte *Ruimte is meer herbergzaam *Zorgteamervaart eigen handelingsruimte zowel fysiek als organisatorisch *Cliënten beschikken meestal over een eigen woonruimte met eigen vrijheid	*Vast team met mogelijkheden voor zelf te regelen vervanging *Eigen budget *Zo min mogelijk opsplitsing van de cliënt ('totaalplaatje') *Persoonlijk begeleiderschap	*Minder hiërarchie, nadruk op gezamenlijk handelen *Team is bereid risico te nemen *Relationeel handelen wordt als eigen taak en verantwoordelijkheid gezien	*Toetsen met narratieven *Inschakelen van derden (familie) *Toetsen als dialoog en bevragen	*Operationeel leider ervaart veel eigen vrijheidsruimte *Is in staat om kernwaarden in praktisch handelen te vertalen *Biedt tegenwicht aan andere praktijken *Zoekt balans met bestuurspraktijk *Middenmanager heeft vaak zelf een visie op relationeel zorgen

7.2.2 Organiseren van menswaardig zorgen: mechanismen die bepalend zijn voor de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen in de zorgpraktijken

Aan de hand van de zeven handelingscategorieën beschrijven wij in deze paragraaf de mechanismen die een belangrijke bijdrage leveren aan het mogelijk maken van menswaardig (kunnen) zorgen. Een paar opmerkingen vooraf. Ten eerste zijn al deze mechanismen met elkaar vervlochten in de zorgpraktijk; het is juist deze onderlinge samenhang die het effect op menswaardig zorgen bepaalt. Ten tweede is de samenhang tussen deze mechanismen circulair: oorzaak en gevolg wisselen elkaar af. Neem als voorbeeld 'samenwerken', een element dat mede afhankelijk is van de continuïteit van de bezetting; tegelijkertijd is die continuïteit op haar beurt afhankelijk van de kwaliteit van samenwerken. Als laatste opmerking: een zorgpraktijk vormt een veld van betekenissen die de *telos* of doel (Schatzki, 2001) bepalen van het handelen. Wordt bijvoorbeeld in het zoeken naar de vraag de nadruk gelegd op symptomen en daarbij behorende diagnoses dan ligt instrumenteel handelen meer in de lijn der verwachting, terwijl menswaardig zorgen eerder het resultaat is van een situatie waarin zorgverleners ook oog hebben voor de problematiek die verbonden is aan het verblijven in een inrichting.

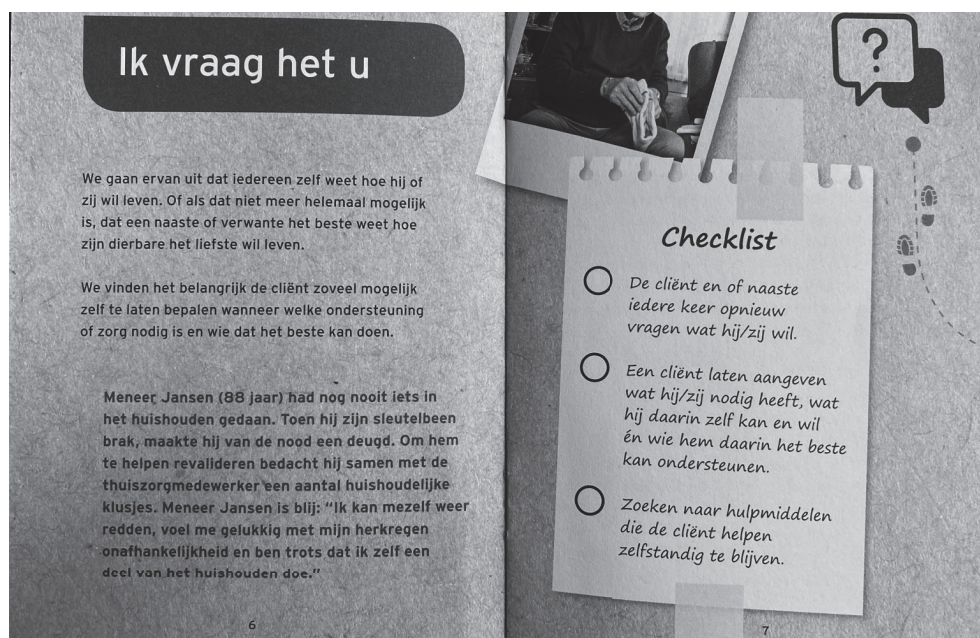
7.2.2.a Zoeken naar de vraag: het organiseren van aandacht voor vraag van de cliënt

“(...) caregivers who have an open, inclusive conception of care, who do not only look at the body but also at the person of the patient and who steer their care accordingly, can provide a counterbalance to socio-institutional enclosure that defeats free, relational attentiveness as a component of good care.”
(Klaver, 2016, blz. 155)

Wat maakt dat in een zorgpraktijk de nadruk gaat liggen op interactief zorgen als het gaat om ‘het zoeken naar de vraag van de cliënt in diens situatie’? Wij zien in zorgpraktijken gedomineerd door instrumenteel zorgen, dat niet de vraag maar het aanbod op basis van een vooronderstelde zorgvraag leidend is. De aanpak van de zorgvraag is verdeeld over zorgmedewerkers van (hiërarchisch) verschillende functieniveaus, wat kan leiden tot een

beperking van de aandacht tot eigen taken en verantwoordelijkheden. Zo blijkt in een zorgpraktijk voor thuiszorg dat een zorgmedewerker (functieniveau twee, bejaardenhelpende), die belast was met het aantrekken van de steunkousen bij een reeks cliënten, niet had opgemerkt dat een van haar cliënten het benauwd had. Een collega (functieniveau drie) was de benauwdheid later opgevangen toen zij bij die cliënt langskwam om de medicatie uit te delen. Onverschillig of ongeïnteresseerd handelen is hier niet in het spel; er is sprake van een wijze van organiseren die aandachtsvol afstemmen in de weg staat. In dit geval blijkt dat de looproutes regelmatig veranderd worden om – zoals de leiding aangeeft – ‘professionele distantie’ mogelijk te maken, toegepast in een organisatorische context waarin de regels en bevoegdheden van elke functie sterk wordt benadrukt ter vermijding van fouten. Hierdoor ontstaat een samenspel van organisatorische elementen die het aandachtsvol afstemmen in de weg staat of in ieder geval bemoeilijkt. Dat het anders kan worden georganiseerd laten de zorgpraktijken zien die de nadruk leggen op interactief zorgen.

Zo krijgen wij in die zorgpraktijken op onze vraag hoe zorgmedewerkers de vraag van de cliënt zoeken, als antwoord: “Je moet de cliënt leren ‘lezen’” als omschrijving hoe tastenderwijs de cliënt en zijn vraag wordt ontdekt. Soms worden daar ook methoden voor gebruikt zoals in een onderzochte organisatie waar in interactie met zorgmedewerkers onderstaand boekje is gemaakt dat in gesprekken met cliënten wordt gebruikt.



De teamleider van een zorgpraktijk met de nadruk op instrumenteel zorgen, is enthousiast over dit hulpmiddel, omdat het haar medewerkers helpt de slag te maken naar meer interactief zorgen. Een min of meer soortgelijke aanpak zagen wij in een andere organisatie waarin de centrale vraag telkens wordt gesteld: “Wat wilt u?” Deze methodieken zijn hulpmiddelen om in gesprek te komen met de cliënt over zijn vraag. Echter, in veel gevallen is verbale communicatie niet meer mogelijk en komt het aan op het kunnen interpreteren van het veelal non-verbaal geuite appèl (Levinas in: Keij, 2004) van de cliënt. En dit proces vraagt aandachtsvol handelen, dat – zoals wij hebben gezien – georganiseerd moet worden.

Maar welke mechanismen spelen daarbij een rol die zo'n organisatie mogelijk maken? Op de eerste plaats is er in die zorgpraktijken sprake van 'eigenaarschap' van een zorgmedewerker voor een cliënt, veelal in de vorm van een persoonlijk begeleider of een eerstverantwoordelijke verzorgende. Op de tweede plaats zien wij dat deze zorgverlener een eigen vrijheidsruimte om te handelen krijgt en zich veilig voelt om die ook te nemen. Op verschillende manieren speelt deze ruimte een rol in het handelen van de zorgverlener. Zo kan er beter op signalen van de cliënt worden gereageerd, omdat de zorgverlener meer ruimte heeft voor eigen initiatief en geeft die vrijheidsruimte de zorgverlener de mogelijkheid om protocollaire paden indien nodig te verlaten. In die ruimte kan de zorgverlener 'zoeken en tasten', afgaan op het eigen gevoel en proberen de vragen van de cliënt met wat knutselen of *tinkering* te verhelderen (Pols, 2012). Zo is Anouk, de persoonlijk begeleider van Azra – een pas volwassen cliënte met verstandelijke beperkingen en een kinderwens – al interacterend met haar cliënte tot de conclusie gekomen dat deze kinderwens moet worden gehonoreerd en heeft daar ook haar locatiemanager weten te overtuigen. Op onze vraag wat haar in dit proces heeft geholpen, reageerde zij: "De mogelijkheid om mijn eigen verantwoordelijkheid te nemen", want "als de locatiemanager in mijn nek zit te hijgen dan gaat het niet werken."

En daarmee komen wij op een derde aspect bij de mechanismen die het zoeken naar de vraag faciliteren, namelijk het sturen van de operationeel en middenmanagers. De operationeel managers, teamleiders en locatiemanagers, worden in deze praktijken vaak door zorgverleners genoemd als mensen op wie je kan terugvallen, maar tegelijk je ook de ruimte geven om je eigen verantwoordelijkheid naar de cliënt te kunnen dragen. Deze managers geven zelf aan coachen belangrijk te vinden, maar tegelijkertijd te waken niet in de handelingsruimte van de zorgverleners te treden. Als het gaat om de middenmanagers valt op dat zij die eigen vrijheidsruimte van zorgverleners belangrijk vinden, niet alleen vanwege het kunnen realiseren van de kernwaarden van de organisatie, maar ook omdat zij een opvatting uitdragen over de eigen professionele verantwoordelijkheid en positionering van verzorgenden en verpleegkundigen (en dus de zorgpraktijken) ten opzichte van andere praktijken in de organisatie. Zo zegt Beate, een middenmanager: "Verzorgenden en verpleegkundigen zijn geen verlengstuk van de arts of paramedici maar hebben een eigen verantwoordelijkheid die de hele cliënt omvat."

Samenvattend zien wij in ons onderzoek dat het handelingsproces 'zoeken naar de vraag van de cliënt' ingebed is in een zorgpraktijk, waarin zorgverleners en hun leidinggevendenden, het geven van aandacht zo hebben georganiseerd dat zorgverleners eigen handelingsvrijheid krijgen in combinaties met het kunnen en mogen dragen van eigen verantwoordelijkheid. Dit handelen is niet zonder risico's gezien de spanning die kan optreden met bijvoorbeeld protocollaire kaders rond veiligheid en gezondheid die soms lastig te combineren zijn met de leefstijl van een cliënt. Niet alleen de consistentie van handelen van het middenmanagers, maar vooral ook van het bestuur, is daarbij van belang om zorgmedewerkers het vertrouwen te geven dat zij die ruimte zonder te worden afgerekend kunnen betreden.

Concluderend kunnen wij de vraag (zie paragraaf 2.6, deelvraag één) of menswaardig zorgen meer waarschijnlijk is in zorgpraktijken die (systematisch en bestendig) zoeken naar de vraag van de cliënt, op basis van de bevindingen uit ons onderzoek positief beantwoorden. Daarmee is ook het eerste deel van deze deelvraag, hoe aandachtsvol afstemmen op de vraag van de cliënt in zijn situatie wordt gedaan, beantwoord. Welke organisatorische voorwaarden dit vraagt van het bestuur (het tweede deel van deze deelvraag) wordt in paragraaf 7.3 beantwoord.

7.2.2.b Zorgen als relationeel zorgen: organiseren van gezamenlijkheid

“Zorgen is vormgeven aan het feit dat mensen samenhangen, op kleine en op grotere schaal, in de samenleving. Er is daarom niet alleen afhankelijkheid. In zorgsituaties, zeker als zij duurzaam zijn, speelt ook áánhankelijkheid tussen de zorgverlener en de zorgontvanger, over en weer.”
(Van Heijst, 2005, blz 10)

Uit de gesprekken met cliënten komen verschillende reacties op onze vraag wanneer zij het zorgen menswaardig vinden. Het merendeel van hun reacties heeft te maken met het betrekkingaspect van zorgen, zoals serieus genomen willen worden en niet als nummer te worden behandeld. Ook merken cliënten op dat algemene regels niet je persoonlijke leefstijl in de weg moeten staan (bijvoorbeeld mogen roken in je eigen appartement of weggaan wanneer je dat wilt). Zij noemen ook andere voorbeelden waar cliënten hun afhankelijkheid en de machtsongelijkheid, asymmetrie, met de zorgverleners ervaren, zoals het lang moeten wachten wanneer een zorgverlener hen komt helpen, waarbij in het ergste geval cliënten worden vergeten (“ik heb twee uur op het toilet moeten wachten voordat zij mij ervan af haalden,” zegt een cliënt uit een zorgpraktijk gekenmerkt door basis zorgen). Kortom, cliënten die wij hebben gesproken ervaren situaties waarin de toch al bestaande afhankelijkheid van de zorg extra wordt geaccentueerd als mensonwaardig.

Wij zien verschillen tussen de praktijken hoe zij met de nu eenmaal inherente asymmetrie van een zorgrelatie omgaan. In de zorgpraktijken waar de nadruk ligt op instrumenteel zorgen is de relatie met de cliënt een hulpmiddel om de cliënt te bewegen tot medewerking. De relatie is geen doel op zich. De bestaande asymmetrie of machtsongelijkheid wordt als het ware gelegitimeerd door de zorgdoelen, die zelfredzaamheid en eigen regie omvatten. Onderdelen van deze zorgdoelen sluiten soms niet aan op de leefsituatie van de cliënt, zoals bijvoorbeeld bij een cliënt die omgaan met hulpmiddelen ‘moet’ leren, terwijl hij in een gesprek met ons aangeeft dat hij ze thuis niet zal (kunnen) gebruiken. Zo vertelt een andere cliënt dat hij zich met een scheerapparaat moet leren scheren, terwijl hij thuis zichzelf op een andere manier scheert. Of in een zorgpraktijk voor NAH cliënten (met elk een eigen woonruimte) die in de gemeenschappelijke ruimte tezamen met andere cliënten de maaltijd ‘moeten’ gebruiken om te voorkomen dat zij zouden vereenzamen, terwijl sommige cliënten in onze gesprekken aangeven liever alleen op hun kamer te willen eten. Kortom, het zorgdoel is niet afgestemd op de specifieke situatie van de cliënt, maar is gebaseerd op algemene richtlijnen. Hoe anders wordt de asymmetrie door zorgverleners gehanteerd in de zorgpraktijken waar de nadruk ligt op interactief zorgen. De aanwezigheid van een vaste verzorgende (zie boven onder a.) maakt de cliënt minder kwetsbaar, doordat die vaste begeleider veelal opkomt voor diens cliënten. Deze organisatorische constructie vormt op die manier een belangrijk element in relationeel zorgen. Maar symmetriseren van de zorgrelatie gebeurt op meerdere manieren. Zo doen zorgverleners mee aan activiteiten zoals de maaltijden, worden veelal buiten de noodzakelijke zorgverrichtingen geen uniformen gedragen, kennen medewerkers vaak de persoonlijke achtergrond van de cliënten en gebruiken ze deze informatie in hun contacten.

Welk mechanisme maakt het verschil tussen deze zorgpraktijken? Wat wij in ons onderzoek zien is dat de zorgverleners zich handelingsbewust zijn van de asymmetrische positie van de cliënt en dat het ‘hoort’ (*oughtness*, Nicolini, 2012, blz. 166) dat je in relatie treedt met je cliënt. Zo wordt nieuwe medewerkers geleerd hoe je cliënten in een rolstoel niet ‘van boven af’ moet benaderen maar op ooghoogte. Diverse regels (noemen van de naam bij het

aanspreken, geen uniform) en gebruiken (samen eten) ondersteunen dit normatieve kader, een kader dat overigens door leidinggevend en in het midden-management en de bestuurspraktijk actief wordt ondersteund en in eigen handelen wordt gespiegeld in die zin dat bijvoorbeeld het bestuur ook in hun contacten met de zorgpraktijken zoveel mogelijk probeert te symmetreren ter overbrugging van de hiërarchische verschillen. Wij komen op dit aspect in de volgende paragraaf terug.

Concluderend komt uit de diverse reacties van cliënten die deelnamen aan ons onderzoek het betrekkingaspect in de vorm van ‘serieus genomen worden’ als een rode draad naar voren. Het mechanisme is de tegenhanger van de *Asymmetrie Vergessenheit* van Schnabl (2004), namelijk een (handelings)bewustzijn, waarbij de zorgverlener zich in het handelen bewust is van de bestaande asymmetrie en deze ongelijkheid probeert te verminderen door telkens weer af te stemmen op de vraag van de cliënt in diens leefsituatie. Op deze wijze wordt de relatie met de verzorgenden meer symmetrisch of wederkerig, zodat de cliënt meer is dan het object van behandeling en zorgen. Daarmee is onze vraag (zie paragraaf 2.6, deelvraag twee) of (en hoe) in die zorginstellingen waarin de actoren uit de verschillende praktijken zich (handelings)bewust zijn van deze asymmetrie en door interactief handelen het verschil proberen te verkleinen (symmetreren), beter in staat zijn om menswaardig zorgen te organiseren, positief beantwoord.

7.2.2.c Het geven en nemen van ruimte: het organiseren van grenzen

“Home starts with bringing some space under control.”
(Douglas, 1989, geciteerd in Pasveer e.a., 2020, blz 3)

Elke zorgpraktijk is gelokaliseerd in een fysieke ruimte, soms apart en zelfstandig in een gebouw, soms als een ruimtelijk deel van een grotere gebouwde voorziening waar meerdere praktijken in zijn ondergebracht. Deze gebouwde ruimte vormt als het ware een structuur in/om de zorgpraktijk en ‘draagt’ daarmee het handelen in de praktijken (Latour, 2005). Veelal is zo’n fysieke ruimte het resultaat van besluiten in het verleden gebaseerd op waarden en opvattingen over zorgen die inmiddels zijn veranderd.

In de interviews met cliënten die beschikken over een eigen woonruimte – in de vorm van een appartement, in een begeleide woonvoorziening of in een voormalig omgebouwd bejaardenoord met thuiszorg – valt ons op dat allen een verband leggen tussen menswaardige zorg en het zelf kunnen beschikken over een eigen ruimte. Deze ruimten waren met eigen spullen en naar eigen smaak ingericht. De dagelijkse thuiszorg vormt voor veel van deze hoogbejaarde cliënten nog het enige sociale contact. Het beschikken over een eigen ruimte geeft niet alleen zelfstandigheid, maar vordert deze ook op. Zo zien wij hoogbejaarde cliënten, soms met ernstige beperkingen en zonder een ondersteunend sociaal netwerk (door hun hoge leeftijd) zich nog redelijk zelfstandig staande houden. Zo zei één van deze cliënten: “Liever eenzaam dan opgenomen worden in zo’n tehuis.” Het hebben van een ‘eigen’ fysieke ruimte blijkt echter niet voldoende om volledig eigen regie te kunnen hebben, maar is mede afhankelijk van de wijze waarop de zorgorganisatie omgaat met de private ruimte van de cliënt en de spanningen die dit oplevert op het vlak van de verantwoordelijkheid van de cliënt en die van de organisatie.

Juist in het hanteren van de spanningen, die inherent zijn aan de grens tussen publieke en private ruimte, zien wij in ons onderzoek de verschillen terug tussen de zorgpraktijken met de nadruk op instrumenteel zorgen en de zorgpraktijken die worden gekenmerkt door interactief

zorgen. Een voorbeeld ter illustratie: in één van de zorgpraktijken beschikken cliënten over een eigen kamer met toiletvoorzieningen, maar de deuren van hun kamers staan echter open omwille van het kunnen houden van toezicht en voor hun eigen veiligheid. Om redenen van hygiëne en kunnen schoonhouden zijn er nauwelijks eigen spullen in die kamers. Wat wij ook zien in dit type instrumentele zorgpraktijken, zijn regels voor het gebruik van de private ruimten (zoals rond roken, huisdieren, bezoek, schoonhouden, welke spullen wel/niet). In zorgpraktijken met de nadruk op interactief zorgen wordt de zelfcontrole meer gerespecteerd. Een voorbeeld. Een dubbelgehandicapte cliënte met een eigen appartement vertelt: “Als ik in het vorige huis een meningsverschil had met mijn vriend – en hij zijn stem verhief – stonden zij [de zorgverleners] al direct voor mijn deur. Hier is dat gelukkig anders.” Het mechanisme is hoe de zorgpraktijk met de grenzen tussen publieke en private ruimte omgaat, waarbij menswaardig zorgen verschijnt in het bevorderen van eigenaarschap van de cliënt over de ruimte in de vorm van toegankelijkheid en afstemming van routines (Lemos, Dekker & Pols, 2020). In plaats van het hanteren van algemene regels worden in deze zorgpraktijken individuele afspraken gemaakt wanneer zorgpersoneel ingrijpt als de risico's te onhanterbaar worden (bijvoorbeeld bij verwaarlozing van de ruimte).

Het mechanisme van het uitoefenen van eigenaarschap over de ruimte zien wij ook terug als het gaat om het hanteren van de grenzen tussen de zorgpraktijk en de rest van de organisatie. Wij zien dat vooral bij die praktijken die apart zijn gehuisvest en daardoor als het ware natuurlijke grenzen (en afstand) hebben tot de rest van de organisatie. Zo'n eigen locatie geeft (en vraagt) zelfstandig functioneren. Zo geven verzorgenden aan zich meer verantwoordelijk te (kunnen) voelen, je kunt niet meer op iemand (in het moederhuis) terugvallen. Ook de samenwerking op de locatie zou hierdoor gestimuleerd worden, het zorgteam kent minder verloop en vacatures. De betrokken leidinggevenden bevestigen deze bevinding: “Zij [de medewerkers] zijn nu meer op elkaar aangewezen, ze moeten alles zelf doen.”

In hoofdstuk twee hebben wij de vraag gesteld (zie paragraaf 2.6, deelvraag drie) of het kunnen beschikken over een eigen leef- en werkruimte bijdraagt aan menswaardig zorgen en of verzorgenden die ruimte ervaren in hun professioneel handelen beter in staat (zeggen te) zijn menswaardig te kunnen zorgen. Op basis van onze bevindingen kunnen wij deze vraag positief beantwoorden. Het mechanisme waar het hier om gaat is het hebben van eigenaarschap of regie van de eigen fysieke en sociale ruimte. Dit vraagt van de zorgpraktijk (en de organisatie) bereidheid om de risico's te dragen die gekoppeld zijn aan het hebben van zo'n privaat domein.

7.2.2.d Praktisch organiseren als het organiseren van voorspelbaarheid

In onze observaties van de categorie van handelen 'praktisch organiseren' manifesteert zich een scala van activiteiten variërend van *workforce planning*, organiseren en hanteren van zorgplannen en het vertalen naar de dagelijkse routines, zoals bijvoorbeeld door medicatie distributiesystemen. Deze activiteiten worden ondersteund door ICT-voorzieningen, die op hun beurt ook weer invloed hebben op de wijze waarop verzorgenden hun werk kunnen doen. Wij concentreren ons hier op het plannen van dienstroosters, omdat hierachter een reeks van instrumenteel handelen schuilgaat die invloed heeft op de mogelijkheid tot menswaardig kunnen zorgen. Zo zien wij bijvoorbeeld dat de financiële ruimte van een zorgpraktijk – vertaald in de personeelsformatie en het kunnen beschikken over een eigen budget – de ruimte voor inplannen van medewerkers vergroot en (bij een eigen budget) ruimte biedt om snel in te spelen op ziekte en mutaties of extra personeel in te plannen in bijzondere omstandigheden. Het kunnen waarborgen van continuïteit van de personeelsbezetting wordt door medewerkers en leidinggevenden gezien als een wezenlijk onderdeel om menswaardig te (kunnen blijven)

zorgen. Wij zien dat zorgpraktijken die deze continuïteit missen in een situatie terechtkomen waar medewerkers terugvallen op basiszorgen.

Echter, uit onze bevindingen blijkt dat continuïteit van personeelsbezetting niet alleen gaat om het in voldoende mate aanwezig zijn van ‘menschkracht’. Sociale aspecten blijken ook een belangrijke rol te spelen bij de planning van dienstroosters. Zorgmedewerkers kunnen uit de planning opmaken hoe de belasting gaat worden. Werk ik bijvoorbeeld met stagiaires of leerlingen? Of werk ik met een collega die door welke omstandigheid dan ook meer geneigd is zich ziek te melden? Hoe zal de sfeer in de groep zijn (familieleden geven aan dat sommige medewerkers meer of minder in staat zijn rust en regelmaat te brengen in een groep cliënten)? En ook cliënten geven aan graag te willen weten met wie zij de volgende dag te maken hebben (“sommige zusters zijn liever dan anderen,” merkt een cliënt genuanceerd op). Kortom de dienstroosterplanning fungeert ook als een manier om voor medewerkers (en cliënten) zekerheid en voorspelbaarheid te scheppen.

De mogelijkheden van een zorgpraktijk om zelf zorg te dragen voor de continuïteit wordt mede bepaald door de ruimte die het bestuur hiervoor geeft, een ruimte waarin wij zowel de operationeel manager (teamleider of locatiemanager) als de middenmanager een rol zien spelen. De middenmanager regelt de financiële mogelijkheden bij bestuur en externe partijen (WMO, Wlz), de operationeel manager zien wij optreden bij het hanteren van de verschillende tegenstrijdige waarden en belangen die bij de planning een rol spelen, zoals de verdeling van minder aantrekkelijke diensten, bij het wegen van belangen van cliënten en zorgmedewerkers, alsmede door het benutten van de financiële ruimte van de zorgpraktijk. Wij komen later in deze paragraaf nog terug op deze bevindingen (zie g.)

Concluderend kunnen wij stellen dat op basis van onze bevindingen de personeelsplanning een belangrijk element vormt om de continuïteit van zorgen te bewerkstelligen (zie paragraaf 2.6 deelvraag vier) en daarmee de mogelijkheid tot menswaardig zorgen ondersteunt. Deze continuïteit is niet alleen kwantitatief (hoeveel medewerkers werken er morgen), maar ook kwalitatief (wie werken er morgen). Op die manier verschijnt het mechanisme van voorspelbaarheid voor medewerkers en cliënten dat regelmaat en rust geeft in de zorgpraktijk. Daarmee kunnen we deze deelvraag of in die organisaties waar de *work force planning* (in al zijn facetten zoals boven genoemd) zo is ingericht dat deze het zorgproces in de zorgpraktijken ondersteunt, een bijdrage levert aan menswaardig kunnen zorgen, positief beantwoorden. Onderliggende mechanisme om deze continuïteit mogelijk te maken is het ‘zorgpraktijk-centraal’ organiseren, dat wil zeggen dat de organisatie zo is ingericht dat zij de zorgpraktijken ondersteunt, bijvoorbeeld door de beschikbaarheid van middelen en ondersteunende systemen en leidinggevenden. Deze wijze van inrichten van de organisatie is primair de verantwoordelijkheid van het bestuur om middels ‘goed werkgeverschap’ de werkomstandigheden van de zorgmedewerkers te verbeteren, een noodzaak die mede urgent is door het tekort aan voldoende personeel. Dit aspect zullen wij de volgende paragraaf verder toelichten.

7.2.2.e Samenwerken als organiseren van vertrouwen

“Learning is the engine of practice, and practice is the history of that learning.”
(Wenger, 1998, geciteerd uit Nicolini, 2012, blz. 90)

Als wij in de laatste onderzoeksrunde aan alle participanten van ons onderzoek de vraag voorleggen of samenwerken een voorwaarde is voor menswaardig zorgen, dan luidt het

antwoord unaniem bevestigend. Cliënten en hun familie leggen de nadruk op de voordelen van afstemmen van medewerkers (“je hoeft je verhaal niet elke keer te vertellen,” zegt een cliënt) en het vertrouwen dat informatie, die bijvoorbeeld een familielid geeft aan een zorgmedewerker, ook bij zijn collega’s terecht komt. Het element vertrouwen komt ook terug in opmerkingen van zorgverleners als wij hen vragen waaruit het werken in teamverband bestaat, namelijk dat je op elkaar kunt terugvallen, dat de andere collega je helpt in moeilijke situaties en met elkaar kunt sparren. En – zeker in zorgpraktijken met de nadruk op interactief zorgen – dat je eigen initiatief mag tonen in de omgang met cliënten en het vertrouwen dat je daarbij fouten mag maken. Vertrouwen komt ook naar voren in opmerkingen over de rol van de teamleider of locatiemanager, namelijk dat je in geval van nood op deze kan terugvallen en je uit de wind houdt bij problemen met bijvoorbeeld familieleden.

Hoe organiseer je vertrouwen? In lijn met wat Schatzki (2002) *action intelligibility* noemt, gaat het hier om ‘handelingsvertrouwen’, vertrouwen dat het handelen van je collega is afgestemd op jouw handelen. Zo zien wij tijdens onze observaties van een van de zorgpraktijken, hoe een drietal verzorgenden als in een soort choreografie (Nicolini, 2012) in samenwerking met elkaar interacteren met de cliënten. Hun handelen, soms samen, soms aanvullend, soms apart, is steeds afgestemd op de situatie. Het gaat in dit voorbeeld om drie leden van een vast zorgteam met een visie op interactief zorgen voor cliënten, die door langdurig samen te werken, inmiddels weten wat zij aan elkaar hebben. Kortom, handelingsvertrouwen vraagt samen leren, samen oefenen op basis waarvan een gemeenschappelijk repertoire aan handelingen wordt ontwikkeld. Zorgteams in praktijken met de nadruk op interactief zorgen hebben volgens onze participanten minder verloop, een fenomeen dat zij verklaren op basis van de werksatisfactie bij de leden van hun zorgteams. Ook de bijdrage van de teamleider of locatiemanager wordt genoemd om samenwerken te bevorderen. Deze leidinggevende coacht het team, helpt individuele (nieuwe) teamleden hun plaats te vinden, treedt op bij conflicten en bewaakt de grenzen om verstoringen van buiten het team op te vangen.

Het verschil tussen de verschillende typen praktijken komt onder andere tot uitdrukking in de afgrenzing van het team zorgmedewerkers ten aanzien van cliënten. In de zorgpraktijken met de nadruk op interactief zorgen zien wij dat het zorgteam minder afgrenzend is naar cliënten, er worden veelal activiteiten gezamenlijk gedaan. Anders ligt dit in de zorgpraktijken met de nadruk op instrumenteel zorgen, de grenzen zijn afgebakend en behalve op basis van verrichtingen, zijn er weinig gemeenschappelijke activiteiten.

Concluderend zien wij op basis van onze bevindingen dat samenwerken van de zorgmedewerkers bijdraagt aan menswaardig (kunnen) zorgen (zie paragraaf 2.6, deelvraag 5) onder andere door het scheppen van een gemeenschappelijk repertoire van handelingen. De afstand tussen de cliënten en de zorgmedewerkers is kleiner, mede door de gezamenlijke activiteiten van zorgpersoneel en cliënten (zie ook deelvraag vijf uit hoofdstuk twee). Het mechanisme is leren elkaar te vertrouwen door/in samen handelen, een proces dat tijd, een stabiele bezetting en ondersteuning van de operationeel manager vraagt om voorwaarden voor dit gezamenlijk leerproces te scheppen. Daarmee wordt deze deelvraag of en hoe ‘samen’ handelen – om te komen tot een gezamenlijk repertoire en tot een gezamenlijke onderneming – een voorwaarde is voor menswaardig zorgen, positief beantwoord.

7.2.2.f Reflecteren als organiseren van inspiratie

Reflecteren is in alle onderzochte zorgpraktijken veelal verweven met het dagelijks handelen, waarbij de feedback van een cliënt (“mijn dag is al goed als ik een glimlach van mijn cliënt

krijg,” zegt een zorgmedewerker) fungeert als antwoord op de vraag of het zorgen ook menswaardig is geweest. Het elkaar feedback geven wordt in alle onderzochte organisaties als lastig ervaren. Zorgverleners geven aan de samenwerkingsrelaties niet onder druk te willen zetten. Wij zien in ons onderzoek dat feedback vaak als kritiek wordt beschouwd. Daarom leggen wij hier de nadruk op hoe reflecteren gebruikt wordt ter inspiratie in het zorgen voor cliënten en (dus) uitgaat van zorgen dat als goed wordt beschouwd.

Wij beginnen eerst met de obstakels die bij reflecteren in handelingspraktijken een rol spelen. Zo zien wij verschillen tussen goede bedoelingen, zoals zorgverleners die uiten in onze interviews en het verschil met de handelingspraktijk zoals wij die waarnemen. Handelen gebeurt vaak *preconscious* (Nicolini, 2012). Het is niet altijd het resultaat van vooraf afgewogen bewuste keuzen. Bovendien is een handelingspraktijk complex, waarin oorzaak en gevolg voortdurend stuivertje wisselen door de onderlinge verwevenheid, zodat representatie van zo'n praktijk om te kunnen toetsen of goede en menswaardige zorg is geleverd, lastig is. En ten slotte is niet alles zichtbaar, zoals bijvoorbeeld *hidden materialities* (Buse e.a., 2018), de vanzelf aangenomen invloeden van andere praktijken op de snelheid en wijze van handelen, aspecten die een rol spelen in de kwaliteit van zorgen, maar zich aan het waarnemen onttrekken. Deze aspecten maken het toetsen in de situatie problematisch. Wij zien dat zorgpraktijken, zeker praktijken met een nadruk op interactief zorgen, veelal een combinatie maken van toetsen in de situatie en aanvullende feedback van buiten de zorgpraktijken (Jerak, 2013). Door ook gebruik te maken van deze informatie van buiten doen de zorgpraktijken bij wijze van spreken 'een stapje opzij' (Merleau-Ponty, 1964), om vanuit een ander perspectief – maar in de situatie – op hun eigen handelen te kunnen reflecteren.

Dit proces gebeurt op verschillende manieren. Zo worden in een zorgpraktijk video opnames gebruikt en vervolgens in het team in aanwezigheid van een gedragsdeskundige en de locatiemanager besproken. Deze aanpak van 'video reflexiviteit' (Iedema e.a., 2013) stelt niet alleen eisen aan het onderling vertrouwen in het zorgteam vanwege het je kwetsbaar willen opstellen, maar bevordert het onderling vertrouwen ook (zie e.). Zorgmedewerkers geven aan dat deze aanpak inspirerend werkt, doordat deze nieuwe inzichten geeft. Wij zien ook dat feedback van de operationeel managers, die zelf geen uitvoerende zorg verrichten en daarom van enige afstand kunnen waarnemen een rol speelt bij het reflecteren. Wij zien hier zorgmedewerkers ook zelf om vragen met name in situaties waar zij problemen ondervinden. Een andere vorm van 'een stapje opzij' zetten of van perspectief wisselen is dat familieleden in sommige praktijken worden uitgenodigd om hun ervaringen met de zorgmedewerkers te delen. Wij zien dat in een organisatie interne en soms externe audits worden georganiseerd, waarbij het ene zorgteam de zorgpraktijk van een ander zorgteam visiteert, een activiteit die zorgmedewerkers inspirerend en leerzaam vinden, omdat deze audits je op nieuwe en andere ideeën brengen. Ook bijscholingen en het ontmoeten van collega's op diverse platforms leiden tot nieuwe ideeën of tips. Kortom, een waaier van voorbeelden hoe zorgpraktijken die de nadruk leggen op interactief zorgen, gebruik maken van deze instrumenten om hiermee op hun handelen te reflecteren.

Het correct volgen van de procedures lijkt centraal te staan in zorgpraktijken met een overwegend instrumentele aanpak. Zo zien wij bij een van onze observaties op een zorgpraktijk een zorgmedewerker de medicatie gereed maken. Wij merken dat dit proces veel tijd in beslag neemt en wij vragen of wij mogen meekijken. Zorgvuldig wordt de medicatie afgevoerd en in bekertjes gedaan. Ons valt op dat er nogal wat dezelfde soort pillen wordt verdeeld. Het blijkt te gaan om paracetamol, een vrij verkrijgbare pijnstillers, bestemd voor cliënten die geacht worden over enkele weken weer zelfstandig hun medicatie in te nemen.

Verder blijkt dat het aan het eind van dit zorgvuldig afgewerkte distributieproces losse einden zitten. Als een cliënt afwezig is, wordt het bekertje door de dienstdoende zorgverlener bewaard en soms vergeten te geven als de cliënt weer terug is. Ofschoon de procedures niet zijn afgestemd op de concrete situatie van de cliënt, blijven deze bij toetsen ongewijzigd, omdat de procedures zelf volgens de richtlijnen goed worden uitgevoerd.

Concluderend: systematisch en op een open, niet beschuldigende manier reflecteren (zie paragraaf 2.6, deelvraag zes) draagt bij aan menswaardig zorgen (Van Baarle e.a., 2022). Het werkzaam mechanisme is niet alleen dat getoetst wordt in de situatie om recht te doen aan de complexiteit en gelaagdheid van de situatie, maar ook gebruik wordt gemaakt van informatie van direct betrokken buitenstaanders en meetinstrumenten om de beperkingen van het toetsen in de situatie te verminderen. Deze deelvraag, of het systematisch toetsen van en het reflecteren op het zorgproces, een bijdrage levert aan het scheppen van voorwaarden voor menswaardig zorgen, kan dus positief beantwoord worden. Het mechanisme is het veranderen van perspectief, waarin ook informatie van buiten de zorgpraktijk wordt gebruikt.

7.2.2.g Sturen in nabijheid en op afstand: de operationeel leidinggevende en diens bijdrage aan menswaardig zorgen

De operationeel managers die aan ons onderzoek hebben deelgenomen worden in hun organisaties teamleiders of locatiemanagers genoemd. Er zijn verschillen in de taken en de verantwoordelijkheden van zo'n manager, die per organisatie variëren van een gearticuleerde visie op de verbindende en centrale rol van de operationeel manager (die als "spin in het web" wordt aangeduid) tot een organisatie waarin de teamleider wel de functienaam draagt, maar feitelijk geen team leidt. In die organisatie hebben zij, als een soort adjunct van de middenmanager, meer de rol van 'vliegende keep' die de continuïteit van de bezetting verzorgen en zich met incidenten bezighouden. Het gevolg is dat in die situaties hun afstand tot de dagelijkse zorgoperaties van de zorgpraktijk groot is ("wij zien haar nooit," merkt een verzorgende over haar teamleider op). Ook veelvuldige wisselingen van teamleiders en locatiemanagers of situaties waarin de leidinggevende langdurig ziek is, vergroten de afstand tot de zorgpraktijk, waarbij betrokkenen aangeven dat dit een nadelig effect heeft op de onderlinge samenhang en samenwerking in de zorgpraktijk. Kortom, uit ons onderzoek blijkt dat een leidinggevende verbonden aan de zorgpraktijk een belangrijke bijdrage levert aan het dagelijks functioneren van de zorgpraktijk, mits die leidinggevende ook beschikbaar is.

Als wij in de derde onderzoeksronde cliënten en zorgmedewerkers de vraag voorleggen of het sturen van teamleiders of locatiemanagers bijdraagt aan menswaardig zorgen, dan is het antwoord unisono bevestigend. Hoe? De leidinggevende vormt een aanspreekpunt bij vragen en problemen, kan knopen doorhakken als het zorgteam er niet uit komt, houdt het zorgteam uit de wind bij conflicten met bijvoorbeeld familieleden, stimuleert samenwerken en reflecteren. Kortom, in alle bovengenoemde handelingscategorieën is de bijdrage van de operationeel manager te ontwaren. Cruciaal is – volgens de participanten – de balans tussen afstand en nabijheid tot de zorgpraktijk. Nabij genoeg om zicht te kunnen hebben op het zorgen voor, maar genoeg afstand om zorgverleners niet in hun eigen handelingsruimte te beperken.

Als het gaat om leidinggevendens van zorgpraktijken met de nadruk op instrumenteel zorgen zien wij dat deze leidinggevendens meer 'programma managers' zijn; drukbezette regelaars bezig met overzicht houden, beheer van de registratie van verrichtingen (essentieel voor de financiering) en het scheppen van materiële voorwaarden. Hun collega's van zorgpraktijken met overwegend interactief zorgen zijn meer bezig een evenwicht te vinden tussen taken die

nabijheid vragen en die waar afstand op zijn plaats is, alsook met het bij elkaar brengen van de specifieke werkwijzen van het zorgteam en de organisatorische kaders. Dit balancerend sturen vraagt – zo zien wij – eigen handelingsruimte, gematerialiseerd in bijvoorbeeld financiële armslag (eigen budget) en handelingsvrijheid gegeven door het bestuur, daarin ondersteund door de middenmanagers.

Concluderend zien wij dat het sturen van de operationeel manager (in ons onderzoek de teamleider of de locatiemanager) een bijdrage levert aan menswaardig zorgen (zie paragraaf 2.6, deelvraag zeven). In alle bovengenoemde handelingscategorieën zien wij die bijdrage terug. De nabijheid tot de zorgpraktijk lijkt daarbij van belang om zicht te kunnen houden op de dagelijkse zorgprocessen, zonder overigens daarbij de zorgmedewerkers voor de voeten te lopen. Een ander element van belang is de wijze van sturen. Leidinggevenden verbonden aan zorgpraktijken met de nadruk op instrumenteel zorgen lijken meer ‘regelend’ te sturen met als doel de materiële voorwaarden van de praktijk te verzorgen, terwijl hun collega’s van zorgpraktijken met de nadruk op interactief zorgen, opvallen door hun meer relationele wijze van sturen, zoals het coachen van medewerkers en het bevorderen van teamontwikkeling. Het eerste deel van deze deelvraag, of de bijdrage van de operationele leider aan zorgen waarin de kernwaarden van de organisatie ‘gedaan worden’ effectiever is, als deze zorgt dat de basis in orde blijft, samenwerken en samen leren wordt gestimuleerd en deze leidinggevende zorgt dat het proces van toetsen aan de zorgrealiteit telkens plaatsvindt, kan dus positief beantwoord worden. De bijdrage van de middenmanager (deel twee van deze deelvraag) aan het faciliteren van menswaardig zorgen komt in paragraaf 7.3 nog aan de orde.

Tabel 7.4 Samenvattende tabel van mechanismen die respectievelijk instrumenteel of interactief handelen in de zorgpraktijken bevorderen.

HANDELINGSCATEGORIEËN	MECHANISMEN instrumenteel	MECHANISMEN interactief
Zoeken naar de vraag: het organiseren van aandacht voor de vraag van de cliënt	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbod op basis van vooronderstelde zorgvraag, - Aanpak van de zorgvraag is verdeeld over verschillende medewerkers met verschillende verantwoordelijkheden - Handlingsruimte wordt bepaald door bevoegdheden 	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgvraag beperkt zich niet tot de veronderstelde zorgvraag op basis van 'defecten' - Tastenderwijs vraag ontdekken, cliënt leren lezen, - Handlingsruimte wordt bepaald door de vraag, met nadruk op eigen initiatief en verantwoordelijkheid van zorgverlener - Eigenaarschap van de zorgmedewerker
Zorgen als relationeel zorgen: het organiseren van gezamenlijkheid	<ul style="list-style-type: none"> - Asymmetrische relatie op basis van hulpverlener versus patiënt - Deze asymmetrie wordt gelegitimeerd door de behandeldoelen, zoals revalideren of bevorderen van zelfstandigheid - Relatie met cliënt is hulpmiddel en vindt plaats met verschillende hulpverleners 	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgen vindt plaats in de relatie en is doel op zichzelf - Veelal vaste begeleiders die verantwoordelijk zijn voor het zorgproces rond die cliënt - Streven naar wederkerigheid in de relatie zorgverlener en cliënt
Geven en nemen van ruimte: het organiseren van grenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Nadruk op grenzen en kaders - Spanning tussen private en publieke ruimte met maatregelen om de private ruimte onder toezicht te stellen 	<ul style="list-style-type: none"> - Nadruk op de openheid van de ruimte - Eigenaarschap van de private ruimte om zelfstandig wonen en werken mogelijk te maken
Praktisch organiseren: het organiseren van voorspelbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> - Bezetting en taakverdeling afhankelijk van zorgzwaarte en diagnose - Allocatie van middelen gebaseerd op zorgzwaarte of verrichtingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Eigen budget, ook bedoeld om; - Continuïteit in de bezetting binnen de zorgpraktijken te garanderen - Zorgpraktijkgerichte organisatie
Samenwerken: het organiseren van vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerken vindt plaats binnen de grenzen van bevoegdheidsverdeling - Afstand ten aanzien van cliënten (en familie) is groot en weinig gemeenschappelijke activiteiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerken als middel tot vergroten onderling vertrouwen en uitwisselen van ervaringen met cliënten - Cliënten participeren in de samenwerking - Gemeenschappelijke activiteiten
Reflecteren: het organiseren van inspiratie	<ul style="list-style-type: none"> - Toetsen op basis van richtlijnen en behalen van de instrumentele doelen - Meer nadruk op meten en tellen 	<ul style="list-style-type: none"> - Confrontatie met cliënten (en familie) opzoeken en vragen stellen aan cliënten - Meer narratieve methoden - Een 'stap opzij' om te kunnen reflecteren op eigen handelen door derden, betrekken (familie) en objectiverende middelen zoals video.
Sturen in nabijheid en op afstand: de bijdrage van de operationeel leidinggevende aan menswaardig zorgen	<ul style="list-style-type: none"> - Teamleider of locatiemanager is 'regelaar': verzorgt de materiële voorwaarden, onderhoudt de relaties naar buiten - Zit in de 'cockpit' om zicht te kunnen houden op verrichtingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Hanteren van afstand en nabijheid tot de zorgpraktijken - Afstand van de eigen handlingsruimte van de medewerkers - Nabijheid ingeval van vragen, ondersteunen, coachen

7.3 Het scheppen van voorwaarden voor menswaardig zorgen: de interactie tussen zorgpraktijken en de bestuurspraktijk

In deze paragraaf komen onze bevindingen aan de orde hoe de bestuurspraktijk in de drie organisaties interacteren met de zorgpraktijken en welke invloed dat heeft op de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen. Daarin valt als eerste op dat besturen zich niet uitsluitend met voorwaardenscheppende (*taking care off*) activiteiten bezighouden, maar ook met ‘zorgen voor’ (*taking care for*) in de vorm van interactief handelen naar hun medewerkers (Stoopendaal, 2008, Tronto, 1993). De verhouding tussen deze twee domeinen van handelen verschilt per organisatie en weerspiegelt op die manier het belang dat een bestuur hecht aan de waarden die daarin tot uitdrukking komen. In veel opzichten zijn de dilemma’s hetzelfde als in de zorgpraktijken waar het in het zorgen voor cliënten gaat om de hantering van tegengestelde waarden, zoals bijvoorbeeld veiligheid en bewegingsvrijheid van een cliënt, gaat het in de bestuurspraktijk om zaken als risicobeheersing versus handelingsruimte voor medewerkers. Wij werken dit in deze paragraaf verder uit, toegesneden op onze bevindingen per handelingscategorie. In tegenstelling tot de vorige paragraaf waar wij drie typen zorgpraktijken hebben beschreven, maken wij in deze paragraaf onderscheid tussen twee typen besturen, interactief en instrumenteel. De eerste reden is dat wij slechts in één organisatie en dan nog alleen in de eerste onderzoeksrunde een organisatie-brede vorm van ‘basis sturen’ hebben gezien, een vorm van handelen gekenmerkt door instrumenteel sturen, beperkt tot het hoogst noodzakelijke, waardoor het bestuur zonder (praktisch georganiseerde) visie op steeds grotere afstand van de zorgpraktijken komt te staan en de sturing in toenemende mate op externe factoren (zoals de dreiging van een bezoek van de inspectie) en het proberen te beheersen van interne crises wordt gericht. Een tweede reden is dat zorgpraktijken gekenmerkt door basis-zorgen in elke organisatie kunnen voorkomen, ook in die waar de bestuurspraktijk interactief zorgen stimuleert. In een dergelijk geval is er eerder sprake van een cumulatie van lokale en zorgpraktijk gebonden omstandigheden, zoals ernstige problemen in de continuïteit van de bezetting. Deze situaties zijn in de meeste gevallen bekend bij het bestuur, die samen met de betreffende middenmanager actie hebben ondernomen.

7.3.1 Zoeken naar de vraag: interactief sturen op afstand

“(…) asking temporarily empowers the other person in the conversation and temporarily makes me vulnerable. It implies that the other person knows something that I need to or want to know. It draws the other person into the situation and into the driver’s seat; it enables the other person to help or hurt me and, thereby, opens the door to building a relationship.”
(Schein, blz. 5, 2013)

Wij zien dat elk bestuur van de deelnemende instellingen worstelt met de vraag hoe zij zicht kunnen houden op de kwaliteit van zorg en op hoe de kernwaarden van de organisatie worden vertaald in het dagelijks zorgproces in antwoord op vragen van cliënten. De organisaties zijn groot en samengesteld uit tientallen zorgpraktijken. Ter illustratie: zo kost het drie jaar om elke week één zorgpraktijk te bezoeken, volgens een van de bestuurders. Overigens blijkt uit ons onderzoek – ter bevestiging van het resultaat van het onderzoek van Stoopendaal (2008) – dat de schaalgrootte van de deelnemende organisaties geen factor van betekenis blijkt in de mate waarin het bestuur erin slaagt de afstand tot de zorgpraktijken of werkvloer te

overbruggen. De afstand tot het bestuur wordt (althans in de eerste onderzoeksrunde) in de kleinste organisatie als groot ervaren (“wij zien ze nooit”, “zij weten niet wat er speelt”), terwijl in de grootste organisatie medewerkers en leidinggevenden het bestuur als betrokken, toegankelijk en geïnteresseerd ervaart. Welke elementen bepalen het verschil in beide organisaties en wat is het effect op de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen?

Wij zien dat de opvattingen over wat ‘de vraag van de cliënt’ betekent per organisatie verschilt. In organisaties met de nadruk op instrumenteel zorgen wordt de vraag sterk bepaald door de vooraf bepaalde zorgbehoefte of een diagnose, die vervolgens leiden tot een aantal zorghandelingen die door de financiële kaders (bijvoorbeeld de DBC) en richtlijnen worden voorgeschreven. Daar waar de nadruk op interactief zorgen valt, is er meer ruimte voor meer existentiële vragen (“hoe ga ik verder met mijn leven”). Afgezien van het feit dat dit verschil in opvatting ook gevolgen heeft voor de inrichting van de organisatie (waarover later in deze paragraaf meer), leidt dit ook tot een andere benadering van het bestuur naar de zorgpraktijken. Zo zien wij in de eerste (meer instrumentele) situatie dat het bestuur geneigd is op afstand te blijven van de zorgpraktijken, vanuit de opvatting de professionele verantwoordelijkheden niet te verstoren, terwijl zij anderzijds de afstand naar de zorgpraktijken probeert te overbruggen middels *forms* (Latour, 2005), dat wil zeggen voorschriften en procedures op het gebied van registratie. In een organisatie waar het bestuur de nadruk wil leggen op interactief zorgen zien wij een tegengestelde beweging: bestuursleden zoeken de directe interactie met de zorgpraktijken (bezoeken teamoverleg, lopen een dienst mee, participeren in cliëntbesprekingen na toestemming), terwijl zij tegelijkertijd afstand houden van de vrijheidsruimte van medewerkers vanuit de gedachte die ruimte tussen medewerkers en cliënten niet te willen verstoren of te beïnvloeden. Deze wijze van sturen vraagt, zo blijkt, een aantal voorwaarden, zoals het niet (willen) interveniëren in de verhouding tussen middenmanagers en zorgpraktijken, het niet gebruiken van de verworven informatie voor controle (Stoopendaal, 2008) en een symmetrische, dat wil zeggen wederkerige wijze van communiceren die het mogelijk maakt dat de bestuurder zicht krijgt op de diverse concrete zorgprocessen, die in hun alledaagsheid de basis vormen voor menswaardig kunnen zorgen.

Wij zien dat systematische (in de zin dat deze regelmatig plaatsvinden) bezoeken de bestuurspraktijk niet alleen informatie verschaffen over de vragen waarmee de zorgpraktijken worstelen en de effecten van het bestuurlijk handelen, maar dat de aanwezigheid ook door de medewerkers wordt ervaren als betrokkenheid en interesse. Op die manier zien wij dat deze interacties met de zorgpraktijken bijdraagt aan positieve beeldvorming van het bestuur in de organisatie, waardoor het effect van deze bezoeken vergroot wordt en op die manier een sturend effect krijgt (“dit bestuur is betrokken”). Een andere *spin-off* is dat bestuursleden als het ware ‘vulling’ kunnen geven aan de veelal abstract geformuleerde kernwaarden, zoals bijvoorbeeld een bestuurslid dat tijdens het meelopen in een avonddienst ervaart hoe een zorgmedewerker rustig maar consistent met een agressieve cliënt omgaat. Bijna ieder bestuurslid put uit dergelijke ervaringen, opgedaan tijdens diens contacten met de zorgpraktijken, om de kernwaarden van hun organisatie te kunnen concretiseren.

Echter, de afstand tussen bestuur en zorgpraktijken is dynamisch en aan veranderingen onderhevig (Stoopendaal, 2008). Zo wordt – na de interventie van de inspectie en de daaropvolgende reorganisatie – in een van de onderzochte organisaties de afstand tot de zorgpraktijken verkleind, mede doordat een van de leden van de bestuurspraktijk regelmatig de werkvloer gaat opzoeken en zich actief laat informeren over de organisatorische problemen waarmee de zorgpraktijken geconfronteerd worden. De klachten over de onzichtbaarheid van

het bestuur tijdens de eerste onderzoeksrunde, zijn in de derde ronde verdwenen en hebben plaatsgemaakt voor een beeld van een betrokken en geïnteresseerd bestuur. In een andere organisatie lijkt de verhouding tussen bestuur en zorgpraktijken na de eerste ronde te veranderen. Het bestuur is qua samenstelling veranderd – de bestuursvoorzitter met een sterke nadruk op relationele waarden heeft plaats gemaakt voor een nieuw bestuurslid die de kwaliteit van zorg meetbaar wil maken – en in een strak tijdschema wil het bestuur het concept zelforganiserende teams ‘uitrollen’. Kortom, twee situaties waarin de balans tussen instrumenteel en interactief sturen verandert door de dynamiek in en rond het bestuur. Wij zien bij het vergroten van het interactieve aspect van sturen dat de afstand met de zorgpraktijken kleiner wordt doordat in wederkerigheid zorgopvattingen worden gedeeld en op elkaar afgestemd. De zorgpraktijken voelen zich aldus meer gehoord en gesteund in hun handelen. Gaat de balans meer naar het instrumentele dan lijken de eigen bestuursopvattingen te gaan domineren (“de tijd van praten is voorbij, nu moet er worden gereorganiseerd”) en opvattingen – over de aanpak van zo’n reorganisatie – tussen bestuur en middenmanagers te gaan divergeren, de afstand wordt groter.

Concluderend zien wij bij zorgpraktijken, waarin de nadruk valt op interactief zorgen, een bestuurlijk handelen waarin de afstand tussen hen en de zorgpraktijk wordt verkleind door directe interactie, waarin het bestuur ‘zich aandachtsvol afstemt’ met de vragen in de zorgpraktijk. Tegelijkertijd wordt afstand gehouden van de ruimte waarin medewerkers en cliënten met elkaar interacteren. Bij zorgpraktijken met een overwegend instrumentele aanpak, is die beweging omgekeerd: afstand om de ‘lijnen’ niet te verstoren en (meet) instrumenten gaan fungeren als substituuut van interacteren met de zorgpraktijken.

7.3.2 *Sturen als zorgen voor: organiseren van wederkerigheid*

“Bestuurders staan voor de opdracht (...) betrokkenheid met de cliënt te organiseren. (...) Besturen is een relationeel proces waarin wederkerigheid van geven en nemen plaatsvindt.”
(Stoopendaal, 2008, blz 186).

Op onze vraag aan bestuurders hoe zij vanuit hun de asymmetrische, lees hiërarchische, positie, in relatie willen komen tot de zorgpraktijken waarin ruimte is voor wederkerigheid en kritische vragen, is het antwoord veelal dat zij als bestuur het voorbeeld moeten geven. “Je moet doen wat je zegt,” zegt een bestuurder. Volgens een andere bestuurder gaat het erom dat je situaties opzoekt of scheidt, zoals bezoeken aan de zorgpraktijken, bijeenkomsten of bijscholingen, waar je zaken in de week legt (hij gebruikt de term *nudging*) en ruimte geeft voor het ontwikkelen van alternatieven. Kortom, als je wilt dat de kernwaarden van de organisatie gestalte krijgen, dan vraagt dat volgens deze bestuurders ook het vermijden van *unilateral control*, dat wil zeggen het verkleinen van de eigen beslruimte van de medewerker (Argyris in: Ardon, 2009) en congruentie tussen je woorden en je handelen. De plaats waarbij dit bij uitstek gebeurt, is volgens onze bevindingen in de directe contacten tussen zorgbestuurders en zorgpraktijken (zie boven).

Verder zien wij dat niet alleen het interactief handelen van de bestuursleden symmetrie uitdrukt. Ook het belang dat het bestuur hecht aan de positie van de zorgpraktijken in relatie tot de andere praktijken in de organisatie speelt een rol, denk hierbij aan de praktijken van stafdiensten, (para)medici, enzovoort. Als wij de organisatorische positie van de drie typen zorgpraktijken in hun relatie met andere praktijken met elkaar vergelijken, dan vallen verschillen op. Zo zien wij dat zorgpraktijken met de nadruk op basiszorgen een meer

ondergeschikte positie binnen de zorgorganisatie hebben. Ter illustratie: in een multidisciplinair overleg (zonder vertegenwoordiging van de zorgpraktijk) wordt unisono de oorzaak van het negatieve inspectierapport bij het functioneren van de zorgpraktijken gelegd (“zij moeten nu maar eens met de billen bloot,” merkt de kwaliteitsverpleegkundige in dat overleg op). Medewerkers in die zorgpraktijken geven aan niet serieus te worden genomen en naar de pijpen van andere praktijken te moeten dansen. Na de reorganisatie zien wij dat de positie van de zorgpraktijken in de organisatie is veranderd. Zo krijgt de directeur Zorg een ruimer mandaat en komt in een symmetrische positie ten aanzien van de bestuurder te staan; krijgen de zorgmanagers meer ruimte en markeren zij de positie van de zorgpraktijken ten aanzien van de (para)medische praktijken, een reeks maatregelen die zijn weerslag heeft op de positie van de zorgpraktijken, die zich hierdoor meer gelijkwaardiger ervaren ten aanzien van de andere praktijken. Wij zien dit mechanisme ook terug in een andere organisatie waar het bestuur van oordeel is dat het zorgproces in de zorgpraktijken centraal staat en de andere praktijken dit proces moeten ondersteunen. Dit handelen van het bestuur is niet alleen normatief, zoals weerklinkt in hun opvattingen, maar deze vertalen zich ook in de inrichting van hun organisatie, zoals bijvoorbeeld de allocatie van budgetten.

7.3.3 Het geven en nemen van ruimte: het organiseren van eigen verantwoordelijkheid
Het scheppen van ruimte voor cliënten, medewerkers en zorgpraktijken omvat zowel een fysiek als een organisatorisch aspect. Elke bestuur geeft aan dat zij het geven van een eigen (organisatorische) ruimte om te kunnen handelen voor zorgmedewerkers een belangrijke voorwaarde vinden om menswaardig te kunnen zorgen, maar er zijn verschillen in de instrumentalisering. Als het gaat om het fysiek inrichten van eigen ruimte voor cliënten en zorgpraktijken, zien wij zowel verschillen in prioriteitstelling rond (ver)bouwen, maar ook in de wijze waarop de instellingen met de spanning tussen de private en publieke ruimte omgaan. Bij zorgpraktijken die overwegend interactioneel van aard zijn, zien wij een bestuurspraktijk die actief is op het gebied van (ver)bouwen (blijkend uit bouwprojecten en bestuurlijke aandacht) en meer verantwoordelijkheid laat bij cliënten en hun zorglevereniers als het gaat om de spanning tussen private en publieke ruimte. Het gaat hier bijvoorbeeld om de mate van toezicht en toegankelijkheid van private, cliëntgebonden ruimten door zorgpersoneel. Bij zorgpraktijken die overwegend instrumenteel van aard zijn, zien wij dat het bestuur geen prioriteit geeft om fysieke ruimten te maken op de maat en behoefte van zorgpraktijken, maar wel regels stelt als het gaat om toezicht op private, cliëntgebonden ruimten. Deze regels zijn gebaseerd op veiligheid en ter preventie van ongelukken en onhygiënische situaties. De spanning tussen controle verlies en respect voor eigen ruimten wordt hier evident.

Maar behalve het scheppen van fysieke ruimten en de afgrenzing daarvan, maakt een bestuur ook de handelingsruimte mogelijk voor medewerkers en cliënten. Op basis van onze bevindingen zien wij dat de handelingsruimte voor medewerkers (en cliënten) het grootst is in de praktijken die worden gekenmerkt door interactief zorgen. Het betrokken bestuur faciliteert materieel (eigen budget, bevoegdheden, taak van de locatiemanager), maar ook normatief, waarin door het bestuur wordt benadrukt hoe belangrijk het is om eigen initiatief naar cliënten te nemen. (“Beter vragen om vergeving – als je al initiatief nemend een fout zou maken – dan vragen om toestemming,” luidt het adagium van een bestuur). Maar dat vraagt consistent handelen en congruentie van handelen en woorden. Het ontbreekt de besturen niet aan ‘participatie taal’ – samen doen, ondernemerschap – maar wij zien dat medewerkers vooral het handelen van het bestuur observeren of deze woorden ook in hun daden zichtbaar worden. Wij zien dat in situaties waar incongruentie wordt waargenomen, medewerkers geneigd zijn risico’s te vermijden en zich aan de regels te houden.

Onze conclusie is dat het scheppen en afgrenzen van ruimte zijn bijdrage levert aan menswaardig zorgen, als een bestuur daarmee vrijheid van handelen in die ruimte mogelijk maakt. Het hebben van zo'n eigen ruimte geeft spanning tussen waarden zoals het kunnen houden van toezicht versus het hebben van eigen verantwoordelijkheid en privacy. Zo is een bestuur met de nadruk op instrumenteel sturen meer geneigd regels op veiligheid strakker te hanteren dan besturen die meer naar een interactieve wijze van sturen neigen.

7.3.4 *Praktisch organiseren als het sturen op maatwerk*

“This work [good care] cannot be captured in abstract good governance codes that outline general principles, but only becomes visible and tangible in and through practices.”
(Oldenhof 2015, blz 181)

De bevindingen die hier aan de orde komen omvatten de wijze waarop de besturen de *materialities*, objecten en artefacten, van hun organisatie gebruiken om interacterende zorg binnen de zorgpraktijken mogelijk te maken. Het gaat hier om een breed scala aan diverse organisatorische instrumenten, variërend van financiën en verdeling van de budgetten tussen de praktijken onderling en de verdeling tussen de ‘overhead en werkvloer’, maar ook om het inrichten van de organisatie zoals de formele taak- en bevoegdheidsverdeling. Denk verder aan alle hulpmiddelen, het logistieke proces dat in grote mate het temporele aspect van de zorgpraktijken bepaalt (wanneer komen de maaltijden uit de keuken, wanneer moeten cliënten naar de fysiotherapeut). Niet alles is onmiddellijk zichtbaar, er zijn *hidden materialities* (Buse e.a., 2018). In dit ‘sociaal materiele arrangement’ (Nicolini, 2012) – de materiële inrichting van de praktijk die handelen mogelijk maakt maar ook stuurt – zien wij niet alleen het voorwaardenscheppend handelen van het bestuur terug, maar wordt ook de invloed van externe partijen zichtbaar en duidelijk zoals financiers, software leveranciers en de overheid (en de wijze waarop het bestuur hiermee omgaat).

Hebben wij bij de weergave van onze bevindingen over de zorgpraktijken met name gekeken hoe de zorgpraktijken in staat zijn en door het bestuur in staat worden gesteld continuïteit van zorgen te scheppen, hier willen wij de organisatiepatronen laten zien die in deze handelingscategorie in het sturen van de bestuurspraktijken naar voren komt. Zo zien we dat besturen verschillen in de mate waarin zij de organisatie als het ware om de zorgpraktijken heen bouwen, ‘zorgpraktijk gecentreerd’. Dit patroon blijkt bijvoorbeeld uit de mate waarin een zorgpraktijk in staat wordt gesteld zelfstandig te kunnen handelen door het hebben van een eigen budget, de taak en bevoegdheden van de locatiemanager, de verdeling van financiën tussen overhead en zorgpraktijken, het beschikbaar stellen van ondersteunende faciliteiten, zoals een software helpdesk, stafdiensten die als ondersteunend worden ervaren. Een ander aspect van dit patroon is dat het bestuur de invloed van externe partijen op processen in de zorgpraktijken tracht te reguleren. Zo overlegt het bestuur met de zorgfinancier om een bepaald registratiesysteem in hun organisatie niet voor te schrijven vanwege de belasting van de zorgmedewerkers en het ontbreken van toegevoegde waarde. Wij zien ook een organisatie waarbij als patroon “one size fits all” [term van de bestuurder zelf] blijkt. Ter illustratie: zo is er voor alle zorgpraktijken een medicatie systeem dat meer bestemd is voor cliënten die nog zelfstandig hun medicatie kunnen hanteren. Medicatie moet namelijk door de cliënt zelf uit de verpakking worden genomen. In zorgpraktijken waar cliënten daartoe niet meer in staat zijn, moet het zorgpersoneel deze handelingen overnemen, wat leidt tot tijdverlies en verhoogde kans op fouten. Verder hebben eerdere bezuinigingen door het bestuur gevolgen gehad voor

het zelfstandig kunnen functioneren van de zorgpraktijken door het aantal hogere functieniveaus van verzorgenden (niveau drie en hoger) te beperken, ten gunste van zogenaamde niveau twee verzorgenden, medewerkers slechts bevoegd tot basishandelingen. Mede daardoor krijgen de zorgpraktijken steeds meer het karakter van 'productie-eenheden' met weinig status in de organisatie. Na de interventie van de inspectie wijzigt dit beleid, er worden meer middelen beschikbaar gesteld voor de zorgpraktijken en er wordt meer op de maat van de betreffende zorgpraktijk georganiseerd door rekening te houden met de verschillen in doelgroepen cliënten.

Onze conclusie is dat menswaardig zorgen wordt bevorderd als de bestuurspraktijk een sociaal-materieel arrangement (Nicolini, ibidem) scheidt, dat 'zorgpraktijk gecentreerd' is en daarmee ondersteunend is aan de processen van en in die praktijken. Op deze wijze wordt het zelfstandig kunnen functioneren van de zorgpraktijken bevorderd en kunnen zorgverleners flexibel inspelen op verstoringen, waardoor hun aandacht gericht kan blijven op de vragen van cliënten.

7.3.5 Samenwerken als organiseren van een gemeenschap van waarden

(...) knowing to be a good practitioner implies knowing to interact with the different 'knowings' and the power positions that go with them. (...) The result is that the practice consistently looks much more like a dissonant pattern of voices in search of alignment." (Nicolini, 2012, blz 90)

In de drie jaar dat wij onderzoek hebben gedaan, zijn wij ook in de gelegenheid geweest de ontwikkelingen van de samenwerking in de bestuurspraktijk en de invloed hiervan op de zorgpraktijken te volgen. Zoals in alle drie de organisaties de slogan wordt gehanteerd "zorgen doe je samen", geldt dit ook voor de bestuurspraktijk. Alle besturen benadrukken het belang van samenwerken, dat zich volgens hen uit in het samen duiden van observaties, het benaderen van vraagstukken vanuit verschillende invalshoeken, het gebruik maken van elkaars sterke punten en waar nodig elkaar helpen als er bijvoorbeeld sprake is van miscommunicatie tussen een van de bestuursleden en de organisatie. Uit onze gesprekken met medewerkers blijkt dat ook zij belang hechten aan een goede samenwerking in het bestuur en aangeven last te hebben als de koers van de bestuurspraktijk door verschillen in opvattingen niet helder is en tot onduidelijkheid leidt bij het nemen van beslissingen.

Welke elementen dragen bij aan het kunnen samenwerken in de bestuurspraktijk? Bestuurders zelf geven het onderling vertrouwen aan, elkaar de ruimte gunnen en het complementaire karakter van de samenstelling. Bovendien is er in de bestuurspraktijken veelal sprake van een gezamenlijke, langjarige (ontwikkel)geschiedenis, vaak ook samen met de middenmanagers die zij direct aansturen, zodat er gelegenheid is geweest om tot een gemeenschappelijk repertoire van handelen (Wenger, 1998) te komen alsook tot gedeelde kernwaarden ten aanzien van de gezamenlijke onderneming van de organisatie.

Wij zien echter ook dat een dergelijke samenwerking voorwaarden behoeft en niet vanzelfsprekend is. Zo bestaat in een organisatie (tijdens onze eerste onderzoeksronde) de bestuurspraktijk uit een managementteam, geleid door een eenhoofdig bestuur. Ofschoon ieder lid het gezamenlijk karakter benadrukt, zie wij dat niet terug in onze observaties van hun functioneren. Tijdens een bestuursvergadering zien wij dat de managementteamleden zich afwachtend naar de voorzitter opstellen en dat een vrije uitwisseling van feedback niet goed mogelijk is. De vraagstukken van de zorgpraktijken – en dat zijn er gezien onze observaties

verschillende – komen niet aan de orde. De effecten van het functioneren van de bestuurspraktijk zijn observeerbaar in de organisatie, die tijdens die ronde door de inspectie onder verscherpt toezicht wordt gesteld. Als na en door deze crisis ook de bestuurspraktijk wordt gereorganiseerd tot een gelijkwaardig college van drie personen, van wie één (eind) verantwoordelijk wordt voor de zorg, zien wij dat ook de belangen van de zorgpraktijken in de besluitvorming worden meegewogen. Deze reorganisatie leidt tot herstel van de directe interactie met de zorgpraktijken en – volgens de zorgmedewerkers – tot verbetering van de kwaliteit van zorgen en herstel van vertrouwen in het bestuur.

Een andere voorwaarde tot samenwerken in de bestuurspraktijk is het hanteren van de gevolgen voor de verhouding tussen waarden uit het instrumentele (planning & control) en interactieve domein (ruimte & vertrouwen) ingeval er in die bestuurspraktijk een mutatie optreedt. In een organisatie gaat de voorzitter met pensioen, in de tweede onderzoeksronde is er een nieuw bestuurslid aangetreden, die een beheersmatige beroepsachtergrond heeft. Zijn ambitie is de zorg meetbaar te maken, je kunt volgens hem eerst van goede zorg spreken als je deze ook kunt meten. In de derde onderzoeksronde – waar ook nog een tweede bestuurder aangeeft binnen enkele maanden afscheid te nemen – zien wij de effecten van deze mutaties in het handelen van het bestuur. In het bestuur wordt nu meer de nadruk gelegd op de instrumentele aspecten van sturen. In een strak tijdspad moeten de reorganisaties ten aanzien van zelforganiserende teams worden afgewikkeld, waarbij volgens sommige middenmanagers het bestuur geen oog en oor meer heeft voor hun praktische bezwaren die aan deze aanpak voor de zorgpraktijken zouden kleven. Wij nemen onrust in de organisatie waar, sommige middenmanagers voelen zich niet meer verbonden met en gesteund door het bestuur. Het door het bestuur ontworpen en ingevoerde meetinstrument om te onderzoeken of het effect van al deze reorganisaties in de zorg zichtbaar wordt, maakt de effecten van de veranderingen niet aantoonbaar; de scores schommelen nauwelijks.

De bestuurspraktijk is een *center of calculation* (Latour, 2005) waar de actoren instrumentele (beheer & control) en relationele waarden (de kernwaarden van de organisatie) met elkaar in verhouding moeten brengen. Hoe dat gebeurt blijkt in ons onderzoek afhankelijk te zijn van de wijze van samenwerken in die praktijk, waarbij de effecten zichtbaar worden in het handelen van de bestuursleden en in de relatie met de zorgpraktijken en middenmanagers. Zo zien wij in de organisatie waar het accent meer op interactief besturen komt te liggen, ook de samenwerking met de middenmanagers ‘interactiever’ wordt, waarin er meer ruimte is voor inbreng en eigen beleid van de middenmanagers.

7.3.6 *Reflecteren als organiseren van confrontatie met de zorgpraktijk*

“The observations show that the doing of accountability on the ground is deeply *relational* – it is done together, with and through people and things and it does not have a clear-cut locus of agency that can be traced, recorded and digitally submitted as suggested by policies and devices that are based on a notion of accountability from nowhere and for everyone. The observations show that the doing of accountability is deeply intertwined with the practices it refers to.”
(Jerak, 2013, blz 187)

Hoe toetsen besturen of de kernwaarden van hun organisatie worden gerealiseerd en hoe reflecteren zij op de effecten van hun bestuurlijk handelen? De besturen maken hierbij gebruik van meetinstrumenten zoals resultaten van diverse indexen, bijvoorbeeld cliënttevredenheid, personeels-tevredenheid en financiële gegevens, maar ook van informatie die

hen via anderen in de organisatie wordt aangeleverd. Denk aan overleg met de middenmanagers, hun collega's. Besturen die de nadruk leggen op interactief sturen, hechten belang aan de persoonlijke confrontatie met de zorgpraktijken vanuit hun overtuiging dat een dynamisch fenomeen als menswaardig zorgen, zich manifesteert in de dagelijkse handelingen van de zorgpraktijk en derhalve alleen kan worden waargenomen door deze ter plekke te ervaren. De vorm die deze besturen hierbij kiezen is situationeel bepaald, soms loopt een bestuurslid een dienst mee, soms wordt een cliëntenbespreking bijgewoond of is een bestuurder bij een bijeenkomst van cliënten en hun familie. Wij horen van bestuurders dat deze contacten met cliënten en zorgverleners hen inspireren en op nieuwe ideeën brengen. Een voorbeeld dat wij hoorden is de 'taart ervaring'. Bestuurders zijn na een fusie met een taart langs cliënten gegaan om te onderzoeken welke suggesties cliënten hebben om de taart (een metafoor voor het beschikbare budget) te verdelen over diverse activiteiten en diensten. Wat blijkt? Veel cliënten weigeren in dit kader te stappen waarbij de mogelijke antwoorden voorgeprogrammeerd blijken te zijn. In plaats daarvan geven cliënten aan andere keuzen te willen maken of vragen waarom de taart (lees budget) die grootte heeft. Kortom, voor het bestuur een ervaring die heeft geleid tot hun overtuiging geen aanbod- maar vraaggerichte zorg te leveren.

De nadruk op een interactieve wijze van toetsen door een confrontatie met de werkelijkheid aan te gaan, wordt in een andere organisatie uit de weg gegaan. Het bestuur vaart – als wij hen in de eerste ronde bezoeken – op de resultaten van instrumenten, zoals bijvoorbeeld de Care Quality Index (CQI) resultaten die volgens hen geen aanleiding geven hun koers bij te stellen. Als de inspectie hen "uit deze illusie" [zegt de bestuurder] haalt en een reorganisatie volgt, wordt de interactie met de zorgpraktijken hersteld en gaat de pasbenoemde directeur Zorg de confrontatie met de zorgwerkelijkheid aan door medewerker regelmatig te vragen tegen welke organisatorische problemen zij aanlopen, een actie die het zorgpersoneel ervaart als het herstel van vertrouwen en een blijk van betrokkenheid van het bestuur. In de derde organisatie zien wij dat in de tweede ronde van ons onderzoek de balans tussen interactief en instrumenteel toetsen verandert. Het (nieuw samengestelde) bestuur probeert de zorg te gaan meten om middels zo'n objectivering medewerkers een kompas en handvatten in hun handelen te geven. De reacties van het zorgpersoneel in deze organisatie zijn terughoudend. Zo merkt een middenmanager op dat je "passie en betrokkenheid niet in cijfers kunt uitdrukken".

Samenvattend zien wij in alle bestuurspraktijken een mix van instrumentele en interactieve manieren om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg (Jerak, 2013). Gaat het bij de laatste om vormen van reflectie waarbij het bestuur in de zorgpraktijk treedt en in gesprek gaat met medewerkers en cliënten, bij de instrumentele vormen gaat het om het meten van fenomenen in zorgpraktijken die zich laten objectiveren en onderling vergelijken (bijvoorbeeld ziekteverzuim, kritische incidenten). Deze mix van wijze van toetsen blijkt dynamisch en hangt samen met (veranderende) opvattingen in de bestuurspraktijk hoe zicht kan worden gekregen op de realisering van hun kernwaarden. Die verhouding is echter niet 'een beetje meer van het ene, wat minder van het andere', maar heeft het karakter van een rangordening van betekenisgeving. Zo blijken bij een bestuurspraktijk die de nadruk legt op interactief zorgen resultaten van metingen niet een bepalende rol spelen in de vraag of hun zorgen menswaardig is, maar dat de resultaten van meetinstrumenten een bevestiging achteraf vormen. Verder blijkt dat deze wijze van interactief toetsen zorgmedewerkers en bestuursleden op nieuwe ideeën kan brengen, inspiratie verschaft bij het ontwikkelen van nieuw beleid. Ook wij merken dat onze reflectieve gesprekken tijdens ons onderzoek leiden tot veranderingen in zorgpraktijken bijvoorbeeld om cliënten meer te betrekken.

7.3.7 *Sturen in het midden: de bijdrage van de middenmanager aan menswaardig zorgen*

In ons onderzoek constateren wij dat in alle drie de zorgorganisaties de functie en positionering van de middenmanagers aan veranderingen onderhevig is. Zo wordt het aantal middenmanagers (titel: regiodirecteuren) in een organisatie geleidelijk (“organisch” noemt het bestuur deze aanpak) van 10 naar 8 teruggebracht. In een andere organisatie wordt het regionale aspect van de middenmanagers meer benadrukt, de organisatie wordt in drie gebieden of regio’s verdeeld met elk een team van middenmanagers (titel nu: regiomanagers), aangevuld met managers afkomstig uit de centrale staf. Naar analogie van het bestuur, moeten deze regiomanagers een soort collegiaal bestuur in de regio vormen, verantwoordelijk voor de contacten en onderhandelingen met gemeenten en gestalte geven aan het beleid om zelforganiserende teams te vormen. Veranderingen zijn er ook in de derde organisatie. In de reorganisatie verdwijnt de divisiestructuur en daarmee de divisie managers. Er komen nieuwe middenmanagers van buiten, die ruimte vragen en krijgen (geld, bevoegdheden en ruimte voor eigen visie). Hun functie lijkt meer op die van een interimmanager, bedoeld om orde op zaken te stellen.

Ondanks de verschillen tussen de organisaties, zijn er overeenkomsten in hun handelen die wij in verband hebben kunnen brengen tot de mogelijkheid om in een zorgpraktijk meer de nadruk te leggen op interactief zorgen. Zo valt op dat in die situatie deze middenmanagers ruimte krijgen van het bestuur om hun eigen visie op interactioneel zorgen in praktijk te brengen. Vrijheid van handelen gebaseerd op een relatie met het bestuur die op wederzijds vertrouwen is gebaseerd. Ruimte overigens die daardoor ook wordt begrensd. Die relaties met de middenmanagers zijn soms gebaseerd op jarenlang samenwerken, waarbij een half woord voldoende is om elkaar te begrijpen. Tegelijkertijd zien wij dat die middenmanagers door hun visie ook sterk betrokken blijken op de zorgprocessen in de zorgpraktijken. Coachen en andere vormen van begeleiden zijn vormen om de locatiemanagers of teamleiders te ondersteunen en als sparringpartner te fungeren bij problemen of vragen. Kortom, door hun interactioneel sturen overbruggen zij het midden en vormen zo de verbinding tussen top en werkvloer. Beide steunpunten van die ‘brug’ zijn van belang voor hun bijdrage aan menswaardig zorgen (Stoopendaal, 2008). Als in een organisatie waar de bestuursleden en middenmanagers onderling wisselen en jarenlange samenwerkingsrelaties worden verbroken in een situatie waar tegelijkertijd ingrijpende reorganisaties in de zorgpraktijken plaatsvinden, komt hun onderlinge communicatie onder druk te staan met name wanneer sommige middenmanagers twijfels uiten over de wijze van invoering van het concept zelforganiserende teams. Deze middenmanagers voelen zich niet meer door het bestuur gehoord, er vindt een soort ‘ontkoppeling’ (Bromley & Powel, 2012, De Bree en Stoopendaal, 2020) plaats, waarin het steunpunt in de bestuurspraktijk op losse schroeven gaat staan. Als daarentegen het steunpunt in de zorgpraktijken onvoldoende aanwezig is (bijvoorbeeld in situaties waarin wij observeren dat er afstand is tussen de middenmanagers en teamleiders) zien wij dat de opvattingen (hoe de zorg zou moeten) van middenmanagers en die van de zorgmedewerkers steeds meer van elkaar verschillen.

Concluderend zien wij dat middenmanagers een rol spelen in het faciliteren van menswaardig zorgen, met name als zij zelf sturen vanuit een concreet gemaakte visie op interactief zorgen. Voorwaarde voor hun bijdrage (die handelingsruimte vraagt) is dat zij in relationeel opzicht goed verankerd zijn aan de bestuurspraktijk én aan de zorgpraktijken.

Tabel 7.5 Samenvattend schema van mechanismen die bepalend zijn voor de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen in de bestuurspraktijken

HANDELINGSCATEGORIEËN	MECHANISMEN instrumenteel	MECHANISMEN interactief
Zoeken naar de vraag	<ul style="list-style-type: none"> - Vraag van cliënt beperken door vooraf vastgestelde zorgbehoeften en diagnose - Vraag wordt opgevat als te behandelen of verlichten - Vraag wordt opgesplitst over disciplines met elk hun eigen deelverantwoordelijkheid - Vraag wordt geobjectiveerd - Bestuur houdt afstand om professionele verantwoordelijkheden niet te verstoren - Maar probeert grip te houden op de zorgprocessen door monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgvraag beperkt zich niet tot de handicaps, meer ruimte voor existentiële vragen - Zorgvraag wordt ingebed in de relatie met de zorgverleners - Vraag wordt gesubjectieerd (d.i. gerelateerd aan de persoonlijke situatie) - Verantwoordelijkheid voor de zorgvraag blijft meer in de zorgpraktijken - Bestuur verkleint de afstand door vragende interactie met de zorgpraktijken - Niet interveniëren in de ruimte tussen middenmanagers en zorgpraktijken
Symmetrisch handelen	<ul style="list-style-type: none"> - Asymmetrische wijze van communiceren op basis van verschillen in competenties en bevoegdheden - Relatie is een middel - Asymmetrie wordt gelegitimeerd door de nadruk op veiligheid, preventie en zelfredzaamheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Symmetrische wijze van communiceren met streven naar wederkerigheid - Rekening houden met de machtsongelijkheid - Relatie opbouwen is een doel
Geven en nemen van ruimte	<ul style="list-style-type: none"> - Geen prioriteit voor aanpassen fysieke ruimten op de maat van zorgpraktijken - Spanning tussen publieke en private ruimten wordt gehanteerd door regels - Handlingsruimte wordt beperkt ter vermijding van risico's 	<ul style="list-style-type: none"> - Beleid op aanpassen fysieke ruimte op de maat van zorgpraktijken - Spanning tussen publieke en private ruimten wordt gehanteerd door individuele afspraken - Handlingsruimte wordt vergroot om in te kunnen spelen op individuele vragen
Praktisch organiseren	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgpraktijk is georganiseerd als onderdeel van de behandelingsketen - Instrumentele waarden bepalen de inzet van hulpmiddelen, logistiek, ICT-systemen - Organisatiestructuur weerspiegelt hiërarchie bij de opsplitsing van zorg- en behandeltaken 	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgpraktijk centraal organiseren - Andere praktijken in de organisatie zijn ondersteunend aan de processen in de zorgpraktijken - Relationele waarden bepalen de inzet van hulpmiddelen, logistiek, ICT-systemen - Voorkomen van opsplitsing van vragen van de cliënt
Samenwerken	<ul style="list-style-type: none"> - Team wordt gezien als een verzameling individuele professionals met verschillende hiërarchische bevoegdheden - Ieder bestuurslid heeft zijn eigen domein op basis van competenties en deskundigheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Team wordt gezien als meer dan de som der delen dat ontwikkeltijd behoeft om tot teamwork te komen - (Vast) team wordt gezien als belangrijk instrument op tot interactief zorgen te komen. - Meer interdependentie van taken en rollen
Reflecteren	<ul style="list-style-type: none"> - Objectivering door nadruk op meet- en monitoringinstrumenten - Resultaat georiënteerd 	<ul style="list-style-type: none"> - Toetsen en reflecteren zijn een relationeel proces - Proces georiënteerd - Directe confrontatie met de zorgwerkelijkheid faciliteren - Aanbieden van scholings- en audit-faciliteiten
Sturen in nabijheid en op afstand	<ul style="list-style-type: none"> - Middenmanagers geneigd tot controle vanuit instrumentele waarden - Meer geneigd tot uitvoeren van bestuursbeleid - Zorgvisie vaak abstract en weinig in praktijk concreet 	<ul style="list-style-type: none"> - Middenmanagers sturen vanuit een concreet gemaakte visie op interactief zorgen - Verzorgen de verankering in zowel de bestuurs- als de zorgpraktijken

7.4 Organiseren van menswaardig zorgen: algemene conclusies in de vorm van aanbevelingen aan bestuurders

In de inleiding hebben wij de ambitie geformuleerd bestuurders te willen helpen met het expliciteren van sturen op menswaardig zorgen. Met deze concreet geformuleerde aanbevelingen willen wij deze belofte inlossen, uiteraard vanuit de gedachte dat hun handelen niet tot taal beperkt blijft, maar in samenspraak met zorgmedewerkers in de praktijk wordt gebracht.

7.4.1 *Laveren tussen abstracte en concrete processen*

Kun je als dirigent een orkest dirigeren zonder de muziek te horen (Stoopendaal, 2008) of een zorgorganisatie besturen zonder zicht te hebben op de relatie tussen de cliënten en je zorgmedewerkers, een proces waarin de waarden van de organisatie worden geconcretiseerd? Volgens de bestuurders uit ons onderzoek is dat niet mogelijk. Het risico is aanwezig dat je je als bestuurder laat leiden door je eigen voorstellingswereld. Daardoor wordt de afstand met de werkvloer in mentaal opzicht (Stoopendaal, *ibidem*) groter in die zin dat zowel de bestuurs- als de zorgpraktijken steeds meer vanuit niet gedeelde opvattingen over de (zorg)werkelijkheid gaan handelen. Het gaat niet om *managing by walking around* maar om een actief onderzoekende beweging naar de zorgpraktijk, waarin de vraag centraal staat hoe de bestuurspraktijk de zorgpraktijk kan faciliteren. Dit vraagt van de bestuurder de bereidheid tot symmetrie of wederkerigheid in de vorm van luisteren en in de bereidheid in gesprek te gaan. De opbrengst van die beweging naar de zorgpraktijken blijkt groot. Niet alleen verschaft het de bestuurder (extra) informatie over de zorgwerkelijkheid, die nooit via de lijn of via meetinstrumenten kan worden geleverd, maar door deze vorm van interactief sturen kan de bestuurder ook in gesprek komen om ‘beelden’ uit te wisselen en te onderzoeken hoe de kernwaarden van de organisatie in de praktijk kunnen worden gebracht.

Dit proces van het verkleinen van de afstand is interactief en vraagt behalve de bereidheid tot wederkerigheid, vertrouwen en terughoudendheid in oordelen en controle. Ook middenmanagers en operationele managers moeten het vertrouwen hebben of krijgen dat hun eigen handlingsruimte gerespecteerd wordt.

7.4.2 *Interactief instrumentaliseren van menswaardig zorgen*

Top-down menswaardig zorgen implementeren en de verhouding in de zorgpraktijken van instrumenteel naar meer interactief veranderen, zal mislukken, een lot dat veel *planned change* aanpakken (Boonstra, 2000) beschoren is geweest. In lijn met het doel, namelijk meer interactief zorgen, zal ook de aanpak interactief moeten zijn. Zo'n aanpak vraagt van het bestuur twee belangrijke stappen. De eerste stap is de zorgverleners in de zorgpraktijken, liefst degenen die blijf geven van een (concrete) visie op interactief zorgen, actief in deze veranderingen te betrekken. Eén van de onderzochte organisaties gebruikt de term ‘organische verandering’ om aan te geven dat zij gebruik maken van veranderingen in de organisatie (bijvoorbeeld een wisseling in middenmanagers) om zonder zich klem te zetten in tijdstrajecten dergelijke situaties aan te grijpen om de balans tussen interactief en instrumenteel zorgen te kunnen beïnvloeden. De tweede stap is dat woorden en daden congruent moeten zijn. Veel veranderingen mislukken omdat het bestuur ‘participatieve’ taal spreekt (“Wij doen het samen”, “Mijn deur staat altijd open”), maar controlerend handelt en in beheersreflexen schiet bij risico's op fouten. Discrepancie tussen goede bedoelingen en concreet gedrag leidt tot passiviteit en het vermijden van risico's bij personeel (en cliënten). (Ardon, 2009)

7.4.3 Ruimte geven en kaders stellen

Geef een cliënt een ‘eigen’ leefruimte en zijn kwaliteit van leven gaat vooruit, geef een zorgpraktijk een ‘eigen’ ruimte en hun zelfstandigheid en gevoel van eigenaarschap wordt groter. Het begrip ‘eigen’ duidt op de mogelijkheid zelf controle te kunnen uitoefenen en niet ‘binnen zonder kloppen’ te komen. Kortom, de fysieke ruimte krijgt zijn werking door de wijze waarop de ruimte door anderen wordt gerespecteerd en aldus cliënten en medewerkers zich eigenaar (en verantwoordelijk) kunnen voelen voor die ruimten.

Deze aanpak vraagt echter ook een andersoortige ruimte, namelijk de vrijheid van handelen voor zorgmedewerkers. Cliënten zijn uniek in de expressie van hun ‘waardigheid’, het kunnen inspelen op de vragen die uit deze waardigheid voortvloeien, vragen van medewerkers zoeken en experimenteren en het niet altijd op de gestandaardiseerde paden mogen lopen. Dit impliceert dat het bestuur een vrijheidsruimte geeft aan medewerkers, waarin risico’s genomen kunnen worden en fouten niet worden afgestraft. Tegelijk worden wel kaders gesteld. Eén daarvan is de bereidheid om verantwoordelijkheid te nemen voor eigen gedrag. Kaders – zoals de financiële ruimte, kernwaarden (geconcretiseerd!), opvattingen over kwaliteit – geven de grenzen aan van de handlingsruimte, zoals ook elke fysieke ruimte begrensd is en overgaat in een andere, publieke ruimte.

Teamleiders of locatiemanagers zien wij een rol spelen bij het hanteren door zorgmedewerkers van de spanning tussen vrijheid en verantwoordelijk zijn, middenmanagers spelen een rol om per zorgpraktijk de optimale vrijheidsruimte te bepalen die afhankelijk is van de ontwikkeling van de zorgpraktijk. Daarover later meer.

7.4.4 Positioneren van de zorgpraktijk in de organisatie

De slogan “de patiënt staat centraal” klinkt in elke onderzochte organisatie, maar niet elke organisatie trekt de conclusie dat dit gevolgen heeft voor de positie van de zorgpraktijk in de zorgorganisatie. In een zorgorganisatie, die gelaagd van aard is, bevinden zorgpraktijken zich in de onderste lagen als ‘productieafdelingen’ van zorg. Vanuit het perspectief van de praktijktheorie zien wij (ook) een andere werkelijkheid, namelijk een organisatie die bestaat uit een configuratie van verschillende praktijken die in een bepaalde, dynamische relatie tot elkaar staan, waarbij de onderlinge ordening een weerspiegeling is van de in handelen uitgedrukte kernwaarden. Wil het bestuur de cliënt (en zijn relatie met de zorgverlener) centraal stellen, dan vraagt dit een ordening waarin de zorgpraktijken door de overige praktijken worden ondersteund. Het handelen van het bestuur is daarin cruciaal omdat – gezien de gelaagdheid – een dergelijke verhouding tussen de zorg- en andere praktijken niet vanzelfsprekend is. Dat vraagt van het bestuur een sociaal materiele inrichting die deze ordening in de organisatie dynamiek ‘op zijn plaats’ houdt. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de allocatie van middelen en gelden om zorgpraktijken ook in staat te stellen die positie in te nemen en aan de inrichting van ICT- en andere logistieke processen die de dynamiek van de zorgpraktijken beïnvloeden. Kortom, elk element van de organisatie wordt gebruikt om de zorgpraktijken te faciliteren om menswaardig zorgen, veelal vertaald in de kernwaarden van de organisatie, mogelijk te maken in concrete zorgprocessen. Dit zal overigens leiden tot situaties waarin conflicterende waarden zichtbaar worden, zoals in situaties waarin de keuze voor dit arrangement leidt tot extra kosten. Ter illustratie: zo blijkt in een van de organisaties het ophalen van vuil wasgoed door de externe wasserij naar een later tijdstip op de dag te verschuiven (om daarmee de zorgpraktijken niet onder tijdsdruk te zetten) extra kosten met zich mee te brengen. In die situaties zal het bestuur in samenspraak met de zorgpraktijken een afweging moeten maken. Wat betekent dit voor de positie van de bestuurspraktijk? Ook deze praktijk is ondersteunend aan de zorgpraktijken door al interacterend voorwaarden te

scheppen, maar ook door kaders en grenzen te stellen en te toetsen of de waarden ook worden geconcretiseerd.

Bijzondere aandacht behoeft de continuïteit van de bezetting van de zorgpraktijken. Hoe meer de zorgpraktijk zelf zorg kan blijven dragen voor eigen continuïteit (door het inzetten van eigen budget, eigen invalkrachten en door invloed op roosterplanning) des te beter het zorgteam in staat is eigen verantwoordelijkheid voor hun zorgen te kunnen dragen, een voorwaarde die weer bijdraagt aan het (kunnen blijven) werken in teamverband.

7.4.5 Bevorderen van samenwerken en ontwikkelen

Samenwerken wordt in ons onderzoek ervaren als een belangrijke voorwaarde om menswaardig zorgen mogelijk te maken. Samenwerken vraagt op de eerste plaats een aantal voorwaarden om samenwerken in de zorgpraktijk te faciliteren, zoals een afgebakende groep zorgprofessionals, ruimtelijk en organisatorisch, met zo min mogelijk taakopsplitsing, een 'vast' team op een 'vaste' groep cliënten in een schaalgrootte die zowel vanuit instrumenteel als interactief zorgen verantwoord is. Voorwaarde is verder continuïteit in de bezetting, waarbij zorgpraktijken bij verstoringen (ziekte of uitval) zelf in kunnen grijpen. Juist deze 'vastheid' vergroot de mogelijkheid tot relationeel zorgen en vergroot de kennis en ervaring over de cliënten in de zorgpraktijk, die niet altijd in zorgplannen is vastgelegd.

Belangrijke voorwaarde is verder dat de teamleden zelf hebben gekozen voor de doelgroep cliënten (bijvoorbeeld voor psychogeriatricie, kinderen met autistische stoornissen) en verantwoordelijkheid kunnen en mogen nemen voor hun groep cliënten. In dit proces zijn de teamleden op elkaar aangewezen. Een leidinggevende voor de zorgpraktijk (zoals een teamleider of locatiemanager) is eveneens een belangrijke voorwaarde om samenwerken te bevorderen.

Wij zien dat teamvorming plaatsvindt middels (verhalen over) vragen van de cliënt. Besprekingen in het team, eventueel ondersteund door video of door gedrags- of zorgdeskundigen, werken verbindend in die zin dat opvattingen over goede zorg voor die cliënt geëxpliciteerd worden. Dit vraagt van de bestuurspraktijk, zoals boven aangeven, ruimte en middelen om dit mogelijk te maken.

Tot slot hebben wij in deze aanbevelingen de focus gericht op het faciliteren van samenwerken in de zorgpraktijk. Niet minder belangrijk is de samenwerking in de bestuurspraktijk zelf. Wij hebben in de drie jaar mutaties in besturen kunnen observeren. Een kritisch moment voor de hele organisatie is de keuze van nieuwe bestuursleden. Bij deze keuze van nieuwe bestuursleden kan een instrumentele of een interactieve aanpak de boventoon voeren. In het eerste geval staat vooral de kenmerken van het nieuwe lid als individu centraal (c.v., kenmerken van opleiding en ervaring), bij de tweede aanpak worden (ook) situaties gecreëerd waarin het interactieve aspect met de kandidaat en de andere bestuursleden centraal staat.

7.4.6 Maken van 'plaatsen der moeite' of 'maken van plaatsen om te leren'?

De aanbeveling om te interacteren met cliënten en zorgmedewerkers vormt niet alleen een bron van informatie en inspiratie, maar is ook een directe confrontatie met de werkelijkheid, zeker als dit proces gepaard gaat met bereidheid om naar de vraagstukken te luisteren die in de zorgpraktijk spelen. Voorwaarde is uiteraard de bereidheid tot symmetrie en het vertrouwen van de zorgmedewerkers dat de informatie niet wordt misbruikt. Deze interactie vormen niet alleen een 'plaats der moeite' (Wierdsma, 2001), omdat kan blijken dat

bestuurspraktijk en zorgpraktijk verschillende beelden van de zorgorganisatie kunnen hebben, maar kunnen ook ‘plaatsen van leren’ (Heerings, 2022) zijn. Immers het resultaat van deze (systematisch uitgevoerde) interactieve reflecties is dat de congruentie in opvattingen wordt vergroot en dat de vragen vanuit de bestuurspraktijken kunnen leiden tot veranderingen. Zo zien wij in ons onderzoek dat na interviews en terugkoppeling van onze waarnemingen, er veranderingen in (sommige) bestuurs- en zorgpraktijken waren aangebracht.

Omdat binnen de zorgpraktijken de uitvoeringsdruk hoog kan zijn, is reflecteren – in de vorm van afstand en tijd nemen – niet vanzelfsprekend. Wij zien dat besturen reflecteren faciliteren door verschillende ‘plaatsen van leren’ te organiseren, variërend van bijscholingen tot externe of interne audits. Kenmerk van al deze reflectieve plaatsen is dat zorgmedewerkers uit de situatie kunnen stappen en met behulp van derden (cliënten, familie, collega’s, ondersteuners en leidinggevendenden) kunnen reflecteren op de geleverde zorg (Wiig e.a., 2021). Een rol ligt hier ook voor de direct leidinggevende, die door zijn of haar grenspositie in staat is die rol van ‘derde’ in te nemen.

7.4.7 Het verzorgen van het midden

Met het ‘midden’ bedoelen wij de ruimte tussen de zorg- en bestuurspraktijken en de wijze waarop beide met elkaar verbonden zijn. Vanuit de optiek van de bestuurspraktijk zijn die verbindingen essentieel om te kunnen sturen en uiteindelijk een balans te vinden tussen instrumenteel en interactief zorgen. Middenmanagers zijn daarbij een van de belangrijkste schakels tussen de bestuurs- en zorgpraktijken.

Wij maken een onderscheid tussen de direct leidinggevende van de zorgpraktijk (met als titels teamleider of locatiemanager) en de middenmanagers. Die laatste hebben veelal verschillende zorgpraktijken onder hun hoede en ressorteren onder één van de bestuursleden. Wij zien dat zorgpraktijken die beschikken over een direct leidinggevende, die vanuit een praktisch interactieve visie handelt, wordt gewaardeerd en als belangrijke steun voor hun zorg wordt ervaren. Zo’n leidinggevende vormt ook een belangrijke schakel tussen de zorgpraktijken en andere praktijken en kan fungeren als hitteschild. De afstand moet zodanig zijn dat deze leidinggevende zicht kan blijven houden op de dagelijkse zorgprocessen op basis waarvan kan worden gehandeld. Wordt de afstand te groot, dan wordt de effectiviteit en bijdrage op menswaardig zorgen kleiner. Kortom, het kunnen beschikken over een leidinggevende van de zorgpraktijk, die als een ‘spin in het web’ kan bewegen, is uitermate belangrijk.

Tot slot de middenmanager. Wij zien in alle onderzochte organisaties dynamiek in het midden. Functies en aantallen van middenmanagers zijn aan verandering onderhevig, lagen in de organisatie worden verminderd, een verandering die overigens uit het oogpunt van het verminderen van de afstand tot de zorgpraktijken en het kunnen bevorderen van menswaardig zorgen is toe te juichen. Daar waar middenmanagers actief zijn, is onze aanbeveling deze functionarissen de (handelings)ruimte (en middelen) te geven om de organisatorische omgeving op specifieke situaties van de zorgpraktijken toe te snijden (bijvoorbeeld ingeval van een verstoring van de continuïteit) en de zorgpraktijkleidinggevendenden te ondersteunen. Dit vereist een goede verbinding met de bestuurspraktijk én – zoals wij eerder hebben aangegeven – met de zorgpraktijken.

7.5 Reflectie op onze inspiratiebronnen

Een groot aantal auteurs heeft bijgedragen aan ons onderzoek. Zij hebben een belangrijke inspiratiebron gevormd zowel voor de opzet van ons onderzoek als voor de interpretatie van onze bevindingen. Enkele van deze auteurs hebben een bijzonder belangrijke bijdrage geleverd in die zin dat hun werk en inzichten ons hebben geholpen om een basis onder ons onderzoek te leggen. Maar juist vanwege het feit dat hun werk zo'n rol speelt, matigen wij ons aan enkele aanvullingen op hun bevindingen te geven met als doel hun werk te verrijken.

Wie in onze reflectie niet mag ontbreken is het werk van Tronto. De verdienste van haar inzichten voor ons onderzoek is geweest dat zij een brug heeft geslagen naar de praktijktheoretisch opvattingen en – vooral – verbinding heeft gebracht tussen het bestuurlijk handelen, als *taking care off* en het zorghandelen, *taking care for* door beide vormen van handelen onder de gemeenschappelijke noemer van 'zorgen' te brengen. Het seriële karakter van de door haar onderscheiden vier fasen is echter niet zonder problemen. Zo lijkt het 'opmerken van de vraag', volgens Tronto (1993) de eerste fase, in alle volgende fasen nog steeds aanwezig te zijn om aldus te kunnen afstemmen op de vraag van de cliënten. Ook de volgende twee fasen, waarin zij een volgorde van veronderstelt tussen *taking care off* en *taking care for*, zien wij in ons onderzoek niet terug. Zo zien wij dat besturen soms eerst interacteren met hun medewerkers om de organisatorische voorwaarden af te stemmen op vragen van hun medewerkers. Wij zien dat juist deze *taking care for* 'zorgen voor' activiteiten van het bestuur niet alleen hen in staat stelt de voorwaarden beter af te stemmen, maar dat deze activiteiten ook bijdragen aan de ervaring van zorgverleners dat zij gezien en gehoord worden. Kortom, de fasen zijn te onderscheiden, maar vinden soms in tijd synchroon plaats.

Een andere voor ons belangrijke auteur is Van Heijst. Haar bijdrage aan ons onderzoek bestaat met name uit haar visie op (liefdevol) zorgen. Zij vat dat op als een relationeel handelingsproces tussen zorgverlener en -ontvanger, waarin ook de zorgverlener als (mede)mens verschijnt. De uitdaging daarbij is volgens haar "het samenhouden van ongelijkheid en evenwaardigheid" (ibidem, blz. 14) of – in de woorden die wij in ons onderzoek gebruiken – het in verhouding brengen tussen instrumenteel en interactief zorgen, waarin de balans van beiden de mate van symmetrie of wederkerigheid bepaalt. Het niet bewust zijn van de inherente asymmetrie in een zorgrelatie leidt tot een schurende relatie met gangbare kernwaarden als 'eigen regie' of het 'bevorderen van autonomie'. Voor Van Heijst gaat het dan uiteindelijk om de keuze tussen "(...) instrumentele (...) doel-middel rationaliteit of menslievende zorg". Ons onderzoek toont echter aan dat er geen sprake kan zijn van een óf-óf keuze, omdat menswaardig zorgen niet kan plaatsvinden zonder dat deze ook wordt geïnstrumentaliseerd. Wie kan er bezwaar hebben tegen een zorgorganisatie die volgens de doel-middel rationaliteit van beheer en controle wordt bestuurd, zodat tijd en middelen optimaal worden ingezet om menswaardig zorgen mogelijk te maken? Kortom, het is een kwestie van verhouding tussen beide vormen van sturen. Verder gebruikt Van Heijst in haar werk de uitdrukking "asymmetrievergetelheid" (ibidem, blz. 222), waarbij zij refereert aan het werk van Schnabl (2004), om aan te geven dat de zorgorganisaties de inherente afhankelijkheid en asymmetrische positie van cliënten uit het oog verliezen en geeft daarmee een scherpe analyse van het denken over zorg als product dat geleverd wordt aan klanten. Wij suggereren nog een uitdrukking toe te voegen, namelijk "betrekkingsvergeetachtigheid", dat wil zeggen dat zorginstellingen met een overwegend instrumentele aanpak uit het oog verliezen dat zorgen relationeel van aard is en dat zorgpraktijken bestaan uit een weefsel van onderlinge betrekkingen die in de loop van de tijd zijn opgebouwd.

Wij zijn eveneens schatplichtig aan de auteurs Latour (2005) en Schatzki (2001) die elk op hun eigen manier ons zicht hebben gegeven op hun visie op de werkelijkheid opgevat als een handelingspraktijk. Zoals wij in hoofdstuk twee hebben beschreven zijn beide auteurs het eens over de rol van het sociaal materiele ordening als drager van praktijken. Zij verschillen echter van mening over welk aspect het belangrijkste onderdeel zou zijn. Zo stelt Schatzki in handelingspraktijken het 'sociale' centraal in de vorm van handelingen van de menselijke actoren. Voor Latour daarentegen zijn interacties van mensen te vluchtig. Volgens hem vormen 'objecten' de dragers van menselijk handelen. Voor een groot deel kunnen wij met Latour's redenering instemmen. Immers, het doel van ons onderzoek is aan te tonen dat de zorgorganisatie als een complex van objecten en artefacten zo geïnstrumentaliseerd kan worden dat deze menswaardig zorgen ondersteunt, maar – en daarin verschillen wij van mening met Latour – wel in combinatie met *face-to-face* interactie. Zo dragen interacties tussen de bestuurs- en zorgpraktijken bij aan beeldvorming over het functioneren van het bestuur, een imago met een duurzaam en sturend karakter, een relatie die zowel in menselijke als in niet-menselijke interacties, en in hun onderlinge relatie, tot stand komt. Latour munt graag nieuwe termen, zo gebruikt hij in deze lijn van denken de uitdrukking *inter-objectivity* als tegenhanger van een meer inter-subjectieve benadering zoals we die bij Schatzki vinden. Zelf zouden wij willen opteren voor de term *inter-subjectivity* om het evenwaardig belang van zowel objecten als subjecten te benadrukken.

Een andere auteur die in dit rijtje niet mag ontbreken is Baart (2018). Hij heeft een veelomvattende poging gedaan een methode om te reflecteren over kwaliteit te ontwikkelen, waarbij hij zowel zorgen als een handelingspraktijk opvat als een relationeel proces. Hij maakt een onderscheid tussen het 'hebben van een zorgrelatie' en het 'relationeel (of zoals wij dit noemen: interactief) zorgen' (ibidem, blz 74 e.v.). Het eerste vat hij op – in onze woorden – als een middel om instrumenteel zorgen mogelijk te maken waarbij de cliënt op basis van een gestandaardiseerde zorgbehoefte los van de situatie *evidence based* wordt behandeld (zie ook het RVS-rapport "Zonder context geen bewijs", 2017). Relationeel zorgen vat hij daarentegen op als zijnde ingebed in een handelingspraktijk, waarin het afstemmen op de vraag van de cliënt in diens context centraal staat. Problematisch aan deze omschrijving is dat daarmee een tegenstelling tussen instrumenteel en interactief zorgen wordt gecreëerd, terwijl onze opvatting is dat het gaat om een combinatie van beide, waarbij de onderlinge verhouding de kwaliteit bepaald. Verder is zijn pleidooi om zorgpraktijken "van binnenuit" (ibidem, blz 100) te beoordelen, omdat volgens hem meer kwantitatieve methoden niet in staat zijn de kwaliteit in de zorgpraktijken voldoende weer te geven. Hij pleit voor het ontwikkelen van een "kwaliteitsbewustzijn" (ibidem, blz 103). Afgezien dat zo'n bewustzijn lastig in te passen is in een benadering dat zorgen een handelingspraktijk is, is uitsluitend van binnenuit beoordelen volgens ons onvoldoende. Wij zien in ons onderzoek discrepantie tussen goede bedoelingen en de feitelijke handelingspraktijk, die een kritische reflectie op eigen handelen belemmeren. Bovendien is een zorgpraktijk complex van aard, waardoor lang niet alle processen voor de direct betrokkenen zichtbaar zijn. Daarom pleiten wij om de methode om van binnenuit te beoordelen aan te vullen met wat wij noemen 'het zetten van een stap opzij' dat wil zeggen om met behulp van 'derden' zoals betrokken buitenstaanders (bijvoorbeeld familie of audits, aangevuld met instrumenten die in staat zijn de complexe werkelijkheid van de zorgpraktijk te vatten, zoals video) reflecteren op de zorgkwaliteit mogelijk te maken.

Sommige zorgethici (onder andere Hendriks & Kauflengfrecks, 2011) benadrukken het kleine, alledaagse karakter van menswaardig zorgen. Als voorbeeld het kopje koffie dat bij bezoek spontaan wordt aangeboden als een gebaar van aandacht en gastvrijheid. Wij zijn het eens met hun opvatting dat menswaardig zorgen zich veelal in alledaagse dingen manifesteert.

Het leven in een zorginstelling (en daarbuiten) is immers bijna altijd een aaneenschakeling van kleine gebeurtenissen. Echter, de nadruk op het kleine en alledaagse kan de indruk wekken dat menswaardig handelen bestaat uit incidentele daden van individuele liefdadigheid, waarbij de rol van de ‘grote’ organisatorische context die het mogelijk maakt dat dit alledaags menswaardig handelen wordt gestimuleerd, onderbelicht blijft. Als voorbeeld: het geven van dagelijks (al is het maar een klein beetje) aandacht vraagt een aanpak waarin rekening wordt gehouden met talloze, veelal complexe organisatorische processen die de aandacht verstoren. Dit vraagt een verschuiving van de aandacht van individuen en hun individuele handelingen naar handelingspraktijken, die door hun organisatie meer of minder menswaardig zijn.

7.6 Reflecties op ons onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ons onderzoek dat zich over een periode van drie jaar in drie onderzoeksronden uitstrekte is om een paar redenen uitzonderlijk. Op de eerste plaats geeft het longitudinale karakter van ons onderzoek ons een unieke mogelijkheid om ontwikkelingen in de drie deelnemende organisaties te zien en het effect daarvan te plaatsen in onze vraag hoe menswaardig zorgen te organiseren. Dit heeft veel gevraagd van ons als onderzoekers, niet alleen vanuit het oogpunt van tijd en inspanning, maar ook vanuit het oogpunt van het verwerken en ordenen van de grote hoeveelheid observaties die een dergelijke aanpak ons heeft opgeleverd. Maar – nog belangrijker om te noemen – het heeft ook veel gevraagd van het uithoudingsvermogen van de organisaties die aan ons onderzoek hebben deelgenomen. Elke onderzoeksronde heeft betekend dat gedurende twee maanden bestuursleden en medewerkers moesten worden ingeroosterd voor gesprekken met ons, cliënten en hun familie om toestemming voor observaties en gesprekken moesten worden gevraagd. Kortom, het heeft nogal wat *commitment* van de deelnemende instellingen gevraagd. Tegelijkertijd hebben wij gezien dat de deelnemers aan ons onderzoek – tijdens de reflectieve gesprekken over onze observaties – ook gebruik hebben gemaakt van onze observaties en op basis daarvan op eigen initiatief en eigen inzicht veranderingen hebben ingevoerd in hun bestuurs- en zorgpraktijken.

Op de tweede plaats komt het uitzonderlijk karakter van ons onderzoek naar voren in het betrekken van de cliënten en hun familieleden in ons onderzoek. Cliënten en familie hebben ons inzichten in hun wel en wee en soms heldere analyses van hun situatie geboden. Hierdoor is het mogelijk geweest om de effecten van handelen van bestuurders en zorgverleners te observeren bij cliënten en te bevragen bij familieleden. Deze aanpak is mogelijk geworden, omdat wij met zijn tweeën dit onderzoek hebben uitgevoerd, waarbij Gallé het onderzoek in de zorgpraktijken voor zijn rekening heeft genomen (inclusief cliënten en hun familie) en Luijten zich heeft geconcentreerd op de bestuurspraktijken en middenmanagers (zie paragraaf 3.5 over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling). De autoriteiten van en naar de locaties hebben de mogelijkheid gegeven ons per onderzoeksdag voor te bereiden en na afloop te reflecteren op onze observaties, zodat op deze wijze een onderzoekerstriangulatie *on the road* mogelijk is geworden.

Het feit dat wij beiden als onderzoekers in ons beroepsleven bestuurlijke en *managerial* ervaring hebben opgedaan in zorginstellingen, heeft voordelen en nadelen opgeleverd. Nadeel is geweest dat wij waakzaam hebben moeten zijn om vanuit onze eigen opvattingen conclusies te trekken. Voordelen heeft onze ervaring ook gegeven zowel in gesprekken met verbaal getalenteerde bestuurders, als in het kunnen observeren van de diverse processen in de complexe, gelaagde zorgpraktijken. Lastig is gebleken dat er situaties zijn geweest waarin

onze observaties van praktijken niet overeen zijn gekomen met de goede bedoelingen van de actoren. Het bespreekbaar maken van deze verschillen zonder onze gesprekspartners in verlegenheid te brengen door de schijn van ‘ontmaskering’ te wekken, heeft het uiterste van onze *humble inquiry* (Schein, 2013) gevraagd. Maar ook hier hebben wij de voordelen van een dubbel promotie ervaren, omdat ieder van ons zijn eigen manier van interacteren heeft kunnen inzetten al naargelang de onderzoekssituatie.

Verskillende keren hebben wij geconstateerd dat het handelen van het bestuur als het ware een spiegel vormt en – als zo’n bestuur menswaardig zorgen wil organiseren – moet vormen van het handelen in de zorgpraktijken. Wil het bestuur bijvoorbeeld aandachtsvol afstemmen op cliënten bevorderen dan vraagt dit van het bestuur ook aandachtsvol afstemmen op vragen die leven in de zorgpraktijken. Deze spiegeling heeft ook voor ons onderzoek gegolden. Zoeken naar het antwoord op onze onderzoeksvraag vereist wederkerigheid en interactie met de deelnemers, vereist een onderzoeksruijme waarin vertrouwelijkheid, veiligheid, privacy en zorgvuldigheid gewaarborgd zijn, een planning die continuïteit mogelijk maakt en het scheppen van ‘samen’ werken aan het zoeken naar antwoorden op de onderzoeksvraag. Kortom, alle zeven handelingscategorieën blijken ook van toepassing op ons onderzoekshandelen. Ook sturen in het midden? Geen middenmanagers die deze brugfunctie voor ons hebben vervuld, maar wel secretaresses van het bestuur, die een belangrijke schakel hebben gevormd tussen ons en de verschillende deelnemers en praktijken om afspraken en bijeenkomsten in een tijdschema te plannen en soms ook vaak hebben moeten aanpassen als omstandigheden dat noodzakelijk maakten.

Een suggestie voor vervolgonderzoek is te onderzoeken hoe het aspect ‘tijd’ in de meest brede zin een rol speelt in het organiseren van menswaardig zorgen. Het meest in het oog springend is de veel voorkomende uitdrukking “wij hebben geen tijd”, dat een prioritering van activiteiten veronderstelt waarvoor wel of juist geen tijd kan worden gemaakt. Hoe verloopt dat proces van prioritering en welke rol spelen vragen van cliënten of bestuurlijk handelen daarbij (Verbeek, 2011)? Er zijn ook andere aspecten van ‘tijd’. Hoe zijn de tijdsaspecten van logistieke processen geregeld, wie bepaalt wie en wat en wanneer aan wie levert? Een derde aspect is ‘ontwikkeltijd’. Samen handelen vraagt leer- en ontwikkeltijd. Hoe wordt dit element verzorgd? Belangrijk vinden wij dat in zo’n vervolgonderzoek ook de vraag van de cliënt wordt betrokken, het handelen van bestuurs- en zorgpraktijk onderdeel is van zo’n onderzoek en ten slotte interactief en praktijktheoretisch van aard is.

7.7 Slotconclusie

De centrale vraag in ons onderzoek is ‘hoe menswaardig zorgen te organiseren’. Een immer actueel thema. Verhalen over (het gebrek aan) menswaardig zorgen duiken elke keer weer op, alle verbeteringen in de institutionele zorg van de laatste jaren ten spijt. Zeker actueel als wij de vraagstukken waarmee zorgbestuurders worden geconfronteerd in ogenschouw nemen. Zo bestaat er de steeds groter wordende schaarste aan middelen en menskracht terwijl de vraag door vergrijzing en de toename van het aantal inwoners in Nederland toeneemt. Ons onderzoek laat zien dat menswaardig zorgen voor cliënten ook menswaardig zorgen voor het zorgpersoneel vereist in de vorm van ‘goed werkgeverschap’. Concreet vraagt dit van het bestuur om ‘zorgpraktijk centraal’ te organiseren, waardoor zorgmedewerkers en hun direct leidinggevendende de ruimte krijgen om hun eigen professionele verantwoordelijkheid te kunnen dragen en waarin het sociale weefsel (dat wil zeggen de onderlinge werkrelaties) van de zorgpraktijken wordt beschermd. Uit ons onderzoek komt naar voren dat dit bijdraagt tot

minder verloop en grotere werktevredenheid. Dit goed werkgeverschap vereist dat het bestuur het interactieve aspect van hun sturen de boventoon laat voeren (bijvoorbeeld in de vorm van het afstemmen op vragen van zorgpraktijken, het bevorderen van tweerichtingscommunicatie en het geven van handelingsruimte), overigens zonder daarbij de instrumentele aspecten als doelmatigheid en effectiviteit uit het oog te verliezen.

Een ander vraagstuk is de *blaming and shaming* cultuur, die het nemen van risico's en het maken van fouten afstraft met gereede kans op schade voor het aanzien van de organisatie. Zo heeft een van de bestuurders in ons onderzoek opgemerkt dat hij zich bij incidenten de vraag stelt of hij dit in een bepaald nieuwsprogramma zou kunnen verantwoorden. In zo'n sfeer is de verleiding de protocollen nauwgezet te volgen, de nadruk te leggen op veiligheid en controle, groot. Dit leidt tot steriele zorgorganisaties; veiligheid gewaarborgd ten kosten van menswaardig zorgen.

Tenslotte is er nog een uitdaging. De techniek ontwikkelt zich verder, zo zijn er zorgrobots, zorg op afstand, slimme ICT-voorzieningen om cliënten te kunnen monitoren, allen bijzonder nuttige instrumenten die ondersteunend zijn aan het zorgen voor cliënten. Maar ook in deze uitdaging gaat het om de balans tussen instrumenteel en interactief zorgen, waarin al deze nieuwe instrumentele mogelijkheden ondersteunend moeten zijn en niet de boventoon moeten gaan voeren.

In dit spanningsveld van de verhouding tussen de noodzaak tot doelmatigheid en beheer versus de noodzaak tot individuele afstemming en ongewisheid, beweegt zich ons onderzoek. Wij zien dat menswaardig zorgen mogelijk wordt (en blijft) als in die verhouding het instrumenteel zorgen ten dienste staat van het interactief zorgen en op die manier de organisatie niet een last maar een ondersteuning wordt. Het organiseren van menswaardig zorgen is overigens een mes dat aan twee kanten snijdt. Wij zien dat zorgverleners de betekenis van hun werk vinden in het kunnen interacteren met cliënten, niet in de hoeveelheid cliënten die zij hebben 'afgewerkt'.

Wanneer is menswaardig zorgen mogelijk? Wij spreken overigens van zorgen en niet van 'de zorg' om aan te geven dat zorgen (en sturen) een stroom van handelingen is, vaak met een herhalend karakter, gesitueerd in een zorgpraktijk, een afdeling of een locatie. In die praktijk verschijnen zowel instrumenteel als interactief zorgen, beide zijn met elkaar verweven en hebben elkaar nodig. Het gaat daarbij om de vraag hoe deze twee domeinen van handelen zich tot elkaar verhouden en welke uiteindelijk bepalend is voor het reageren op de vraag van de cliënt in diens situatie.

Wij hebben zeven mechanismen gevonden die in samenhang met elkaar de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen bepalen. Zo is het eerste mechanisme het organiseren van aandacht om al zoekend en tastend, de vraag van de cliënt te laten verschijnen. In tegenstelling tot een meer instrumentele aanpak die uitgaat van vooraf gespecificeerde zorgbehoeften en de daarbij behorende aanpak. De interacterende aanpak vraagt als mechanisme symmetriseren, dat wil zeggen in de relatie met de cliënt te streven naar wederkerigheid. De inherente ongelijkheid die er bestaat tussen cliënt en hulpverlener wordt daarbij niet uit het oog verloren. Deze ongelijkheid wordt bevestigd in een instrumentele aanpak waarin de zorgverlener de deskundige is die afstand moet houden. Het derde mechanisme is het scheppen van een eigen fysieke en organisatorische vrijheidsruimte. Voor cliënten geldt dat het kunnen beschikken over een 'eigen' fysieke ruimte een belangrijk onderdeel vormt voor de kwaliteit van hun leven. In het spanningsveld tussen eigen en

publieke ruimte worden de verschillen tussen interactief en instrumenteel zorgen zichtbaar. Bij een instrumentele aanpak komen de grenzen van de eigen ruimte onder druk te staan door de behoefte om toezicht te kunnen houden op veiligheid en gezondheid. Bij het vierde mechanisme zien wij een inrichten van de organisatie waarin de zorgpraktijk centraal staat. Dit betekent dat de organisatie wordt ingericht om de processen in de zorgpraktijken te ondersteunen, zodat zorgverleners hun eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen en zelf keuzen kunnen maken. Een vijfde mechanisme is het bevorderen van samenwerken, hoe zorgverleners interacterend zorgen kunnen leren en nieuwelingen kunnen worden opgevangen. Wij zien dat een (goed op elkaar ingespeeld) team ook een belangrijke rol speelt in het beperken van verloop van personeel. Zo'n team vormt – als zesde mechanisme – ook een voorwaarde om te kunnen reflecteren op eigen handelen. Echter, een zorgpraktijk is complex en niet alle elementen zijn zichtbaar. Ter beperking van eigen blinde vlekken vraagt dit ook de inbreng van feedback van betrokken buitenstaanders, zoals familie, collega's en in audits. Ten slotte is een belangrijke rol weggelegd voor middenmanagers en leidinggevendenden van de zorgpraktijken die in hun handelen een brug kunnen vormen in de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen.

De wijze waarop het bestuur van de zorginstelling de zorgpraktijken faciliteert moet als het ware dezelfde mechanismen weerspiegelen. Ter illustratie het mechanisme aandachtsvol kunnen afstemmen vraagt een inrichting van de organisatie die zorgverleners niet afleidt van hun cliënten. Wij zien dat zorgbesturen zich dan ook vergelijken met een 'hitte schild' om ook invloeden van buiten de organisatie te beoordelen op hun versturende of taakverzwarende werking. Of een ander voorbeeld het (vierde) mechanisme van zorgpraktijk centraal organiseren, vraagt van de bestuurder dat deze de organisatie zo inricht dat deze ondersteunend is aan de processen in de zorgpraktijken. Het gaat onder andere over logistieke processen, ICT- ondersteuning, allocatie van financiële middelen, elementen die tot doel hebben het zelfstandig (kunnen) functioneren van de zorgpraktijk te bevorderen. Het kunnen faciliteren van deze processen vraagt van het bestuur zowel instrumenteel als interactief sturen, dat wil zeggen enerzijds slim organiseren om schaarse middelen zo doelmatig mogelijk te gebruiken, anderzijds in wisselwerking met zorgverleners en cliënten in de organisatie informatie en richtinggevende ideeën uit te wisselen, hen te betrekken in veranderingsprocessen. Wordt in de zorgpraktijken menswaardig zorgen mogelijk door de nadruk op interactief zorgen te leggen, een soortgelijk fenomeen zien wij bij besturen, die het instrumentele aspect van hun sturen – het inrichten en beheren van hun organisatie – ten dienste laat staan van hun interactieve wijze van sturen.

Tot slot, wat is de belangrijkste conclusie die wij willen trekken uit dit onderzoek? Drie ideeën vechten daarbij om voorrang. De eerste is dat wij het proces van menswaardig organiseren in beeld hebben gebracht, zodat bestuurders en zorgverleners deze inzichten in hun eigen situaties kunnen toepassen ter verandering of ter reflectie. Zo kunnen wij ons voorstellen dat bestuur en medewerkers hun organisatie toetsen op basis van de in dit onderzoek genoemde handelingscategorieën en zich de vraag stellen hoe deze in onderlinge samenhang de kwaliteit van zorgen bevorderen of belemmeren.

De tweede is dat wij in ons onderzoek getroffen zijn door de betrokkenheid en bevoegdheid in het handelen van de zorgverleners die aan ons onderzoek hebben deelgenomen. Tegelijkertijd hebben wij gezien dat de organisatie (soms met de beste bedoelingen) zo is ingericht dat deze de zorgverleners allesbehalve ondersteunt in hun werk. Menswaardig zorgen betekent ook menswaardig je functie als zorgverlener kunnen uitoefenen. Zoals eerder

genoemd, menswaardig zorgen vereist goed werkgeverschap, waarin het bestuur zorgt voor haar personeel en hen niet laat reduceren tot 'handjes aan het bed'.

Als laatste: het organiseren van menswaardig zorgen begint en eindigt met de cliënt in de ogen te kijken. Organiseren van zorg in abstracties, op afstand en vanuit een eigen voorstellingswereld is niet mogelijk.

Literatuurlijst

- Abma, T. & Widdershoven G.A.M. (2006). *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Boom Lemma.
- Ahaus, C.T.B. (2020). *Organising value-based health care from patient's perspective*. Inaugurale lezing. Rotterdam: EUR.
- Allen, D. (2015). *The Invisible Work of Nurses. Hospitals, organisation and healthcare*. New York: Routledge.
- Anselmann, V. & Mulder, R.H. (2020). Transformational leadership, knowledge sharing and reflection, and work teams performance: A structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, Volume 28, Issue 7, 1627-1634.
- Ansems, P. & Moen, J. (2010). *Kleur bekennen. Kleedkamergesprekken over leiderschap*. Assen: Van Gorcum.
- Ardon, A.J. (2009). *Moving Moments. Leadership and interventions in dynamically complex change processes*. proefschrift. Amsterdam: UvA.
- Arendt, H. (1958). *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press. Vertaling (1994) Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Argyris, C. (1999). *On organizational learning*. Massachusetts: Blackwell.
- Argyris, C. & Schön, D. (1974) *Theory in Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Baarle, E. van, Hartman, L., Rooijackers, S., Wallenburg, I., Weenink, JW., Bal R., & Widdershoven, G. (2022). Fostering a just culture in healthcare organisations: experiences in practice. *Bmc Health Services Research*, 22 (1): 1035.
- Baart, A. (2018). *De ontdekking van kwaliteit*. Amsterdam: SPW.
- Bal, R., Weggelaar, A.M. & Wallenburg, I. (2018). *Op zoek naar goede leefsystemen Zorgbellen en het doen van kwaliteit*. Rotterdam: EUR.
- Baur, V., Nistelrooij, I van & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices, *Med Health Care and Philos*, 20, 483–493.
- Berwick, D.M. (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist, *Health Affairs*, 28, no. 4: (555–565) (published online).
- Berwick, D.M. (2016). Era 3 for Medicine and Health Care, *Institute for Healthcare Improvement Cambridge*, 315(13): 1329–1330.

- Böckle, F. (1995). Ja zum Menschen - Bausteine einer Konkreten Moral: *Aus dem Nachlaß*. München: Kösel.
- Boonstra, J. (2000). *Lopen over water. Over de dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*, Inaugurale rede, Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bovenkamp, H. van de, Stoopendaal, A., Bochove, M. van & Bal, R. (2020). Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: the need for recoupling to establish functional rules. *Health Policy* 124 (3):275-281.
- Bree, M. de & Stoopendaal, A. (2020). De- and Recoupling and Public Regulation, *Organization Studies*, Vol. 41(5): 599–620.
- Bromley, P. & Powell, W.W. (2012). From Smoke and Mirrors to Walking the Talk: Decoupling in the Contemporary World, *Academy of Management Annals*, 6 (1): 483-530.
- Buse, C., Martin, D. & Nettleton, S. (2018). Conceptualising ‘materialities of care’: making visible mundane culture in health and social care contexts, *Sociology of health and illness*, feb. vol. 40 (2): 243-255.
- Campen, C. van (2020). *Gelukkig ouder worden in een veranderende samenleving. Een pleidooi voor zingeving en creativiteit*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Chia, R. (1996). *Organizational analysis as deconstructive practice*, Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Clarke, A.E. & Star, S.L. (2008). The Social Worlds Framework: A Theory/Methods Package. In: Hackett EJ., Amsterdamska O., Lynch M., et al. (eds) *The Handbook of Science and Technology Studies*. Third Edition ed. (113-137). London, England: The MIT Press Cambridge.
- College Bouw Zorginstellingen (2008) *Werkprogramma 2008*. Utrecht: CBZ.
- Cooperrider, D.L. & Whitney, D. (2000). A Positive Revolution in Change: Appreciative Inquiry. Uit: Golembiewski, R.T. *Handbook of Organizational Behavior, Revised and Expanded* 2nd Edition. (611-630). New York: Routledge.
- Cleeve, H., Borell, L. & Rosenberg, L. (2020). (In)visible materialities in the context of dementia care. *Sociology of Health & Illness*. 42(1):126-142.
- Crevani, L. & Endrissat N.B. (2016). Mapping the leadership-as-a-practice terrain: comperative elements. Uit: Raelin, J. *Introduction to Leadership-as-Practice*. (21-49). Boston: Taylor & Francis.
- SCP-publicatie 2021-3. (2021). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dalen, A. van (2012). *Zorgvernieuwing, Over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Boom Lemma.

- Denhardt, R.B. (1993). The Pursuit of Significance: Strategies for Managerial Success. In: *Public Organizations*. Long Grove: Waveland Press.
- Denis, J.L., Langley, A. & Rouleau, L. (2010). The Practice of Leadership in the Messy World of Organizations. *Leadership*, vol 6(1): 67-88.
- Douglas, M. (1991). The idea of a home: a kind of space. *Social Research*, 58(1): 287–307.
- Dubois, A. & Gadde, L.E. (2002). Systematic combining: an abductive approach to case research. *Journal-of-business-research*, Vol. 55(7): 553-560.
- Freytag, P.V. & Young, L. (2017). *Collaborative Research Design: Working with Business for Meaningful Findings*. Houten: Springer (Citaat Wolff 2010 op pagina 23).
- Gallé, E. (1986). Leefstijldifferentiatie in het verpleeghuis. In: Groen, J., Luijten, J.J. & Steeman, B. (red) *Patiëntendifferentiatie op basis van leefstijl in het verpleeghuis*. Lochem-Gent: De Tijdstroom.
- Gallé, E. (1997). Het sturen van zorgverlening. In: Vink, M.T. & Broek, P. (red) *Relaties en de omgeving van ouderen: een therapeutisch instrument. Psychologie en ouderen 2*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gallé, E. (2001). Zorg met Visie. In: F.M.J. Alkema, F.M.J., Blom, M.M., Kootte, M. & Sipsma, D.H. (red) *Dementeren: ziekte en zorg*. Assen: Van Gorcum.
- Garfinkel, H. (1996). Ethnomethodology's program, *Social Psychology Quarterly*, 59(1): 5-21.
- Geertz, C. (1973). The interpretation of cultures. *Selected essays*. New York: Basic Book Inc.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice*. Harvard: University Press.
- Governancecode Zorg*. (2017). Utrecht: Brancheorganisaties Zorg.
- Gordon, M., Baker, P., Catchpole, K., Darbyshire, D. & Schocken, D. (2015). Devising a consensus definition and framework for nontechnical skills in healthcare to support educational design. A modified Delphi study. *Medical Teacher*, 37, 572–577.
- Groen, J., Luijten, J.J. & Steeman, B. (red) (1986). *Patiëntendifferentiatie op basis van leefstijl in het verpleeghuis*. Lochem-Gent: De Tijdstroom.
- Gummesson, E. (1991). *Qualitative Methods in Management Research*. London: Sage Publications.
- Heerings, M. (2022). *The good care relationship in long term care attending to ethical tensions and burdens*. Proefschrift, Rotterdam: EUR.
- Heijst, A. van (2005). *Menslievende Zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klemens.

- Hendriks, A. & Kauflingfreks, R. (2011). *Wat is waardigheid? Een briefwisseling tussen een jurist en een filosoof*. Den Haag: ZonMw.
- Heuts, F. & Mol, A. (2013). What Is a Good Tomato? A Case of Valuing in Practice. *Valuation Studies*, 1(2): 125-146.
- Huber, M. (2014). *Positieve Gezondheid: Towards a new, dynamic concept of health*. proefschrift, Universiteit Maastricht.
- Iedema, R., Mesman, J. & Carroll, K. (2013). *Visualising Health Care Practice Improvement: Innovation from Within*. Milton Keynes: Radcliffe.
- Jerak-Zuiderent, S. (2013). *Generative accountability Comparing with care*. Proefschrift, Rotterdam: EUR.
- Jonas, M. (Editor), Littig, B. (Editor) & Wroblewski, A. (Editor) (2017). *Methodological Reflections on Practice Oriented Theories*. Houten: Springer.
- Kamphof, I. & Hendriks, R. (2020). Beyond Façade: Home Making and Truthfulness in Dementia Care. Uit: Pasveer, B., Synnes, O. & Moser, I. (eds) *Ways of Home Making in Care for Later Life*. Singapor: Palgrave Macmillan.
- Kellerman, B. (2012). *The End of Leadership*. Collins: Harper.
- Key, J. (2006). *De filosofie van Emmanuel Levinas. In haar samenhang verklaard voor iedereen*. Kampen: Klemens.
- Klaver, K. (2016). Dynamics of attentiveness. In: *Care practices at a Dutch oncology ward*. Tilburg: Tilburg University.
- Kooij, C. van der (2004). *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Utrecht: Boom Lemma Uitgevers.
- Kooistra, J. (1988). *Denken is bedacht*. Culemborg: Giordano Bruno.
- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg* (2017). Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social. An introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning legitimate peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leget, C., Nistelrooij, I. van & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nurs Ethics*, 26(1): 17-25.
- Lemos Dekker, N. & Pols, J. (2020). Aspirations of Home Making in the Nursing Home. In: Pasveer, B., Synnes, O. & Moser, I. (eds) *Ways of Home Making in Care for Later Life*. Singapor: Palgrave Macmillan.

- LePine, J.A., Piccolo, R.F., Jackson, C.L., Mathieu, J.E. & Saul, J.R. (2008). A meta-analysis of teamwork processes: Tests of a multidimensional model and relationships with team effectiveness criteria. *Personnel Psychology*, 61: 273–307.
- Luijten, J.J. (1979). *Teamverzorging als middel tot het bereiken van een therapeutisch leefklimaat*. Inleiding studiedag, N.Z.R., 19-04-1979.
- Luijten, J.J. (1981). Sociotherapie in een psychogeriatrisch verpleeghuis: ijdele hoop of hopeloze ijdelheid. In: *Tijdschrift voor psychiatrie*, 23: 290-299.
- Luijten, J.J. (2009). Coachen tussen cliënt en klant. Onderzoek naar leiderschapsontwikkeling vanuit het perspectief van de klant. Uit: Bekman, A. red. *Horizontaal leiderschap*. Assen: Van Gorcum.
- Luijten, J.J. (2013). Bezielende bestuurders in de gezondheidszorg. In: Bekman, A. *Zorg voor Zin, Leiderschap en zingeving*. Assen: Van Gorcum.
- Lynch, M. (2001). Ethnomethodology and the logic of practice. In: Knorr-Cetina, K.D., Savigny, E. von & Schatzki T.R. (eds.) *The practice turn in Contemporary Theory*. (Chapter 9). London: Routledge.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Maso, I. & Smaling, A. (1989). *Kwalitatief onderzoek praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *The visible and the invisible*. Paris: Gallimard.
- Mintzberg, H. (1973). *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.
- Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (eds.) (2010). *Care in Practice On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Amsterdam: UvA.
- Nicolini, D. (2009). Zooming In and Out: Studying Practices by Switching Theoretical Lenses and Trailing Connections. *Organization Studies*, 30(12): 1391-1418.
- Nicolini, D. (2012). *Practice Theory, Work & Organization*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Nicolini, D., Gherardi, S. & Yanow D. (eds) (2003). *Knowing in Organizations: A Practice-Based Approach*. Armonk, NY: M. E. Sharpe.
- Nicolini, D. & Korica, M. (2021). Attentional Engagement as Practice: A Study of the Attentional Infrastructure of Healthcare Chief Executive Officers. *Organization Science*: 32(5), 1273-1299.
- Noddings, N. (1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.

- Oldenhof, L. (2015). *The Multiple Middle: Managing in Healthcare*. Dissertation, Rotterdam: EUR.
- Oldenhof, L. & Bal R. (2016). *Voorbij de kloof tussen systeem- en leefwereld. Een zoektocht naar nieuwe experimentele sturingsvormen*. Rotterdam: EUR.
- Pasveer, B., Synnes, O. & Moser, I., (eds) (2020). *Ways of Home Making in Care for Later Life*. Singapore: Palgrave Macmillan.
- Peirce, C. (1906). *Collected papers of Charles Sanders Peirce*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Philipsen, K. (2017). Theory Building: Using Abductive Search Strategies. In: Vagn, F.P. & Young, L. *Collaborative Research Design: Working with Business for Meaningful Findings*. Houten: Springer.
- Plaats, A. van der (1994). *Geriatricie, een spel van evenwicht: een theoretische bijdrage aan de zorg voor langdurig zieke ouderen*. proefschrift Nijmegen: KUN.
- Polanyi, M. (1962). *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*, 2d ed. Chicago: University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (2009). *The Tacit Dimension*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pols, J. (2012). Caring devices About warm hands, cold technology and making things fit, In: *Care at a distance. On the closeness of technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Pols, J. (2013). Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care. *Nursing Philosophy*, 14, pp. 186–200. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
- Pot, A.M. (2022). Who Can Tell? Regulating Person-Centred Long-Term Care. Oratie Rotterdam: EUR.
- Raelin, J. (2016). *Introduction to Leadership-as-Practice*. Boston: Taylor & Francis.
- Raelin, J. (2017). Leadership-as-practice: theory and application. An editor's reflection, *Leadership*, vol. 12(2): 215-221.
- Reckwitz, A. (2002). Toward a theory of of social practices. *European journal of social theory*, 5(2): 243-63.
- Reijnders, J.S. (2019). *Kwaliteit als ervaring*. Antwerpen: Gompel & Svacina.
- Rosen, M.A. e.a. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *Am Psychol*. 73(4): 433–450.
- Schatzki, T.R. (2001). Practice Mind-ed Orders. In: Knorr Cetina. K., Savigny, E.E. von & Schatzki, T.R. (eds.), *The practice turn in Contemporary Theory*. (Chapter 3). London: Routledge.

- Schatzki, T.R. (2005). The sites of organisations. *Organisation studies*. 26: 465-84.
- Schatzki, T.R. (2006). The time of activity. *Continental Philosophy Review*. 39(2): 155-82.
- Scheer, W. van der (2013). *Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Proefschrift, Rotterdam: EUR.
- Scheer, W. van der & Stoopendaal, A. (2020). *Spiegelbeeld kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2018: Reflectie vanuit meerdere perspectieven*. Rotterdam: EUR.
- Schein, E. (2009). *Helping. How to offer, give and receive help*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Schein, E. (2013). *Humble Inquiry: The Gentle Art of Asking Instead of Telling*. Oakland CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Schnabl, C. (2004). Ethik und Asymmetrie. Zur Theoretischen Programmatik der Fürsorge. *Theologische Quartalschrift*, 184(1): 49-72.
- Slaets, J. (2017). *Kwaliteit van zorg: wie mag het zeggen?* Els Borst lezing, CEG.
- Slagter, A. (2014). *Goed verzorgd, maar slecht gehoord*. Inleiding, Waardenwerk sept 2014.
- Smaling, A. (2021). Sensitizing concepts, wat kun je ermee? *Kwalon*, vol. 26, issue 1, jan. 65-67.
- Somme, A.M., Ingstrup, M.B. & Hans, A.P. (2017). Understanding the Process of Empirical Business Studies: The Influence of Methodological Approaches. Uit: Vagn, F.P. & Young, L. *Collaborative Research Design: Working with Business for Meaningful Findings*. (21-44). Houten: Springer.
- Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Assen: Van Gorcum.
- Tavory, I. & Timmermans, S. (2014). *Abductive Analysis. Theorizing Qualitative Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Thévenot, L. (2001). Pragmatic regimes governing the engagement with the world. In: Schatzki, T., Knorr Cetina K. & Savigny, E. von (eds). *The practice turn in contemporary theory*. London: Routledge (pp56–73).
- Tronto, J. (1994). *Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Ven, N. van der (2006). *Schaamte en verandering (Shame and change: thinking about organizational change in the light of the philosophy of Emmanuel Levinas)* Kampen: Klement.

Verbeek-Oudijk, D. & Koper, I. (2021). *Leven in het verpleeghuis. Landelijk overzicht van de leefsituatie, ervaren kwaliteit van leven en zorg van oudere verpleeghuisbewoners in 2019*. Den Haag: SCP.

Verbeek, G. (2011). *Zorg: een kwestie van tijd: Afstemming van zorgverlening en organisatie op tijdspectieven van cliënten*. proefschrift, Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg VU.

Verkerk, M. (red.) (1997). *Denken over zorg. Concepten en praktijken*. Utecht: Reed Business.

Vorstenbosch, J. (2012). *Zorg een filosofische analyse*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Weick, K.E. (2009). *Making Sense of the Organization*. Volume 2 - Chichester: John Wiley & sons.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wester, F.P.J. & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse: uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.

Widdershoven, G.A.M. (2003). Regie over eigen leven: een zorgethisch perspectief. *Ethiek & Maatschappij*, 6^e jaargang, nr. 2, 24-30.

Wierdsma, A.F.M. (2001). *Leidinggeven aan co-creërend veranderen*. Inaugurale rede, Universiteit Nyenrode.

Wieringen, M. van, Groenewegen, P. & Broese van Groenou, M.I. (2017). 'We're all Florence Nightingales': Managers and nurses colluding in decoupling through contingent roles. *Journal of Professions and Organization*, 4: 241–260.

Wiig, S., Aase, K. & Bal, R. (2021). Reflexive spaces: Leveraging resilience into healthcare regulation and management. *Journal of Patient Safety*, 17 (8):1681-1684.

Wolff, S. (2010). Ways into the field and their variants. In: Flick, U., Kardoff, E. von & Steinke, I. ed. *A companion to qualitative research*. London: Sage Publications (pp.195-202).

Samenvatting

Samenvattende inleiding

De centrale vraag in ons onderzoek is ‘hoe menswaardig zorgen te organiseren’. In dit proefschrift onderzoeken wij hoe in drie zorgorganisaties over een periode van drie jaar besturen en zorgmedewerkers menswaardig zorgen mogelijk maken. Wij gebruiken daarbij zowel een praktijktheoretische als een zorgethische oriëntatie waarin zorgen (én sturen én organiseren) als een stroom van handelingen wordt opgevat, gesitueerd in één van de verschillende handelingspraktijken, waaruit een zorgorganisatie is samengesteld. Wij richten ons in het onderzoek op de zorgpraktijken (de werkvloer) en de bestuurspraktijk (het bestuur). Onze centrale vraag is hoe deze praktijken in onderlinge wisselwerking zo handelen dat menswaardig zorgen mogelijk wordt.

Wanneer is menswaardig zorgen mogelijk? Wij onderscheiden instrumenteel handelen op basis van doel-middel rationaliteit (‘zorgen dat’) en interactief handelen op basis van de vraag van een individuele cliënt (‘zorgen voor’). Beide kunnen niet van elkaar gescheiden worden, zijn met elkaar verweven en hebben elkaar nodig. Wij zien in ons onderzoek dat juist de spanningsvolle verhouding tussen deze vormen van handelen in relatie tot de vraag van de cliënt in diens situatie bepalend is of menswaardig zorgen mogelijk is.

Wat is menswaardig zorgen? Om die vraag te kunnen beantwoorden hebben wij zeven handelingscategorieën, die volgens literatuuronderzoek een bijdrage leveren aan menswaardig zorgen, conceptueel onderscheiden. Met deze categorieën als focus hebben wij onderzoek gedaan, gebruik makend van verschillende praktijktheoretische methoden.

Uit de analyse van onze onderzoeksdata blijken drie typen zorgpraktijken te kunnen worden onderscheiden, elk gekenmerkt door verschillen in verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen. Verder blijkt dat het bestuur medebepalend is voor deze verhouding in de zorgpraktijken. In de zeven handelingscategorieën hebben wij mechanismen gevonden die van invloed zijn hoe uiteindelijk menswaardig zorgen mogelijk wordt gemaakt.

Het organiseren van menswaardig zorgen is een mes dat aan twee kanten snijdt. Wij zien in ons onderzoek dat zorgverleners de betekenis van hun werk vinden in het kunnen interacteren met cliënten, zodat menswaardig zorgen bijdraagt aan het aantrekkelijker maken van het werken met cliënten die langdurige zorg behoeven.

Vraagstelling en achtergrond

Onze vraag is ontstaan in een verpleeghuis voor psychogeriatrische patiënten, dat in de zeventiger jaren qua architectuur en praktisch-organisatorische inrichting de waarden van hoofdzakelijk somatisch-technische behandeling onderstreepte. Een jarenlange inspanning bleek nodig om organisatorische condities te scheppen en daarmee ook interacteren met deze cliënten mogelijk te maken. Achter de wens om meer nadruk te leggen op begeleiding en persoonlijk contact is een reeks van complexe, organisatorische ingrepen schuilgegaan. Hoe deze instrumentele ingrepen voorwaarde scheppend kunnen zijn voor menswaardig zorgen, vormt de impuls voor onze wens om deze spanningsvolle combinatie tussen instrumenteel en interactief zorgen te onderzoeken.

De vraag die wij in ons promotieonderzoek stellen is:

Hoe komt menswaardig zorgen tot stand in de institutionele langdurende zorg, in interactie tussen de bestuurspraktijk en de zorgpraktijk en op welke wijze wordt daarin een balans gezocht tussen instrumenteel en interactief handelen in afstemming op de vraag van de cliënt?

Ondanks alle veranderingen ten goede in de langdurige zorg, is de vraag nog steeds relevant. De vraag naar zorg groeit, de middelen en menskracht staan onder druk, de uitdaging om menswaardig zorgen mogelijk te blijven maken wordt daardoor groter.

Menswaardig zorgen als handelen

In onze praktijktheoretische verkenning beschouwen wij zorgen als handelen, ingebed in een handelingspraktijk. Zo'n praktijk omvat een sociaal-materiële inrichting, in de loop der tijd opgebouwd, dat het zorgen middels normen en (hulp)middelen richting geeft. Praktijken zijn onderling met elkaar verbonden, maar verschillen in de (machts)positie die zij in de zorgorganisatie innemen. In ons onderzoek ligt de focus op praktijken waar een groep zorgverleners zorg geven aan een groep cliënten, een zogenaamde zorgpraktijk en praktijken, waar bestuurders handelen door het scheppen van organisatorische voorwaarden om de zorgpraktijken te faciliteren, een bestuurspraktijk.

Zorgen als handelen is niet alleen beperkt tot 'zorgen voor' anderen, zoals voor cliënten, maar omvat ook een breed scala van handelen die 'zorgen dat' uitdrukken, zoals organiseren, besturen en leidinggeven. Wij werken het onderscheid tussen deze twee vormen van handelen, 'zorgen dat' als instrumenteel handelen en 'zorgen voor' als interactief handelen in ons proefschrift verder uit, vanuit de vraag welke invloed de combinatie van beide vormen van handelen hebben op het menswaardig maken van zorgen. Beide vormen zijn noodzakelijk in handelingspraktijken, maar het is de verhouding tussen beide vormen die zo'n praktijk meer of minder menswaardig maakt.

In ons onderzoek onderscheiden wij conceptueel zeven handelingscategorieën die in onderlinge samenhang en verwevenheid, menswaardig zorgen mogelijk maken. In elk van deze categorieën wordt niet alleen de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen zichtbaar, maar ook de wijze waarop het bestuur de zorgpraktijken faciliteert. Gebruikmakend van deze categorieën hebben wij onze deelvragen geformuleerd.

- *Zorgen als zoeken naar de vraag van de cliënt in diens situatie*
Het gaat hier om die handelingen, die aandachtsvol afstemmen en aansluiten op de behoefte van de cliënt mogelijk maken, waarbij zorgen menswaardig is als deze wordt afgestemd op de vraag van de cliënt.
- *In relatie komen en blijven met de cliënt*
Handelen om de bestaande asymmetrie of machtsongelijkheid tussen cliënt en zorgverlener te verminderen om wederkerigheid en dialoog mogelijk te maken.
- *Ruimtelijke aspecten van zorgen: ruimte geven en grenzen stellen*
Het gaat hier zowel om de fysieke ruimte als om de organisatorisch bepaalde handelingskaders en de relatie die de kenmerken van deze fysieke ruimte en sociale ruimte hebben met menswaardig zorgen.

- *Zorgen als praktisch organiseren*
Hier staat handelen centraal dat gericht is op het praktisch inrichten van de praktijken, zoals het organiseren van continuïteit, het gebruiken van hulpmiddelen en handelen gericht op data verwerken. Onze focus ligt met name op de menskracht-planning en de relatie met de mogelijkheid van menswaardig zorgen.
- *Samen zorgen: samenwerken en werken in teamverband*
Handelen dat onder andere leidt tot het ontwikkelen van een gemeenschappelijk repertoire van handelen, het scheppen van voorwaarden voor leren en ontwikkelen, elementen om in gezamenlijkheid menswaardig zorgen mogelijk te maken.
- *Reflecteren op zorgen*
Een categorie van handelen gericht op spiegelen en reflecteren met als doel het handelen in de zorgpraktijk bij te laten dragen aan menswaardig zorgen.
- *Sturen in het midden (tussen zorgpraktijk en bestuurspraktijk)*
Het gaat hier om de bijdrage aan menswaardig zorgen van leidinggevendenden die direct verbonden zijn aan een zorgpraktijk en middenmanagers, die aan hen leidinggeven en ressorteren onder het bestuur.

Aanpak en opzet van ons onderzoek

Onderzoeksoriëntaties

Onze eerste onderzoeksoriëntatie is een praktijktheoretische, waarin wij de sociale werkelijkheid opvatten als een assemblage van handelingen, duurzaam ingebed in een sociaal-materiële inrichting en gebundeld in een handelingspraktijk. In deze praktijktheorieën (er zijn er meerdere) zijn een aantal methoden ontwikkeld die wij in ons onderzoek hebben gebruikt door afwisselend in en uit te zoomen op praktijken. Inzoomend door een mix van methoden te gebruiken om daar het handelen te kunnen waarnemen. Uitzoomend door de verbindingen tussen praktijken onderling te kunnen observeren.

Een andere onderzoeksoriëntatie is een zorgethische geweest, waarin de vraag centraal staat wanneer zorgen goed kan worden genoemd. Deze oriëntatie is ons behulpzaam geweest om vanuit een andere conceptuele gezichtshoek naar de werkelijkheid te kijken.

Abductief onderzoeksproces

Van een lineair verlopend onderzoeksproces (empirie na theorie of vice versa) is geen sprake geweest, eerder van een circulair verlopend proces waarin theorie en praktijk steeds weer op elkaar zijn betrokken. In dit abductieve proces zijn creatieve verbindingen gelegd tussen inzichten die inductief vanuit de empirie zijn ontstaan en inzichten die deductief zijn ontstaan op basis van theoretische concepten. De bevindingen uit de onderzoeksronden zijn geïnterpreteerd aan de hand van de theoretische kennis en weer methodisch vertaald in ons empirisch onderzoek.

Drie casestudies

Selectie van de organisaties

Bij de keuze van de zorgorganisaties voor langdurige zorg hebben wij een aantal criteria gehanteerd zoals reputatie, spreiding over het land en diversiteit van cliënten. Bij deze keuze is het onze bedoeling geweest om organisaties in turbulente omstandigheden uit te sluiten, omdat dit zou kunnen interfereren met ons onderzoek. De realiteit is een andere gebleken; in twee van de drie organisaties zijn door interne en externe factoren zodanige reorganisaties op gang gekomen, dat daardoor de verhouding tussen instrumenteel en interactief zorgen in de

loop van het onderzoek is gewijzigd. Deze situatie heeft ons onderzoek niet belemmerd, maar heeft ons de mogelijkheid gegeven te onderzoeken welke elementen in deze veranderingen een rol hebben gespeeld.

Opzet van het onderzoek

Met tussenpozen van een jaar zijn in drie onderzoeksronden de organisaties door ons bezocht. Elke ronde heeft bestaan uit drie blokken van onderzoeksdagen, respectievelijk gewijd aan het afnemen van interviews, observaties in de praktijken en het duiden van de data met de participanten. Elke ronde (behalve de laatste) is afgesloten met een zogenaamde membercheck.

De casestudies

In drie hoofdstukken van het boek geven wij onze bevindingen weer over de onderzoeksperiode 2015-2018. Per handelingscategorie hebben wij onze bevindingen vanuit twee perspectieven weergegeven, namelijk vanuit de zorg- en de bestuurspraktijken om op die manier ook de wisselwerking tussen beide zichtbaar te maken.

Gebruikte methoden en analyse van de data

De gegevens verkregen door zowel participerende als niet-participerende observatie, door interviews en door het bestuderen van documenten, zijn per organisatie vastgelegd in zogenaamde 'dikke verhalen' die als basis voor verdere analyse en het trekken van conclusies hebben gediend.

Conclusies

Typen zorgpraktijken

Op basis van deze analyses hebben wij drie typen zorgpraktijken onderscheiden, elk gekenmerkt door een verschillende balans tussen instrumenteel en interactief zorgen.

- Het eerste type legt de nadruk op basiszorgen, gericht op algemene dagelijkse levensbehoeften, veroorzaakt door structurele discontinuïteit in de personeelsbezetting. Door het hoge vereiste inspanningsniveau komt menswaardig zorgen onder druk te staan. Medewerkers ervaren beperkte autonomie en de aanwezige hectische sfeer belemmert aandachtsvol afstemmen op individuele vragen van cliënten.
- Het tweede type accentueert instrumenteel zorgen, gericht op behandel- of zorgdoelen. Hierbij zijn het zorgplan en de afspraken leidend. De interactie met cliënten verloopt voornamelijk via verrichtingen, wat resulteert in een asymmetrische afstand tussen medewerkers en cliënten. Leidinggevendenden fungeren meer als 'programmamanagers' die de nadruk leggen op overzicht houden, verrichtingenregistratie en het scheppen van materiële voorwaarden.
- Het derde type benadrukt interactief zorgen, waarbij zorgen plaatsvindt in directe relatie met cliënten in voortdurende afstemming met hun vragen. Medewerkers ervaren vrijheid van handelen, gefaciliteerd door direct leidinggevendenden die hen in staat stellen om te navigeren tussen vragen van cliënten en organisatorische grenzen.

Mechanismen vanuit het perspectief van de zorgpraktijken

We hebben zeven mechanismen geïdentificeerd die bijdragen aan het mogelijk maken van menswaardig zorgen. Deze mechanismen zijn onderling verbonden en verweven.

- Organiseren van aandacht. Dit mechanisme omvat hoe het geven van aandacht aan de cliënt wordt vormgegeven, onder meer door een vaste verzorgende toe te wijzen,

zorgverleners te kunnen laten beschikken over handelingsvrijheid en hen te helpen de vragen van de cliënt te 'lezen'.

- Organiseren van relaties. Dit mechanisme omvat hoe zorgverleners de machtsongelijkheid verkleinen en actief streven naar wederkerige relaties met cliënten, onder andere door het organiseren van gezamenlijke activiteiten en het tonen van interesse in de persoonlijke achtergrond van de cliënten.
- Geven van ruimte en grenzen. Dit mechanisme omvat hoe zorgverleners een eigen fysieke en organisatorische handelingsruimte voor cliënten scheppen en hanteren, onder andere door het respecteren van het eigenaarschap van de eigen ruimte en de wijze waarop met de grenzen tussen deze privé- en openbare ruimte wordt omgegaan.
- Plannen van voorspelbaarheid. Dit mechanisme omvat hoe een zorgpraktijk in staat wordt gesteld om zelf continuïteit van zorgen te organiseren onder andere door middel van personeelsplanning met toegang tot eigen budget om het regelen van vervangers of extra personeel bij pieken mogelijk te maken en verstoringen te verhelpen.
- Organiseren van handelingsvertrouwen. Dit mechanisme betreft het bevorderen van samenwerken onder andere door het in de loop van de tijd ontwikkelen van een gezamenlijk handelingsrepertoire en het opbouwen van vertrouwen dat collega's elkaar in kritieke situaties ondersteunen.
- Organiseren van inspiratie. Het werkzaam mechanisme is dat systematisch getoetst wordt – op een niet oordelende wijze – in de situatie om recht te doen aan de complexiteit en gelaagdheid van de zorgpraktijk. Er wordt echter ook gebruik gemaakt van informatie van direct betrokken buitenstaanders en meetinstrumenten om de beperkingen inherent aan het toetsen in de situatie te verminderen.
- Leidinggeven in balans tussen nabijheid en afstand. Dit mechanisme betreft het evenwicht dat door direct leidinggevenden van zorgpraktijken moet worden gevonden tussen zicht houden op zorgprocessen en bevorderen van eigen professionele verantwoordelijkheid van hun medewerkers, een balans die zorgverleners faciliteert in menswaardig kunnen zorgen.

Mechanismen vanuit het perspectief van de bestuurspraktijk

Hoe scheppen besturen voorwaarden voor menswaardig zorgen? Besturen houden zich niet uitsluitend met instrumenteel handelen bezig ('zorgen dat'), maar ook met 'zorgen voor' door interactief te handelen naar de zorgpraktijken. De verhouding tussen deze twee verschilt per organisatie en weerspiegelt het belang dat een bestuur hecht aan de waarden die in deze verhouding tot uitdrukking komen. Omdat deze waarden vaak tegenstrijdig zijn wordt het bestuur met dezelfde dilemma's geconfronteerd, waarmee ook de zorgpraktijken te maken hebben.

Wij maken onderscheid tussen twee typen bestuurspraktijken, interactief en instrumenteel sturend, afhankelijk van de verhouding van 'zorgen voor' en 'zorgen dat'. De verhouding blijkt echter dynamisch; wij hebben in de loop van ons onderzoek veranderingen gezien afhankelijk van bijvoorbeeld mutaties in het bestuur of door reorganisaties.

Welke mechanismen een rol spelen in de verhouding tussen instrumenteel en interactief sturen hebben wij geanalyseerd op basis van de eerdergenoemde handelingscategorieën.

- Het eerste mechanisme verschijnt in de wijze waarop het bestuur de afstand tot de zorgpraktijken hanteert. Interactieve besturen zoeken systematisch interactie met de zorgpraktijken. Dit geeft het bestuur de mogelijkheid af te stemmen op vragen van zorgpraktijken en hun eigen voorstellingen over de kwaliteit van zorgen te toetsen aan

de realiteit. Deze interactie draagt bij aan een positief beeld van een betrokken en geïnteresseerd bestuur.

- Het tweede mechanisme is het organiseren van wederkerigheid tussen bestuurs- en zorgpraktijken. In organisaties met de nadruk op interactief zorgen geven bestuurders ruimte aan eigen initiatieven van de zorgpraktijken en bevorderen een gelijkwaardige positie van deze ten aanzien van andere praktijken in de organisatie.
- Het derde mechanisme vormt het organiseren van eigen zelfstandigheid en verantwoordelijkheid door het scheppen van eigen fysieke en organisatorische ruimte. Dit vraagt een actief beleid van het bestuur op het gebied van de fysieke inrichting, het waarborgen en faciliteren van de eigen regie over die ruimten.
- Het vierde mechanisme wordt gevormd door het inrichten van de organisatie op de maat van de zorgpraktijken, zodat de organisatie ondersteunend wordt en blijft aan de processen in de zorgpraktijken. Deze zorgpraktijk gecentreerde benadering bevordert de zelfstandigheid zowel materieel (bijvoorbeeld door allocatie van middelen) als sociaal (bijvoorbeeld door het reguleren van invloed van externe partijen op de zorgprocessen).
- Het vijfde mechanisme is samenwerken als het organiseren van een gemeenschap van waarden. Dit vraagt van het bestuur het faciliteren van een inrichting van praktijken, waar samenwerken kan worden geleerd onder andere door het mogelijk te maken dat in de loop van de tijd een gedeeld handelingsrepertoire wordt opgebouwd.
- Het zesde mechanisme is reflecteren als organiseren van de confrontatie met de zorgpraktijk. In alle bestuurspraktijken zien wij een mix van instrumentele en interactieve manieren om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg. Een bestuurspraktijk die de nadruk legt op interactief zorgen maakt de resultaten van metingen ondersteunend aan vormen van toetsen in interactie met de zorgpraktijken.
- Het zevende mechanisme, sturen in het midden, bestaat uit het geven van handelingsruimte aan middenmanagers, zodat deze leidinggevend vanuit hun eigen visie op interactief zorgen het organisatiebrede beleid kunnen toesnijden op de situatie van de zorgpraktijken. Voorwaarde is deze middenmanagers zowel aan de bestuurs- als aan de zorgpraktijken goed verankerd zijn en blijven.

Algemene conclusies in de vorm van aanbevelingen aan bestuurders

Om bestuurders te helpen met het expliciteren van sturen op menswaardig zorgen hebben wij onze conclusies vertaald in een aantal aanbevelingen.

- Verklein de afstand tussen bestuurders en zorgpraktijken door een actieve, onderzoekende houding aan te nemen met als doel af te stemmen op vragen van de zorgpraktijken.
- Implementeer menswaardig zorgen op een interactieve manier, waarbij zorgverleners bij veranderingen in de zorgpraktijken worden betrokken. Breng als bestuur woorden en daden op één lijn.
- Geef zorgpraktijken een 'eigen' beslissruimte om aldus hun zelfstandigheid en gevoel van eigenaarschap te vergroten om initiatieven te kunnen nemen binnen expliciet gemaakte kaders, zoals financiële ruimte, kernwaarden en opvattingen over kwaliteit.
- Realiseer je als bestuurder dat de slogan 'de patiënt staat centraal' gevolgen heeft voor de positie van de zorgpraktijk binnen de organisatie, namelijk dat ook die praktijken centraal moeten komen te staan.
- Schep voorwaarden voor samenwerken door zorgprofessionals als een zo vast mogelijk team op een groep cliënten te laten werken. Samenwerken is het resultaat van een gemeenschappelijke leer- en oefengeschiedenis, zodat mutaties – hoe onvermijdelijk ook – ten koste gaan van het opgebouwde sociaal weefsel.

- Schep 'plaatsen om te leren' waar bestuurders en zorgprofessionals in interactie met elkaar beelden uit kunnen wisselen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze reflectieve plaatsen kunnen verschillende vormen aannemen, maar hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat zorgverleners uit de situatie kunnen stappen en met behulp van derden van perspectief op hun zorgen kunnen wisselen.
- Verzorg het midden, de ruimte tussen het bestuur en de zorgpraktijken. Zorgpaktijken die beschikken over een direct leidinggevende met een concrete visie op menswaardig zorgen en met de vaardigheid de balans tussen nabijheid en afstand te hanteren, daarin ondersteund door een middenmanager, zijn meer in staat menswaardig te kunnen zorgen.

Reflecties op ons onderzoek

Behalve dat wij hebben gereflecteerd op onze belangrijkste inspiratiebronnen hebben wij ook gereflecteerd op het bijzondere karakter van ons onderzoek. Het feit dat ons onderzoek zich over drie jaar in drie onderzoeksronden heeft uitgestrekt, heeft ons de mogelijkheid gegeven om de ontwikkelingen in de deelnemende organisaties te kunnen observeren. Behalve voor de organisaties heeft dat ook veel inspanning gevraagd van ons als onderzoekers, waarbij het een voordeel is geweest dat wij in een dubbelpromotie als team hebben kunnen optreden. Het uitzonderlijk karakter van ons onderzoek komt ook naar voren in het betrekken van de cliënten en hun familieleden in ons onderzoek. Hierdoor is het mogelijk geweest om de effecten van handelen van bestuurders en zorgverleners te observeren bij cliënten en te bevragen bij familieleden. Ook hier is een voordeel geweest dat wij als tweetal dit onderzoek hebben kunnen uitvoeren. Eén van ons heeft het onderzoek in de zorgpraktijken voor zijn rekening genomen (inclusief cliënten en hun familie) en de ander heeft zich geconcentreerd op de bestuurspraktijken en middenmanagers. Tot slot is ook onze samenwerking een spiegel geweest van de processen die wij hebben willen observeren in de organisaties.

Slotconclusie

De centrale vraag van ons onderzoek is hoe wij zorgen op een menswaardige manier kunnen organiseren. Zorgbestuurders worden geconfronteerd met steeds grotere schaarste aan middelen en menskracht, terwijl de vraag naar zorg toeneemt. Ons onderzoek laat zien dat het organiseren van menswaardig zorgen voor cliënten ook menswaardig zorgen voor het zorgpersoneel vereist in de vorm van 'goed werkgeverschap'. Dit betekent dat het bestuur de zorgpraktijk centraal moet stellen, zodat zorgmedewerkers en hun directe leidinggevendenden de ruimte krijgen om hun eigen professionele verantwoordelijkheid te dragen en het sociale weefsel (de onderlinge werkrelaties) van de zorgpraktijken wordt beschermd. Ons onderzoek toont aan dat deze wijze van sturen leidt tot minder personeelsverloop en grotere werktevredenheid.

Tot slot. Het organiseren van menswaardig zorgen begint en eindigt met de cliënt in de ogen te kijken. Organiseren van menswaardig zorgen in abstracties, op afstand en vanuit een eigen voorstellingswereld is niet mogelijk.

Summary

Summary Introduction

The central question of our research is 'how to organize dignified caring.' In this dissertation, we investigate for a period of three years how three healthcare organizations enable dignified caring, involving both boards and care workers. We adopt a combined practice-based approach and a care-ethical orientation, considering caring (including governing and organizing) as a flow of actions situated within one of the various practices that constitute a healthcare organization. Our focus is on the care practices (the frontline) and the governance practice (the board). Our central question is how these practices – in interaction with each other – are acting in such a way to enable dignified caring.

When is dignified caring possible? We distinguish instrumental caring based on goal-means rationality ('taking care off') and interactive caring based on the individual client's questions ('taking care for'). Both cannot be separated from each other, as they are interwoven and interdependent. Our research reveals that the tension filled combination of these forms of action in relation to the client's situation is crucial in determining the possibility of dignified caring.

What is dignified caring? To answer this question, we conceptually differentiate seven categories of action that, according to our literature review, contribute to dignified caring. Using these categories as a focus we conducted research employing various practice-based methods.

From the analysis of our research data, we identified three types of care practices, each characterized by differences in the balance between instrumental and interactive caring. Furthermore, we found that the governance practice also plays a role in shaping this balance in care practices. Within the seven categories of action, we identified mechanisms how dignified caring is made possible.

Organizing dignified caring is a double-edged sword. In our research, we observed that care providers find meaning in their work through interacting with clients, making dignified caring more appealing in the context of providing long-term caring to clients in need.

Research Question and Background

Our question arose in a nursing home for psychogeriatric patients, which in the seventies emphasized the values of mainly somatic-technical treatment in terms of architecture and practical-organizational design. A long-term effort was needed to create organizational conditions to enable personal interaction with these clients. Behind the desire to place more emphasis on guidance and personal contact, a series of complex organizational interventions was hidden. How these instrumental interventions create conditions for dignified caring forms the impulse to investigate this tension filled combination of instrumental and interactive caring.

The question we pose in our doctoral research is:

How is dignified caring achieved in institutional long-term care, in interaction between governance practice and care practices, and in what way is a balance sought between instrumental and interactive action in response to the client's question?

Despite all the positive changes in Dutch long-term care, the question remains relevant. The demand for care is growing, resources and manpower are under pressure, making the challenge of continuing to enable dignified caring even greater.

Dignified Caring as Action

In our practice-based approach, we consider caring as action, embedded in a practice. Such a practice encompasses a socio-material arrangement, developed over time, that provides direction of caring through norms and objects. Practices are interconnected, but they differ in the (power) position they occupy within the healthcare organization. In our research, we focus on practices where a group of care workers provides care to a group of clients, a so-called care practice, and practices where boards act by creating organizational conditions to facilitate the care practices, a governance practice.

Caring as action is not only limited to taking care for others, such as clients, but also includes a wide range of activities that express taking care off, such as organizing, managing, and governing. We elaborate the distinction between these two forms of action, taking care off as instrumental action and taking care for as interactive action, in our dissertation, based on the question which influence the combination of both forms of action has on dignified caring. Both forms are necessary in practices, but it is the relationship between the two forms that enables a practice for dignified caring.

In our research, we conceptually distinguish seven categories of action that, in interdependence and interconnectedness, enable dignified caring. In each of these categories, not only the relationship between instrumental and interactive caring becomes visible, but also the way in which the board facilitates care practices. Using these categories, we have formulated our sub-questions.

- *Caring as searching for the clients' question in their situation*
It concerns those action that allow for attentive aligning and connecting with the clients' needs, where dignified caring is ensured by tailoring it to the clients' questions.
- *Establishing and maintaining a relationship with the client*
This concerns action aimed to reduce existing asymmetry or power inequality between client and care worker to enable reciprocity and dialogue.
- *Spatial aspects of caring: giving space and setting boundaries*
It concerns the physical space and the organizationally determined action frameworks, as well as the relationship that the characteristics of these physical and social spaces have with dignified caring.
- *Caring as practical organization*
The central focus here is action aimed at practically setting up practices, such as organizing continuity, using aids, and action aimed at processing data. Our focus is primarily on manpower planning and its relationship with the possibility of dignified caring.
- *Caring together: collaborating and working as a team*
Acting that, among other things, leads to the development of a shared repertoire of action, creating conditions for learning and development, elements to jointly enable dignified caring.
- *Reflecting on caring*
A category of action aimed at mirroring and reflecting with the purpose of enabling care practices to contribute to dignified caring.

- *Managing the middle (between care practice and governance practice)*
This concerns the contribution to dignified caring by managers who are directly connected to a care practice and their middle managers, falling under the board.

Approach and Design of Our Research

Research orientations

Our first research orientation is a practice-theoretical one, in which we conceive social reality as an assemblage of action, durably embedded in a socio-material arrangement, and bundled in a practice of action. In these practice theories (there are several), a number of methods have been developed that we have used in our research by zooming in and out on practices.

Zooming in by using a mix of methods to observe the action in practices. Zooming out to observe the connections between practices.

Another research orientation has been a care ethical one, where the central question is when caring can be called good. This orientation has been helpful to us in looking at reality from different conceptual perspectives.

Abductive research process

There was no linear research process (empirical after theoretical or vice versa), but rather a circular process in which theory and practice were continuously involved. In this abductive process, creative connections were made between insights that emerged inductively from the empirics and insights that emerged deductively based on theoretical concepts. The findings from the research rounds were interpreted based on theoretical knowledge and again methodically translated into our empirical research.

Three Case Studies

Selection of organizations

In choosing the long-term healthcare organizations, we applied several criteria such as reputation, geographical spread, and diversity of clients. With this choice, it has been our intention to exclude organizations in turbulent circumstances, as this could interfere with our research. However the reality turned out differently; in two out of the three organizations, internal and external factors initiated reorganizations changing the balance between instrumental and interactive caring during the course of the research. This situation did not hinder our research but provided us the opportunity to examine which elements played a role in these changes.

Research design

We visited the organizations in three research rounds, each separated by one-year intervals. Each round consisted of three blocks of research days, respectively dedicated to conducting interviews, observations in practices, and interpreting the data with the participants. Each round (except the last one) ended with a so-called member check.

The case studies

In three chapters of the book, we present our findings from the research period 2015-2018. For each action category, we have presented our findings from two perspectives, namely from the care practices and the governance practices, in order to make the interaction between the two visible.

Methods used and data analysis

The data obtained through both participatory and non-participatory observation, through interviews and by studying documents, have been recorded per organization in so-called 'thick stories' that served as a basis for further analysis and drawing conclusions.

Conclusions

Types of care practices

Based on our analyses, we have distinguished three types of care practices, each characterized by a different balance between instrumental and interactive caring.

- The first type emphasizes basic caring, aimed at general activities of daily living, caused by structural discontinuity in staff planning. Due to the high level of effort required, dignified caring is put under pressure. Employees experience limited autonomy, and the prevailing hectic atmosphere impedes attentive alignment to individual client's questions.
- The second type accentuates instrumental caring, focused on treatment or care goals. The care plan and goals take precedence here. Interaction with clients mainly occurs through care procedures, resulting in an asymmetric distance between employees and clients. Managers function more as 'program managers', emphasizing on maintaining oversight, registration of services and creating material conditions.
- The third type emphasizes interactive caring, where care takes place in a direct relationship with clients, continuously aligning with their questions. Employees experience freedom of action, facilitated by direct managers who enable them to navigate between clients' questions and organizational boundaries.

Mechanisms from the perspective of care practices

We have identified seven mechanisms contributing to the facilitation of dignified caring. These mechanisms are interconnected and intertwined.

- Organizing attention. This mechanism comprises how attention to the client is enabled, among other things by assigning a dedicated care worker, allowing care workers the freedom to act and helping them to 'read' the clients' questions.
- Organizing relationships. This mechanism includes how care workers reduce the power inequality and actively strive for reciprocal relationships with clients, for example by organizing joint activities and showing interest in the clients' personal backgrounds.
- Establishing space and boundaries. This mechanism includes how care workers create and manage their own and clients' physical and organizational space, among other things by respecting the ownership and handling the boundaries between this private and public space are handled.
- Planning predictability. This mechanism includes how a care practice is enabled to organize continuity of caring, for example through staff planning with access to its own budget to arrange substitutes or additional personnel during peak hours and enabling addressing disruptions.
- Organizing action confidence. This mechanism involves promoting cooperation, for example by developing a shared action repertoire over time and building confidence that colleagues support each other in critical situations.
- Organizing inspiration. The operative mechanism is that systematic reviewing is carried out - in a non-judgmental manner - in the situation, in order to do justice to the complexity and layered nature of the care practice. However, information from

- directly involved outsiders and measurement instruments are also used to reduce the limitations inherent in reviewing the situation, in which the care workers are a part.
- Managing the balance between proximity and distance. This mechanism concerns the balance that direct managers of care practices must find between overseeing care processes and promoting their employees professional responsibility, a balance that facilitates care workers to provide dignified caring.

Mechanisms from the perspective of the governance practice

How do boards create conditions for dignified caring? Boards do not solely engage in instrumental action (taking care off), but also in taking care for by acting interactively towards care practices. The relationship between these two varies per organization and reflects the importance a board places on the values expressed in this two forms of action. Because these values are often contradictory, the board is confronted with the same dilemmas as the care practices.

We distinguish between two types of governance practices, interactive and instrumental governing, depending on the relationship between taking care for and taking care off. However, the relationship proves to be dynamic; we observed changes during our research, for example due to changes in the board composition or due to reorganizations.

We have analyzed which mechanisms play a role in the relationship between instrumental and interactive governing, based on the aforementioned categories of action.

- The first mechanism appears in the way the board manages the distance to the care practices. Interactive boards systematically seek interaction with care practices. This gives the board the opportunity to align with the questions of care practices and to test their own conceptions about the quality of caring against reality. This interaction contributes to a positive image of an involved and interested board.
- The second mechanism is organizing of reciprocity between board and care practices. In organizations emphasizing interactive care, board members allow room for care practice initiatives and promote an equal position for them compared to other practices in the organization.
- The third mechanism forms the facilitating of independent action and personal responsibility by creating physical and organizational space. This requires an active policy from the board regarding the physical layout, ensuring and facilitating autonomy over those spaces.
- The fourth mechanism forms the arranging of the organization to the scale of the care practices, so that the organization remains supportive to the processes in the care practices. This care practice-centered approach promotes independence both materially (for example, through allocation of resources) and socially (for example, by regulating the influence of external parties on care processes).
- The fifth mechanism is cooperation as organizing a community of values. This requires the board to facilitate a set-up of practices, where cooperation can be learned, for instance by enabling the development of a shared action repertoire over time.
- The sixth mechanism is reflecting as organizing the confrontation with the care practice. In all governance practices, we see a mix of instrumental and interactive ways to gain insight into the quality of caring. A governance practice emphasizing interactive caring makes the results of measurements supportive of forms of reviewing in interaction with care practices.

- The seventh mechanism, managing the middle, consists of giving organizational space to middle managers, enabling them to tailor the organization-wide policy to the situation of the care practices. The prerequisite is that these middle managers remain connected to both the governance and care practices.

General conclusions in the form of recommendations to board members

To assist board members in articulating the governance of dignified caring, we have translated our conclusions into several recommendations.

- Reduce the distance between board and care practices by adopting an active, investigative attitude aimed at aligning with the concerns of the care practices.
- Implement dignified caring in an interactive manner, involving care workers in the changes in the care practices. As a board, align your words and action.
- Grant care practices with their 'own' decision-making space to enhance their independence and sense of ownership, enabling them to take initiatives within explicitly defined frameworks, such as financial resources, core values, and views on quality.
- Recognize as a board, that the slogan 'the patient is at the center' has implications for the position of the care practice within the organization; these practices should also be at the center of the organization.
- Create conditions for cooperation by allowing healthcare professionals to work as a stable team with a group of clients. Cooperation is the result of a shared history of learning and practice, meaning that changes in the team composition – however inevitable – can disrupt the established social fabric.
- Create 'places for learning' where board members and healthcare professionals can interactively exchange images about the quality of the provided care. These reflecting places can take various forms, but share the common characteristic of allowing care workers to step out of the situation and, with the help of feed back of third parties, can change their perspective on their care.
- Nurture the middle, the space between the board and the care practices. Care practices that have a direct manager with a concrete vision of dignified caring and with the ability to maintain a balance between proximity and distance, are more capable of providing dignified caring.

Reflections on our research

In addition to reflecting on our key sources of inspiration, we have also reflected on the unique nature of our research. The fact that our research extended over three years with three rounds of investigation provided us the opportunity to observe the developments in the participating organizations. This extended timeline required not only considerable effort from the organizations, but also from us as researchers, in which the advantage of conducting a dual promotion as a team was evident. The exceptional nature of our research is also evident in the involvement of the clients and their family members. This allowed us to observe the effects of the action of boards and care workers on clients and their family members. Again, an advantage was that we, as a duo, could conduct this research. One of us took responsibility for the research in the care practices (including clients and their families), while the other focused on the governance practices and middle managers. Finally, our cooperation was a reflection of the processes we sought to observe in the organizations.

Final conclusion

The central question of our research is how we can organize caring in a dignified manner. Healthcare boards are confronted with increasing scarcity of resources and manpower, while the demand for care continues to grow. Our research shows that organizing dignified caring for clients also requires dignified caring for healthcare personnel in the form of 'good employership'. This implies that the boards should put the care practice at the center, allowing healthcare workers and their immediate managers the space to bear their own professional responsibility and protect the social fabric (the mutual working relationships) of the care practices. Our research indicates that this way of governance leads to reduced staff turnover and greater job satisfaction.

Finally, organizing dignified caring begins and ends with looking the client in the eyes. Organizing dignified caring in abstractions, from a distance, and from one's own imagination is not possible.