Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn

Leren anders te kijken, te duiden en te doen
Een onderzoek naar de werking van leermiddelen

Door Stichting Presentie

- Eveline Bolt, MA
- Prof. dr. Andries Baart
- Drs. Ger Palmboom

In opdracht van ActiZ, organisatie van zorgondernemers (Utrecht)
September 2014

Colofon

Dit onderzoeksrapport is in opdracht van ActiZ geschreven door:

Eveline Bolt, MA (eerste onderzoeker), in samenspraak met
Prof. dr. Andries Baart (Supervisor), en met bijdragen van
Drs. Ger Palmboom (tweede onderzoeker)

De slotbeschouwing is geschreven door Prof. dr. Andries Baart.

Inhoudsopgave

Blz.

Colofon 1
Inhoudsopgave 2

DEEL I 5
Hoofdstuk 1 Inleiding 5
1.1 Kader waarin het onderzoek plaatsvond 5
1.2 Doel van het onderzoek 6
1.3 Deelnemende organisaties en de gevolgde leermiddelen 6
1.4 Leeswijzer 6
Hoofdstuk 2 Samenvatting 8
Hoofdstuk 3 Samenvattende verantwoording onderzoeksaanpak 13
Hoofdstuk 4 Werkwijze 15

DEEL II Opbrengsten 19
Hoofdstuk 5 Opbrengsten onderzoeksproces 19
5.1 De invloed van de ActiZ-boost op leermiddelontwikkeling 19
5.2 De waarde van samen zoeken 20
5.3 Het (niet) kunnen vrijmaken van menskracht 20
5.4 Geen proces van A naar B en outreachende beweging was helpend 21
5.5 Zorgvisies in beeld 21
5.6 Conclusie 21
Hoofdstuk 6 Opbrengsten leermiddelen 23
6.1 Vernieuwd Multi Disciplinair Overleg 23
6.1.1 Inventarisatie: hoe het MDO eruit ziet en de inbedding ervan 24
6.1.2 De ontwikkel- en experimenteerfase 25
6.1.3 Opbrengsten van de experimenten 26
6.1.3.1 Doelen verhelderen en bijstellen 26
6.1.3.2 Een grotere rol voor de EVV'er 28
6.1.3.3 De cliënt in beeld; is een foto behulpzaam? 30
6.1.3.4 Beamer uit en scherm weg 30
6.1.3.5 Leidt het anders kijken en anders duiden nu ook tot anders doen? 32
6.1.4 Inzichten met betrekking tot het vernieuwde MDO 33
6.2 Videogebruik 35
6.2.1 Inventarisatie: videogebruik en de inbedding ervan 35
6.2.2 De ontwikkel- en experimenteerfase 36
6.2.3 Opbrengsten 37
6.2.3.1 Veel waardering en enthousiasme van deelnemers 37
6.2.3.2 Nadruk op wat goed gaat is helpend 38
6.2.3.3 Mag het ook gaan over wat niet goed gaat? 38
6.2.3.4 De invloed van het meekijkend oog 39
6.2.3.5 Relatie tussen videogebruik tot andere overlegmomenten 40

6.2.3.6 Leidt het anders kijken en anders duiden nu ook tot anders doen? ... 40
6.2.3.7 Zorgethische verdieping ... 42
6.2.4 Inzichten met betrekking tot videogebruik ... 43
6.3. Exposure-opdracht ... 44
6.3.1 Inventarisatie: het verloop van een exposure-opdracht en de inbedding ervan ... 44
6.3.2 De ontwikkel- en experimenteerfase ... 46
6.3.3 Opbrengsten ... 46
6.3.3.1 Een indringende ervaring ... 47
6.3.3.2 Ervaren of observeren of zelfs uittesten ... 47
6.3.3.3 Exposure-opdracht light ... 49
6.3.3.4 De kunst van de reflectie ... 51
6.3.3.5 Ruimte voor en opvang van exposanten ... 51
6.3.3.6 Leidt het anders kijken en anders duiden nu ook tot anders doen? ... 52
6.3.3.7 Vasthouden voor optimale werking ... 53
6.3.4 Inzichten met betrekking tot de exposure-opdracht ... 54
6.4 Andere vormen van Reflectiebevordering ... 56
6.4.1/2 Inventarisatie: hoe het middel eruit zag/gaat zien en de inbedding ervan ... 56
6.4.3 Opbrengsten ... 58
6.4.3.1 Familiegesprekken (Sevagram) ... 58
Helpende familie-inbreng ... 58
Verwachtingenmanagement ... 59
Verminderen van handelingsverlegenheid ... 60
6.4.3.2 'Ik zie ik zie wat jij niet (meer) ziet' (ZZV) ... 60
Iemand die helpt anders te kijken en te duiden, zodat je anders gaat doen ... 60
De invloed van iemand die meekijkt ... 61
6.4.3.3 Omgangsoverleg (ZGG) ... 61
Samen nadenken in een verder solistische werksituatie ... 61
Bedenkingen zijn er in beperkte mate ... 62
Relatie met ander disciplines ... 62
De zorgvisie die centraal staat ... 62
Er wordt een directe relatie gevoeld tussen omgangsoverleg en betere ... 63
kwaliteit van zorg ... 63
Vasthouden ... 64
6.4.4 Inzichten met betrekking tot Andere Vormen van Reflectiebevordering ... 64

Deel III Slotbeschouwing ... 66
Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn ... 66
1 Het probleem ... 66
1.1 Een verkenning ... 66
1.2 Behulpzame en minder handige voorstellingen van zaken ... 68
2 De filosofie onder ons onderzoek ... 69
2.1 Goede zorg kunnen beoordelen: wat is de moeilijkheid? ... 69
2.2 Een uitweg ... 70
2.3 Kwaliteitsbewustzijn cultiveren ... 71
2.4 Drie bijkomende kenmerken ... 72

2.5 Kwaliteitsbewustzijn bevorderen, koesteren en toetsen 73
3 Lessons learned 74
3.1 Kredietwaardigheid van onze filosofie 74
3.2 Aanbevelingen 76
3.2.1 Samenhangend beleid voeren 76
3.2.2 Inhoudelijk referentiekader bieden 77
3.2.3 Lerende organisatie willen zijn 80
3.2.3.1 Lange adem en radicaal doorvoeren 80
3.2.3.2 Leerklimaat is essentieel 81
3.2.3.3 Het reflecteren verder ontwikkelen 81
4 Hoe het kwaliteitsbewustzijn momenteel politiek welkom is 82
5 Slotconclusies 85

DEEL I

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Kader waarin het onderzoek plaatsvond

In augustus 2012 lanceerde ActiZ het Thematisch Werkprogramma Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn. De inleiding van de programmanotitie omschrijft doel en motivatie voor het ActiZ-programma als volgt:

> 'ActiZ wil graag meer inzicht krijgen in de vraag hoe de zogenaamde 'zachte kant' van de zorg in beeld gebracht en benut kan worden voor kwaliteitsverbetering en (externe) verantwoording. Veronderstelling is dat andere aspecten van zorg in beeld komen wanneer geen cijfers en percentages gebruikt worden (kwantitatieve gegevens), maar woorden en beelden (kwalitatieve gegevens); en dat daarmee meer recht gedaan wordt aan het relationele en complexe karakter van goede zorg (op maat).' (pag.1) [1]

Het programma behelst vier programmadelen. Onderhavig document is het onderzoeksverslag van het onderzoek door Stichting Presentie in het kader van programmadeel II: Kwaliteitsbewustzijn en interne kwaliteitsverbetering.[2] Dit programmadeel richt zich op het bevorderen en onderzoeken van kwaliteitsbewustzijn, reflectie en verantwoording. In genoemde Programmanotitie (pag.2) worden een drietal centrale vragen geformuleerd waar het programmadeel inzichten en kennis over wil genereren:

1. Hoe is kwaliteit in de primaire zorgrelatie vast te stellen:
   - Waar, door wie en met behulp van welke leermiddelen/hulpmiddelen gebeurt dat?
   - Welke (communicatie) processen spelen daarbij een rol?
   - Wat is de status van de kennis die daarin ontstaat?
2. Hoe kun je die informatie/dat beeld/die kennis vastleggen/verslaan, zodanig dat daarmee het kwaliteitsbewustzijn en de kwaliteitsverbetering worden bevorderd?
3. Hoe wordt het begrip 'goede zorg' geconceptualiseerd, wanneer (ook) kwalitatieve bronnen benut worden om hier inzicht in te krijgen?

In de loop van de besprekingen hierover in de Lerende Gemeenschap[3] maken we hierin aanscherpingen en concretiserende keuzes. We komen tot een opzet waarbij in operationele zin gekozen is voor:

- Het verder ontwikkelen en innoveren van bestaande leermiddelen die bijdragen aan een kwaliteitsbewustzijn;
- Het uitzoeken wat dat teweeg brengt bij medewerkers én in de zorg die zij verlenen;
- Het uitzoeken onder welke omstandigheden de leermiddelen hun werking hebben.

---

[1] Uit: Kwaliteitskoers 2.0, vernieuwd kwaliteitsbewustzijn, een thematisch werkprogramma over goede zorg en verantwoording, pag 1.

[2] De andere twee programmadelen staan hierin beschreven: I. ***Een inventarisatie*** onder leden met als doel hen te stimuleren na te denken over de wijze waarop ze over goede zorg spreken en deze verantwoorden; en III, ***Kwaliteitsbewustzijn en externe verantwoording***, waarin verkend en onderzocht wordt hoe verantwoording over en vanuit het interne kwaliteitsproces een rol kan spelen in de externe verantwoordingsrelatie tussen zorgorganisaties en stakeholders.

[3] Van de Lerende Gemeenschap maakten deel uit: de vertegenwoordigers van de deelnemende organisaties, ActiZ en Stichting Presentie.

Het ontwikkel- en onderzoekswerk is kleinschalig en verkennend en heeft daarmee dus als doel overdraagbare inzichten op te doen over leermiddelen die kwaliteitsbewustzijn cultiveren. Daarbij nemen we een, zij het open en diffuus gehouden, inhoudelijk idee van goede zorg als vertrekpunt. Gaandeweg ontdekken we of hetgeen we in het veld aantreffen daar invulling aan kan geven.
Voor het beantwoorden van de vraag of leermiddelen bijdragen aan betere zorg gaan we af op wat zorgverleners daar zelf over zeggen. We doen dus geen cliëntonderzoek. Het onderzoek duurde in totaal anderhalf jaar en de inzet van menskracht van de deelnemende organisaties is om diverse redenen erg verschillend. Vanuit ActiZ zijn geen financiële middelen beschikbaar om extra menskracht van buiten in te zetten om intern ontwikkelwerk te doen.

1.2 Doel van het onderzoek

Het aanvankelijke doel van het programmadeel luidt: 'tools voor het bevorderen van kwaliteitsbewustzijn en interne kwaliteitsverbetering te testen op hun bruikbaarheid, maar vooral ook om te volgen welke beweging ze op gang brengen' (Kwaliteitskoers 2.0, datum, pag.3). In aansluiting bij bovengenoemde operationele keuze gaat het door ons operationeel geformuleerde doel meer in de richting van het verbeteren, uitbreiden en onderzoeken van de uitwerking van de leermiddelen met het oog op het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn. Daarbij moet in beeld komen waar leermiddelen aan moeten voldoen om een goede werking te hebben en onder welke omstandigheden dat kan.

1.3 Deelnemende organisaties en de gevolgde leermiddelen

Aan het onderzoek doen aanvankelijk vijf en later zes organisaties voor ouderenzorg, thuiszorg en revalidatiezorg deel:

- Zorggroep Groningen
- ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen
- Florence/Mariahoeve
- Zinzia Zorggroep
- Sevagram/Molenpark
- BrabantZorg (sloot later aan)

Binnen deze organisaties gaat het soms om deelname op een locatie (Florence en Sevagram), soms om deelname breder in de organisatie (overige organisaties). De tools waar het programmadeel over spreekt zijn we 'leermiddelen' gaan noemen, waarbij het leren dat ermee beoogd wordt breed opgevat moet worden als anders leren kijken, duiden en doen (in het kader van goede zorg) en daar met elkaar over leren nadenken. In alle gevallen wordt aangesloten bij het gebruik van leermiddelen zoals dat in de organisaties plaatsvindt of voorzien is. Alle organisaties, behalve BrabantZorg, laten het gebruik van meer dan één leermiddel volgen.

1.4 Leeswijzer

In de verantwoording wordt de onderzoeksmethodologie uiteengezet. In hoofdstuk 4 worden de gevolgen van de methodologische keuzes voor de werkwijze en de aard van de opbrengsten voor de inrichting van het onderzoek beschreven. In het hoofdstuk over de opbrengsten wordt onderscheid gemaakt tussen inzichten die voortvloeien uit het gevolgde ontwikkelproces in de deelnemende organisaties en inzichten die gaan over (effecten van) de leermiddelen zelf en de vormen die gekozen

zijn. Met dit vijfde hoofdstuk hopen we bij te dragen aan antwoorden op de vragen die geformuleerd zijn voor het programmadeel. In de slotbeschouwing zet prof.dr.Andries Baart het onderzoek in de context van het bredere, ook politieke denken over kwaliteit van zorg. Hij beschrijft daarbij de *lessons learned* en zet hun belang voor het verder denken over (het verantwoorden van) kwaliteit uiteen.

Hoofdstuk 2 Samenvatting

Hoe kan de zogeheten 'zachte kant'[4] van zorg in beeld gebracht en benut worden voor kwaliteitsverbetering en (externe) verantwoording? Deze vraag was voor ActiZ aanleiding om in het kader van ActiZ 'Thematisch Werkprogramma Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn' samen met een zestal zorgorganisaties en Stichting Presentie de aard en de werking van een aantal leermiddelen te onderzoeken. In de loop van de besprekingen hierover in de Lerende Gemeenschap[5] komen we tot een opzet waarbij in operationele zin gekozen is voor:

- Het verder ontwikkelen en innoveren van bestaande leermiddelen die bijdragen aan een kwaliteitsbewustzijn;
- Het uitzoeken wat dat teweeg brengt bij medewerkers én in de zorg die zij verlenen;
- Het uitzoeken onder welke omstandigheden de leermiddelen hun werking hebben.

We onderzoeken dus wat werkt, welke doorwerking daarbij ontstaat en waarom het werkt. Daarbij bedoelen we met kwaliteitsbewustzijn dat je als professional voortdurend bedacht bent op de inhoudelijke vraag naar kwaliteit en het bewustzijn hebt dat je handelen en de gevolgen ervan daaraan afgemeten moeten worden. Het gaat om een zekere wakkerheid en het besef dat je handelen wellicht gestuurd wordt door richtlijnen, protocollen of gewoontes, maar dat dat niet per se voldoende is en dat je er voortdurend de vraag bij moet stellen: doe ik daar goed aan voor de cliënt? Die wakkerheid, het anders willen kijken, duiden en doen, moet daarbij uit jezelf komt en niet afhankelijk zijn van wat door 'buiten' (bv. door de inspectie) wordt ingegeven: ook zonder de CQ en andere kengetallen of registratie-eisen dient men kritisch betrokken te zijn op de kwaliteitsvraag.

Het document waar dit de samenvatting van is, is de weerslag van dit onderzoek en de inzichten die zijn opgedaan.

De werkwijze

In een anderhalf jaar durend traject van doorontwikkeling van leermiddelen en onderzoek en begeleid door externe onderzoekers van Stichting Presentie zijn het Multi Disciplinair Overleg (MDO), het gebruik van video, de exposure-opdracht, het omgangsoverleg, het familiegesprek en het meekijken met geven aan zorgverleners onder de loep genomen. **De hamvraag daarbij is: helpen deze middelen het kwaliteitsbewustzijn van medewerkers te cultiveren en (hoe) leiden ze tot reflectie en tot een zodanig 'anders kijken, anders duiden en anders doen' dat de zorg er beter van wordt?**

De deelnemende organisaties 'tekenen in' op één of meer leermiddelen. Een uitgebreide inventarisatie door middel van interviews, observaties en documentatie brengt vervolgens in beeld hoe de leermiddelen op dat moment ingezet worden en waar mogelijke ontwikkelpunten zitten. Na een introductie over de betekenis en inhoud van (het cultiveren van) kwaliteitsbewustzijn worden in themagroepen ervaringen uitgewisseld, mogelijke ontwikkelpunten besproken en ontwikkel- en on-

[4] In de slotbeschouwing wordt uit de doeken gedaan waarom en hoe we uit de aanvankelijk ook door ons gehanteerde dichotomie van de 'harde' en ' zachte' kant van zorg moeten blijven.

[5] Van de Lerende Gemeenschap maakten deel uit: de vertegenwoordigers van de deelnemende organisaties, ActiZ en Stichting Presentie.

derzoekstrajecten uitgezet. In het jaar dat volgt wonen de onderzoekers bijeenkomsten bij, spreken ze met medewerkers en lezen ze reflectieverslagen. Alles wordt vrijwel letterlijk op papier uitgewerkt en dient als bronmateriaal voor het in beeld brengen van de opbrengsten. Na de verslaglegging hierover volgt validatie van de opbrengsten en waar nodig de aanpassingen daarvan.

De leermiddelen en hun opbrengsten

(Door)ontwikkeling van de leermiddelen en het onderzoeken van de werking blijken geen duidelijk te onderscheiden fases in het traject, ze lopen samen. Ook in de organisaties lopen het intern nadenken over de leermiddelen en de (door)ontwikkeling ervan samen en dit heeft een positieve werking op kwaliteitsbewustzijn: het helpt de vraag naar de essentie van goede zorg en de rol van de leermiddelen in het tot stand brengen daarvan op tafel te krijgen.

We denken vast te kunnen stellen dat we door de inzichten die we opgedaan hebben eerdergenoemde hamvraag met 'ja' kunnen beantwoorden. Daarbij denken we ook te kunnen zeggen dat het gebruik van de leermiddelen een rol kan spelen in externe verantwoording. We hebben inzicht gekregen in werkzame bestanddelen en in de randvoorwaarden die aanwezig moeten zijn willen de leermiddelen hun werking kunnen hebben (zie hieronder). Deze kunnen dienen als aanwijzingen voor een gedegen en vertrouwenwekkende inzet van leermiddelen die kwaliteitsbewustzijn cultiveren en bijdragen aan goede zorg. Hieronder worden de afzonderlijke leermiddelen besproken.

Inzichten met betrekking tot het vernieuwde MDO

Over het verloop van het Multi Disciplinair Overleg bestaat nogal wat ontevredenheid en de themagroep gaat op zoek naar een meer inhoudelijke, reflectieve invulling van het MDO, waarbij gekeken wordt naar de totale mens en niet alleen medisch. Er wordt geëxperimenteerd met een grotere rol voor de EVV'er, met het uitlaten van beamer en projectiescherm en met het gebruik van een foto van de bewoner/cliënt in het overleg.

Een andere invulling van het MDO en het samen nadenken daarover helpen kwaliteitsbewustzijn te cultiveren en uiteindelijk zorg te verbeteren. Het met elkaar verhelderen van het doel van het MDO stimuleert om op een andere wijze naar het MDO te kijken, het MDO anders te gaan voeren en meer begrip te krijgen voor elkaars zienswijze. Met name de grotere, en goed voorbereidde inbreng van de EVV'er, en daarmee een kleinere voor met name de arts, leiden ertoe dat de bewoner/cliënt vollediger in beeld komt. Wanneer die voorbereiding (mede) inhoudt dat er een goed gesprek plaatsvindt met de bewoner/cliënt, kan dit ook een positieve uitwerking hebben voor de bewoner/cliënt die zich gezien en gehoord weet. Een grotere inbreng van de EVV'er vraagt wel om ondersteuning van de EVV'er om zijn/haar rol goed in te vullen. Of het al dan niet gebruiken van een beamer en scherm tijdens het MDO behulpzaam is bij het verbeteren van het overleg lijkt afhankelijk te zijn van de zorgsoort. Lijkt het niet gebruiken van beamer en scherm bij langdurige Somatiek en PG het goede gesprek ten goede te komen, bij de revalidatie afdelingen is men daar niet van overtuigd. Daarbij kan het niet gebruiken van een beamer of scherm bij deelnemers ook tot ongemak leiden, omdat de gesprekssructuur die ingegeven wordt door het document op het scherm wegvalt en er zorgen ontstaan over het goed op orde krijgen van het dossier.

Inzichten met betrekking tot videogebruik

Al enige jaren wordt video ingezet in de ouderenzorg als middel om met medewerkers te kijken naar en spreken over zorgsituaties om zo te komen tot het verbeteren van het professioneel handelen in als lastig ervaren zorgsituaties. De deelnemende organisaties hanteren daarbij verschillende methodes, waarbij ofwel lastige zorgsituaties uitgangspunt zijn ofwel gewone, dagelijkse zorgmomenten. Wat de methodes gemeen hebben is dat gekeken wordt naar wat daarin goed gaat en hoe dat versterkt kan worden.

Het gebruik van video lijkt een krachtig leermiddel te zijn, omdat het bewust maakt van eigen gedrag en het gesprek erover een impuls geeft. De waardering van deelnemers gaat over bewust worden van en zicht krijgen op diverse aspecten in de omgang met bewoners/cliënten. Door het bespreken van videobeelden krijgt dat wat onbewust gedaan wordt een naam en daardoor kan het gesprek gaan over de mogelijkheid om door beter contact met de bewoner tot betere zorg te komen. Het samen kijken naar en praten over beelden met als ingang de contactprincipes zoals ze bij VIB/VIO en Marte Meo geformuleerd zijn, verhoogt de kwaliteit van zorg: oogcontact maken, aansluiten in tempo, en de ander bevestigen, helpen de zorg beter te laten verlopen en het zorgmoment voor zowel de bewoner als de zorgverlener als goede zorg te laten ervaren. Sommige geïnterviewde zorgverleners geven aan dat het zich gefilmd weten leidt tot anders zorg verlenen en anderen dat het kijken en spreken over situaties waar het niet goed gaat mogelijk nog meer profijt zou opleveren. Een vraag die bij de onderzoekers rijst is of door de nadruk die bij de bespreking van het videomateriaal ligt op wat goed gaat in het contact, zorgethische kwesties voldoende in beeld brengt. Een zorgethische verdieping die zou kunnen leiden tot grotere effecten in kijken, duiden en doen vraagt verbreding van het gesprek waardoor zorgvisies en de betekenis daarvan voor het handelen in de zorgrelatie verhelderd kunnen worden. Het materiaal stelt ons nu niet in staat iets te zeggen over de veronderstelling dat de door de organisatie gehanteerde zorgvisie en een eventuele scholing daarover van invloed zijn op wat het gebruik van video oplevert.

Inzichten met betrekking tot de exposure-opdracht

Bij een exposure-opdracht[6] stelt een zorgmedewerker zich op een of andere bloot aan de leefwereld van de zorgafhankelijke, daarbij zorgvuldig begeleid gedurende de voorbereiding en de reflectie op de ervaring die ze opdoen. Door te ervaren hoe het is om zorgafhankelijk te zijn, kunnen zorgmedewerkers leren zien wat er bij zorgontvangers op het spel staat. Bij de deelnemers aan de themagroep zien we grote verschillen in hoe een exposure-opdracht in z'n werk gaat en dit leidt, naast de algemene onderzoeksvraag die voorligt, ook tot specifieke vragen die meegenomen zijn in de ontwikkelagenda: i) stellen verschillende zorgvormen verschillende eisen aan de exposure-opdracht; en ii) zijn er ook lichtere opdrachten (exposure-light) dan de 'echte' exposure-opdracht die zorgafhankelijkheid kunnen oproepen.

Een exposure-opdracht in de vorm van een blootstelling kan een heftige leerervaring zijn. De aard en het door de exposant gestelde doel van de exposure-opdracht lijken medebepalend voor het leereffect. Voor de kwaliteit van de leerervaring en het leereffect door de blootstelling lijkt het verder van groot belang dat de exposant ter voorbereiding daarop goed nadenkt over en begeleid wordt in het vaststellen wat de exposure-opdracht gaat zijn.

[6] Bij ZZV spreekt men van een Inleefsessie. Ten behoeve van de leesbaarheid gebruiken we in dit verslag alleen het woord Exposure-opdracht, ook waar het ervaringen van ZZV betreft.

De exposure-light - met name die in de vorm van een briefwisseling-, waarin een zorgverlener en een bewoner/cliënt een dag uit zijn/haar leven beschrijven - wordt gewaardeerd, maar het is de vraag of deze voldoende op de zorgverlener inwerkt en daarmee tot een andere, meer op de zorgafhankelijke afgestemde zorg zal leiden, zeker op de langere termijn. Een exposure-opdracht in de vorm van een 'blootstelling' is toch iets heel anders dan het schrijven van een brief of het kijken naar een video-fragment. De light-variant is vergeleken met de blootstelling inderdaad een *light*-variant. Het kan een begin van perspectiefwisseling op gang brengen, mits de opdracht voor de deelnemers begrijpelijk ingeleid wordt en er voldoende ruimte en veiligheid is om gedegen en diep genoeg op de opdracht te reflecteren. Wellicht is de light-vorm meer een voorbereiding op, een 'in de week zetten' van een exposure-opdracht waarin de exposant in de positie van een zorgafhankelijke kan komen. Het idee om door middel van kleinere of light-oefeningen het reflecteren aan te leren, lijkt de moeite van het verder onderzoeken waard.

Voor iedere vorm van exposure-opdracht geldt dat het effect ervan niet alleen nauw samenhangt met het gekozen doel, maar ook met de kwaliteit van de reflectie. Deze is deels afhankelijk van de nabespreking en leiding daarvan door een begeleider. Het laten schrijven over de ervaring of het anderszins laten vastleggen van de ervaring lijkt behulpzaam bij de reflectie en het 'vasthouden' van de ervaring. Om de inzichten naar aanleiding van de ervaring daarbij om te kunnen zetten in anders kijken, duiden en doen en dat ook vast te houden, lijkt niet alleen ruimte nodig voor exposanten om ideeën die voortkomen uit de ervaring vorm te geven, maar ook het geven van een vervolg aan de exposure-opdracht. Dat kan door bijvoorbeeld bij teamoverleggen steeds naar ervaringen terug te keren, of door begeleide intervisie waarbij de exposure-ervaring een centrale rol krijgt. Om dit te stimuleren lijkt een exposure-opdracht voor teamleiders een must.
Voor een exposure-opdracht voor zorgverleners in de ziekenhuis- en thuiszorg zijn aanpassings-suggesties gedaan. Hiermee wordt momenteel geëxperimenteerd.

Inzichten met betrekking tot Andere Vormen van Reflectiebevordering

In de categorie 'Andere vormen van Reflectiebevordering' bespreken we leermiddelen waarmee door slechts één van de deelnemende organisaties is geëxperimenteerd:

- Het Familiegesprek, waarbij zorgverleners in gesprek gaan met een groep vertegenwoordigers van familieleden van de diverse bewoners/cliënten, om met hen van gedachten te wisselen over ontwikkelingen van zorginhoudelijke of praktische aard;
- Mee laten kijken ('ik zie, ik zie wat jij niet (meer) ziet'), waarbij een trainer meeloopt met individuele zorgverleners, over de schouder meekijkt en vragen stelt over hetgeen ze ziet en hoort;
- Het Omgangsoverleg, een (in de regel) door een psycholoog begeleid overleg van een team over zorgsituaties waar het team vragen over heeft.

De grootste winst bij familiegesprekken lijkt te liggen in betere verhoudingen met de zorg, waardoor wederzijds vertrouwen ontstaat. Dat wat de familie in die goede verstandhouding te berde brengt, kan ertoe leiden dat zorgverleners anders gaan kijken, duiden en doen. Omdat de familiegesprekken niet gaan over de zorg aan individuele bewoners is er geen sprake van gebruik van familiekennis over specifieke bewoners.

Het 'met iemand meekijken' kan tot inzichten en ander gedrag leiden bij de zorgverlener, doordat de 'meekijker' zaken ziet en bespreekt die de zorgverlener zelf niet (meer) opvallen. Wanneer de zorg-

verlener door de aanwezigheid van de 'meekijker' anders doet dan normaal, hetgeen gebeurt, kan dit ook gebruikt worden om kwaliteitsbewustzijn gunstig te beïnvloeden. Dit 'anders doen' moet dan in een gesprek wel gethematiseerd worden.

Het omgangsoverleg biedt zorgverleners een zeer gewaardeerde mogelijkheid met elkaar na te denken over hoe gekeken, geduid en gehandeld wordt om op basis daarvan tot handelingsalternatieven te komen. Daarbij wordt 'strak' aan twee hoofdvragen vastgehouden waar het gesprek een antwoord op moet geven. Om frustratie van zorgverleners te voorkomen moet een reactie op voorgestelde actie door andere disciplines niet te lang op zich laten wachten. De wens omgangsadvies vast te leggen roept de vraag op of er voldoende geleerd wordt over hóe je met elkaar beraadslaagt, welke vragen je elkaar stelt als je zorg verleent. Wanneer dit wél aan de orde kan komen zou dit verder kunnen bijdragen aan vergroten van kwaliteitsbewustzijn.

Slotbeschouwing

In de slotbeschouwing van de hand van prof.dr. Andries Baart wordt uiteengezet waarom het onderzoek, gezien het huidige denken over (de verantwoording van) kwaliteit van zorg, van belang is. Meetinstrumenten die nu gebruikt worden laten veel buiten beeld en het is de vraag in hoeverre ze bijdragen aan het komen tot goede zorg. Met het formuleren van een aantal *lessons learned* breken we niet alleen een lans voor het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn als instrument om tot goede zorg te komen, maar geven we ook aan hoe dat vorm kan krijgen. In een laatste paragraaf wordt verhelderd hoe de bevindingen van het onderzoek ook richting kunnen helpen geven op politiek niveau en ten aanzien van de keuzes die daar gemaakt worden.

Hoofdstuk 3 Samenvattende verantwoording onderzoeksaanpak

Vraagstelling	• Hoe functioneren de verder ontwikkelde en geïnnoveerde bestaande leermiddelen die bijdragen aan een kwaliteitsbewustzijn? • Wat brengen ze teweeg bij medewerkers én in de zorg die zij verlenen? • Onder welke omstandigheden hebben deze leermiddelen hun werking?
Doelstelling	Inzicht verkrijgen in de uitwerking van leermiddelen met het oog op het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn.
Onderzoekers	• 2 veldonderzoekers, 1 back office onderzoeker, tevens supervisor. • De onderzochten hebben geparticipeerd als co-researchers.
Onderzoekseenheden	Vijf instellingen ouderenzorg in Nederland (+ 1 toegevoegde), veelal op locatieniveau (dus niet integraal)
Periode	• Geheel: zomer 2012 – zomer 2014; • veldonderzoek jan. 2013 - aug. 2014 • waarvan in het veld zelf: aug. 2013 - mei 2014.
Organisatie	Thematische lerende gemeenschappen per leermiddel
Design	• Het onderzoek heeft een overal design van ontwikkelings- en evaluatieonderzoek: de leerprocessen worden bevorderd en ontwikkeld in de onderzoeksperiode en het succes van het toegepaste programma en zijn leermiddelen wordt geëvalueerd. • Het design heeft de structuur van een multiple casestudy.
Dataverzameling	Documenten, participerende observaties, interviews, focusgroep. (De precieze aantallen zijn telkens vermeld waar het betreffende onderzoek verslagen wordt.)
Locaties	Dataverzameling *on the spot*; deel van de data is aangeleverd door de onderzochten in de vorm van documenten.
Analysetechniek	Kwalitatief-empirisch, component- en thematische analyses, inhoudsanalyse met nadruk op *constant comparison* (van variaties in leermiddelengebruik).
Validatie	Triangulatie van dataverzameling, theorie en analysetechnieken. Aanhoudende *peer and member checks*. Collectieve validatiesessies.
Generaliseerbaarheid	• De statistische generaliseerbaarheid van kleinschalige, multiple casestudies is gering. • De transferabiliteit naar analoge situatie is goed en zal verder beproefd moeten worden.
Disseminatie	Door opdrachtgever en intern in de instellingen zelf – verspreide momenten in de tijd (zomer en herfst 2014).
Verslag	Onderzoeksrapport met ruime illustraties vanuit data en met afsluitend essay over de betekenis van de bevindingen (sept. 2014).

Ethiek	*Informed consent* en databescherming; waar wenselijk is in het verslag geanonimiseerd. Beschermde dataopslag bij 1e onderzoeker gedurende gebruikelijke periode: nadien vernietiging van gegevens.

Hoofdstuk 4 Werkwijze

In dit hoofdstuk wordt van de opbouw van het ontwikkelwerk en het onderzoek beschreven en hoe beide met elkaar samenhangen. de gaandeweg gemaakte keuzes worden uitgelegd en onderbouwd.

In de zomer van 2012 doet ActiZ onder haar leden een oproep voor deelname aan het werkprogramma Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn. Vervolgens wordt met organisaties gesproken over de inhoud van het programma, hoe dat aansluit bij ontwikkelingen en ambities in de eigen organisatie en wat van hen wordt verwacht bij deelname. Zowel door ActiZ als door Stichting Presentie, de organisatie die het onderzoek gaat uitvoeren, worden in het najaar van 2012 bij acht leden van ActiZ verkennende gesprekken gevoerd. Met deze potentiële projectdeelnemers wordt in kaart gebracht wat ze globaal doen aan het bevorderen van kwaliteitsbewustzijn en wat mogelijke aangrijpingspunten zijn voor deelname in het onderzoek. Op basis van deze inzichten worden conclusies getrokken over deelname en zien vijf organisaties het als zinvol en doenlijk om in het programma mee te doen: Sevagram, Zorggroep Groningen (ZGG), Zinzia, Florence en Zorgsaam Zeeuws Vlaanderen (ZZV).

Op 16 januari 2013 vindt een kick-off bijeenkomst plaats met medewerkers van de deelnemende organisaties, die we gezamenlijk een 'Lerende gemeenschap' noemen, en worden de contouren van het onderzoek neergezet en besproken, een globale planning en afspraken gemaakt. Duidelijk wordt dat – willen we komen tot goede, relationeel afgestemde zorg – het gaat om het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn, waarbij de zorgverlener zich steeds afvragen: "Doe ik het goede en doe ik het goed?". Dat is, zo zeggen we, wat anders dan in beweging komen in reactie op losse metingen van derden. Er moet sprake zijn van een eigen benul van wat goede zorg is, hoe daaraan gewerkt kan worden en dat beroep doen op het eigen benul een permanente, goede gewoonte moet zijn. Daarbij gaat het om een breed idee van kwaliteit, met al zijn moeilijk vaststelbare kanten. Om op een onderzoeksspoor te komen wordt een breed palet aan leermiddelen gepresenteerd, leermiddelen die een gerichtheid hebben op anders kijken, anders duiden en anders doen. Als uitgangspunt voor de selectie van te volgen leermiddelen wordt vastgesteld dat de keuze niet alleen afgestemd moet worden op het onderzoeksprogramma, maar ook – zoals bij de start van het programma met organisaties door ActiZ al was afgesproken - op wat er in de organisatie leeft en wat mogelijk is en niet. Met het programma wil ActiZ niet alleen aansluiten bij bestaande ambities, ook zijn er geen financiële middelen beschikbaar voor eventuele begeleiding van additionele trajecten door externen.

Wat volgt is een intensieve ronde van bezoeken aan de deelnemende organisaties om in beeld te krijgen wat er op het vlak van cultiveren van kwaliteitsbewustzijn gaande is, welke expertise in huis is, wat de context is waarin leermiddelen worden ingezet en welke effecten die hebben. In april 2013, wanneer de lerende gemeenschap voor de tweede maal bijeenkomt, worden de opbrengsten van deze bezoeken en de veelheid aan leermiddelen voorgelegd.

De bezoeken laten onder meer zien dat veel gedaan wordt aan het op de één of andere wijze met medewerkers denken over kwaliteit van zorg en dat de teamleider een cruciale rol heeft bij het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn[7]. Z/hij moet snappen wat er op de werkvloer leeft, kwaliteitsbewust-

[7] Wanneer er sprake is van zelfsturende teams zal er geen teamleider meer zijn die deze rol op zich kan nemen. Dan moeten andere sleutelfiguren in beeld komen om die taak op zich te nemen (bv. iemand van het team of een coach).

zijn voorleven en normatief zijn, ruimte maken en helpen doorpakken op besluiten die bij het denken over kwaliteit genomen worden en 'zorg voor zorgenden' waarborgen. Over ondersteunende diensten (bij intramurale zorg) wordt gezegd dat ook zij zorg verlenen en dus betrokken (moeten) worden bij het denken over kwaliteit. Ook over de inzet en omgang met familie wordt tijdens de bezoeken het nodige gezegd. Zij zijn zowel bron van kennis en inzet als van lastigheden voor zorgverleners.

Cultiveren van kwaliteitsbewustzijn: leren anders te kijken, te duiden en te doen
Met kwaliteitsbewustzijn bedoelen we dat je als professional voortdurend bedacht bent op de inhoudelijke vraag naar kwaliteit en het bewustzijn hebt dat je handelen en de gevolgen ervan daaraan afgemeten moeten worden. Het gaat om een zekere wakkerheid en het besef dat je handelen wellicht gestuurd wordt door richtlijnen, protocollen of gewoontes, maar dat dat niet per se voldoende is en dat je er voortdurend de vraag bij moet stellen: doe ik daar goed aan voor de cliënt? Die wakkerheid, het anders willen kijken, duiden en doen, moet daarbij uit jezelf komt en niet afhankelijk zijn van wat door 'buiten' (bv. door de inspectie) wordt ingegeven: ook zonder de CQ en andere kengetallen of registratie-eisen is men kritisch betrokken op de kwaliteitsvraag. Met het cultiveren ervan bedoelen we dat het een goede gewoonte mag worden op deze wijze voortdurend met kwaliteit - het goede doen voor de cliënt - bezig te zijn, waardoor zich een inhoudelijk idee van goede zorg kan ontwikkelen en een identiteit in de organisatie van waaruit men kan zeggen: 'zo doen wij hier de dingen voor onze cliënten' en daar mogen we elkaar op aanspreken. Dit cultiveren wordt in de bedoelde leerprocessen gestimuleerd, is de grondslag voor voortdurende professionalisering en moet door de organisatie ondersteund worden.

Er wordt een veelheid aan leermiddelen ingezet en willen we het onderzoek niet meer dan nodig verdunnen, dan moet er focus aangebracht worden. Bij het aanbrengen van de focus speelt mee dat:

1. gezocht wordt naar een spreiding van het onderzoek over diverse zorgvormen: intramuraal, extramuraal, psychogeriatrie, somatiek en revalidatie;
2. de leermiddelen een zekere veelbelovendheid en mogelijk nut in zich moeten hebben;
3. het doenlijk moet zijn voor iedere deelnemende organisatie de gekozen middelen door te ontwikkelen en te volgen, waarbij nadrukkelijk gezegd wordt dat zij het onderzoek mede vorm en inhoud geven, dus co-researchers zijn.

Als lerende gemeenschap besluiten we het onderzoek te richten op de inzet en (door)ontwikkeling van leermiddelen die ingezet worden om gezamenlijk nadenken over en reflecteren op zorg te bevorderen: het Multi Disciplinair Overleg, het gebruik van Videobeelden, de Exposure-opdracht/Inleefsessie en een restcategorie 'Andere Vormen van Reflectiebevordering'. De categorie 'Andere Vormen van Reflectiebevordering' bevat: omgangsoverleg (ZGG en Zinzia), 'Ik zie, ik zie wat jij niet meer ziet' (ZVV), 'de kunst afkijken' (Florence), het spiegelgesprek (Zinzia) en huiskamer- en familiegesprekken (Sevagram). In de tabel staat weergegeven op welke leermiddelen de deelnemende organisaties 'intekenen'. Daar is de later aansluitende organisatie BrabantZorg al in meegenomen.

Leermiddel / ***Organisatie***	MDO	Inleefsessie/ exposure-opdracht	Videogebruik	Andere Vormen van Reflectie-bevordering
Sevagram		X		X
ZZV		X		X
ZGG	X		X	X
Florence	X			X
Zinzia		X	X	X
Brabant Zorg			X	

Tabel 1 De deelnemende organisaties en 'hun' leermiddelen

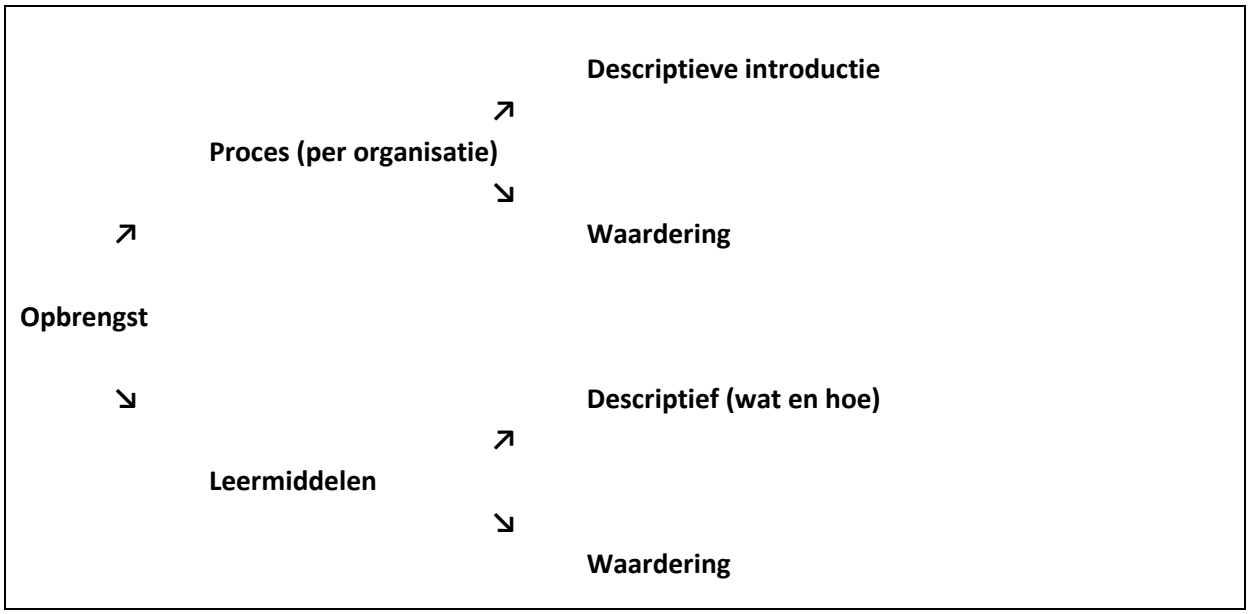
Door het aansluiten bij de dynamiek van de organisaties is de focus van het onderzoek komen te liggen op de inzet van deze middelen in de ouderen- en revalidatiezorg. Thuiszorg blijft helaas buiten beeld. Genoemde bezoeken aan de deelnemende organisaties leveren ook veel informatie op over ontwikkelingsrichting van leermiddelen. Genoeg om op de derde bijeenkomst van de lerende gemeenschap (1 juli 2013) concept ontwikkelagenda's te bespreken. Deze worden dan verder uitgewerkt en het ontwikkel- en onderzoekswerk wordt globaal in de tijd, dat wil zeggen tot en met het voorjaar van 2014, uitgezet. Per leermiddel wordt een themagroep opgezet en ieder deelnemende organisatie gaat de zomer in met de opdracht een kort projectdocument te maken voor de leermiddelen waar op ingetekend is en daarover intern te informeren en ruimte te maken voor zover dat nog nodig is. In het projectdocument beschrijft de organisatie welk doel ze voor ogen heeft met het leermiddel, de context waarin het leermiddel gebruikt wordt, welke ontwikkelpunten er liggen en hoe het doorontwikkelen van het leermiddel in het vat gegoten en gemonitored wordt. Een elektronische leeromgeving (ELO) is dan op orde om met elkaar in contact te blijven, materialen uit te wisselen en inhoudelijke impulsen te geven te geven in de vorm van teksten, filmpjes en muziekfragmenten.[8]

Vanaf september 2013 tot en met maart 2014 komen de vier themagroepen drie keer afzonderlijk bijeen, alle keren met de eerste en een paar keer ook met de tweede onderzoeker. Die bijeenkomsten worden gebruikt om de projectplannen de bespreken, uit te wisselen over de ontwikkelexperimenten die gaande zijn, geïnspireerd te raken door elkaar en een enkele keer door een externe deskundige geïnformeerd te worden. In die periode worden alle organisaties (verschillende malen) bezocht door de externe onderzoekers. Om preciezer in beeld te krijgen wat de gekozen leermiddelen inhouden en hoe ze ingezet worden, mogen zij bijeenkomsten bijwonen en interviews houden met betrokkenen. Van de bijeenkomsten worden gedetailleerde beschrijvingen gemaakt en van interviews verbatims. Bij enkele organisaties worden korte reflectieformulieren ingevuld door zorgverleners die met een leermiddel te maken hebben en naar de externe onderzoekers opgestuurd. Enkele medewerkers/co-researchers schrijven evaluaties van leermiddel-bijeenkomsten en sturen die ook op naar de externe onderzoekers. Vanaf half maart vinden evaluatiebezoeken plaats. zorgverleners

Bij de laatste ronde themagroepsbijeenkomsten leggen we het onderstaand schema voor dat richtinggevend wordt voor de verwerking van de data die verzameld worden.

[8] Later blijkt dat van deze ELO weinig gebruik is gemaakt.

Met 'proces' wordt bedoeld hoe het onderzoek verloopt en geven 'leermiddelen' aan wat gevolgd wordt:



Figuur 1 Schematische weergave van de wijze waarop opbrengsten verwerkt worden

De externe onderzoekers bezoeken de organisaties voor het bijwonen van leermiddelbijeenkomsten en (focusgroep)interviews met zorgverleners die hebben meegedaan in dergelijke bijeenkomsten en de ontwikkelexperimenten die daarin plaatsvonden. Met behulp van bovenstaand schema rubriceren we de opbrengsten, die enerzijds gaan over wat zich *procesmatig* gedurende het onderzoek in de organisaties afspeelt en anderzijds over wat het *gebruik van de leermiddelen op zich* laat zien. Naast een *feitelijk beschrijving* over beide opbrengstelementen zal ook in *waarderende zin*, vooral op basis van interviews, iets gezegd worden. We willen immers iets verhelderen over de werking van de leermiddelen op kwaliteitsbewustzijn en wat maakt dat de leermiddelen die werking daadwerkelijk hebben. Daarbij realiseren we ons dat organisaties intekenden in op twee of drie leermiddelen, terwijl er vaak een breder scala aan leermiddelen ingezet wordt om met medewerkers na te denken over kwaliteit. Het effect van een leermiddel op het handelen van een zorgverlener is daarom niet te isoleren. Een geïnterviewde zorgverlener: "*Ik heb meer inzicht en ik had het ook wel, maar het is zeker gegroeid. Ik heb er profijt van, maar of het allemaal toe te schrijven is aan de exposure[-opdracht]...*"

Het conceptverslag dat op basis van de bevindingen gemaakt wordt, wordt 12 mei ter validering aan de lerende gemeenschap voorgelegd. Die dag worden ook ideeën voor de interne symposia uitgewisseld. Deze symposia zijn bedoeld om breder in de organisatie over het onderzoek te vertellen, de opbrengsten voor te leggen en met elkaar na te denken over de betekenis ervan voor de eigen organisatie.

DEEL II Opbrengsten

Dit tweede deel van het rapport bestaat uit twee hoofdstukken. In het hoofdstuk 5 leggen we op basis van de gedetailleerde procesbeschrijvingen[9] een aantal factoren uiteen die van invloed waren op het verloop van de onderzoeksprocessen bij de deelnemende organisaties. Hoewel deze interne processen aanvankelijk geen object van studie waren, is het ons inziens toch interessant te kijken naar wat ze ons laten zien, omdat ze het leereffect en dus het ontwikkelen van het kwaliteitsbewustzijn beïnvloeden. Daarna volgt een waardering daarvan in de vorm van conclusies. In hoofdstuk 6 geven we per onderzocht leermiddel een beschrijving en waardering. We doen dat op basis van de korte projectbeschrijvingen van de deelnemers en van verslagen van locatiebezoeken en evaluatieve gesprekken die de onderzoekers gemaakt hebben. In de paragraaf met de inzichten komen we per leermiddel tot enkele bevindingen over de werking van de leermiddelen, wat daarin helpend is en over randvoorwaarden die vervuld moeten zijn wil een leermiddel werkzaam kunnen zijn.

Hoofdstuk 5 Opbrengsten onderzoeksproces

De wijze waarop het onderzoek plaatsvindt binnen de deelnemende organisaties - het onderzoeksproces - is bij alle deelnemende organisaties verschillend. Tijdens de door de deelnemers als inspirerend ervaren themagroepsbijeenkomsten worden de onderzoeksprocessen uitgebreid besproken. De opbrengsten in relatie tot wat we kunnen leren van het kijken naar een onderzoeksproces voor het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn en de werking van leermiddelen verschillen in aard en omvang. Hieronder de beschrijving en waardering van aantal factoren die daarin mee speelden. De waardering is van de onderzoekers.

5.1 De invloed van de ActiZ-boost op leermiddelontwikkeling

De deelname aan het ActiZ-programma op de (door)ontwikkeling van leermiddelen verschilt per organisatie. Soms stappen we met het programma in een al stevig rijdende trein, zoals bij ZGG en ZVV. In het geval van Zinzia en Florence wordt het programma aangegrepen om door te pakken op ideeën die er leven, maar onvoldoende van de grond komen. Voor BrabantZorg biedt het kunnen aanhaken bij het programma een kans om te sparren over het al ingezette experiment. De themagroepsbijeenkomsten worden door ieder als erg inspirerend ervaren. Voor de zorgorganisaties werkt het ActiZ-programma stimulerend doordat we het programma enten op wat men intern al wil. Ook passen de onderzoekers zich zoveel mogelijk aan het ritme van de organisaties aan, ook al leidt dit gezien de beschikbare looptijd van het programma tot experimenten van (zeer) kleine omvang en betekent het bij enkele organisaties dat één en ander niet precies binnen de looptijd van het onderzoek afgerond kan worden.
Wanneer we het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn willen bevorderen is er dus geen noodzaak iets nieuws te ontwikkelen. Zorgorganisaties zetten doorgaans al leermiddelen in om kwaliteit van zorg te bespreken en hierop kan voortgebouwd worden.

[9] Procesbeschrijvingen zijn op te vragen.

5.2 De waarde van samen zoeken

Met name bij ZGG is sprake geweest van een zorgvuldig ingericht onderzoeksproces, dat al gaande was voordat ZGG ging deelnemen aan het ActiZ-programma. Het meest duidelijk kwam dit naar voren bij de herziening van het MDO, waar diverse disciplines bij betrokken waren. Door middel van wat bij ZGG dialoogsessies genoemd worden, zijn deelnemers aan het MDO meegenomen in de bespreking van de bevindingen van het vooronderzoek en de daaruit voortvloeiende suggesties voor experimenten. Het samen nadenken over de bevindingen, over het doel en de kwaliteit van het MDO en het samen zoeken naar mogelijke verbeteringen leverde voor deelnemers inzichten op over hoe je naar kwaliteit kunt kijken, die behulpzaam kunnen zijn bij het doorvoeren van veranderingen in bijvoorbeeld het MDO. Ter illustratie een afdelingshoofd tijdens een dialoogsessie over het MDO: "*Ik zou het woord doelen niet zo gebruiken. Volgens mij moet het meer gaan over waar iemand vandaan komt, hoe die was, hoe de daginvulling eruit ziet, wat ie daarin mist en als je dáár meer over weet kun je het gaan hebben over doelen, meebewegend met de cliënt.* "De zorgmanager bij Florence geeft aan: *"Bij Florence ligt de kwaliteit van het MDO nog steeds onder de loep en gaat het experimenteren door. Er zijn zorgverleners en behandelaars die elkaar prikkelen en motiveren tot kwaliteit voor de cliënt."*

Alleen al het samen nadenken over het MDO en hoe dat gevoerd wordt leidt al tot een inhoudelijk gesprek over kwaliteit en kan zo bijdragen aan het richting geven aan kwaliteitsbewustzijn.

5.3 Het (niet) kunnen vrijmaken van menskracht

De mate waarin menskracht (gericht) beschikbaar was voor het programma had veel invloed op het verloop ervan in de deelnemende organisaties. Bij ZZV neemt sTimul die rol en bij ZGG hebben de kwaliteits- en de P&O medewerker een voortrekkersrol. Sevagram moest na de derde bijeenkomst van de lerende gemeenschap echter laten weten niet mee te kunnen doen aan de themagroepsbijeenkomsten en ook intern niet iemand vrij te kunnen maken om een proces van doorontwikkeling van leermiddelen in gang te zetten en te begeleiden. De tijdsinvestering werd te groot geacht. Sevagram stelde de eerste onderzoeker wel in staat door observaties en interviews zicht te krijgen op de leermiddelen en de doorwerking ervan. Er zijn documenten opgestuurd en afspraken met medewerkers geregeld, dus er is wel sprake van opbrengsten en inzichten rond de inzet van leermiddelen die Sevagram inzet (zie volgende hoofdstuk). Het contract van de beleidsmedewerker Kwaliteit die vanuit Florence deelnam in de lerende gemeenschap werd niet verlengd. En hoewel de medewerker op eigen titel deel nam aan de themagroepsbijeenkomsten, verdween hij als drijvende kracht binnen Florence. Doorontwikkeling van het MDO gaat nog wel door, maar er wordt nu geen intern verslag meer van gedaan. De ontwikkeling van een vernieuwd MDO en de organisatorische voetangels daarbij zijn daarentegen wel gevolgd door de onderzoeker. Het leermiddel 'de kunst afkijken' kwam na het projectplan geheel te vervallen. Bij Zinzia kwam de deelname aan het programma en de themagroepen bij medewerkers terecht die dit naast hun gewone taken moesten doen. Daardoor trad enige vertraging op in de uitvoering van de experimenten en het leidde tot het 'laten vallen' van het spiegelgesprek. Er is voor gekozen om de experimenten, videobeelden en exposure, op een pragmatische wijze in de bestaande werkzaamheden te passen. Dit heeft ertoe geleid dat exposure in een lichtere variant is uitgevoerd en dat er naar het effect van videobeelden in het omgangsoverleg is gekeken. BrabantZorg kon, zij het later in het programma, aansluiten doordat een leidinggevende in het kader van een studie bezig was met een onderzoek dat in lijn lag met he ActiZ-programma.

Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn op de agenda zetten en houden vraagt organisatorische inspanning, menskracht en creativiteit. Daar staat of valt het mee.

5.4 Geen proces van A naar B en outreachende beweging was helpend

Ontwikkel- en onderzoekswerk waren met elkaar verweven en eigenlijk is het spreken over een elkaar opvolgende ontwikkelfase en onderzoeksfase onterecht. Tussentijdse reflecties op wat gedaan werd, suggesties en instructies hadden invloed op het ontwikkelwerk en evalueren wat zich in organisaties voordeed noopte tot aanpassingen van het ontwikkelwerk. Er was dus geen sprake van een lineair, maar van een meanderend traject.
De inzet was iedere organisatie als co-researcher deel te laten nemen door middel van de themagroepsbijeenkomsten, waar inzichten en ideeën werden gedeeld rond de leermiddelen en de experimenten die ermee gedaan werden. De onderzoekers zijn gaande het experimenteerproces diverse malen bij de deelnemende organisaties op bezoek geweest om mee te kijken, feedback te geven en te gaan begrijpen wat er in relatie tot de leermiddelen in de organisaties gebeurde. Dit hielp richting te geven aan themagroepsbijeenkomsten, bij onze reflectie, bij het opbouwen van rapport met medewerkers in de deelnemende organisaties en aan de evaluatie van de leermiddelen.
Er was dus sprake van een voortdurende (her)bezinning op wat er rond de inzet van de leermiddelen gaande was en die waar mogelijk te optimaliseren. Ook los van het ActiZ-programma lijkt dergelijke bezinning van belang wanneer organisaties inzetten op met medewerkers na te denken over anders leren kijken, duiden en doen.

5.5 Zorgvisies in beeld

De deelnemende organisaties werken vanuit goeddeels verschillende zorgvisies. Zo werken ZZV, ZGG en BrabantZorg aan belevingsgerichte zorg, werkt Sevagram vanuit Planetree[10], dat mensgerichte zorg propageert en waarbij de Presentiebenadering[11] gezien wordt als een invulling van het Planetree component 'menselijke interactie en liefdevolle bejegening'. Zinzia combineert Lean[12] en de Presentiebenadering en Florence wil persoonlijk welbevinden en zelfredzaamheid van cliënten optimaliseren, waarbij locatie Mariahoeve ook de Presentiebenadering omarmt. Dit betekent dat de focus van de leermiddelen niet per se op eenzelfde idee van goede zorg ligt. Zo hanteren de drie organisaties in de themagroep Videogebruik drie in zekere mate verschillende methodes: VIB, VIO en Marte Meo. Deze drie hebben een andere focus en daarmee een (deels) andere visie op goede zorg. Er van uitgaande dat beide wegen voor video-inzet iets doen met het kwaliteitsbewustzijn, moet de conclusie zijn dat dit bewustzijn zich dus (deels) op andere dingen richt (zie bij leermiddel Video).

5.6 Conclusie

Het werken aan het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn werd breed erkend als nuttig en noodzakelijk en er werd van harte deelgenomen aan het programma. De opbrengsten met betrekking tot het onderzoeksproces zeggen iets over het belang dat de organisaties hechten aan de inzet van leermiddelen van leermiddelen voor het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn en de randvoorwaarden waaronder dit kan optreden:

---

[10] http://www.planetree.nl
[11] http://www.presentie.nl
[12] http://www.invoorzorg.nl en http://en.wikipedia.org/wiki/Lean

- Het lijkt erop dat het inzetten van leermiddelen, het nadenken over de werking en de (door)ontwikkeling ervan staat of valt met een intern gedragen visie op kwaliteitsverbetering. De vertaling van de visie in de wil om kwaliteit niet alleen te meten met behulp van vinklijsten en de inzet van één of enkele mensen die er energie en tijd in kunnen steken is cruciaal. Daarbij blijkt het nadenken over en werken aan goede kwaliteit van zorg ook afhankelijk van het vaarwater waar de organisatie zich in bevindt, - of er bv. sprake is van een re-organisatie - , en de positie van deze aanjagers.
- Het uitzoeken van wat werkt als we kwaliteitsbewustzijn willen cultiveren vraagt daarbij een lerend proces, met themagroepen, maatwerk, ineenschuiven van ontwikkel- en onderzoekswerk, met de medewerkers van de deelnemende organisaties als co-researchers. Dit geldt op het niveau van het ActiZ-programma, maar ook op het niveau van organisaties die werk willen maken van kwaliteitsbewustzijn bij medewerkers cultiveren. Steeds met elkaar willen kijken naar of het leermiddel doet wat het doen moet en of de omstandigheden waarin het gebruikt wordt behulpzaam zijn. De organisaties raakten door zelfselectie bij het onderzoek betrokken en dus reeds goed gemotiveerd.
- De centrale vraag bij kwaliteitsbewustzijn die de lerende gemeenschap in het begin formuleerde, namelijk “doe ik het goede en doe ik het goed” leidt daarbij tot verschillende antwoorden, omdat het idee van ‘het goede’ en van ‘goed’ afhangt van de zorgvisie die door de organisaties omarmd wordt. Daarmee kan ook de inhoudelijke invulling van een leermiddel er per organisatie anders uitzien.

Hoofdstuk 6 Opbrengsten leermiddelen

In dit hoofdstuk komen de 4 leermiddelen en hun werking ten aanzien van kwaliteitsbewustzijn aan bod. Over elk leermiddel volgt een 4-tal paragrafen. Steeds wordt begonnen met een korte introductie. Daarna volgt een beschrijving van hoe het leermiddel bij de organisaties ingezet wordt voorafgaand aan de ontwikkel- en experimenteerfase, welke argumenten leidden tot de diverse experimenten en hoe die experimenten eruit zagen. In de derdeparagraaf - met de opbrengsten - staat beschreven wat de experimenten teweeg brachten bij de zorgverleners in de zorg voor hun cliënten. Dit is ondergebracht in een aantal thema's die na lezing en analyse van het evaluatiemateriaal (observatie verslagen, interviews) boven kwamen drijven en in het geval van het MDO ook ingegeven zijn door de experimenten die gedaan zijn. Ieder thema begint met een samenvatting van de inzichten, met daarna bronmateriaal waar de inzichten uit voortkomen.
In de vierde en laatste paragraaf keren we terug naar de onderzoeksvraag door inzichten te formuleren ten aanzien van I) de werking van het leermiddel op het kwaliteitsbewustzijn van zorgverleners (gaan ze daadwerkelijk anders gaan kijken, duiden en doen als gevolg van het leermiddel?) en II) waar het leermiddel aan moet voldoen en onder welke voorwaarden het die werking kan hebben. In het kader aan het einde van deze laatste paragraaf worden de inzichten hierover samengevat.
Net als in hoofdstuk 5 is ook hier sprake van beschrijven en waarderen. De waardering is enerzijds van de deelnemers in de diverse organisaties en anderzijds van de onderzoekers. Voor de waardering van de deelnemers in de diverse organisaties is gebruik gemaakt van citaten uit gespreksverslagen. Deze zijn cursief gedrukt.

6.1 Vernieuwd Multi Disciplinair Overleg

Het Multi Disciplinair Overleg (MDO) is een overleg dat in iedere intramurale zorginstelling plaatsvindt, zij het soms onder een andere naam. In een MDO worden bewoners doorgaans minimaal twee keer per jaar gedurende 10-30 minuten besproken door de groep behandelaars (arts, psycholoog), paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut) en de EVV'er[13] die bij de betreffende bewoner betrokken zijn. Het gesprek wordt meestal gevoerd aan de hand van het zorgdossier en/of behandelplan en voorgezeten door de specialist ouderen geneeskunde. Afhankelijk van de zorgsoort (somatiek, revalidatie, psychogeriatrie) wordt de bewoner/familie vooraf geraadpleegd en/of naderhand geïnformeerd over de uitkomsten van het overleg. Ook verschilt per zorgsoort het karakter van een MDO. Zo draait het bij revalidatie voornamelijk om de stand van zaken over het al of niet behalen van het doel (nl. revalideren), terwijl bij psychogeriatrie (PG) meer het wonen en het welzijn van de bewoner centraal zou dienen te staan.

Er bestaat bij zowel management als deelnemende betrokkenen in meer of mindere mate onvrede over de wijze waarop het MDO gevoerd wordt. Deze onvrede heeft zowel te maken met efficiency-vraagstukken (zo doelmatig mogelijk in zo min mogelijk tijd) als met waar het in het MDO over zou moeten gaan (te veel nadruk op medische problemen ten nadele van andere domeinen – welzijn – van de bewoner). Reden voor ZGG en Florence om in te tekenen op dit leermiddel bij PG-afdelingen.

[13] EVV'er: Eerst Verantwoordelijk Zorgverlener. Iedere bewoner 'heeft' een EVV'er.

6.1.1 Inventarisatie: hoe het MDO eruit ziet en de inbedding ervan

Zorggroep Groningen

Bij ZGG is het Multi Disciplinair Overleg (MDO) een gebruikelijke overlegvorm. Het is al enige tijd onderwerp van gesprek en het ontwikkelwerk rond het MDO bouwde voort op vooronderzoek dat het Hoofd P&O deed in het kader van een opleiding en in opdracht van het MT. De vraag van het MT was te komen met voorstellen voor mogelijke verbeteringen in het MDO. Mede op basis van het advies van een werkgroep over de organisatie en planning van het MDO werd geconcludeerd dat er behoefte was aan bezinning over het waarom en het hoe van het MDO. De uitgangspunten van belevingsgerichte zorg en de doelgroepen binnen ZGG vormden daarbij de basis voor de herijking.
Het vooronderzoek leidde tot vier zaken die zichtbaar werden: i) het zorgdossier staat centraal in het MDO en eigenlijk wordt het MDO gebruikt om het dossier (achteraf) bij te werken; ii) de ogen zijn gericht op het scherm waarop het zorgdossier geprojecteerd wordt en dat beïnvloedt de kwaliteit van het gesprek negatief; iii) de arts speelt de belangrijkste rol in het MDO en het MDO wordt volgens een medisch model gevoerd; iv) de wijze waarop het MDO gefaciliteerd wordt met behulp van elektronische cliëntsystemen. Deze zaken vormden het uitgangspunt voor het vaststellen van de ontwikkelexperimenten.

Florence

Ook bij Florence is het MDO een gebruikelijke overlegvorm. De hoofdbehandelaar (de arts) bespreekt bewoners aan de hand van het behandelplan en is eindverantwoordelijk voor de behandeling en de zorg van de bewoner. Doordat tijdens het MDO het behandelplan met daarin het SAMPC-model[14] gevolgd wordt, ontstaat het gesprek voornamelijk tussen behandelaren en is het gericht op risicominimalisatie en het zo goed mogelijk formuleren van de problemen en doelen van behandeling in het behandeldossier. Gevolg is dat de EVV'er niet goed weet wat zij in te brengen heeft. Zowel medewerkers (EVV'ers, activiteitenbegeleiding, paramedische disciplines) als management zijn ontevreden over de kwaliteit van het MDO, omdat de bewoner in hun ogen niet genoeg centraal staat. Om de aard van mogelijke experimenten vast te stellen werd besloten om een MDO een keer op video op te nemen om de opname daarna gezamenlijk te bespreken.
De deelnemers aan de nabespreking (helaas was de eindverantwoordelijke arts er vanwege andere prioriteiten niet bij aanwezig) concludeerden dat niet zozeer de zorgbehoefte van de cliënt leidend leek, maar eerder de indicatie, scores, de juiste formulering en het invullen van het behandeldossier. Eén van de managers formuleerde het als volgt: *"Over het MDO zijn we (en ook medewerkers, maar dat ligt misschien wat genuanceerder) gewoon ontevreden. Wij vinden dat in het MDO de cliënt centraal dient te staan en die staat niet centraal. Dat is nogal basic. Onze enige ambitie is eigenlijk heel simpel: wij willen goede zorg bieden. En goede zorg kun je bieden door het gesprek en de dialoog met de cliënt aan te gaan, oprechte belangstelling te tonen, daar ruimte en rust voor te nemen, ook al is er een enorme druk van bovenaf. In het huidige MDO staat met name centraal hoe we ons verantwoorden.[….]* Betrokkene vult aan ongelukkig te zijn met de wijze waarop soms lijstjes snel afgewerkt worden en van vinkjes worden voorzien. In die context spreekt ze van 'het keurslijf van de verantwoording', dat je doet vergeten waar het in de zorg om te doen is.

[14] SAMPC: somatisch, ADL, maatschappelijk, psychisch communicatiemodel.

6.1.2 De ontwikkel- en experimenteerfase

In grote lijnen wilde de MDO-themagroep, daarin gesteund door de andere deelnemende organisaties in het ActiZ-programma, op zoek naar een meer inhoudelijke, reflectieve invulling van het MDO, waarbij gekeken wordt naar de totale mens en niet alleen medisch. Daarbij is een grotere rol gewenst voor zorgverleners die betrokken zijn bij de dagelijkse zorg en voor (familie van) de bewoner/cliënt. Veronderstelling is dat dit kwaliteitsbewustzijn bevordert en daarmee een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg.

Zorggroep Groningen

ZGG zette in op een drietal experimenten:

i) De beamer uitlaten, dus geen projectie van het zorgdossier op het scherm en niet langer het 'al pratend' bijwerken ervan. De gedachte daarachter is dat deelnemers daarmee meer op elkaar gericht zijn, in plaats van met name op de arts en op het scherm (waarop te zien is hoe hij/zij het dossier bijwerkt) en dat daarmee de kwaliteit van het gesprek groter wordt. De EVV'er van de afdeling somatiek zegt erover: "*Je zit naar het scherm te kijken, het voelt zo kil, zo onpersoonlijk, volgens het medisch model, alsof alles een probleem is en wat wij als probleem zien hoeft voor de cliënt geen probleem te zijn. We moeten niet meer naar iemand kijken vanuit een op te lossen probleem, maar meer holistisch, naar de mens als geheel*."

ii) Het laten rondgaan van foto's (van vroeger en nu) van de bewoner die onderwerp van gesprek is, om zo de bewoner letterlijk goed voor ogen te krijgen en het gesprek sturing te geven, zodat deelnemers eerst komen tot beeldvorming en dan pas tot besluitvorming;

iii) Een grotere rol voor de EVV'er, die voorafgaand aan het MDO met bewoner of diens vertegenwoordiger spreekt, waardoor de bewoner breder in beeld kan komen dan alleen als iemand met een medisch probleem[15]. De EVV'er gebruikt daarbij de vier domeinen uit het Zorgleefplan dat ActiZ ontwikkelde.

Florence

De bespreking van de video-opname van het MDO bracht de wens naar boven om vanuit de 'wensen en behoeften van de bewoner' te denken en niet vanuit 'problemen'. De video liet ook zien dat alle aanwezigen zich richtten op het projectiescherm waarop het behandeldossier geprojecteerd stond en waarin de problemen, doelen, acties en streefdata ingevuld werden. Hierdoor werd niet met elkaar in gesprek gegaan. De arts zit achter de laptop en de aanwezigen spreken voornamelijk in de richting van de arts en blikken zijn grotendeels gericht naar het grotere beeldscherm in de ruimte in plaats van naar elkaar.

Op een afdeling voor complexe psychogeriatrie is geëxperimenteerd met het anders inrichten van het MDO. Na de video-nabespreking en geïnspireerd door de ervaringen bij ZGG wordt besloten om de EVV'er het MDO te laten starten met het inleiden van de te bespreken bewoner vanuit het perspectief van de verzorging. De EVV'er dient daartoe ter voorbereiding van het MDO de week voorafgaand een gesprek te voeren met (de vertegenwoordiger van) de cliënt. Daarnaast wordt besloten om het projectiescherm uit te laten om op die manier het gesprek beter gezamenlijk te kunnen voeren. Wel blijft één van de aanwezigen tijdens het MDO op een laptop de afspraken in het zorg- of

[15] In het verleden is bij ZGG de keuze gemaakt om cliënten niet in het MDO te betrekken. Deze komt voort uit een ongemak bij behandelaars, zij hebben behoefte aan professioneel intercollegiaal overleg en dat is binnen ZGG het MDO. Afstemming met de cliënt en diens familie vindt plaats voorafgaand aan het na het MDO en in familiegesprekken met de arts, tijdens behandelingen, visites e.d.

behandeldossier optekenen. Een ander voorstel dat positief ontvangen wordt door de betrokkenen, is om een foto op tafel van de bewoner te plaatsen, zodat men zicht heeft over wie in het MDO centraal staat. Helaas lijken bij Florence de twee uitgevoerde experimenten ('EVV'er in the lead' en 'scherm uit') nog niet voldoende tot bloei te kunnen komen. Daarvoor worden verschillende verklaringen gegeven. Allereerst onrust binnen de organisatie ten gevolge van een reorganisatie, waarbij vanuit financiële overwegingen ontslagen aangezegd zijn. Op de betrokken afdeling waren veel personeelswisselingen en daarbij gepaard gaande onrust. Ten tweede speelde het invoeren van een nieuw digitaal zorgdossier Labelcare waar medewerkers aan moesten wennen.

6.1.3 Opbrengsten van de experimenten

Om in beeld te krijgen wat de experimenten bij de deelnemers aan het MDO teweeg brachten heeft de onderzoeker bij ZGG twee dialoogsessies bijgewoond en gesproken met drie groepjes van drie deelnemers aan MDO's: EVV'ers, psychologen, een teamleider en een geestelijk verzorger. Bij Florence is tweemaal een vernieuwd MDO bijgewoond. Daarnaast is er met vijf direct betrokkenen individueel gesproken (een arts, een afdelingshoofd, een activiteitenbegeleidster, een gz-psycholoog, en een fysiotherapeut) en met de locatiemanager en de bij dit experiment betrokken beleidsmedewerker. Zoals eerder aangegeven is er bij ieder thema een samenvatting van de opgedane inzichten dat gevolgd wordt door bronmateriaal.

6.1.3.1 Doelen verhelderen en bijstellen

Deelnemers aan een MDO hebben vaak een vanuit hun discipline ingegeven visie op zorg en daarmee impliciet op het doel van een MDO. Overleg je met het oog op het behandelplan of met het oog op goede zorg? Wanneer ze expliciet met elkaar in gesprek gaan over het doel en de daaraan gekoppelde vorm en inhoud van het MDO kan dit leiden tot meer begrip voor elkaar en een verbreding van de blik, een anders kijken naar de bewoner/cliënt. Daardoor kan de zorg beter op hem/haar worden afgestemd. Maar het bereiken van overeenstemming over een breder MDO-doel, ook in relatie tot overleggen als de artsenvisite en het teamoverleg) is niet vanzelfsprekend.

MDO-deelnemers hebben niet per se allemaal eenzelfde visie op goede zorg en daarmee eenzelfde zorgdoel voor ogen. Gevraagd naar hoe om te gaan met verschillende visies op kwaliteit van zorg zegt een EVV'er van ZGG; "*Ja, maar daar moet je elkaar toch in kunnen vinden, ik kan me voorstellen dat het voor ons anders is, omdat we de hele dag bij de mensen zijn. De anderen kijken specifieker en dat kan heel aanvullend zijn en inspirerend. Het vragen aan een behandelaar bij het MDO te komen moet iets toevoegen, anders kan het ergernis zijn.*" Maar vanzelfsprekend is het hebben van eenzelfde visie dus niet.

Ook is men bij ZGG uitgesproken over de verschillen in doelen van het MDO op een PG-afdeling en het MDO op een revalidatieafdeling. Een afdelingshoofd tijdens een dialoogsessie: "*Ik vind dus, dat gevoel heb ik al de hele tijd, het woord doelen bij PG en langdurige somatiek zo'n raar woord, dat hoort meer bij revalidatie, daar werk je ergens naar toe en dan moet je iemand soms ook een beetje pushen.*" Bij revalidatie komen hersteldoelen prominent in beeld. Hetgeen niet wegneemt dat er aandacht moet zijn voor wat er voor de cliënt toe doet. Zo hoorde de interne onderzoeker vertellen over de cliënt met wie de fysiotherapeut net zo lang oefent tot ze zeker weet dat ze met haar hondje in haar arm de zeven treden op kan die naar de voordeur van haar huis leiden. Het hondje kan name-

lijk zelf de trap niet op en mevrouw maakte zich zorgen over hoe dat nu moest wanneer ze weer thuis was.

Bij Florence lijkt het niet uit de verf komen van de experimenten ook veroorzaakt te worden doordat er onvoldoende gewerkt is aan het bereiken van overeenstemming tussen betrokkenen (disciplines, zorgmedewerkers, leidinggevenden en management) over wat nu precies het doel dient te zijn van het MDO. In alle interviews is het doel daarom aan de orde gesteld door de onderzoeker. Daarbij bleken verschillende visies te bestaan, maar ook bleek dat daar onderling eigenlijk niet over gesproken wordt. De ideeën over een goed MDO lopen uiteen van het goed in kaart brengen van de risico's en het administreren van daarbij te nemen maatregelen, tot het samen als medemensen onder elkaar buitendisciplinair bespreken hoe bewoners in deze fase van hun leven zo goed mogelijk te ondersteunen. Het lijkt ook om een subtiel en lastig te verwoorden verschil van inzicht te gaan: wat is nu precies het verschil van het duidelijke 'registreren van risico's' (teneinde deze te voorkomen wat toch in het belang van de cliënt zou kunnen zijn) tegenover het veel vagere 'proberen in beeld te krijgen van deze bewoner als mens en daarbij aansluiting te zoeken door daar als gelijkwaardige medemensen over in gesprek te gaan'?

Een fysiotherapeut zegt hierover: *"Je moet het met elkaar eens zijn waar je het over wilt hebben. En dat is bij PG-bewoners: het wonen. Het doel van een MDO is volgens mij: het welbevinden [van bewoners] en daarin acties ondernemen om dat te ondersteunen. Je moet dus goed in de gaten hebben wat iemand past. Dat vind ik belangrijker dan dat we het hebben over een blaar op een hiel en hoe we die moeten behandelen. Dat hoort op een ander moment thuis, in de artsenvisite. Als de cliënt heel veel pijn aan die blaar heeft, dan moet er wat gebeuren, maar dat hoeft niet met z'n allen besproken worden.[…] Je moet je dus ook geroepen voelen om buiten de grenzen van je vak over het welbevinden van de cliënt een mening te hebben. Ik moet in een MDO niet alleen de fysiotherapeut zijn. Je moet als medemens naar je medemens gaan kijken. Over wie hebben we het nu? Maar disciplines hebben de neiging om terug te vallen op eigen vakgebied.[…] Over het doel van een MDO hebben we het eigenlijk niet. Dat zou wel goed zijn, als iedereen daar open voor zou staan. En dat kan moeilijk zijn, omdat het wel over jouw eigen vakgebied kan gaan en over hiërarchie, status en opleiding."*
En een afdelingshoofd: *"Misschien moeten we ons doel van het MDO bij gaan stellen aan de zorgvisie en die zorgvisie verduidelijken binnen de organisatie. Wat is het doel van een MDO? Natuurlijk het afkaarten van wat we doen en of we dat goed doen. En dat is vooral risico's, maar vooral ook welzijn en welbevinden van de cliënt en dat je daar ook echt aandacht aan móet besteden. Dat je het gesprek aangaat met elkaar en elkaar mag aan spreken op elkaars vakkennis en creativiteit. Dus je procedure wel meer gaan schrijven vanuit de presentie […]: wat we nu besproken hebben, hélpt dat de cliënt? En dan echt kijkend vanuit de cliënt, want men kijkt te veel vanuit zichzelf: heb ik gedaan wat er van mij wordt verwacht? Maar wat wórdt er dan van je verwacht?"*
En een arts*: "Het doel van een MDO is volgens mij een voor de bewoner passend behandelplan voor het komende half jaar vastleggen en af hebben als je klaar bent met het MDO. […] Ik denk in hoeverre je in het MDO cliëntgericht bent, dat dat heel erg afhankelijk is in hoeverre je iemand kent. Als je dus van te voren dat soort dingen van iemand gelezen hebt, dan heb je dat in je hoofd zitten. Als een zorgverlener dat vertelt, is dat ook prima."*
De activiteitenbegeleidster*: "Ik zit er bij, ik zeg mijn ding en voor de rest gaan ze dan dingen bespreken over valgevaar, pijnbestrijding, etc. Dat is niet mijn ding. Ik wil het wel weten, maar ik kan het*

ook lezen. Daarvoor hoef ik niet op een MDO te zijn. […] Een MDO moet spránkelend kunnen zijn. Dat je denkt: nou jongens, daar gáán we voor! Het is een bewóner waar we het over hebben; je beslist over een aantal dingen. Het is geen theepot waar je het over hebt! Het gaat over een stuk leven!"
De psycholoog: *"Het MDO is een efficiënte en makkelijke manier om met elkaar over en weer te spreken en na te denken over wat er speelt bij de cliënt. […] Efficiënt MDO, kunnen discussiëren en gelijk beslissingen kunnen nemen. Dat het over de cliënt gaat en dat je weet hoe het met de cliënt gaat en alles is besproken en niet het idee hebben dat er nog een punt ligt dat nog niet aangekaard is. Én dat de EVV'er echt iets over de cliënt vertelt, dat vind ik de grootste meerwaarde."*

6.1.3.2 Een grotere rol voor de EVV'er

Een ander doel van het MDO kan ertoe leiden dat meer belang gehecht wordt aan een grotere rol voor de EVV'er. Dit belang lijkt groot, vooral wanneer de EVV'er de ruimte krijgt voor een goed gesprek met de (vertegenwoordiger van de) bewoner en dit gesprek tijdens het MDO de toon mag zetten. De bewoner kan bij monde van een EVV'er vollediger in beeld komen, het hele verhaal kan verteld worden. Daardoor ontstaat de gelegenheid om met elkaar anders te spreken over en kijken naar een bewoner/cliënt en komt men tot andere duiding omtrent hem of haar. Het goed uitbuiten van die grotere rol van de EVV'er ten behoeve van kwaliteitsbewustzijn vraagt wel om goede communicatieve vaardigheden en een onderzoekende houding bij de EVV'er, ondersteuning en goede gespreksvoering tijdens het MDO. Ook moeten sommige EVV'ers leren de bril van zorgverlener even af te zetten en vanuit het perspectief van de bewoner/cliënt te praten. Als dat lukt verhoogt dat de kwaliteit van de zorg, doordat er een betere atch kan ontstaan tussen de zorgverlener en de bewoner/cliënt.

Een EVV'er bij ZGG over haar rol: "*Ik zie mijzelf wel als een hoeder van het algemeen belang, je bent de vertaler, zeker van mensen met dementie. Bij grootschalige afdelingen wordt het MDO toch wel gekleurd door het medisch model en wordt er gewerkt met het SAMPC-model. Dat deden we bij ons op kleinschalig wonen ook, maar het is niet OK, teveel in hokjes gedacht. Zie de hele mens!! Het gevaar van allerlei lijsten is dat je het hele verhaal niet meer ziet. [.....] Terwijl we vroeger ook wel naar de hele mens keken, we raakten dat kwijt en nu moet het allemaal weer zoveel kosten en zoveel papier, om te repareren. Onderzoek en behoud het goede, zou ik zeggen."*

Een EVV'er van Longstay Somatiek bij ZGG gebruikte het vier domeinen model en vertelt: "*Ik heb langs de vier domeinen een gesprek gevoerd met iemand van wie ik weet dat die zo'n gesprek kan voeren. Ik heb ook uitgelegd over het project en een afspraak gemaakt. Hij was heel zenuwachtig. Je merkt dan dat ze niet alles begrijpen. Zijn angst was 'ik hoef hier toch niet weg?'. Ik heb alles rustig uitgelegd. Hij zei: 'ik noem geen namen van personeel'. Daar schrok ik een beetje van, waarom eigenlijk niet? Ik heb dat op het einde wel gevraagd. Hij was bang dat ik iemand erop aan zou spreken en dat hij erop aangekeken zou worden. Toen dacht ik: dan ben je toch wel heel kwetsbaar. Ook wel fijn om dit te horen, me te realiseren dat iemand zo kwetsbaar is, niet durft aan te kaarten omdat je bang bent dat je er op afgerekend wordt. Vond ik heftig, moet niet zo zijn. Ik heb hem allerlei vragen gesteld en in dat gesprek ook wel afgeweken van de vier domeinen om dieper op bepaalde zaken in te gaan. Bewust gekozen voor een één op één gesprek, dan stel je je meer open denk ik. Daarna het zorgdossier nog even met hem doorgesproken, sommige zaken konden eruit, omdat hij ze niet meer aan de orde vond, anderen kwamen wel boven. Tijdens het MDO mijn verhaal verteld, Bijzonder hoe je zit bij het MDO. We gingen echt met elkaar in gesprek. Het voorgesprek leidde er wel toe dat er*

nieuwe dingen op tafel konden komen, medisch (duizeligheid) en sociaal, over zijn zieke zoon, waar hij veel moeite mee heeft. Ik wist wel dat zijn zoon ziek was en we hebben het er ook wel 's over, maar vaak moet dat snel, bv. tijdens het wassen, dan kun je er niet diep op ingaan. Bij zo'n gesprek kom je dieper. Bij een 'normaal' MDO was dit niet zo op tafel gekomen, dat denk ik niet." Dit gesprek had een positieve uitwerking op zowel de bewoner als de zorgverlener. (zie onder A.3.5)

Een afdelingshoofd van een revalidatieafdeling bij ZGG zegt hierover: "*Er werd ook gezegd: we gaan niet vanuit onze professie praten, maar vanuit wat de cliënt aangeeft, waar die behoefte aan heeft, dat als startpunt. Beginnen met het verhaal van de cliënt, die bij de EVV'er aangeeft wat de problemen zijn waar hij/zij de komende weken nog mee aan de slag wil. Dat komt nu veel meer naar voren dan voorheen*."

Maar het vergroten van de rol van de EVV'er gaat niet helemaal vanzelf. Het goede gesprek voeren vraagt goede communicatieve vaardigheden en een onderzoekende houding van de EVV'er en de voorzitter moet erop toezien dat de EVV'er voldoende het woord krijgt. Uit de interviews bij Florence die met betrokkenen gevoerd zijn na enkele malen experimenteren met het vernieuwde MDO, wordt duidelijk dat het aan de EVV'er overgelaten is hoe zij het voorgesprek met de (familie van de) bewoner voert en op welke wijze zij de bewoner in het MDO inleidt. Enerzijds is iedere betrokkene tevreden over deze nieuwe rol van de EVV'er, omdat de inleiding van de EVV'er een verbreding van het beeld van de bewoner bij betrokkenen bewerkstelligt. Anderzijds merken velen op dat de manier waarop EVV'ers de bewoner inleiden nog erg verschilt en dat de EVV'ers onzeker zijn wat ze zouden kunnen (of dienen te) vertellen over de bewoner.

Er wordt gesuggereerd om aan de hand van de verschillende domeinen uit het zorgdossier (het digitaal zorgdossier Labelcare is recent ingevoerd en men is hierover tevreden). Dat betekent dat EVV'ers aan de hand van Labelcare het voorgesprek met (de vertegenwoordiger van) de bewoner zouden moeten voorbereiden. In de twee door de tweede onderzoeker bijgewoonde 'vernieuwde MDO's' besloeg de inleiding van de EVV'er ongeveer vijf minuten, waarin bijvoorbeeld verteld werd: welke ZZP-indicatie iemand tot wanneer had; over risicoscores (decubitus, vallen, gewicht, depressie, etc.); hoe verzorging bewoner qua karakter ervoeren ('lastige bewoner', 'je moet haar niet dwingen'); de interactie van bewoner met andere bewoners en familie; wat iemands hobby was; hoe het contact met de familie. Na deze vijf minuten werd het behandelplan doorgenomen aan de hand van de SAMPC-model door arts of psycholoog. Dit ging aan de hand van het oplezen vanaf de laptop van probleemgebieden (S-probleem: probleem op somatisch vlak; P-probleem: probleem op het psychisch vlak, etc.). Vervolgens werden de mogelijke acties geïnventariseerd en het doel dat bereikt zou moeten worden. Een hoofdbehandelaar bij Florence*: "Iemand voelt zich verdrietig of heeft niet genoeg te doen in de huiskamer, dan maak je gewoon een P-probleem: 'mevrouw voelt zich verdrietig; het is nog niet duidelijk waar dat van komt.' En dan formuleer je als doel: 'mevrouw voelt zich prettig en het is duidelijk waar het verdriet van komt.' En dan kan de verzorging gaan observeren. Bij de acties zet je dan gewoon wat je gaat doen. En dan weet je dus gewoon wat je dan gaat doen. Natuurlijk moet je kijken bij wat er bij iemand past of hoe zit iemand in zijn vel. Maar dat lijkt me gewoon niet meer dan logisch."*

Op een PG-afdeling van ZGG waar de EVV'er nu standaard begint met een inleiding moet ook actief gezocht worden naar het perspectief van de cliënt. Sommigen spreken namelijk met de bril van zorg-

verlener op, anderen vanuit de bewoner. En daar moet mee geoefend worden, zo nodig met hulp van het afdelingshoofd. Tijdens een dialoogsessie hierover: "*De ene EVV'er spreekt vanuit de eigen positie, het eigen perspectief en zeggen bijvoorbeeld: deze cliënt, daar hebben we veel moeite mee. Anderen vertellen vanuit het perspectief van de cliënt en zeggen: ik zie dat mevrouw onrustig wordt van X* " en "*Bij revalidatie wordt de cliënt wel eens vooraf gevraagd: zijn er vragen die u in het MDO beantwoord wilt hebben? Een moeilijke vraag voor cliënten, die een wedervraag stellen: waar moet ik dan aan denken*?."

6.1.3.3 De cliënt in beeld; is een foto behulpzaam?

Met behulp van een foto kunnen een bewoner/cliënt letterlijk in beeld gebracht worden en mono-disciplinaire invalshoeken naar de achtergrond gedrongen worden. Maar wanneer niet expliciet stilgestaan wordt bij 'wie is die mens en wat betekent dat?' (hetgeen iets anders is dan stilstaan bij hoe iemand vroeger was) lijkt dit niet te leiden tot anders kijken en duiden.

Op een PG-afdeling van ZGG is bij het MDO geëxperimenteerd met foto's op tafel. De EVV'er die daarbij aanwezig was zegt daarover: "*Ik zat bij een experiment waarbij met foto's gewerkt werd. Ik vond het wel leuk, had niet specifiek een meerwaarde, maar wel leuk om eens met elkaar te praten over hoe iemand vroeger was en nu is. [....] Dat deden we* (als zorgverleners, eb) *eigenlijk altijd al, ons afvragen wie is iemand, wat heeft ie gedaan, wat heeft hem bezig gehouden, om de aansluiting te zoeken. We deden dat altijd al, zodra iemand opgenomen wordt een levensgeschiedenis opnemen, was altijd al het belangrijkste*." Alleen foto's op tafel lijkt onvoldoende om een ander gesprek, en belangrijk ook, ander gedrag op gang te krijgen.
Bij Florence is het er, ondanks dat respondenten tijdens de interviews allen het experiment 'foto van bewoner op tafel' toejuichten, tot nu toe niet van gekomen dit ook daadwerkelijk te doen. De reden daarvan lijkt vooral het ontbreken van een aanjager te zijn: iedereen wacht op iemand anders die hierin het initiatief neemt. Velen meldden dat het technisch niet moeilijk hoeft te zijn: de EVV'er beschikt over een Ipad en er staat reeds een foto in 'Labelcare'. Tegelijk lijkt het enthousiasme over 'foto op tafel' vooral voort te komen uit een zeker pragmatisme: "*Dan weet ik tenminste over wie we het hebben, want ik weet nou eenmaal niet bij alle bewoners direct het gezicht bij een naam*."

6.1.3.4 Beamer uit en scherm weg

Over het gebruik van een beamer en scherm bij het MDO lopen de meningen uiteen. Vindt de één dat het kijken naar een scherm het goede gesprek en het anders kijken naar een bewoner/cliënt in de weg staat, een anders vreest wanorde als de beamer uitblijft. Dit lijkt niet alleen een kwestie van persoonlijke smaak, het lijkt er ook op dat het ervan af hangt wát er op het scherm komt (een behandel- of een zorgdossier) en dat het gebruik van een beamer voor een PG-afdeling minder gewaardeerd wordt dan voor een revalidatieafdeling.

Over dit experiment zegt de psychologe van een PG-afdeling van ZGG: "*Bij ons werkt het scherm weg wel goed. Het staren naar het scherm en in het luchtledige praten met elkaar werd daardoor vermeden. Je kreeg meer discussie met elkaar, geen afleiding meer door bijvoorbeeld spelfouten in de tekst. Ook ging er geen tijd verloren met een arts die laat komt, nog moet inloggen etc. Hij/zij vult voor of na het MDO in wat ingevuld moet worden. De EVV'er begint met vertellen wat er allemaal gebeurd is vanuit het perspectief van de cliënt en dan komen ook de disciplines die er allemaal toe ingeschakeld zijn aan bod*." Op de revalidatieafdeling pakte het experiment niet goed uit. Het afdelingshoofd:

"*Mensen hadden toch de behoefte aan informatie. Binnen het revalidatieproces komt het toch meer op efficiëntie aan. Maar het met elkaar bespreken hoe het MDO verloopt en wat we daarin willen, deed al veel.*"

Bij Florence is de ervaring anders en zijn de meningen verdeeld. In beide bijgewoonde vernieuwde MDO's was het scherm uit. De arts was daar niet over te spreken. Zij zag voornamelijk voordelen aan het scherm aan (gesprekssructuur; tijd; gezamenlijk kunnen formuleren; gedeelde verantwoordelijkheid): "*Dat heb ik één MDO meegemaakt, en dat vond ik helemaal niks. […] Ik zat achter de computer het plan te maken. […] Je spreekt met elkaar in het MDO over het behandelplan aan de hand van wat er in YSIS*[16] *is opgeschreven en dan is het handig dat iedereen mee kan lezen wat er in geschreven staat: hoe zullen we het probleem formuleren?; is het inderdaad goed zo of moeten we wat anders doen? En iedereen heeft gelijk overzicht van hoeveel problemen er zijn. […] Als je alleen achter de computer zit en niemand ziet verder het scherm, dan ben je alleen verantwoordelijk voor het formuleren van al die problemen. Niemand kan meer even meedenken, omdat ze niet mee kunnen kijken. Het werkt een beetje chaos in de hand als niemand mee kan lezen.*
Als er veel disciplines zijn: iedere discipline moet zijn eigen stukje gewoon kunnen voorlezen en uit kunnen leggen en niet alleen degene die achter de computer zit. Daar komt dan alles op neer. Dat vind ik niet kunnen. En als je niet achter de computer zit, dan kan ik alleen maar luisteren naar haar. Ik kan echt niet al die problemen van een bewoner in mijn hoofd onthouden. Als ik het voor me zie, dan gaat dat veel beter. Dan kan ik er beter over nadenken. […] Het maakt me niet zoveel uit hoeveel meningen erover zijn. Ik vind het gewoon belangrijk dat het aan staat, want het verhoogt de kwaliteit van zorg als je er uiteindelijk met z'n allen over na kan denken. […] Het is dus enerzijds een te grote verantwoordelijkheid. Anderzijds, als je niet mee kunt lezen, kun je ook minder goed meedenken en daardoor zitten anderen ook meer van 'la-la-la-la-la', vind ik. Ik vind dat je door zo'n behandelplan meer betrokken raakt, want je moet er naar kijken en je moet er samen over nadenken.
Ik weet dat aan het begin het idee was dat iedereen naar dat scherm zat te staren is of zo iets, maar ik vind dat we op dit moment gewoon in een tijd leven dat we de computer gebruiken en dat we daar ook zeker de voordelen van moeten nemen: met een scherm hoef je het niet helemaal in je eentje te doen; alle disciplines kunnen meelezen, meedenken en meebeslissen; het heeft voordelen in hoe je het probleem formuleert; hoeveel problemen zijn er?; wat is er aan de hand? Dat vind ik wel genoeg voordelen."

Gevolg van dit standpunt van de eindverantwoordelijke hoofdbehandelaar was dat het experiment 'scherm uit' na een paar pogingen weer teruggedraaid is. Het afdelingshoofd is wel voorstander van het werken zonder beamer en scherm, maar niet bij machte om dat af te dwingen. Soms wordt het MDO echter in een ruimte gehouden zonder scherm en dan is ze blij. Volgens haar komen mensen zonder scherm met creatievere ideeën, omdat dan meerdere aanwezigen aan het woord komen: *"Daar waar je met stemmings- en lichamelijk onderzoek direct al richting een oplossing gaat, zal een activiteitenbegeleidster of een ergotherapeut naar de omgeving van de cliënt kijken of je met kleine dingen al dingen kunt bereiken in het verminderen van dat probleemgedrag: zoals het inzetten van een tastkussen – een snoezelkussen noemen we dat – zodat de cliënt prikkels op kan doen, omdat deze misschien onderprikkeld is. Daar waar een cliënt agressief was in de slaapkamer, zijn we gaan kijken of er dingen zijn in die slaapkamer die mogelijk die agressiviteit veroorzaken. Dat zijn ook op-*

[16] YSIS: naam van het digitale behandeldossier

lossingen, maar dichter bij de cliënt. […] Je triggert de creativiteit als je elkaar aankijkt. Ik vind dat ook met respect te maken hebben, als je met veel mensen om de tafel zit en ook die gezamenlijkheid zoekt."

De psycholoog bij Florence ziet deze zelfde voordelen van het scherm aan (mee/na kunnen lezen, niet alles te hoeven luisteren), maar denkt dat de nadelen ervan veroorzaakt worden door het projecteren van YSIS (het behandelplan) in plaats van het zorgdossier: "*Het scherm hoeft voor het gesprek onderling geen belemmering te zijn, denk ik. Dat iedereen constant gericht is op het scherm, heeft volgens mij met YSIS te maken. Want daarmee centreer je het gesprek alleen maar op problemen per behandeldiscipline. Mensen geven wel aan dat het scherm prettig is om mee te kunnen lezen. Door Labelcare kun je de EVV'er aan het woord houden. Waardoor de disciplines eerst de EVV'er bevragen en dan is YSIS alleen het invulwerk. Als de EVV'er iets vertelt, kunnen de disciplines daar weer op inhaken."*

6.1.3.5 Leidt het anders kijken en anders duiden nu ook tot anders doen in de zorgrelatie?

Kwaliteitsbewustzijn refereert aan wakkerheid en het steeds weer anders willen kijken, duiden en doen om zo te komen tot anders doen in de zorg voor de bewoner/cliënt. We zien hierboven dat het (denken over het) anders inrichten van het MDO kan helpen anders te kijken naar en spreken over cliënten/bewoners. De vraag is vervolgens of dit in de zorgrelatie ook leidt tot anders dóen. Dat lijkt wel het geval te zijn, al is men er niet altijd zeker van dat dit alleen of per se komt door de andere invulling van het MDO. En het door de EVV'er gevoerde gesprek, uiteindelijk bedoeld om in de zorgrelatie anders te gaan doen, blijkt ook een goed in zichzelf.

De EVV'er van de afdeling Somatiek bij ZGG die een MDO bijwoonde waarvoor ze eerst een uitgebreid voorgesprek met de bewoner had gehad en daarover haar verhaal kon doen, geeft aan dat het haar en de bewoner veel gebracht heeft: "*Een ander soort contact, je gaat met de cliënt in gesprek, over de zorgdomeinen, over ditjes en datjes. Opener, meer contact, hij is naar mij toe heel anders. Hij heeft zich wel blootgelegd naar mij, ja hij is erkend in wie hij is. Ik vind dit prachtig, doet me veel. De cliënt, hij doet toch anders, je bent zo in gesprek geweest met elkaar. Hij zei bijvoorbeeld nooit laiverd*[17] *tegen mij. Hij deed dat nooit. Hij begroet me uitbundiger, is iets kleins, maar toch. Het heeft hem goed gedaan. Twee dagen geleden was ik bij hem om hem te wassen. Hij is veel opener, begint nu ook zelf, bijvoorbeeld over zijn schoondochter. Voorheen begon hij niet zelf. Een hele verandering, daarvoor hield hij zich altijd in. Hij zegt nu ook: als er iets is, weet ik je te vinden, dan kom ik wel bij je. Je hebt vertrouwen opgebouwd*."

Een psycholoog van ZGG die het MDO bijwoonde waar de EVV'er van de afdeling Somatiek vertelt over het voorgesprek met de bewoner geeft aan: "*We gingen [voorheen] vanuit het perspectief van de cliënt kijken naar wat er speelt, heeft hij een vraag? Niet per se doen wat wij denken dat goed is. Het schort er nogal eens aan dat we goed in beeld hebben wat voor de bewoner speelt. We hebben niet altijd de meest actuele gegevens.*"

[17] Laiverd is Gronings voor lieverd

Op de revalidatieafdeling van ZGG is de multidisciplinaire samenwerking en daardoor de zorg voor de cliënt beter geworden, omdat, zo zegt het afdelingshoofd: "*je elkaar meer spreekt over hoe het gaat en wat er anders zou kunnen. Je spreekt elkaar makkelijker aan. Ook is er een andere interactie tijdens het MDO. De arts notuleert niet meer, zit er veel meer ontspannen bij, doordat de interactie in eerste instantie tussen andere disciplines plaatsvindt op basis van wat EVV'ers zeggen. Volledige regie van de arts is er niet meer, ten gunste van wat de EVV'er inbrengt. Door betere voorbereiding (tevoren ingevuld dossier) hoeft er ook weinig geschreven te worden. Veel meer interactie dus, je hebt het veel meer over wat er speelt*" en "*Ieder gaat zich door het anders voeren van het gesprek verantwoordelijker voelen. Meer tijd die beter besteed kan worden. En omdat je meer bij elkaar in de keuken kijkt ontstaat er ook meer begrip voor elkaar, meer loyaliteit naar elkaar toe, het samen doen en het samen staan. Dit heeft ook een positieve uitstraling naar de cliënt*."

De geïnterviewden bij ZGG geven echter ook aan dat het niet per se duidelijk is dat verbeteringen komen door het anders invullen van het MDO en dat de totaliteit aan ontwikkelingen in de organisatie daar een rol in speelt.

Op de PG-afdeling lijkt het effect van het anders voeren van het MDO het minst groot: "*Ik denk niet dat de zorg anders is. Vroeger vonden we elkaar ook wel, er wordt nu wel iets meer tijd vrijgemaakt voor onderling overleg in plaats van in één-tweetjes. Ik geloof niet dat er hele grote veranderingen zijn. Bij PG is dat toch anders, dan kun je niet echt zo'n gesprek met een cliënt hebben* [als bij longstay Somatiek, eb]. *Soms gebeurt het wel, maar of dat dan komt doordat het MDO anders loopt geloof ik niet*."

Bij Florence hielp het maken van een video-opname van het MDO sommige betrokkenen anders gaan kijken en anders te duiden, maar valt het nog niet mee om ook echt anders te gaan doen. Door het lastige vastleggen van hoe je iedere bewoner 'in beeld krijgt' en de vele organisatorische onzekerheden is het terugvallen in de gebruikelijke groef ondanks de wil om wel wat te veranderen goed te verklaren. De fysiotherapeut: *"We hebben de neiging om terug te vallen naar het medisch model en moeite om de draad vast te houden van het welbevinden. Je wordt opgeleid als zorgverlener met controles, normaal en afwijkend gedrag. Je bent geneigd om dingen die afwijken te zien en naar voren te brengen. Daardoor loop je heel snel de kans om je focus op het welbevinden uit het oog te verliezen."* En een afdelingshoofd zegt hierover: *"Ik ben voorstander van blijven experimenteren en het is eigenlijk bijna jammer dat je daar zo'n heel project voor nodig hebt. Het onderzoeksresultaat zou moeten zijn: experimenteren helpt je om je focus te houden op de cliënt. Dat is je enige boodschap! Dit helpt, maar hou niet vast aan standaard procedures en durf ook even op zij te zetten en je af te vragen: is dit wel het goede voor de cliënt!"*

6.1.4 Inzichten met betrekking tot het vernieuwde MDO

Wat kunnen we nu zeggen over het vernieuwde MDO in relatie tot het kwaliteitsbewustzijn van zorgverleners. Wat zijn de werkende bestanddelen en de randvoorwaarden waaronder het MDO die werking kan hebben? Bovenstaande laat zien dat (het samen nadenken over) een andere formule voor het MDO helpt kwaliteitsbewustzijn te cultiveren. Het met elkaar verhelderen van het doel van het MDO helpt om op een andere wijze naar het MDO te kijken, het MDO anders te gaan voeren en meer begrip te krijgen voor elkaars zienswijze. Met name de grotere, en goed voorbereidde inbreng

van de EVV'er, en daarmee een kleinere voor met name de arts, leiden ertoe dat de bewoner/cliënt vollediger in beeld komt. Wanneer die voorbereiding (mede) inhoudt dat er een goed gesprek plaatsvindt met de bewoner/cliënt kan dit ook een positieve uitwerking hebben voor de bewoner/cliënt die zich gezien en gehoord weet. Een grotere inbreng van de EVV'er vraagt wel om ondersteuning van de EVV'er om zijn/haar rol goed in te vullen. Of het al dan niet gebruiken van een beamer en scherm tijdens het MDO behulpzaam is bij het verbeteren van het overleg lijkt afhankelijk te zijn van de zorgsoort. Daarbij kan het niet gebruiken van een beamer of scherm bij deelnemers ook tot ongemak leiden, omdat de gespreksstructuur die ingegeven wordt door het document op het scherm wegvalt en er zorgen ontstaan over het goed op orde krijgen van het dossier.

Maar de 'maatregelen' moeten niet op zichzelf staan. Zo beschrijft een afdelingshoofd bij ZGG hoe er afspraken gemaakt waren over: tegelijk starten (ze zette alle klokken op de afdeling gelijk), het van te voren inloggen, haar rol als technisch voorzitter, het podium voor de EVV'er, rapportage tijdig aanleveren. Daardoor ontstond meer tijd om het ook over het andere zaken te hebben dan de puur medische.

Samenvattend kunnen we een aantal werkzame bestanddelen benoemen en daaraan gekoppeld enkele randvoorwaarden waarmee het MDO een positieve bijdrage kan leveren aan kwaliteitsbewustzijn:

Werkzaamheid berust op:

- Een holistische benadering en daarmee ruimere invulling van het MDO, waarbij het medisch model niet langer leidend is en ruimte ontstaat voor een bredere duiding van de bewoner/cliënt in wat hij/zijn toont.
- Een door de deelnemers gezamenlijk gedragen doel van het MDO.
- Een belangrijke rol voor de EVV'er, o.m. via een goed gesprek met de bewoner/cliënt en/of familie.
- EVV-ers die in staat zijn vanuit het perspectief van de bewoner/cliënt te kijken.
- Zo mogelijk overleggen zonder dossier op het scherm waar de blik op gericht wordt.

Randvoorwaarden:

- De arts wil iets van zijn/haar positie opgeven.
- Zo nodig is er ondersteuning voor de EVV'er bij het invullen van zijn/haar rol.
- Ongemak rond het wegvallen van overlegstructuur kan verholpen worden (bv. door een technisch voorzitter).
- Administreren/registreren kunnen losgekoppeld worden van het inhoudelijke gesprek.

6.2 Videogebruik

Al enige jaren wordt video ingezet in de ouderenzorg. De Hazelaar, behandelcentrum in Tilburg[18], is begonnen met de ontwikkeling van Video Interactie Begeleiding (VIB). In samenwerking met dr. Madeleine Timmermann, die in het kader van een promotieonderzoek talloze video's van de Hazelaar bekeek, is VIB doorontwikkeld tot Video Interventie in de Ouderenzorg (VIO). VIO is de vroegere methode VIB, verrijkt met Presentie. Dit houdt in dat de relationele afstemming[19] op de cliënt het uitgangspunt is voor geslaagde zorg, inclusief geslaagde communicatie[20].
Eind jaren '80 kwam Maria Aarts met Marte Meo, een door haar ontwikkelde methode waarbij video gebruikt wordt om – aanvankelijk met opvoeders – te bespreken hoe interactieprincipes behulpzaam kunnen zijn bij de opvoeding. Inmiddels wordt Marte Meo ook in ouderenzorg toegepast. In het denken over videogebruik deden Zinzia, Zorggroep Groningen en BrabantZorg mee.

6.2.1 Inventarisatie: videogebruik en de inbedding ervan

Zinzia

Binnen Zinzia is geëxperimenteerd met het inzetten van video-opnamen in het reeds bestaande omgangsoverleg. Omgangsoverleg heeft als doel reflectie te bevorderen en wordt o.a. ingezet als er signalen zijn – benoemd door zorgmedewerkers, afdelingshoofden of behandelaren – van lastig of niet goed verstaanbaar gedrag van een bewoner. De psycholoog gaat met het team zorgverleners in gesprek hoe om te gaan met dit als lastig ervaren gedrag van bewoner. Hieruit volgt een omgangs*advies* voor zorgmedewerkers. Bij Zinzia is geëxperimenteerd met het inzetten van video-opnamen om aan de hand van deze beelden met elkaar in gesprek te gaan over hoe om te gaan met de bewoner. In samenspraak met het team en na toestemming van familie (of cliënt indien mogelijk) wordt een moment gekozen om opnamen te maken van een zorgmoment waarmee zorgverleners worstelen. Deze opnamen worden door de in VIO geschoolde psycholoog vooraf bekeken en geanalyseerd. Vervolgens selecteert de psycholoog delen van de opnamen om in het omgangsoverleg aan het team te tonen om aan de hand daarvan met elkaar in gesprek te gaan. In de regel worden zorgmomenten geselecteerd die illustreren hoe goed om te gaan met de bewoner, met als doel deze vaardigheden toe te passen in situaties met meer spanning en overdracht aan collega's.

Zorggroep Groningen

In het kader van een bredere kwaliteitsslag die door ZGG ingezet is, is in 2013 begonnen met Marte Meo. Daarbij is de wens medewerkers meer bewustzijn te laten krijgen op communicatie principes en helder te krijgen wat werkt om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de bewoner. Daarbij wil men aansluiten bij de eigen kracht en kwaliteiten van zorgmedewerkers en de zorgmedewerkers laten aansluiten bij de eigen kracht van bewoners. Bij deze methode wordt uitgegaan van het principe 'wanneer gaat iets goed', dat uit te vergroten en zo een proces op gang te brengen waarbij de gevonden interactie meer wordt ingezet. Binnen Marte Meo zijn drie lesprogramma's. Bij de 'basiscursus' leren medewerkers te filmen en gefilmd te worden. Aan de hand van gefilmde beelden worden deze beelden met de cursisten besproken. Tijdens de 'collega-trainercursus' leren medewerkers die

[18] Onderdeel van zorginstelling de Wever in Tilburg.
[19] Onder relationele afstemming wordt verstaan dat bij de inrichting van de zorg niet vooral de logica van de organisatie gevolgd wordt, maar dat de zorg gestuurd en ingericht wordt vanuit de relatie en de afstemming daarbinnen.
[20] www.vio-dewever.nl

de basiscursus gedaan hebben om een film te analyseren en om op een positieve manier feedback te geven aan medewerkers die zijn gefilmd. In de 'supervisorcursus' leert een medewerker om de basiscursus en de collega trainer te onderwijzen en de trainers te coachen en te begeleiden. Door deze wijze van werken kan het middel breed ingezet worden. Er zijn inmiddels twee supervisoren, er wordt een groep van 7 trainers opgeleid en er zijn nu 10 medewerkers die de basiscursus gedaan hebben. Camera's liggen bij wijze van spreken voor het grijpen.

Medewerkers waarvan videobeelden van zorgmomenten met cliënten zijn gemaakt en deze video bespreken met een daartoe opgeleide collega, krijgen in die bespreking te horen waar ontwikkelpunten zitten. Later wordt nogmaals gefilmd. Dit gebeurt op individuele basis. Echter, video-opnamen die aansluiten bij zorgsituaties die in een omgangsoverleg aan de orde zijn, kunnen ook met het team besproken worden.

BrabantZorg

Bij BrabantZorg wordt onderzoek gedaan naar nieuwe meet- en merkbare doelen. De centrale vraagstelling(en) binnen dit onderzoek is: Op welke wijze kan de effectiviteit van de interactie tussen medewerker en cliënt in beeld/kaart worden gebracht? Subvragen daarbij zijn: Wat houdt de 'effectiviteit van de interactie tussen medewerker en cliënt' concreet in? Op welke wijze kunnen de resultaten van het video-traject geplaatst worden in de organisatie? En op welke wijze kan kennis met betrekking tot de effectiviteit van de interactieprocessen op verschillende niveaus in de organisatie gebruikt worden (verantwoording/verbetering)?
Het gebruik van videobeelden dient in de eerste plaats het doel inzicht te krijgen in de 'effectiviteit' van de interactie tussen zorgverlener en bewoner. Het gaat daarbij niet zozeer om het filmen van probleemsituaties, maar – zeker in eerste instantie – om het filmen van gewone zorgsituaties. Met de inzet van video kan een concrete invulling van waarden in termen van gedrag in beeld komen. Attitude, sociale norm en eigen effectiviteit kunnen ermee beïnvloed worden, met het doel kwaliteit van zorg te optimaliseren. Beelden worden eerst individueel en (deels) later in het team besproken. Bovendien draagt het bij in de zoektocht naar een alternatief voor de cijfermatige en 'harde' managementinformatie. De locatie die in het onderzoek meedoet heeft vier uur per week VIB ingekocht. Aan inbedding van videogebruik wordt gewerkt door de Raad van Bestuur in het onderzoek 'mee te nemen'.

6.2.2 De ontwikkel- en experimenteerfase

ZGG is bezig Marte Meo te implementeren met ondersteuning van Maria Aarts. Daar komt geen verder ontwikkel- en experimenteerwerk vanuit het ActiZ-programma bovenop, maar we volgen en evalueren wat gaande is. Zowel bij BrabantZorg als Zinzia bouwt men voort op de 'traditionele' VIB. Bij Zinzia is de psycholoog geschoold als VIB en VIO-begeleidster. Bij Brabantzorg wordt 'effectiviteit' geoperationaliseerd aan de hand van de presentietheorie en de fasen van zorg, zoals beschreven in het boek Verpleegkunde en Presentie van Andries Baart en Mieke Grypdonck[21]. De door Baart en Grypdonck gebruikte termen zijn vertaald naar meer alledaags woordgebruik, te weten: klaar zijn voor zorg, contact aangaan en band opbouwen, en eigenheid/uniekheid van zorg. Dit is in een format gezet om een handvat te hebben bij het kijken naar beelden. Ook moet het helpen om in teamver-

[21] Baart, A. en Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en Presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Lemma.

band te spreken over kwaliteit dichtbij 'de bedoeling' van zorgmedewerkers en van daaruit gezamenlijk tot een visie op goede zorg te komen. Bij ZGG worden ook toepassingsmogelijkheden van Marte Meo gezien voor vrijwilligers en in thuissituaties.
Een met het oog op het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn belangrijke vraag die tijdens de themagroepsbijeenkomsten op tafel kwam was: moet het gebruik van video voorafgegaan worden door scholing over goede zorg zodat we een gemeenschappelijke kijk- en bespreektaal is of kan een gemeenschappelijk beeld van goede zorg zich in de loop van het maken en bespreken van videobeelden ontwikkelen.

6.2.3 Opbrengsten

Om de opbrengsten van videogebruik in beeld te krijgen heeft de onderzoeker bij Zinzia een omgangsoverleg meegemaakt aan de hand van een opname van 17 minuten van de verzorging van een bewoner bij het wassen en aankleden in de ochtend.[22] Vervolgens is twee weken later met drie zorgverleners en het afdelingshoofd gesproken over hun ervaringen met het op deze wijze bespreken en het komen tot omgangsadviezen voor deze bewoner. Verder is er met twee zorgverleners uit een team van een andere locatie gesproken over een (niet door de onderzoeker bijgewoond) omgangsoverleg met gebruik van video-opnamen. Bij ZGG heeft de onderzoeker gaande de Marte Meo cursussen een lesbijeenkomst meegemaakt en met deelnemers gesproken, zes reflectieformulieren van deelnemers gekregen, de afsluitende lesbijeenkomst van de basiscursus (waar deelnemers een presentatie moesten geven en waar ook Maria Aarts aanwezig was) in z'n geheel op video gezien, en na afloop van de basiscursus één basiscursusdeelnemer gesproken en twee deelnemers aan de nog in gang zijnde vervolgcursus. Ook is gesproken met de trainers/supervisoren. Bij BrabantZorg heeft de onderzoeker gesproken met de teamleider en een bijeenkomst bijgewoond waar de VIB-begeleider beeldmateriaal besprak met tien medewerkers. Daarnaast heeft de onderzoeker drie reflectieformulieren van deelnemers gekregen en gesproken met vier deelnemers.

6.2.3.1 Veel waardering en enthousiasme van deelnemers

Het gebruik van videobeelden om naar zorgsituaties te kijken wordt om verschillende redenen erg gewaardeerd door zorgverleners: wat je ziet blijft beter hangen, het maakt concreet, geeft een completer beeld van hetgeen zich voordoet in de zorgrelatie en het biedt een soepele manier om met elkaar in gesprek te gaan. Het kijken naar en spreken over videobeelden lijkt een leerstijl te zijn die goed past bij 'doeners' die zorgverleners heten te zijn. Het breed gedragen enthousiasme voor het leermiddel heeft een grote invloed op het leereffect en de kwaliteit van de zorg is er bij gebaat.

Uit de reacties van het merendeel van de deelnemers blijkt dat het gebruik van video erg positief gewaardeerd wordt. Het gebruiken van filmmateriaal wordt gezien als een methode die voor veel mensen werkt, veel beter dan een gelezen of gesproken tekst of instructie. Ook de mogelijkheid om het beeld stop te zetten en op het desbetreffende fragment door te praten wordt als groot positief punt gezien. Zo zeggen deelnemers van ZGG bijvoorbeeld: " *Ik ben enthousiast over Marte Meo. Het is een hele mooie werkvorm, want op deze manier kan je goed je manier, houding, uitspraken, handelen in beeld brengen van. Kortom je benadering naar anderen toe.*"en "*Ik ben enthousiast over Marte*

[22] De camera was daarbij op een stoel in de hoek van de badkamer geplaatst. Merendeels was de bewoner alleen met de zorgverlener. Er was dus geen 'cameraman/-vrouw' bij de opname aanwezig.

Meo, want ik vind het een hele fijne mooie manier van kijken naar hoe cliënt en medewerker met elkaar omgaan. Je kunt er mooie momenten en leerpunten uit halen, om op een andere manier met de cliënt om te gaan en je kan eruit halen wat allemaal goed gaat, zowel voor cliënt als voor medewerker." Een deelnemer van BrabantZorg zegt: "*Je leert er veel van, o.a. hoe andere collega's situaties aanpakken en daar denk je bewust bij na hoe je het zelf doet of zou kunnen doen. Ik vind het echt een stukje bewustwording. Erg nuttig en leerzaam*."

6.2.3.2 Nadruk op wat goed gaat is helpend

Bij de inzet van videobeelden gaat het over het algemeen om het filmen van wat goed gaat en daar leerpunten uit halen. Daarbij hebben begeleiders van dit leermiddel niet alleen voor ogen dat videobeelden kunnen helpen door anders kijken en duiden tot betere zorg voor de bewoner/cliënt te komen. Het gaat ze er ook om te stimuleren dat deelnemers meer vertrouwen in en waardering voor het eigen kunnen krijgen. Dit lijkt, door de nadruk op wat goed gaat, allebei aan de orde.

In de drie organisaties wordt bij het kijken naar de videobeelden nadrukkelijk gekeken naar wat goed gaat en positieve feedback gegeven. Dit heeft in grote lijnen twee redenen. Enerzijds is er de veronderstelling dat het inzoomen op fouten ertoe zal leiden dat deelnemers ervan weerhouden worden zich weer te laten filmen. Anderzijds is er het didactische en gedragstherapeutische inzicht dat wanneer je uitvergroot wat goed gaat, deelnemers dit gedrag vaker zullen gaan vertonen. Een van de Marte Meo deelnemers verwoordt hoe versterkend de aandacht voor een goed moment kan zijn: "*Ik had een leerdoel (*voor deelname aan de basiscursus, eb*) dat een beetje 'verboden' was? (*want het betrof iets wat ze niet zo goed vond gaan, eb*)[.....] Ik kan niet wachten, zit gelijk in de actiestand. Dan moet je jezelf gaan filmen en dan denk je wow, veel te snel, veel actie en dan ga je ernaar kijken en dan zie je, hee, je wachtte, moet je zien wat dat met je cliënt deed, ze keek je aan en ze lachte terug. Toen dacht ik: ik heb zó'n klein beetje gewacht en dat had al zo'n resultaat, dus als ik nog een beetje meer wacht, kan ik nog meer bereiken. Dat was heel mooi.*" Een andere deelnemer aan de basiscursus zegt: "*Ik ben enthousiast over Marte Meo, want Ik heb gemerkt, dat wanneer je jezelf terugziet op de video, je bewust wordt van je eigen houding/gedrag. Op deze manier zie je wat het voor een effect heeft op de bewoner. Ook zie je soms niet de mooie momenten van de bewoner, hoe hij/zij naar je kijkt (blij en zich begrepen voelend) omdat je te veel bezig bent met de handeling. Door dit op film terug te zien, zie je deze momenten wel. Dat maakt dat je de volgende keer dit moment wél tot je neemt.*"

6.2.3.3 Mag het ook gaan over wat niet goed gaat?

Met betrekking tot het maken en bespreken van videobeelden zijn er ook zorgverleners die graag zien dat het ook over dingen mag gaan die niet zo goed gaan. Dit lijkt ze een meerwaarde te hebben als het gaat om te komen tot verbetering van de zorg. Kwaliteitsbewustzijn, het anders kijken, duiden en doen, kan daardoor een verbreding krijgen. De manier waarop het gesprek over wat niet goed gaat gevoerd wordt is daarbij wel van belang. Deelnemers leren ook nadenken over hun werk in een openbare, veilige setting.

Er zijn bij BrabantZorg geluiden van deelnemers die vinden dat er ook op directere wijze dingen aan de orde mogen komen die niet goed gaan. "*Ik vind het wel leuk, maar ik heb wel zoiets van: je moet een cliënt nemen waar problemen mee zijn. Eigenlijk is er nu alleen maar positieve de feedback. Ik wil*

ook wel horen wat ik niet goed doe. Ze kijken alleen maar wat je goed doet, maar ik wil ook kijken naar wat ik kan verbeteren. Dat vind ik eigenlijk belangrijker." en "*Ik vond het niet erg om gedaan te hebben, om eens ervaren te hebben om gefilmd te worden. Maar als ik het nog een keer doe dan met een cliënt waarbij ik niet weet hoe ik ermee om moet gaan. Dat heeft meerwaarde. Je wordt ook wel positief van positieve dingen horen, maar iets kritischer mag wel.*"

Marte Meo stelt, in verschillende varianten, drie vragen bij de bespreking van filmmateriaal: Wanneer? Wat? Waarom? Daardoor wordt gesproken over het moment waarop goed contact zichtbaar was en wat daar aan toegevoegd had kunnen worden om het contact nog beter te maken, waardoor de bewoner zich nog beter gezien, gehoord, erkend had geweten. Bij Marte Meo komt, door in te zoomen op wat goed gaat, via dit 'wanneer, wat en waarom' indirect bij deelnemers in beeld wat beter kan in hun zorg. Maar ook bij ZGG zijn er deelnemers die aangeven dat het "*ook fijn zou zijn dingen te zien en te bespreken die niet goed gaan.*"

Bij Zinzia wordt in eerste instantie vanuit een positieve waardering naar het opgenomen zorgmoment gekeken en gesproken. Toch hoeft dat volgens de geïnterviewden niet te betekenen dat zaken die niet goed gaan niet besproken zouden kunnen of mogen worden. Men is er van overtuigd dat juist het bespreken van de moeilijke punten veel kan opleveren. De manier waarop dat gebeurt is dan wel groot belang. *"Als het [tijdens het verzorgen van de bewoner] fout zou gaan, weet je dat je daar ook weer wat van leren kunt. Dat zie je ook op de opname dat het net niet helemaal gaat op de manier zoals je misschien zou willen. Maar dan kan je dat bespreekbaar maken. Wat ging er mis, wat deed ik verkeerd? Je bent je dan heel bewust wat je precies doet."* Het gaat er dan vooral om dat het wel op een positieve manier ter sprake gebracht wordt: "*Van niet zo goed reacties leer je ook hoe je dit soort reacties kan voorkomen. Maar wel benoemen in de positieve manier."*

6.2.3.4 De invloed van het meekijkend oog

Wanneer videobeelden ingezet worden om met zorgverleners te spreken over het anders kijken, duiden en doen in de zorgrelatie is het van belang er rekening mee te houden dat het maken van videobeelden van invloed kan zijn op het 'gewone doen' van degene die gefilmd wordt. De afwijking van het 'gewone doen' zou in het kader van vergroten van kwaliteitsbewustzijn overigens mooi bespreekmateriaal kunnen zijn: wat is dan het gewone doen? wat doe je anders en waarom?

Hoewel sommige zorgverleners aangeven de aanwezigheid van een camera te vergeten, is het voor anderen toch een instrument dat het contact met de cliënt beïnvloedt. Deelnemers van de afdeling Somatiek van BrabantZorg zeggen: "*En je hebt het toch in de gaten, zo'n camera. Het gesprek liep toch anders dan normaal. Je weet dat er iemand staat, normaal ben je misschien wat vrijer. Contact met de bewoner is dan anders.*" en "*Als ik gefilmd word, heb ik sneller dat ik iets vergeet. Normaal hoef ik daar niet over na te denken. Dan zorg ik dat ik alles klaar heb liggen.*" Ook bij Zinzia noemen zorgverleners een zekere ongemakkelijkheid in het gefilmd worden. Deels om bovengenoemde redenen, maar ook de confrontatie met zichzelf in de opname en de angst dat men zichzelf niet is door het 'meekijkend oog' worden benoemd: "*Dan zou ik me heel erg bekeken voelen en dan twijfel ik of ik de zorg wel zou kunnen bieden, zoals ik dat normaal doe. Ik kan dan niet voldoende mezelf zijn, omdat ik zou weten dat ik later geëvalueerd zou worden. Niet omdat ik bang ben voor het commentaar dat ik zal krijgen, dat niet eens. Alleen het idee dat ik misschien niet mezelf zal zijn. Want als mensen*

de manier waarop ik zorg verleen niet goed vinden, dan mogen anderen dat altijd zeggen. Je wilt het juist goed doen! Dat is het dus niet. Maar het is confronterend."

6.2.3.5 Relatie tussen videogebruik tot andere overlegmomenten

Wanneer bij het bespreken van videobeelden gerelateerd kan worden aan wat bv. in een omgangsoverleg is afgesproken kan het anders kijken naar en duiden van een zorgmoment verduidelijkt worden. Videobeelden kunnen omgekeerd ook helpen een omgangsoverleg te concretiseren en het anders kijken en duiden te versterken in aanloop naar het anders dóen. Het samengaan van leermiddelen versterkt het effect en bevordert de doorwerking ervan.

Bij ZGG is men op zoek naar verbindingen tussen Marte Meo en andere overlegmomenten, met name het omgangsoverleg, waar het gesprek over videobeelden een verdieping kunnen krijgen. Een psychomotorisch therapeut die opgeleid wordt als collega-trainer zegt daarover: "*Ik ben enthousiast over Marte Meo, want als lid van het PSOT-team*[23] *kan ik de afspraken die in het omgangsoverleg gemaakt zijn meer 'body' geven voor wat betreft houding, mimiek, manier van contact maken*."
Er is geëxperimenteerd met het gebruik van een filmpje in het omgangsoverleg en dat pakte heel goed uit: "*We hebben ook een filmpje gebruikt bij een omgangsoverleg, daar brengen we niet alleen probleemgedrag in, maar ook groepsinteracties. Iemand van de vorige basiscursus heeft een filmpje getoond hoe je bij iemand in je eentje ADL kunt doen, terwijl collega's vaak zeggen: we doen het met z'n tweeën, want ze wou al niet. Vervolgens hebben ze dan geen contact meer, zij deed het alleen en had wel contact en dat heeft ze laten zien en dat was heel mooi, collega's vonden het ook mooi om te zien. Mevrouw was er veel meer bij en kon meehelpen*." Het gaat daarbij niet alleen heel pragmatisch over hoe je van mevrouw gedaan kunt krijgen wat je als zorgverlener wilt, maar ook om het contact en om de zorg voor mevrouw zo soepel mogelijk te laten verlopen: "*Je probeert op de beste manier mevrouw de juiste zorg te geven."*

Bij Zinzia vinden de deelnemers aan omgangsoverleggen met video dat ze door het gebruik van beelden makkelijker met elkaar in gesprek gaan en het gesprek ook langer beklijft, ook ná het omgangsoverleg in de 'wandelgangen'.

6.2.3.6 Leidt het anders kijken en anders duiden nu ook tot anders doen in de zorgrelatie?

Er is voor de bewoner/cliënt én voor de zorgverlener veel te winnen bij een beter contact met de bewoner: de zorg verloopt soepeler en prettiger. Videobeelden zijn behulpzaam bij het anders te leren kijken en duiden wat eerder mogelijk niet gezien werd in de interactie tussen zorgverlener en bewoner/cliënt. Ze helpen (onbewust) zorggedrag expliciet en daardoor herhaalbaar te maken. Van belang is daarbij wáár precies naar gekeken wordt, hóe dat geduid wordt en wát dat precies betekent voor het handelen in de zorgrelatie. Wat in z'n algemeenheid te zien is, is dat de wijze waarop contact gemaakt wordt en wat de impact daarvan is op de zorgvrager, centraal staat. De nadruk die Marte Meo daarbij legt op het 'aandacht hebben voor het vergroten van de eigen kracht van bewoners/cliënten' kan ook leiden tot een beter zelfbeeld en groter gevoel van eigenwaarde van bewoners/cliënten.

[23] PSOT; Psycho Sociaal Ondersteunings Team.

Het lijkt er echter ook op dat 'anders doen' niet automatisch beklijft en dat 'onderhoud' nodig is, door op verschillende momenten terug te komen op het geleerde. Wel wordt het makkelijker elkaar aan te spreken op wat er in de zorgrelatie gebeurt en elkaar daarin te coachen.

Een reden om te gaan filmen is volgens een deelnemer van de 'collega-trainercursus' bij ZGG: "*Een collega die moeilijk contact krijgt met een bewoner en dat je in hele kleine dingetjes wel ziet dat ze een beter contact kan maken en dat aan hem/haar kan vertellen: als je dat zo doet, dan bereik je mevrouw of meneer veel beter. Dat soort kleine dingetjes is al genoeg*." Dit zal leiden tot beter communicatie-gedrag, waardoor zorg beter kan aansluiten bij de bewoner/cliënt. Gevraagd naar wat bewoners zouden merken van dat medewerkers deelnemen aan Marte Meo antwoordt één van de deelnemers: " *Ik denk dat je dan terugkrijgt dat het kwaliteitverhogend is en dat er goede contactmomenten zijn, dat ze er mogen zijn, dat iemand er echt eens even voor hun is, maar ook dat medewerkers er met plezier zijn, en dat ook voelen, dat geeft plezier en kwaliteit.*"

Het werken met videobeelden leidt er bij Zinzia toe dat men elkaar aanspreekt en coacht. Men kan makkelijker frustraties over 'niet gelukte zorg' uiten en accepteren, is zich beter bewust van wat werkt en wat niet en ziet in dat sommige eigen wensen en verlangens (dus van zorgverleners over hoe het ideaal zou moeten gaan) niet haalbaar zijn. "*Ik denk dat we als team nu wel meer hebben: dóe het maar gewoon, want je trekt aan het kortste eind, het heeft gewoon geen zin.[…] Ik denk dat je door die handvaten met een fijner gevoel naar die mevrouw kunt gaan en dat die mevrouw meer voelt dat we haar begrijpen, dat we doen wat mevrouw graag wil."*

Het creëren van een goed gespreksklimaat en het bieden van handvaten hoe met lastig ervaren gedrag van bewoners om te gaan, lijkt een tweesnijdend zwaard: aan de ene kant helpt het zorgverleners om frustraties te delen over lastige situaties en er mee om te leren gaan, aan de andere kant heeft dat ook tot gevolg dat zorgontvangers minder van dat lastige gedrag gaan vertonen, waardoor de zorg ook makkelijker, soepeler, efficiënter en met trots gegeven kan worden. "*Je kan er tegenop zien om deze bewoner te helpen, maar je wilt toch dat die bewoner geholpen wordt. Door de handvaten die je nu mee krijgt, krijg je het in alle rust gedaan. Er zijn soms momenten dat het wel moeilijker gaat. Nou, dan pak je even rust en krijg je het later wel gedaan."* Dit alles is waarschijnlijk niet alleen te danken aan het gebruik van beeldmateriaal, maar zal ook samenhangen met dat het onderwerp in het omgangsoverleg ter tafel kan komen, hoe het gesprek daarin geleid wordt en of medewerkers zich veilig genoeg voelen om zich (kwetsbaar) te uiten en hun wil om te blijven leren.

In de gesprekken binnen Zinzia is ook gevraagd naar wat deze manier van onderling bespreken nu voor verschil zou kunnen maken voor zorgontvangers. Zoals hierboven ook reeds aangegeven staat, wordt de zorg makkelijker, soepeler en efficiënter. Doordat zorgmedewerkers beter weten wat werkt bij een bewoner, voelt deze zich waarschijnlijk beter begrepen. Medewerkers melden dat het lastige gedrag vermindert, dat het beter lukt om bewoners zorg te bieden en de zorg af te maken. Dat uit zich bijvoorbeeld in dat de bewoner beter is gaan slapen, daardoor minder chagrijnig is en daardoor weer makkelijker in de omgang en minder agressief is. Een ander gevolg is dat ook medebewoners minder last hebben van agressief of onaangepast gedrag van de besproken bewoner.

Bij BrabantZorg zijn op het moment van de onderzoeksinterviews nog maar een paar bijeenkomsten geweest waar een filmpje besproken is. Een antwoord op de vraag of ze door het deelnemen aan

bijeenkomsten waar filmpjes besproken worden anders zorg gaan verlenen, is voor deelnemers niet eenvoudig te geven. Maar gaande de interviews komen er toch zaken boven tafel. Op de vraag aan twee deelnemers of ze ook dingen anders gaan doen, anders zorg verlenen, luidt het antwoord: "*Ikke niet (*de ander beaamt dat, eb*). De volgende dag lette ik er wel op dat ik inderdaad preciezer ging uitleggen en na een poosje zakte dat wel weer weg. Ik ging niet veel anders doen dan een paar kleine dingetjes, maar in grote lijnen hetzelfde."* De vervolgvraag 'Wat deed je dan anders?' leidde ook tot antwoorden die wijzen op beter contact maken: "*Ik denk toch meer info geven, zeggen wat je doet, iets minder automatisch bijvoorbeeld de arm pakken om te gaan wassen.*" Wat maakt het uit voor een cliënt of je dat wel of niet doet? "*Dat iemand misschien niet denkt: 'wat gebeurt er?' Sommige bewoners reageren ook als je niks zegt en iets doet, dan houden ze zich krampachtig, maar als je veel praat, zegt wat je gaat doen en vraagt om mee te helpen, dan werkt dat wel. Dat is mijn meerwaarde. De zorg gaat makkelijker. Dat is voor de verzorging en voor de cliënt prettiger.*"
Het afdelingshoofd van BrabantZorg wil de videobesprekingen ook gebruiken om met medewerkers taal te ontwikkelen om over goede zorg te praten. Vanuit de beelden en de bespreking ervan moet een beeld van goede, presente zorg gaan ontstaan.

6.2.3.7 Zorgethische verdieping

In de vorige paragraaf staat beschreven en geïllustreerd dat videobeelden vooral gebruikt worden om te laten zien wat er in het contact tussen de bewoner/cliënt en de zorgverlener gebeurt en wat versterkt zou kunnen worden om de zorg beter te laten verlopen. Vaak gaat het dan om goede communicatie met en betere aansluiting bij de bewoner/cliënt. Echter, zorg die goed verloopt is niet per definitie goede zorg. Kwaliteitsbewustzijn is gebaat bij zorgethische verdieping die bij de videobespreking niet altijd plaatsvindt en waarvoor soms verwezen wordt naar andere overlegvormen.

Bij ZGG zou, zo zegt een psychologe, het omgangsoverleg of bijvoorbeeld een teamoverleg ook het platform kunnen zijn voor zaken die bij het bespreken van filmmateriaal op tafel komen, maar die in het kader van Marte Meo niet uitgediept worden. Zo hoorde de eerste onderzoeker tijdens een Marte Meo bijeenkomst een medewerker zeggen dat je moet oppassen dat mensen niet in hokjes gezet worden, dat je open moet blijven kijken en dat voorinformatie je gedrag kleurt. Voor een gesprek hierover werd verwezen naar een overlegvorm waar dieper op dit soort kwesties ingegaan kan worden.

Ook bij BrabantZorg bieden beelden en de bespreking ervan mogelijkheden om de stap te maken naar waarden die je als zorgverlener en als afdeling/organisatie hoog wilt houden. Uit het verslag dat de onderzoeker maakte over een videobespreking: *"Ergens zegt meneer dat hij niet op een woord kan komen. Zorgverlener zegt: 'we komen er wel uit', mooi, geeft eigen baas gevoel. Maar wat kan de betekenis zijn van het erkennen van het onvermogen en het verdriet dat ermee gepaard gaat, erkenning geven voor het feit dat het verdomd lastig en naar is, wanneer je niet meer op zaken kunt komen?"* en *"Meneer noemt zorgverlener een leuke juf, de liefste zuster. Ze zegt tegen hem dat ze het fijn/lief vindt dat hij dit tegen haar zegt. De trainer benoemt dit als een wederkerige relatie, je vertelt ook iets over jezelf en je laat weten hoe je het vindt. Klopt denk ik, en een stap verder zou kunnen zijn dat je het met elkaar hebt over dat het kan bijdragen aan gevoel van waardigheid van meneer wanneer je dit zo doet, dat meneer ook iets kan/mag betekenen voor zorgverlener!"*

Een zorgethisch onderwerp dat bij Zinzia aan de orde kwam, waren de eigen fatsoensnormen van de zorgverlener die niet door de bewoner ingelost konden worden. *"Ik heb hier dertig bewoners en die willen allemaal mijn aandacht. Elke bewoner weet dat ie soms even moet wachten. En de ene moppert als ik soms iets later kom, maar dan lachen ze weer. De ander zegt: ben je zo druk, geeft niet hoor. En bij deze bewoonster krijg je negen van de tien keer een uitbarsting. Als je maar gewoon met z'n tweeën hier loopt en je hebt het onwijs druk, dan vind ik dat niet helemaal terecht. Je weet wel dat zij een gedragsprobleem heeft, en het begrip daarvan zal zij nooit krijgen. Maar het zou wel heel fijn zijn. Ik ben ook wel – dat is mijn eigen persoonlijkheid: iedereen heeft hier even veel recht op zorg, maar ik vind ook dat iedereen moet leren dat je maar twee handen hebt meegekregen. Ik zal net als alle andere collega's door het vuur gaan, maar ik vind ook dat bewoners net als iedereen moeten leren dat ze af en toe even moeten wachten. Ik kan niet binnen 1 minuut van hier naar de andere kant komen. Ik verwacht van beide kanten begrip: ik van zorgvragers en zorgvragers van mij. Ik zou nooit zeggen: u krijgt van mij nu geen zorg. Nee, absoluut niet! Maar ik heb er wel moeite mee. Iedereen krijgt zijn waarden en normen mee en iedereen heeft zijn eigen grens."* Dit vraagt om een goed gesprek met elkaar over de invloed van je eigen normen en waarden en wat je daarmee doet op de kwaliteit van zorg.

6.2.4 Inzichten met betrekking tot videogebruik

Wat kunnen we nu zeggen over videogebruik in relatie tot het kwaliteitsbewustzijn van zorgverleners? Wat zijn de werkende bestanddelen en de randvoorwaarden waaronder het gebruik van video die werking kan hebben? Het lijkt een krachtig leermiddel te zijn, omdat het bewust maakt van eigen gedrag en aanzet tot een gesprek erover. De waardering van deelnemers gaat over bewust worden van en zicht krijgen op diverse aspecten in de omgang met bewoners/cliënten. Door het bespreken van videobeelden krijgt dat wat onbewust gedaan wordt een naam en daardoor kan het gesprek gaan over de mogelijkheid om door beter contact met de bewoner tot betere zorg te komen. Het samen kijken naar en praten over beelden met als ingang de contactprincipes zoals ze bij VIB/VIO en Marte Meo geformuleerd zijn, verhoogt de kwaliteit van zorg: oogcontact maken, aansluiten in tempo, en de ander bevestigen, helpen de zorg beter te laten verlopen en het zorgmoment voor zowel de bewoner als de zorgverlener als goede zorg te laten ervaren. Sommige geïnterviewde zorgverleners geven aan dat het zich gefilmd weten leidt tot anders zorgverlenen en anderen dat het kijken en spreken over situaties waar het niet goed gaat mogelijk nog meer profijt zou opleveren. Een vraag die bij de onderzoekers rijst is of door de nadruk die bij de bespreking van het videomateriaal ligt op wat goed gaat in het contact, zorgethische kwesties voldoende in beeld brengt. Een zorgethische verdieping die zou kunnen leiden tot grotere effecten in kijken, duiden en doen vraagt verbreding van het gesprek om te komen tot verheldering van zorgvisies en de betekenis daarvan voor het handelen in de zorgrelatie. Het materiaal stelt ons nu niet in staat iets te zeggen over de veronderstelling dat de door de organisatie gehanteerde zorgvisie en een eventuele scholing daarover van invloed zijn op wat het gebruik van video oplevert.

Samenvattend kunnen we een aantal werkzame bestanddelen benoemen en daaraan gekoppeld enkele randvoorwaarden waarmee het gebruik van video een positieve bijdrage kan leveren aan kwaliteitsbewustzijn:

Werkzaamheid berust op:

- Aansluiting van het leermiddel bij de leerstijl van zorgverleners en het enthousiasme van deelnemers dat daardoor over het leermiddel ontstaat.
- Bij de bespreking de nadruk leggen op wat goed én op wat niet goed gaat.
- Deelnemers de gelegenheid geven vertrouwen en waardering voor het eigen kunnen op te bouwen.
- Zorgethische verdieping aanbrengen: zorg die goed verloopt is niet per definitie goede zorg.
- Als door de aanwezigheid van een camera sprake is van 'afwijken' van het gewone doen, dit gewone doen en de 'afwijking' thematiseren.
- Het leereffect van videogebruik versterken door relatie met andere leermiddelen.
- Het leereffect versterken door 'onderhoud'.

Randvoorwaarden:

- Een goede gespreksleider.
- Een veilig leerklimaat, waar schaamte niet hoeft maar er wel zijn mag.

6.3. Exposure-opdracht

Bij een exposure-opdracht[24] stelt een zorgmedewerker zich op een of andere wijze bloot aan de leefwereld van de zorgafhankelijke. Door te ervaren hoe het is om zorgafhankelijk te zijn, kunnen zorgmedewerkers leren zien wat er bij zorgontvangers op het spel staat. Door hier goed op door te denken en met elkaar over in gesprek te gaan, wordt beoogd dat zorgmedewerkers anders gaan kijken, duiden en doen. In het denken over de exposure-opdracht deden ZZV, Sevagram en Zinzia mee.

6.3.1 Inventarisatie: het verloop van een exposure-opdracht en de inbedding ervan

Zorggroep Zeeuws Vlaanderen

ZZV heeft de mogelijkheid om zorgmedewerkers een exposure-opdracht van 36 uur (inclusief voor- en nabespreking) te laten ondergaan. Medewerkers die gaan meedoen worden door middel van een gesprek voorbereid op wat komen gaat en worden gevraagd een profiel aan te nemen van iemand die zorg behoeft. Daarin kunnen ze hun eigen grenzen verkennen. De eigenlijk exposure-opdracht volgt een paar weken later en vindt plaats binnen sTimul, een voormalige kleuterschool die is omgebouwd tot een kleine zorginstelling met één- en tweepersoonskamers, gedeelde badkamers, een huiskamer, een keuken en allerlei hulpmiddelen die het aannemen van een profiel vergemakkelijken. De medewerkers maken kennis met degenen die hen gaan verzorgen (leerlingen van een zorgopleiding) en in een persoonlijk gesprek laten ze weten wat hun profiel is. Halverwege de ochtend nemen ze hun profiel aan en dan is het 24-uur lang (met even een kleine pauze aan het einde van de middag) zorg ondergaan en ervaren wat dat met ze doet. Aan het einde van de volgende ochtend leggen

[24] Bij ZZV spreekt men van een Inleefsessie. Ten behoeve van de leesbaarheid gebruiken we in dit verslag alleen het woord Exposure-opdracht, ook waar het ervaringen van ZZV betreft.

ze hun profiel af en wordt er afgesloten met een lunch samen met de zorgverleners. Daarna volgt een feedbacksessie waarin de exposanten[25] individuele feedback geven aan zorgverleners. In een gezamenlijke sessie wordt verder stilgestaan bij de ervaringen van exposanten en van de leerlingen. Na 6 weken komen de exposanten gedurende een dagdeel bijeen om te reflecteren op de ervaring en de doorwerking ervan op de eigen zorgpraktijk. De leerlingen komen bij sTimul niet meer in beeld, maar worden begeleid door hun eigen docenten.
ZZV, die belevingsgericht werken heeft omarmd, is op verschillende manieren bezig met bevordering van kwaliteitsbewustzijn en teams hebben de mogelijkheid om in vervolg op de exposure-opdracht begeleiding aan te vragen bij intervisie.

Sevagram

Sevagram (locatie Molenpark) maakte met de exposure-opdracht kennis in een traject rond presentiescholing. In dat traject is in 2010 tien verpleegkundigen geschoold tot interne presentietrainer. Deze tien medewerkers hebben in dat kader een gemiddeld 4-uur durende exposure-opdracht ondergaan. Zij hebben daartoe een halve dag of nacht op een zorgafdeling verbleven en daarbij een zorgafhankelijk profiel aangenomen. De exposure-opdracht is voorbereid met een oefening in perspectiefwisseling, waarbij de medewerkers naar een documentaire keken en een personage kozen vanuit wiens perspectief ze een ervaringsverslag schreven. De exposanten schreven een exposureverslag dat door de externe trainers werd becommentarieerd en in kleine groepen is gereflecteerd op de ervaring. Over deze reflectie is ook een verslag geschreven. Verder heeft in 2011 een groep teamleiders een verplichte exposure-opdracht ondergaan in het kader van een tweejarige management leergang. Ook zij hebben een halve dag op een afdeling gezeten, waarbij ze een zorgafhankelijk profiel aannamen. Zij schreven een verslag, waarbij ook de opdracht was om vanuit de drie zorgvisies die bij Sevagram (locatie Molenpark) gehanteerd worden (te weten Presentie, Planetree en Disney) tips en tops te geven aan de afdeling waar ze verbleven en voor hun eigen afdeling.
Sevagram hanteert Planetree als overkoepelende zorgvisie en ziet de presentiebenadering als een invulling van het Planetree-component menselijke interactie en liefdevolle bejegening. Medewerkers kunnen ook meedoen aan moreel beraad en het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) inroepen indien zij in ernstige zorgverlegenheid raken. Daarnaast zijn er zogeheten agressie-coaches actief die met medewerkers nadenken over situaties waarbij hun gedrag agressie bij bewoners oproept. Er is veel aandacht besteed aan het leren geven en ontvangen van feedback en aan het scholen van medewerkers van facilitaire dienst en de gasterie in omgaan met dementerende ouderen.

Zinzia

Zinzia is druk doende Presentie en Lean als leidende principes in te voeren; men wil naar excellente zorg. In het kader van Presentie is onder meer een tiental medewerkers geschoold om als interne trainer met afdelingsteams een Presentie-leertraject te doorlopen. De interne trainers hebben allemaal een halve dag een exposure-opdracht ondergaan. Zij zijn daarop voorbereid door middel van het oefenen in perspectiefwisseling, zij schreven een verslag en hebben hierop in kleine groepen met de presentietrainer gereflecteerd. Zinzia wil presentiescholing organisatiebreed invoeren en als deel van het leertraject dat de teams doorlopen, ook het doorvoelen van zorgafhankelijkheid door middel van een exposure-opdracht. Gezien de grootte van de organisatie en de daarbij lastig op te lossen

[25] Een exposant is dus iemand die een exposure-opdracht ondergaan heeft.

logistieke en ethische problemen[26] om vele medewerkers binnen de organisatie een dagdeel in een zorgafhankelijke positie te plaatsen, zijn drie verschillende lichtere varianten bedacht: 1) het kijken naar een videofragment met een kijkopdracht en deze groepsgewijs nabespreken; 2) aan de hand van een geschreven casus vanuit het perspectief (in de ik-persoon) van de bewoner dan wel vanuit het perspectief van de zorgverlener een brief schrijven naar 'een goede vriendin' over diens kijk op de werkelijkheid en deze groepsgewijs nabespreken; 3) het ondergaan van een 'onderdompeling' in de leefwereld van bewoners op de afdeling/huiskamer voor de duur van vier uur.

6.3.2 De ontwikkel- en experimenteerfase

We zien grote verschillen in hoe een exposure-opdracht in z'n werk ging en dit leidde tot verschillende vragen die meegenomen zijn in de ontwikkelagenda. De algemene vraag die voorligt ten aanzien van de exposure-opdracht is: wat kunnen we zeggen over de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om te kunnen spreken van anders kijken, duiden en doen en een blijvende goede gewoonte te bewerkstelligen om na te denken over het handelen en de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener? Daarnaast hebben ZZV en Zinzia ook specifieke vragen, die overigens ook een algemener belang kunnen dienen. ZZV is met exposure-opdrachten begonnen in verpleeghuizen en zoekt naar goede manieren voor ziekenhuispersoneel en voor medewerkers in de thuiszorg om een soortgelijke opdracht uit te voeren. De ervaringen tot nu toe laten zien dat daar speciale eisen aan gesteld moeten worden om 'levensecht' te zijn en bij de nabespreking niet te verzanden in discussies rond opmerkingen als 'ja maar, bij ons is dat niet aan de orde'. Deelname aan het ActiZ-programma biedt een extra impuls om hier antwoord op te krijgen.

Zinzia zoekt naar verschillende manieren van 'zorgafhankelijkheid oproepen', die ook organisatiebreed gedaan kunnen worden, zonder dat er een exposure-moeheid in de organisatie ontstaat bij medewerkers en bij zorgontvangers en de investeringen (financieel en in tijd) te groot worden. Wat levert een halve dag exposure-opdracht op en welke lichtere vormen van het oproepen van zorgafhankelijkheid zijn mogelijk en wat brengen die teweeg? Het ActiZ-programma biedt een goede gelegenheid hierin zaken uit te proberen en te volgen. Een onderlinge vergelijkbaarheid is echter te lastig. De ervaringen en inzichten rond de exposure-activiteiten uit 2010/11 bij Sevagram worden meegenomen in het beschrijven van de opbrengsten uit deze fase.

6.3.3 Opbrengsten

Om de opbrengsten in beeld te krijgen is bij ZZV gesproken met drie medewerkers die een exposure-opdracht ondergaan hebben (exposanten), heeft de onderzoeker zelf een exposure-opdracht ondergaan en deelgenomen aan de bijbehorende bijeenkomsten en is gesproken met twee exposure-opdrachtbegeleiders. Bij Sevagram hebben vier verpleegkundigen een vragenformulier teruggestuurd, is twee keer gesproken met drie en één keer met twee teamleiders en met de locatiemanager van Molenpark, de drijvende kracht achter de exposure-opdracht. Bij Zinzia zijn vijf trainers van de interne presentie-trainingen bevraagd op hoe zij de exposure-opdracht hebben vormgegeven, welke barrières zij tegengekomen zijn en wat in hun ogen de effecten van de opdracht voor zorgmedewerkers als ook zorgontvangers zijn.

[26] Een ethische kwestie is bv. of het aanvaardbaar is bewoners steeds 'op te zadelen' met medewerkers die in de huiskamer komen zitten als medebewoner.

6.3.3.1 Een indringende ervaring

Het doen van een exposure-opdracht wordt over het algemeen ervaren als iets indringend, iets wat je aan het denken zet over je werk en over zorgafhankelijkheid. Door de positiewisseling laat het zorgverleners anders kijken, nl. vanuit het perspectief van iemand die zorgafhankelijk is en kan leiden tot andere duiding van wat ze in de dagelijkse zorg zien bij bewoners/cliënten. Een exposure-opdracht, met name die waarbij de exposant een dagdeel in een zorgafhankelijke positie zit, levert een ervaring op die op geen andere wijze te bereiken is.

Een van de teamleiders van Sevagram verwoordde dat als volgt: "*Ik vond het zo persoonlijk, ik ben aan mijn vader terug gaan denken die ook in een verpleeghuis woonde, de ervaring die ik toen had als man tussen alle vrouwen, geen aanspraak, je zit daar en je bekijkt het maar, zie die dag door te komen. Heeft pa dit ook zo ervaren, triest als je daar zit aan het einde van je leven, je wilt nog iets samen met je vrouw en dan zit je daar. Bekijk het maar, je krijgt je kop koffie, maar als het dat dan moet zijn..... Heel confronterend.*" Tegelijkertijd is het niet alleen een indringende ervaring die mensen aan het denken kan zetten, maar maakt het wisselen van perspectief ook dat zorgverleners weer zien waar zij het allemaal voor doen.

Presentietrainers bij Zinzia zegen hierover: *"Eigenlijk zou iedereen zo'n ervaring en beleving moeten hebben! Ik ben nu anders gaan kijken of mensen een hulpvraag hebben of niet en wat het voor hen betekent om afhankelijk te zijn. En de manier waarop wij bewoners kunnen benoemen – zoals 'complexe zorg' – dat dat onze manier van kijken naar hen ook tekent." "Ik vond dat ik al best present mijn werk deed, maar sinds ik hier mee bezig ben, is mijn werk wel waardevoller voor mij geworden. Absoluut. Dat je andere dingen ziet. Soms hele kleine dingetjes, maar wat voor iemand dan heel belangrijk is."*

6.3.3.2 Ervaren of observeren of zelfs uittesten

Exposanten lijken verschillende doelen te hebben bij het doen van een ervaringsopdracht. Het eigenlijke doel is te ervaren hoe het is zorgafhankelijk te zijn en vanuit die ervaring de eigen zorgverlening onder de loep te nemen. Het willen ervaren van zorgafhankelijkheid lijkt het meeste op te leveren, mits een opdracht gekozen wordt die niet te voorspelbaar is en de eigen grenzen opzoekt en oprekt. Veel exposanten zijn daarnaast, soms zelfs vooral bezig collega's die hen zorg verlenen te observeren, geven weer wat ze geobserveerd hebben en verbinden daaraan enerzijds suggesties voor de zorgverlener partij en anderzijds eigen voornemens om het 'niet (meer) zo te doen als zij'. Een enkeling gaat zover dat in de zorgafhankelijke positie voorgenomen gedrag vertoond wordt om bij zorgverleners iets uit te lokken en ze zo uit te testen.
De leerervaring die men opdoet in termen van anders kijken en duiden is sterk afhankelijk van het gekozen doel, waarbij het zelf willen ervaren van zorgafhankelijkheid het meeste effect oplevert Dit vraagt goede begeleiding bij de voorbereiding van de exposure-opdracht.

<u>Ervaren</u>
Een teamleider bij Sevagram wilde gewoon eens ervaren hoe het is om zorgafhankelijk te zijn en zij zegt: "*Wat ik het ergste vond (en nu let ik daar heel erg op): we kregen soep, medewerkers gingen op lunchpauze en er kwamen twee andere zorgverleners. Ze gingen met de rug naar me (en alle anderen) toe de soep eten. Ik voelde me buitengesloten en toen dacht ik: dit mag niet gebeuren en het*

eerste wat ik zie als ik in een woning kom en ze zitten aan de balie: ga bij de mensen zitten, je wijst mensen af, ik weet dat het niet jullie bedoeling is, dat je ongestoord wilt werken, maar het voelt als afwijzing voor de mensen. Dat heb ik lijfelijk ervaren, waarom komen ze er niet even gezellig bij zitten? Eet met ons die kop soep. Eet met de bewoners, drink samen koffie en niet apart. Ik voelde dat heel erg en bewoners kunnen dat ook zo ervaren. Wat ik een pijnlijke ervaring vond: ik heb veel rugklachten ik kreeg pijn in m'n benen en kon echt niet uit de stoel komen. Die zorgverlener vroeg, gaat het? Ik gaf aan dat ik m'n benen niet meer kon strekken van de pijn in m'n rug. Ze kon me niet alleen helpen en ging iemand halen. En die zei: het mag voor jou een opdracht zijn, maar denk alsjeblieft aan onze rug. Ze geloofde me niet, dat ik pijn had. Een heel pijnlijke opmerking. Het was geen aanstellen en dan is zo'n opmerking ongepast. Ook bij onze bewoners. Hoe vaak zeggen we niet: even doorzetten, we zijn zo klaar."

Een andere exposant bij Sevagram die behoorlijk haar eigen grenzen oprekte, wilde ervaren hoe het was om een nacht op een vier-persoonskamer door te brengen en beschrijft een indringende ervaring: "*Er was een bewoner die ontlasting gemaakt had en ik lag naast deze bewoner. Ik vond de geur vreselijk en er werd gewerkt naast mij . Ik had geen klok, dus geen tijdsbesef. De zuster vond dat ik goed had geslapen en ik vond zelf van niet, dus mijn beleving was anders dan die van de professional. Er was een bewoner met een wisseldrukmatras, dit maakte veel geluiden. Ik lag aan de overkant, maar een bewoner ligt op het matras met de geluiden aan zijn/haar oor. In de ochtend maakte de professional het gordijn open het deed pijn aan mijn ogen [.....]. Ik kreeg het ontbijt op een smerig nachtkastje*." Ze geeft aan dat een exposure-opdracht bijdraagt aan kwaliteit van zorg, omdat je beter gaat nadenken wat je de zorgvrager aandoet met je 'goede bedoelingen'.

Weer een andere exposant zocht het doel in een ervaring die te klein en voorspelbaar was. Ze wilde voelen wat een bewoner ervaart bij een transfer in een actieve en passieve tillift: "*Voor mijzelf was het al duidelijk dat het voor de bewoner een angstige onderneming is*."

<u>Observeren</u>

Een exposant bij ZZV die vooral geobserveerd leek te hebben hoe de te ontvangen zorg verleend werd, beoordeelt de exposure-opdracht als een haast zinloze ervaring, omdat de zorg die ze kreeg niet goed was. Op de vraag of ze terug kan halen wat de belangrijkste ervaringen waren antwoordt ze: "*Eigenlijk heel weinig, mijn sTimul-ervaring is niet zo'n heel goede geweest. We zaten daar inderdaad maar, we zaten wat voor de tv. De meisjes die er waren, waren zeer ongemotiveerd. Ze zeiden: we hebben niks met dementerende mensen, wij gaan in het ziekenhuis werken. Mijn ervaring was dus helemaal niet goed. De ervaring van de zorg was niet goed en er werd ook niks bijzonders gedaan er werd weinig op mij ingespeeld, ik zat op een bankje, maar werd niet gemist* ." Dit zou overigens een heel goede leerervaring kunnen opleveren, mits bij de nabespreking goed 'uitgebuit'. De onderzoeker weet niet of dit punt in de nabespreking aan de orde is geweest.

<u>Uittesten</u>

Een andere exposant wilde zijn eigen aanname en daarbij de zorgverleners testen: "*Mijn doel was eigenlijk te ervaren hoe het is om afhankelijk te zijn. Wij denken altijd dat iemand het zelf niet meer ervaart afhankelijk te zijn. Dat dacht ik altijd bij de man waar ik [als exposant] op lijk. Dat wilde ik ervaren, hoe ze dan met je omgaan. Of ze je persoonlijk nemen of dat je alleen maar iemand bent die het toch niet meer merkt, dus wat zouden ze? De meer verbalen kregen meer aandacht. Ik dacht, iemand die zo teruggetrokken is, heeft wel behoefte aan lichamelijk contact, een hand op je rug, of.... En daar reageerde ik ook expres op, als iemand me aanraakte dan keek ik ze echt aan, maar als ze*

iets tegen me zeiden dan reageerde ik niet." Even verderop antwoordt hij op de vraag of hij naar aanleiding van de exposure-opdracht anders is gaan handelen: "*Om eerlijk te zijn niet, de eerste week wel, liep ik steeds met de gedachte rond: dat zou ik ook niet leuk vinden. Maar 't is moeilijk om je bij iedereen in te leven, er zijn ook mensen die het helemaal niet fijn vinden veel aandacht te krijgen. Op den duur weet je niet meer wat je in moet schatten bij iemand, dan val je weer terug. Ik vind van mezelf ook wel dat ik iemand ben die zich goed kan inleven.*"

6.3.3.3 Exposure-opdracht light

Een langdurende inleefsessie of exposure-opdrachten van een dagdeel kunnen logistieke, financiële en/of ethische problemen geven. Ook kunnen zorgverleners opzien tegen zo'n exposure-opdracht, omdat ze de heftigheid voorvoelen van bv. uren doelloos in een rolstoel te moeten zitten. Om toch iets van zorgafhankelijkheid te laten ervaren zijn* exposure-opdracht light *versies bedacht. De briefvariant lijkt goed te werken, dat wil zeggen: een anders kijken en duiden tot stand te brengen door perspectiefwisseling. Maar bij de film-variant leek het voor deelnemers te lastig om uit de observatiepositie te komen. Dat ook woonassistentes geholpen kunnen worden het perspectief van de bewoner op te zoeken, blijkt uit de effecten van de op maat gemaakte opdracht.

Binnen Zinzia is geëxperimenteerd met lichtere vormen van exposure-opdrachten, die plaatsvonden in het kader van presentietrainingen aan zorgteams. Naast de gebruikelijke 'onderdompeling', waarbij zorgverleners zich een dagdeel in de positie van bewoners plaatsen, zijn er twee vormen uitgeprobeerd om te kijken in hoeverre deze zorgverleners hielpen het perspectief van de zorgafhankelijke in te nemen:

1) Aan de hand van een uitgeschreven casus over een bewoner en een zorgverlener schrijven de deelnemers voor de laatste trainingsdag een brief in de ik-persoon aan een goede vriendin. De groep is daarbij in tweeën gedeeld: de helft van de groep schrijft 24 uur uit een dag vanuit het perspectief van de bewoner. "*Niet alleen feitelijkheden over bijvoorbeeld het dagprogramma, maar meer van: je wordt wakker en wat denk je dan, wat zie je dan, wat hoor je, hoe voelt dat?*" De andere helft schreef 24 uur vanuit het perspectief van de zorgverlener. Iedere deelnemer stuurt haar brief vooraf aan de laatste trainingsdag aan de presentietrainers, zodat de trainers zich kunnen voorbereiden op het nagesprek door het formuleren van verdiepende vragen ter reflectie door de deelnemers. Tijdens deze bijeenkomst bespreekt dan eerst de 'bewoners'-groep hun brieven en opgedane inzichten, vervolgens is de beurt aan de 'zorgverleners'-groep.
2) Op de laatste trainingsdag wordt gezamenlijk gekeken naar een videofragment over een zorgsituatie van een (dementerende) bewoner,[27] waarbij de deelnemers wordt gevraagd om vanuit het perspectief van de bewoonster te kijken. Na het kijken van de video schrijven deelnemers eerst voor zichzelf op wat ze ervaren hebben en vervolgens wordt dit in de groep nagesproken.

Als we deze twee light-varianten vergelijken, valt op dat de 'brief'-variant door de presentietrainers als uitvoerbaar en waardevol ervaren is. Zowel het schrijven als het gesprek kwam goed op gang: "*Het zette medewerkers stil. Geconcentreerd en met aandacht die brief schrijven, in de stoel van de bewoner gaan zitten: wat maak ik nu mee? […] Je wordt gedwongen na te denken over wat je precies vindt en welke normen en waarden je zelf hebt en of die wel aansluiten bij die van de bewoner. […]*

[27] Er is met twee videofragmenten geëxperimenteerd: de Belgische documentaire 'Mariëtte' (26 minuten, de kleinzoon van de bewoonster volgt haar in het verzorgingshuis); fragment van 15 minuten uit educatieve video 'Ruimte voor eigen leven' (Van Hemert Produkties).

Respons van de deelnemers was dat het heel waardevol was om het vanuit het bewonersperspectief te bekijken. Door zo te kijken, keken deelnemers kritisch naar zichzelf: "oh ja. Ik dácht dat ik wel zo present was, maar hóe ben ik dat eigenlijk?" Het beschrijven vanuit het zorgverlenersperspectief is voor exposure een wat vreemde insteek. In de exposure is het vooral te doen om het perspectief van de ander te leren zien en van daaruit te leren wat er voor de ander gedaan zou kunnen worden. Toch leverde het tegenover elkaar zetten van deze twee perspectieven volgens presentietrainers wel op dat dit mogelijkheden gaf om elkaar daarop onderling goed te bevragen.

De 'film'-variant werd door de twee trainsters die deze in twee verschillende groepen hadden uitgeprobeerd allebei als te moeilijk ervaren. De deelnemers hadden grote moeite om zich te verplaatsen in het perspectief van de bewoner. Zo bleven sommigen haken aan het (ver-)oordelen van de in beeld komende zorgverleners, in plaats dat het hen lukte zich in te leven in de in beeld gebrachte bewoner. Dit kan echter te maken hebben met het feit dat de situatie waarin gekeken werd niet optimaal was, met de gekozen film en/of met de wijze waarop de opdracht begeleid is. Lastig aspect bij deze twee varianten is de schriftelijke en talige component van de oefening: sommige zorgverleners zijn niet gewoon zich schriftelijk uit te drukken (hebben moeite met of schroom om te schrijven). Om leereffect te krijgen is het zaak om de drempel daarin zo laag mogelijk te houden, waardoor deelnemers zich niet geremd hoeven te voelen om zich – in hun ogen onbeholpen – te uiten.

Om te kunnen vergelijken is één groep gevraagd om een exposure-opdracht in de meer gebruikelijke vorm van 'blootstelling' (voor een dagdeel) te doen. Deze groep reageerde met veel weerstand tegen de opdracht. Dat is niet ongebruikelijk, maar in dit geval had dat ook te maken met een ongelukkige timing. Na de nodige 'massage' door de presentietrainster kwam iedere deelnemer uiteindelijk toch in een positie waarin hij/zij meer te weten kon komen over de leefwereld van de bewoner/cliënt.. De presentietrainster is daarbij op zoek gegaan naar een voor de betrokkene passende en uitvoerbare vorm voor bv. drie woonassistentes: *"Eén groepje van drie bestond uit woonassistentes[…] Wat moet je een woonassistent – die normaal de kamer komt schoonmaken of koffie en thee schenkt en soms helpt met een boterham snijden – laten doen om zelf 'de andere kant' te ervaren? Kijk, als je in een rolstoel gaat zitten of je uit bed laat halen, dan komen die ervaringen dicht bij de taak van een zorgverlener. Woonassistentes zien natuurlijk ook wel een rolstoel, maar zij hoeven bij wijze van spreken die rolstoel niet te duwen. Je kán het ze wel laten doen, maar je kunt je afvragen of dat het gene is was ze nodig hebben. Verder besloten we om de opdracht wat kleiner te maken: 1 of 1½ uur in plaats van een vol dagdeel van 3 of 4 uur. Uiteindelijk ben ik met deze woonassistentes heel blanco het gesprek ingegaan en zijn we samen gaan zoeken naar wat voor hun leerzaam zou zijn om iets te ervaren van hoe een bewoner hier woont en zich voelt. Toen kwam een van hen op het idee om een groepsbijeenkomst mee te maken die ik leid als geestelijk verzorger met bewoners rondom zingeving. Dat vond ik wel een goed idee, omdat je daar echt van mensen hoort wat hen bezighoudt en wat voor geschiedenis zij hebben. Op die manier leren ze die leefwereld van bewoners beter kennen. Na afloop heb ik met deze woonassistentes nabesproken, waardoor zij niet ook nog een verslag hoefden te schrijven. Dat was voornamelijk ingegeven omdat in ieder geval één van hen heel veel moeite had met schriftelijk, maar eigenlijk sowieso met taal. Ze zijn dus met z'n drieën bij die groepsbijeenkomst van 12 bewoners geweest en we hebben direct na afloop 3 kwartier nagesproken. En toen de 'exposure' een paar weken achter de rug was nog een gesprek van een kwartier om te kijken wat het hen nu gedaan heeft."* Zo blijkt bijvoorbeeld uit het door de presentietrainster geschreven verslag naar aanleiding van de mondelinge reflectie: *"De bijeenkomst raakte niet alleen haar zelf persoonlijk, maar ze zag*

ook dat het de bewoners raakte. Daardoor werd ze zich ervan bewust dat deze mensen een heel (bewogen) leven achter zich hebben en stuk voor stuk hun eigen zorgen, verdriet, angst en vreugde kennen. M. is zich nog meer bewust geworden dat iedere bewoner een eigen levensverhaal heeft. Ze ziet nu veel meer, dan daarvoor, de bewoner als uniek mens en zo probeert ze hen ook te benaderen."

6.3.3.4 De kunst van de reflectie

Wanneer we kwaliteitsbewustzijn willen cultiveren is goede reflectie cruciaal om de 'vertaling' van de exposure-ervaring in anders kijken, duiden en doen te maken. Bij een indringende ervaring als een exposure-opdracht is reflectie behoorlijk ingewikkeld. Dit vraagt verschillende bewegingen om uiteindelijk te komen tot een goed begrip van de perspectiefwisseling en daardoor gemotiveerd te raken anders te gaan kijken, duiden en doen.

Uit gesprekken met de locatiemanager en met exposanten maken we op dat het reflecteren op de opgedane ervaring niet altijd goed lukt. De neiging om, zoals in de vorige paragraaf staat beschreven, het vooral te hebben over wat men buiten zichzelf geobserveerd heeft is bij sommigen groot. De locatiemanager: "*Ze moesten ervaringen aan collega's vertellen, dat was een goede toevoeging. Dan zag je wel een tweedeling: mensen die konden reflecteren op zichzelf, anderen op wat ze zagen, die gingen het hebben over wat ze anderen zagen doen.*"

Bij ZZV kwam de reflectie op de eigen innerlijke ervaring en de betekenis daarvan voor de eigen zorgpraktijk vooral op gang door het gesprek dat plaatsvond zes weken na de exposure-opdracht. Een gesprek dat geleid werd door een daartoe geschoolde sTimul-trainer.

Ingewikkeldheid bij reflectie op de exposure-opdracht
In de eerste plaats hebben veel exposanten de neiging om collega's die voor hen zorgen te beoordelen en dat houdt af van reflectie op (de betekenis van) de eigen ervaring. Daarbij werkt de exposure-opdracht vanuit een positieverandering en de bedoeling is van daaruit naar de eigen zorgverlening te kijken. Daarbij moet de exposant zich ook nog realiseren dat wat hij/zij zelf in die positie als prettig zou ervaren niet betekent dat de bewoners/cliënten dat per definitie ook als prettig ervaren.

Een interne presentietrainer bij Zinzia ervaart bij het team dat ze schoolt, ook een gebrek aan vaardigheden en begrip om te komen tot perspectiefwisseling. Ze is van plan om gaande de scholing kleine oefeningen – bijvoorbeeld je tanden laten poetsen door een medecursist – in te bouwen die uitmonden in een exposure-opdracht, in de hoop dat zorgverleners gaan snappen wat een perspectiefwisseling is.

6.3.3.5 Ruimte voor en opvang van exposanten

Het doen van een exposure-opdracht roept veel op. Het kan gaan om verdriet en machteloosheid, maar ook om een diep gevoelde wens om hetgeen de ervaring aan inzichten oplevert rond kwaliteit van zorg om te zetten in 'anders doen'. Om frustratie te voorkomen is het van belang dat exposanten goed begeleid worden, dat wil zeggen dat leidinggevenden oor en oog hebben voor waar exposanten 'mee thuis komen'. Hoewel 'anders doen' vaak in kleine dingen zit, zoals in de volgende

paragraaf wordt beschreven, moet soms ook ruimte gemaakt worden om veranderingen in werkwijze door te voeren.

Een exposure-ervaring kan veel oproepen, ook verdriet en het gevoel dat er van alles anders moet op je eigen afdeling, maar dat je als exposant niet weet hoe die koe bij de hoorns te vatten of het gevoel hebt vast te zitten. Een teamleider zegt na een exposure opdracht: "*Ik dacht: het mag niet waar zijn dat we in 2012 nog steeds zorg geven waarvan je denkt: dit kan toch niet, na 40 jaar is het nog niet veranderd, er zijn nog altijd mensen die .....voor hen zou het zeker wel goed zijn zo'n opdracht te doen*."

Bij sTimul en Sevagram wordt het belang aangegeven van een exposure-opdracht door leidinggevenden, zo mogelijk nog eerder dan door hun teamleden. Zij moeten de noodzaak gaan voelen om ruimte te scheppen voor exposanten die terugkomen en met hun ervaring iets willen doen. De locatiemanager bij Sevagram zegt daarover: "*Aan gevoelens van machteloosheid en verdriet opgeroepen door de exposure-opdracht moet je zorg besteden, want het kan heel dichtbij komen. Ook als je bijvoorbeeld eigen familie hebt in een verpleeghuis. Je moet altijd goed luisteren. [...] Maar ik ben er ook van overtuigd dat er geen verandering komt, als je de plek der moeite niet durft op te zoeken, want dan krijg je aanpassinkjes, maar geen verandering.*"

6.3.3.6 Leidt het anders kijken en anders duiden nu ook tot anders doen in de zorgrelatie?

De zoektocht naar het anders kijken, duiden en doen om inzicht te krijgen in de vraag op welke manier kwalteitsbewustzijn wordt bevorderd, is in eerste instantie gericht op zorgverleners die in directe zorgrelatie staan met de bewoner/cliënt. Bij veel deelnemers is naar eigen zeggen inderdaad sprake van 'anders doen'. Maar ook teamleiders die een exposure-opdracht hebben ondergaan, blijken in hun leidinggeven anders te gaan doen, zoals aan het einde van deze paragraaf geïllustreerd wordt.

In één of andere vorm komt op de vraag wat het heeft opgeleverd een exposure-opdracht te doen, vaak het antwoord: "je wordt je meer bewust." Op de voor de hand liggende vervolgvraag wát ze zich dan meer bewust worden en wát ze dan anders doen kunnen de meesten heel goed aangeven wat dat is. Een exposant van ZZV: "*Ik ga nooit meer zonder kloppen en direct naar binnen. Stel: iemand wordt binnen verzorgd! Je bent dan een indringer en verstoort de intimiteit van de bewoner met degene die hem/haar op dat moment verzorgd. Dan ga ik die aandacht opeisen. Ik ervoer dat bij de sTimul-sessie: iemand was met me bezig en een ander komt binnen 'kan ik even wat vragen'? Het zijn kleine dingen, maar je leert er heel veel van. Ik was iemand die veel aandacht vroeg en het ook kreeg. De anderen werden bijna vergeten. Je moet de aandacht goed verdelen, iemand die niet vraagt moet ook aandacht krijgen. En zeggen is doen hè, niet zeggen ik ga zo met je naar buiten en het dan niet doen? Wanneer is 'zo'?*"
Op de vraag of hij anders doet in de zorg als gevolg van de exposure-opdracht antwoordt een andere exposant van ZZV: "*Ja misschien wel, voor hetgeen je ervan geleerd hebt. En hele kleine dingetjes, vragen 'wilt u dit echt of...'. Het ritme er een beetje uithalen, er niet vanuit gaan eens thee, altijd thee. Altijd vragen. Ik weet niet of ik dat voor sTimul al deed, maar nu doe ik dat zeker. Ook als mensen ja zeggen op 'wilt u thee' en ook ja zeggen op 'wilt u koffie', dan ga ik toch doorvragen en soms*

krijg ik een ander antwoord. [...] Wat ik ook nog wel geleerd heb: ze lieten me niet alleen als ik naar de WC moest, ze stonden altijd te wachten. Dat doe ik nu niet meer. Ik werd er ongemakkelijk van. Continue roepen 'Bent u al klaar meneer?' Ik ga nu naar buiten, maar ik luister wel zonder dat cliënten het merken. En wat ik vaak doe, is m'n arm omhoog houden, die kunnen ze dan pakken (in plaats van iemand ongevraagd vasthouden) of niet."

Eerder genoemde exposant bij Sevagram die op de vier-persoonskamer sliep zegt: "*Ik ben heel anders gaan werken: ik klop op de deur als ik een kamer inga; ik doe niet meteen het licht aan; ik maak iemand eerst wakker op een humane manier en dan gaat pas het licht aan. Ik leg de bewoner uit bij wat ik doe. Als het gedrag van de bewoners anders is (boos, verward, geïrriteerd), kijk ik eerst naar mijn eigen handeling: wat is er vooraf gegaan? Heb ik iets gedaan wat ik beter niet had moeten doen? Wat moet ik doen en wat moet ik laten? Hoe kan ik afstemmen en aansluiten van de zorg?"* Eén van haar collega's zegt: "*Sommige dingen lijken voor ons zo logisch. Terwijl, als je daar zit, dan is het anders. Zorgverleners lopen de hele tijd rond en zijn bezig, hebben het warm, terwijl de bewoners vaak stil zitten en het koud hebben. Meer respect voor de gevoelens van bewoners. [.....] Ik ben de bewoner nog meer op de eerste plaats gaan zetten en nog beter gaan luisteren naar de vraag achter de vraag*."

Teamleiders van Sevagram die een exposure-opdracht deden geven aan het belangrijk te vinden medewerkers uit hun routine te halen, hen een spiegel voor te houden. "*Mijn insteek is daar toch wel in veranderd ja. Eerst wist je van....die is altijd zo geweest, daar neem ik geen genoegen meer mee, ik probeer hun een spiegel voor te houden. Ook na 40 jaar trouwe dienst kun je nog veranderen.*" De teamleider facilitaire dienst nodigt medewerkers uit *"[...] niet steeds te bepalen voor de ander, maar zelf eens op de stoel van de bewoner te gaan zitten en dan te gaan kijken wat er moet gebeuren en niet vanuit het eigen referentiekader denken te weten wat de ander nodig heeft, nl. wat je zelf ook zou willen. Dat hoeft helemaal niet zo te zijn*."

6.3.3.7 Vasthouden voor optimale werking

Het vasthouden van de ervaring en van de effecten die de ervaring heeft kent verschillende dimensies: het verankeren en het op de langere termijn laten doorwerken van de leerervaring in anders kijken, duiden en doen. Dat dit gebeurt is niet vanzelfsprekend. Op individueel- en teamniveau kunnen het schrijven van een reflectieverslag en supervisie in de periode na de exposure-opdracht mogelijkheden bieden om de leereffecten te verankeren en levend te houden. Ook wordt aangegeven dat het zou helpen wanneer niet alleen zorgverleners, maar ook andere disciplines een exposure-ervaring opdoen. Dat zou het makkelijker maken leereffecten levend te houden en elkaar te blijven bevragen op wat zich voordoet in relatie tot bewoners/cliënten.

Bij Sevagram, waar het schrijven van een reflectieverslag voor alle exposanten verplicht was, kon men ook nu nog, enkele jaren na de exposure-opdracht, het gevoel oproepen dat de opdracht teweeg bracht. Het gaat daarbij ook om gevoelens van schrik, ongemak en iets 'erg' vinden. Het opschrijven van ervaringen en teruglezen en bespreken wat geschreven staat kan daar een rol in gespeeld hebben.

Maar er is ook het met de tijd wegzakken van de ervaring bij een exposant van ZZV: *"De eerste week stond ik bij elke handeling stil en vroeg ik me af, wil ík dit nu of wil de bewóner dit, doe ik dit nu uit*

gemák of om iemand een plezier te doen of doe ik helemaal geen plezier? Je gaat het van twee kanten bekijken. Het heeft me wel wakker geschud." [...] "We komen er niet meer op terug. Dat hebben we wel gedaan, nadat de laatste groep geweest was. Toen zaten we om de tafel, maar verder niet meer." Een exposant bij Sevagram zegt: "*Ik heb mij veel dingen eigen gemaakt, maar soms moet je er toch opnieuw van bewust worden. De bewustwording komt vaak als je met elkaar praat over presentie, dit gebeurt dan ook in de presentievergaderingen en er is een functieprogramma in de maak*." Sevagram koos er daarom ook voor alle leidinggevenden verplicht een exposure-opdracht te laten ondergaan. Bij ZZV biedt sTimul de gelegenheid tot begeleide intervisie als teamleden een exposure-opdracht ondergaan hebben. Een teamleider kan dat aanvragen.

Anderzijds is er ook de wens dat de exposure-opdracht niet alleen door de zorgverleners gedaan wordt, maar ook door andere medewerkers. *"Wel jammer dat het is blijven liggen, dat we er geen vervolg aan gegeven hebben. Het moet in beweging blijven [...]. We moeten andere mensen ook meer na laten denken. De verzorging is wel geweest, maar er zijn ook mensen niet geweest. We hadden meer over kunnen dragen. Ze hebben de basiskennis niet. Na jaren weer oppakken is lastig, want veel is verzand*.
En, zo zegt een teamleider, de exposure-opdracht moet een onderdeel zijn van een groter geheel. Bij verschillende disciplines zou je bewustwording wensen, ook over samenwerking met elkaar. Elkaar kunnen vragen waarom je iets (niet) doet en hoe je samen goede zorg kunt geven.

6.3.4 Inzichten met betrekking tot de exposure-opdracht

Wat kunnen we nu zeggen over een exposure-opdracht in relatie tot het kwaliteitsbewustzijn van zorgverleners. Wat zijn de werkende bestanddelen en de randvoorwaarden waaronder de exposure-opdracht die werking kan hebben? Dat een exposure-opdracht in de vorm van de zorgafhankelijkheid lijfelijk opzoeken, een heftige leerervaring kan zijn staat buiten kijf. De aard en het door de exposant gestelde doel van de exposure-opdracht lijken medebepalend voor de (leer)ervaring. Voor de kwaliteit van de leerervaring en het leereffect door de blootstelling lijkt het verder van groot belang dat de exposant ter voorbereiding daarop goed nadenkt over en begeleid wordt in het vaststellen wat de exposure-opdracht gaat zijn.

De exposure-light, met name in de vorm van een brief wordt gewaardeerd, maar het is de vraag of deze voldoende op de zorgverlener inwerkt en daarmee tot een andere, meer op de zorgafhankelijke afgestemde zorg zal leiden, zeker op de langere termijn. De vijf geïnterviewde presentie-trainers zijn het er allemaal over eens dat een exposure-opdracht in de vorm van een 'onderdompeling' iets heel anders is dan het schrijven van een brief of het kijken van een videofragment.*"Het zijn wel twee heel verschillende opdrachten die niet te vergelijken zijn. Echt als cliënt gaan zitten gaat natuurlijk veel en veel dieper en is met niets te vergelijken. Dan vóel je je afhankelijk en je wordt geconfronteerd met 'rare' bewoners die geluiden maken, kwijlen, dingen van je willen. Het zet me wel aan het denken: hoe waardevol is dit dan?"* En een ander stelde: *"Dan ervaar je het aan den lijve. Dat is een wezenlijk verschil. Die onderdompeling kwam heel erg binnen. Ik zie me nog helemaal zo zitten. Ik vertel het ook nog vaak aan mensen. Het gaat om hele kleine dingen, maar toch eigenlijk ook heel erg groot. Je kunt je afvragen hoe lang zo'n schrijfoefening bij je blijft. Mijn voorkeur zou zijn om – als het mogelijk is – toch die onderdompeling te organiseren."*
De light-variant is vergeleken met de onderdompeling inderdaad een *light*-variant. Het kan inderdaad een begin van perspectiefwisseling op gang brengen, mits de opdracht voor de deelnemers begrijpe-

lijk ingeleid wordt en er voldoende ruimte en veiligheid is om gedegen en diep genoeg op de opdracht te reflecteren. Tegelijkertijd is het de vraag of hier nog het label ‘exposure’ aan gehangen kan worden. Wellicht is de light-vorm meer een voorbereiding op, een ‘in de week zetten’ van een exposure-opdracht waarin de exposant in de huid van een zorgafhankelijke kan kruipen. Het idee om door middel van kleinere of light-oefeningen het reflecteren aan te leren, lijkt de moeite van het verder onderzoeken waard.

Voor iedere vorm van exposure-opdracht geldt dat het effect ervan niet alleen nauw samenhangt met het gekozen doel, maar ook (en zelfs nog sterker) met de kwaliteit van de reflectie. Deze is deels afhankelijk van de nabespreking en leiding daarvan door de trainer. Het laten schrijven over de ervaring of het anderszins laten vastleggen van de ervaring lijkt behulpzaam bij de reflectie en het 'vasthouden' van de ervaring. Om de inzichten naar aanleiding van de ervaring daarbij om te kunnen zetten in anders kijken, duiden en doen en dat ook vast te houden, lijkt niet alleen ruimte nodig voor exposanten om ideeën die voortkomen uit de ervaring vorm te geven, maar ook het geven van een vervolg aan de exposure-opdracht. Dat kan door bijvoorbeeld bij teamoverleggen steeds naar ervaringen terug te keren, of door begeleide intervisie waarbij de exposure-ervaring een centrale rol krijgt. Om dit te stimuleren lijkt een exposure-opdracht voor teamleiders een must.

Naar aanleiding van de door één van de onderzoekers bijgewoonde bijeenkomsten rondom exposure-ervaringen van medewerkers uit het ziekenhuis en uit de thuiszorg is een aantal suggesties gedaan voor aanpassingen van de exposure-opdracht bij sTimul voor hun collega’s. Voor deze beide zorgvormen geldt dat het ontbijt op de kamer geserveerd zou moeten worden in plaats van in de woonkamer. Daarbij wordt ten behoeve van thuiszorgmedewerkers aangeraden om een dagopvangsituatie creëren; cliënten gelegenheid te geven zelfstandig naar buiten te gaan; een deurbel op de kamerdeur te plaatsen en cliënten dingen van huis mee te laten nemen, zodat de thuissituatie zoveel mogelijk nagebootst wordt.

Samenvattend kunnen we een aantal werkzame bestanddelen benoemen en daaraan gekoppeld enkele randvoorwaarden waarmee een exposure-opdracht een positieve bijdrage kan leveren aan kwaliteitsbewustzijn:

Werkzaamheid berust op:

- Het feit dat de ervaring er één is die op geen andere wijze op te doen is. Het is een indringende, ook fysieke leerervaring die onontkoombaar is.
- Goede begeleiding bij de bepaling en voorbereiding van de exposure-opdracht, waarbij de exposant uitgedaagd wordt eigen grenzen te verkennen en gestimuleerd wordt uit de beoordeling van collega's te blijven.
- Exposanten zo nodig stap voor stap laten ervaren wat een perspectiefwisseling is.
- Goede begeleiding van de reflectie op de exposure-ervaring, zo mogelijk op basis van een schriftelijk reflectieverslag van de exposant.
- Het spreken over exposure-ervaringen niet beperken tot de nabespreking van de opdracht, maar de ervaringen vruchtbaar maken door middel van supervisie en/of door ze te laten terugkomen in teamoverleg.

- De mogelijkheid exposanten te laten begrijpen dat hun eigen ervaring niet per se dezelfde ervaring is die bewoners hebben (en dat ze dus niet vanuit het eigen referentiekader zorg moeten verlenen).

Randvoorwaarden:

- De organisatie moet logistieke en financiële ruimte hebben en de ethische dilemma's goed doorspreken.
- Begeleiders moeten verstand hebben van de exposure en er zelf één ondergaan hebben
- De exposure opdracht moet effect mogen hebben en exposanten moeten de ruimte krijgen om op basis van opgedane ervaringen hun zorg anders in te richten
- Daartoe moeten ook leidinggevenden een exposure-opdracht doen.

6.4 Andere vormen van Reflectiebevordering

In de categorie 'Andere vormen van Reflectiebevordering' bespreken we leermiddelen waarmee door slechts één van de deelnemende organisaties is geëxperimenteerd. Het 'Omgangsoverleg' waar ZGG mee aan de slag is; de 'Familiegesprekken' waar Sevagram naar heeft laten kijken; en 'Mee laten kijken', hetgeen ze bij ZZV 'ik zie, ik zie wat jij niet (meer) ziet' genoemd hebben. Florence was van plan te gaan experimenteren met het laten meelopen van medewerkers met 'presente' collega's voor 'De kunst afkijken'. Dit is door organisatieomstandigheden (reorganisatie, bezuinigingen) niet van de grond gekomen. Zinzia had 'spiegelgesprekken' op het wensenlijstje staan, maar het is niet gelukt dit in het onderzoek op te nemen.
De beschreven leermiddelen zijn óf in een recent verleden uitgeprobeerd en hebben nog geen vervolg gekregen, óf kregen gaande het ActiZ-programma vorm. Er is daarom voor gekozen de paragrafen over de inventarisatie en over de ontwikkel- en experimenteerfase samen te voegen.

6.4.1/2 Inventarisatie: hoe het middel eruit zag/gaat zien en de inbedding ervan

<u>Familiegesprekken (Sevagram)</u>

Sevagram wil graag familie betrekken bij de zorg voor de naaste die in het verpleeghuis woont. Ze wil dat omdat ze ervan overtuigd is dat dat de zorg voor de bewoners ten goede komt: er kan op het gebied van welzijn meer werk verricht worden omdat er meer handen zijn en de veronderstelling is dat meer handen en een goede samenwerking met familie zorg voor en de sfeer rondom bewoners ten goede komt. Daartoe wordt onder meer vier keer per jaar een familiegesprek gehouden. Voorlalsnog worden familiegesprekken, waarvoor van iedere bewoner familie wordt uitgenodigd, ingezet op de locatie met kleinschalig wonen en gesprekken worden 'per woning' gevoerd. Ze worden voorafgegaan door een huiskamergesprek, een gesprek tussen bewoners, aanwezige zorgverleners en op dat moment aanwezige familieleden. In dit gesprek worden bewoners uitgenodigd te vertellen hoe ze de zorg ervaren, wat er anders moet en wat ze graag zouden willen doen. De informatie uit dit gesprek wordt meegenomen in het familiegesprek om te bezien in hoeverre familie een rol kan spelen bij het handen en voeten geven aan ideeën die geopperd zijn. Om te voorkomen dat het familiegesprek een klachtenuurtje wordt of dat het teveel gaat over de eigen partner/vader/moeder, wordt

het gesprek deels ook thematisch ingevuld. Familieleden krijgen dan informatie over iets waar Sevagram mee bezig is (bijvoorbeeld de inrichting van de Alzheimertuin) en er wordt gekeken naar hun mogelijke inbreng bij de realisering en operationalisering ervan. Informatie van familie over een specifieke bewoner komt via individuele gesprekken, zoals het intakegesprek en de voorbereiding op het MDO.

‘Ik zie, ik zie wat jij niet (meer) ziet’ (ZZV)

In 2013 is vanuit sTimul bij twee locaties van ZZV een kort experiment geweest waarbij een sTimultrainer in een extramurale ouderenvoorziening (woonzorgcentrum) enkele uren meeliep met medewerkers. Het leermiddel is ontwikkeld in reactie op wat je vaak hoort zeggen: ‘wij doen het goed’ of ‘wij doen het al’. Het ‘zien’ bleek namelijk beperkt, evenals het overplaatsen van wat bij anderen gezien wordt naar de eigen praktijk. Vooraf vroeg de sTimultrainer toestemming aan de leidinggevende. De ene dag liep ze mee met een deel van het team, een volgende dag met het andere deel. Ze liep mee met zorgverlenerzorgverleners, keek als externe en kon zo door de routine heen kijken en gaande het werk vanuit verwondering vragen stellen. Voor ze iets teruggaf werd aan de zorgverlener gevraagd waar ze dacht dat ze vragen over ging krijgen. Dat kon dan bijvoorbeeld zijn over een afwerende houding, een angstige blik van degene die zorg krijgt. Als antwoord op een vraag daarover kwam dan vaak het antwoord: ‘ja, dat doet hij/zij altijd’ en dan was het van belang te laten zien dat het daarmee nog niet ‘gewoon’ is. Medewerkers zien dingen vaak niet meer, dat geldt voor wat niet goed gaat, maar ook voor wat wel goed gaat. Een week na het meelopen was er een plenaire terugkoppeling van 2 uur met een team, waar de teamleider bij was. De reden voor de geïnterviewde zorgverlener om mee te laten lopen, was dat ze het voor zichzelf niet verkeerd vond, want “*misschien doe ik wel dingen verkeerd en daar word je toch op geattendeerd: pak ik het niet beter zus of zo aan, kan ik het niet beter anders doen? Hoe je het doet, kan ook belastend zijn voor je lichaam. Als iemand zegt dat je het beter anders kunt aanpakken, dan is dat inderdaad wel handig*.”[28]
De Raad van Bestuur van ZVV geeft ruimte voor uitbreiding van de inzet van dit leermiddel.

Omgangsoverleg (ZGG)

In 2013 is op verschillende locaties gestart met het omgangsoverleg dat door het Psychosociaal Ondersteuningsteam (PSOT) gevoerd wordt met teams. Het omgangsoverleg wordt op de verschillende locaties van ZGG verschillend ingezet structureel, als ‘follow-up’ van een MDO of op aanvraag van een afdeling als zich iets voordoet waar zorgverleners en/of het afdelingshoofd over willen praten. De structurele variant lijkt vooral voor langdurige somatiek en PG (kleinschalig wonen) het meest geëigend. Het vindt één keer in de zes weken plaats en om ervoor te zorgen dat iedereen er is gaat het vooraf aan het teamoverleg. Het omgangsoverleg onderscheidt zich van het teamoverleg in dat het meer gericht is op zorginhoud en niet op meer huishoudelijke mededelingen en werkafspraken. De psycholoog en de psychomotorisch therapeut (PSOT-team) die het omgangsoverleg leiden, komen van ‘buiten’ maar hebben de te bespreken bewoner van tevoren wel geobserveerd.
Het gesprek wordt meestal gevoerd aan de hand van een casus die ingebracht wordt en van hetgeen het PSOT-team in de huiskamer gezien heeft van de bewoner die in de casus voorkomt. Het doel is te komen tot duidelijke afspraken en gezichten die dezelfde kant op staan, over wat grenzen zijn en wat acceptabel is. Er moet een benaderingsadvies uit voortkomen vanuit belevingsgerichte zorg. Er wordt

[28] Overigens is, gezien de zorg om de privacy van degenen die verzorgd worden, de sTimultrainer niet bij zorgmomenten als wassen en de toiletgang geweest.

gekeken naar een link met Marte Meo en het gebruik van videobeelden in het omgangsoverleg. Wanneer er sprake is van structureel omgangsoverleg, dan komt er ook ruimte voor het bespreken van niet-probleemgestuurde situaties als er geen urgente probleemsituaties zijn. Bovendien: als het omgangsoverleg niet structureel is, maar probleemgestuurd, komen stille bewoners niet aan bod, omdat met hen geen probleem ervaren wordt.

Het omgangsoverleg wordt door de deelnemers bij ZGG als positief en nuttig ervaren. Het samen bespreken van moeilijke situaties, het krijgen van tips en adviezen en het samen op één lijn komen in de omgang met een bewoner zijn de meest gehoorde positieve punten. "*Met deze kennis kun je gepaster handelen en dus meer kwaliteit bieden*", staat te lezen in één van de reflectieformulieren. En één van de geïnterviewde deelnemers zegt: "*We hadden dat nooit, maar ik vind het helemaal geweldig. In het verleden werden we een beetje aan ons lot overgelaten. Als iemand moeilijk gedrag vertoonde, moest je eigenlijk met je team een oplossing zoeken en met je afdelingshoofd, maar je bent daar natuurlijk ook in beperkt. Je weet niet altijd wat bepaald gedrag inhoudt. En zo'n omgangsoverleg, daar kun je dat soort dingen naar voren brengen en samen naar een oplossing zoeken: hoe ga je hiermee om, of wat gebeurt er voordat hij agressief wordt? En doordat je het er met elkaar over hebt en de PMT en Psycholoog er meer van af weten, kunnen ze ons ook handvatten geven*."

6.4.3 Opbrengsten

Om de opbrengsten met het oog op het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn door middel van deze leermiddelen in beeld te krijgen zijn er in het onderzoek bij Sevagram één huiskamerbijeenkomst en drie familiegesprekken bijgewoond en is er gesproken met twee teamleiders en vier zorgverleners. Bij ZZV is gesproken met drie medewerkers waarvan er met één is meegelopen/meegekeken en de andere twee alleen hebben deelgenomen aan de plenaire nabespreking. Bij ZGG is gesproken met twee leden van een PSOT-team, een teamleider en met twee zorgverleners die deel hebben genomen aan een omgangsoverleg. Daarnaast zijn 16 reflectieformulieren van deelnemers in het onderzoek betrokken.

6.4.3.1 Familiegesprekken (Sevagram)

Inbreng van familie heeft een positieve werking op kwaliteitsbewustzijn: het verbreedt de blik van zorgverleners, waardoor een andere duiding kan ontstaan en de zorg voor bewoners beter kan worden. Het door middel van familiegesprekken laten meedenken van familie in plannen en ontwikkelingen in de zorgverlening levert enerzijds direct suggesties op voor betere zorg. Anderzijds leiden familiegesprekken ertoe dat familie zich in het verpleeghuis prettig voelt, waardoor ze zich vrijer voelt te zeggen wat haar bezighoudt. Zorgverleners zijn ervan overtuigd dat beter contact met familie ertoe leidt dat deze sneller op de proppen komt met wat ze in de zorg voor hun naaste missen of niet goed vinden. Het daarbij managen van verwachtingen van familieleden (het gesprek lost niet alles op) en het verminderen van handelingsverlegenheid spelen hierin ook een rol: de sfeer wordt beter en er kan meer gezegd worden. Dit vraagt wel om reflectie op de inbreng van familie om deze op waarde te schatten en vruchtbaar te maken in de zorg die verleend wordt.

Helpende familie-inbreng

Familie is erg blij dat ze door middel van de familiegesprekken op de hoogte gehouden wordt van plannen en ontwikkelingen in en om de woning van hun naaste en dat ze daarin, tot op zekere hoog-

te, kan meedenken. Dat meedenken gaat in de vorm van kleine suggesties en aanbevelingen en ook nogal eens in de vorm van bedenkingen. Het lijkt dan een manier om te laten zien dat ze ervaren zijn en die ervaring willen delen. Naar aanleiding van uitleg over een doos met spelsuggesties: "*Ik zie dat nog niet zo met mensen die op bezoek komen, om dan te gaan spelen, bewoners haken ook snel af, met twee of drie mensen maximaal zoiets doen. Je moet het zo doen dat ze niet te snel afgeleid worden*". En een kleine conversatie tussen familieleden: no. 1 "*Bewoners zijn wel iedere dag anders en wat ze vandaag leuk vinden, kunnen ze morgen niks vinden*", no. 2: "*ook ieder moment kunnen ze anders zijn*", no.1: "*proberen maar, hè*." En als het gaat over de inrichting van een poezenkamer en de mogelijke allergische reacties van bewoners op kattenharen: "*Je ziet ook hoe het aquarium veel belangstelling geniet, maar pas op met kattenharen.*" of als het gaat om het gebruik van zogeheten wenskaarten: "*Ik ben benieuwd of bewoners dit echt kunnen oppakken, soms moet je mensen er echt bij trekken. Die willen niet meer.*" Wanneer verteld wordt over de aan te leggen Alzheimertuin, zegt een familielid het belangrijk te vinden dat de architect zich kan verplaatsen in de leefwereld van dementerende ouderen. Het honoreren van dit meedenken door de teamleider en de aanwezige zorgverleners creëert een sfeer waarin ook veel gelachen kan worden.

Het meedenken door familie neemt ook de vorm aan van suggesties voor de zorgverleners, bijvoorbeeld viltjes plakken onder moeilijk verschuifbare stoelen om het werk minder zwaar te maken; administratie in de woonkamer doen in plaats van op de gang, zodat bewoners minder alleen zitten. Waar mogelijk worden suggesties opgepakt.

Familiegesprekken worden ook door de zorgverleners gewaardeerd en ze zien de meerwaarde ervan. Eén van de zorgverleners zegt het zo: "D*e familie moeten we betrekken bij de zorg. Niet personeel en klant, maar dat je één groep bent rond de bewoner, dat je samen zorgt voor de bewoner, dat is het streven. [...] dat het hun familie blijft, dat ze daar invloed op houden, dat hun leefwijze verder mag gaan, [...] wij zijn geen opdrachtgevers, wij verzorgen uit naam van hen en niet andersom. [...] op 'kleinschalig' kun je meer doen aan het behoud van de relatie tussen bewoner en z'n achterban. [...] Juist op PG zit je al met zoveel verlies van eigenwaarde, van kennis, stukje herkenning en vertrouwde mensen om zich heen hebben is gewoon heel belangrijk*." Gevraagd naar of een familiegesprek helpt om de zorg voor bewoners te verbeteren zegt een ander: "*Jawel!!! je wordt je bewuster van zaken doordat familie het opbrengt, bv. het toezicht op de woning, iets leuks doen in de avonden, de automatische piloot gaat er bij mij af, omdat ik meer nadenk over waarom ik de dingen doe en welk effect het bij de bewoner heeft. De woonruimte is kleiner, en je moet oplossingen zoeken als het druk is*" en "*Familie is [daardoor] meer happy, komt liever, uit dat ook naar de bewoner, waardoor deze zich toch ook beter voelt. Het hele plaatje rond. Voorheen ging familie uit de huiskamer naar de ontmoetingsruimte, of ze bleven niet zo lang. Nu blijven ze er gezellig bijzitten, helpen met boterhammen smeren, etc. Dat komt door hoe wij met de familie omgaan. Het valt of staat met de communicatie. Daarover krijgen we dingen terug*."

Verwachtingenmanagement

De familiegesprekken worden vanuit de teamleiders ook gebruikt om een goede relatie met familie tot stand te brengen en te onderhouden. Dus komen ook ingewikkelde zaken op de agenda, zoals de op handen zijnde verhuizing naar een andere locatie en de personeelshusseling die dat met zich

meebrengt, de betekenis van ZZP's voor de bezetting en het non-fixatiebeleid. Aan de orde mag komen wat familie verwacht en teamleiders reageren daarop, zoveel mogelijk uitleggend, zo min mogelijk verdedigend.

Verminderen van handelingsverlegenheid

Medewerkers zien in de familiegesprekken ook een manier familie van ideeën te voorzien die het minder zwaar maken om op bezoek te komen en hen meer op hun gemak te stellen waardoor ze zich makkelijker kunnen uiten. De AB-er die vertelt over de doos met spelsuggesties heeft hier een reden voor: "*... om iets te doen te hebben in plaats van ongemakkelijk zitten, niet wetend wat te zeggen gedurende een 'verplicht' half uur. Dat duurt lang als je niet weet hoe je in contact komt. Dit kan helpen met vader of moeder contact te maken, dan hebben ze een ingang*." En een EVV'er: "*Ja, en ook handvatten bieden voor wat ze kunnen doen in plaats van in de ontmoetingsruimte te zitten en hopen dat er meer familie komt zodat ze wat kunnen praten*."

6.4.3.2 'Ik zie ik zie wat jij niet (meer) ziet' (ZZV)[29]

Dit leermiddel is bij uitstek een middel dat alert maakt op anders kijken, duiden en doen en dus van invloed kan zijn op kwaliteitsbewustzijn. En dit lijkt ook wel aan de orde, waarbij het van belang is dat ook positieve observaties benoemd worden. Maar iemand laten meekijken vertekentook. Zorgverleners gaan zich anders gedragen, maar in het kader van het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn is dit gegeven ook de moeite van het bespreken waard: in welke mate doe je anders? Wat zegt dit over hoe je normaal gesproken kijkt en duidt? Wat betekent dit voor de zorg die je verleent? Wanneer zorgverleners aangeleerd wordt hoe ze met elkaar mee kunnen kijken en elkaar feedback kunnen geven over wat gezien is, dan zou dit leermiddel ook in de dagelijkse zorgpraktijk een belangrijke rol kunnen spelen.

Iemand die helpt anders te kijken en te duiden, zodat je anders gaat doen

De zorgverlener herinnert zich van de terugkoppeling het volgende: "*Ze [de sTimultrainer] gaf aan dat we toch al heel goed met de cliënten kunnen omgaan en dat we belevingsgericht zijn. Maar ze gaf ook aan dat het gebouw heel gehorig is en dat je moet oppassen met gesprekken in de gang. Het galmt, je kunt meeluisteren. Ongemerkt zeg je: hoe ver ben je, hoeveel/wie moet je nog. Je noemt namen. Je bent je daar niet zo van bewust. Je wilt het niet op het appartement van de cliënt bespreken en dan doe je het op de gang, maar die is dus heel gehorig. Je probeert daar dan wel rekening mee te houden, door geen namen te noemen, maar 'mevrouw 13' of '60' en wat zachter te praten of dat je een collega belt om te vragen of je iets kunt bespreken. Je gaat er nu bewuster mee om. En mensen aankijken als je wat zegt. Niet vanuit de keuken roepen: 'wat wil je eten?'. En dat je ook echt vraagt 'wat wil je drinken', anders krijg je misschien 10 jaar koffie terwijl je ook wel eens wat anders wilt, zin hebt in een beker melk. Dat ga je doorbreken. Je wordt je bewust en je gaat anders doen, je vraagt het aan de cliënt*."

Het is diep graven in het geheugen, maar dan geeft de zorgverlener ook aan dat de trainer terug had gegeven dat het dossier weinig werd geraadpleegd, dat veel op de automatische piloot gewerkt

[29] Dit leermiddel is ingezet in een woonzorgcentrum, waar mensen op zichzelf wonen en daarbij op indicatie enige vorm van zorg krijgen.

werd. Daarin lijkt niet veel veranderd te zijn. Op de vraag of ze nu vaker in het zorgdossier kijkt, zegt ze: "*Nee, omdat je de cliënten zo goed kent, alleen als je verandering verwacht, bijvoorbeeld doordat je dat weet uit overdracht of dat de cliënt het zelf kan vertellen, of met medicijnen. Rapportage wordt wel gelezen, daarin staan bijzonderheden als die er zijn en het zit in het zorgdossier, maar je betrekt de cliënt er vaak bij wat ze willen en voor zover mogelijk doe je daar wat mee*." En na nog wat verder informeren: "*Dat je op moet passen dat je geen verkleinwoorden gaat gebruiken; handjes, vrouwtje. Ik hoor het een dochter van iemand doen, dan staan je haren recht overeind, terwijl we het zelf ook doen. En dat we soms oogcontact missen, ik moet door de knieën om op ooghoogte te komen, dan kun je een gesprek aan gaan, dan zie je de uitdrukking, de stemming, het gevoel, dat het vertrouwen er is, dat ze zien dat je luistert*." Als ze de kans zou krijgen zou ze nog wel eens iemand mee laten kijken. "*Ja hoor, dat lijkt me wel positief. Ik doe toch bepaalde handelingen anders. Ik had bijvoorbeeld iemand met een korset en dan leg je makkelijker een handdoek over de schouder, dat mensje zit toch in de kou. Vroeger zou je gezegd hebben: de kachel brandt en ik heb het warm, dus zij zal het ook wel warm hebben. Je slaat makkelijker een handdoek om de schouders*."

De invloed van iemand die meekijkt

Het feit dat er iemand meekijkt bij wat je doet, lijkt niet zonder effect: "*Ook omdat er iemand meeloopt denk je meer aan het privé van de cliënt dan dat je alleen staat. Als er iemand meeloopt ga je beter je best doen, ga je over andere dingen nadenken, die mensen zitten open en bloot en dan gebruik je een handdoek. Ook een collega die bij wondverzorging nooit handschoenen aandeed en [de sTimultrainer] was erbij en ze deed ineens handschoenen aan. De cliënt gaf er iets over terug, en overdreven vriendelijk, terwijl anders de relatie wat minder is. Omdat [de sTimultrainer] erbij was... [...] Je hoort ook van collega's die een stagiair meekregen, dat ze dingen anders gaan doen. Die horen dan toch dat ze het anders geleerd hebben. Daar leer je van. En met wassen ook. Als je dan iemand meekrijgt, dat je dan extra je best doet. We gaan het doen zoals het echt moet, terwijl je het altijd zo zou moeten doen*." Dit effect is iets dat goed doordacht, maar ook gebruikt kan worden in het kader van cultiveren van kwaliteitsbewustzijn.

6.4.3.3 Omgangsoverleg (ZGG)

Het omgangsoverleg wordt gezien als een zeer nuttig overlegmoment, doorgaans over moeilijke zorgsituaties, waarin niet alleen gesproken wordt over kwaliteit van zorg, maar ook gewerkt wordt aan het groepsproces met zorgverleners die vaak solistisch werken. Bij ZGG staat bij het omgangsoverleg centraal de beantwoording van de vragen: wat kan er in de situatie van een bewoner veranderd worden en hoe kan de benadering ten aanzien van de bewoner in kwestie aangepast worden? Het omgangsoverleg is dus een leermiddel dat heel direct het verbeteren van de zorg beoogt: het helpt vanuit de zorgvisie van de organisatie anders te kijken, duiden en doen. Dat andere disciplines waar nodig tijdig doen wat ze naar aanleiding van een omgangsoverleg gevraagd wordt helpt frustratie bij zorgverleners te voorkomen. De gemaakte afspraken moeten vastgelegd worden. Dit lijkt erop te wijzen dat het (elkaar) vragen stellen bij het kijken, duiden en doen niet per se een vaardigheid wordt die ook buiten het omgangsoverleg en in andere zorgsituaties behulpzaam is.

Samen nadenken in een verder solistische werksituatie

Bij ZGG is veel sprake van kleinschalig wonen en dat betekent dat medewerkers, die veelal 'alleen op een woning staan' door de dag heen weinig gelegenheid hebben voor collegiaal overleg. Omgangs-

overleg op een vast moment lijkt dan een welkome manier om met elkaar te beraadslagen, om uit te zoeken wat er aan de hand is en wat het beste is om te doen in bepaalde zorgsituaties: "*Bij probleemgedrag kunnen we duidelijke afspraken maken en samen ervaringen uitwisselen. We kunnen hierdoor van en met elkaar leren. Dit is zinvol, omdat we veel solistisch werken*." Ook wordt het overleg een uitlaatklepfunctie toegedicht.
Het PSOT zegt over het omgangsoverleg: "*Belangrijk deel van het omgangsoverleg is ook erkenning voor zorgverleners, voor dat het werk ook zwaar is. Maar ook mooi om te kijken hoe anders met het werk omgegaan kan worden zodat het beter wordt voor cliënten, maar ook voor de medewerkers. We moeten ervoor zorgen dat ze niet het gevoel krijgen afgebrand te worden door onszelf, maar dat we samen kijken naar hoe dingen anders kunnen, dat we daar samen over nadenken, zelfvertrouwen vergroten. [...] Soms is het hard werken, ook om te zorgen dat het voor medewerkers veilig genoeg is om alles te kunnen zeggen, dat dingen vanuit hen komen*." Het gaat dus om inhoud, maar ook om het groepsproces en hoe men elkaar feedback geeft.

Bedenkingen zijn er in beperkte mate

De bedenkingen die door zorgverleners geuit worden gaan over omgangsoverleggen waarin geen duidelijke probleemsituaties of oplossingen op tafel komen waarover gesproken moet worden. Enkele deelnemers vinden een overleg dan zonde van de tijd. Daarentegen is er ook iemand die het jammer vindt dat bewoners die 'makkelijk' zijn en geen probleemsituatie vormen (i.e. rustig en afwachtend zijn) niet besproken worden.

Relatie met ander disciplines

Een enkele deelnemer geeft aan dat het omgangsoverleg helpt om het (veranderde) handelen te kunnen onderbouwen naar andere disciplines. Ook is er iemand die aangeeft dat acties van andere disciplines te lang op zich laten wachten en dat dat frustreert: "*soms hebben we wel vier omgangsoverleggen over één bewoner en is er niets veranderd in diens gedrag. De actie van andere disciplines laat dan te lang op zich wachten. Dit zorgt voor frustratie. Niet alles is op te lossen door hoe je met iemand omgaat, al besteed je er tien keer een omgangsoverleg aan*."

De zorgvisie die centraal staat

Er wordt binnen ZGG belevingsgericht gewerkt en in die visie wordt de bewoner centraal gesteld. Daar sluit het PSOT op aan met het omgangsoverleg. Het omgangsoverleg kijkt naar twee aangrijpingspunten voor het verlichten van een probleem: wat kan er in de situatie van een bewoner veranderd worden en hoe kan de benadering ten aanzien van de bewoner in kwestie aangepast worden? Spreken over de benadering wordt door de psycholoog van het PSOT team uitgelegd als: "*met het team spreken over hoe de zorgverlener acteert met de bewoner en wat dat oproept; levensgeschiedenis, karakter, waar iemand van houdt, of iemand nog leerbaar is, neem je allemaal mee*." Belevingsgericht werken is ook op de afdelingen gemeengoed en 'iemand in z'n waarde laten' lijkt daarin een sleutelbegrip[30]: "*Het belevingsgericht werken vind ik heel belangrijk. Dat je mensen in hun waarde laat en een doel geeft met wat ze nog kunnen. Ook vragen wat iemand wil en als iemand niet wil, dat ook niet doen. Dat is voor mij heel belangrijk. Bij deze doelgroep, maar ook in het algemeen. Wij zitten hier voor hen en niet andersom. [...] Maar het is ook niet zo dat je het bij één keer opgeeft. Je probeert het nog eens later en misschien lukt het dan. Maar ga niet aan iemand trekken. Voor het*

[30] De eerste onderzoeker kwam dit ook in andere zorginstellingen tegen.

moment is het dan gewoon: nee. Als je dan door blijft gaan, roep je alleen maar verkeerd gedrag op." en "*Wij geven de mensen díe zorg die ze op dat moment nodig hebben en bidden als iemand kerkelijk is, naar de activiteiten waar ze graag heen willen en als ze 's avonds warm willen eten, dan kan dat. Wat ze gewend zijn, de klant is koning*."

Er wordt een directe relatie gevoeld tussen omgangsoverleg en betere kwaliteit van zorg

Volgens zorgverleners draagt het omgangsoverleg bij aan kwaliteit van zorg: "*Nou dat we met elkaar op één lijn zitten, zodat je de kwaliteit ook kunt geven die nodig is en dat niet de één dit en de ander dat gaat doen, maar dat je met elkaar de kwaliteit gaat geven die hij of zij nodig heeft*." En gevraagd 'kwaliteit' preciezer te maken zegt ze: "*Dat ze tevreden zijn, in hun nopjes zitten, dat ze alles kunnen zeggen, dat ze zich happy/thuis voelen. Dat vind ik, als ze tevreden zijn dan komen ze hier graag weer heen. Zo'n vrouw die boos wordt, daar moet je met elkaar over nadenken: hoe komen we haar tegemoet om haar wel tevreden te krijgen. [...] Ik vind het dus een geweldig ding, dat het zo naar voren komt en dat we daar met elkaar aan kunnen werken*."

Gevraagd naar wat er de laatste keer bij het omgangsoverleg besproken is, vertelt een zorgverlener dat het ging over een mevrouw die een CVA heeft gehad en die boos wordt als het onrustig is: "*Het komt er op neer dat zij heel graag één op één is. Als ze onrustig is wordt ze een beetje afzijdig gezet. Ze kan heel slecht tegen drukte, dan wordt ze zelf ook heel druk, en als ze dan 's avonds onrustig is, wordt ze apart gezet aan een tafel en gaat één collega bij haar zitten. Dan is er niks aan de hand. Maar jongere collega's die niet weten hoe ze ermee om moeten gaan, gaan tegen haar in en dan krijg je een combinatie van twee zorgverleners op haar, dan voelt ze zich in het nauw gedreven en wordt ze nog woester. Ze kan zich niet uiten. Dan is het belangrijk om met collega's te praten over hoe ze het oplossen: dat het wel heel belangrijk is om haar een veilig gevoel te geven, ook als ze boos of verdrietig is. Dat komt heel mooi naar voren in die overleggen*." Vaak heeft het effect van een omgangsoverleg ook een heel pragmatisch gehalte, zoals bijvoorbeeld ten aanzien van de mevrouw die teveel afviel: "*Ja, [het helpt er met elkaar over te praten], want nu denken ze eraan, dat ze haar moeten helpen met drinkvoeding*."

In antwoord op de vraag wie/wat in het laatste omgangsoverleg aan de orde is geweest vertelt een ander: "*Dat was een mevrouw die heel passief is, veel op bed ligt, er niet af te krijgen is. Daar heb ik hulp voor gezocht. Wat moet ik hiermee, kan ik hier überhaupt wat mee? [...] Ik vond het heel sneu dat ze daar zo op haar kamer alleen lag en ik had zelf het gevoel dat ze een beetje wegzakte, depressief werd, omdat ze ook wat betreft gespreksstof alles stopt. Ze wou niet praten. Als je haar wat vroeg, was het gelijk 'waar bemoei jij je mee' of een beetje brommend antwoorden. Alsof ze niet lekker in haar vel zit. Maar als iemand niet praten wil, dan kom je daar moeilijk achter. We hebben er wel eens tijd voor om bij haar te gaan zitten, maar niet constant om te praten en te proberen iets uit haar te krijgen. Toen heb ik de psycholoog gevraagd om eens bij haar langs te gaan en te kijken of er misschien iets achter zat. Wat daar van teruggekomen is, is dat de psycholoog dacht dat ze wel wil maar er op de één of andere manier niet uitkomt. We kregen het advies om haar constant te benaderen en haar mee te nemen naar de huiskamer. En doordat iedereen hetzelfde deed kregen we haar op een gegeven moment toch zover dat ze meeging en in de huiskamer ging zitten. Dan probeerden we haar zo lang mogelijk aan tafel te houden, maar het gaat nog steeds moeilijk. En ze is wel een tijdje*

veel beter geweest, dat ze meer (vanuit haarzelf) ging vertellen, maar het zakt wel weer af. We moeten het er weer over hebben: hoe kan dat nou, dat het weer mis gaat?"
"*Bewoners*", zo zegt een andere zorgverlener, "*zouden kunnen merken dat wij aan omgangsoverleg doen, doordat we een duidelijke benadering hebben. Je kunt het misschien merken in het gedrag van een bewoner. Als iemand onrustig was, zou je meer rust moeten zien nadat er in een overleg over gesproken is*."

Vasthouden

Ook de uit een omgangsoverleg voortgekomen adviezen beklijven niet zomaar. Het blijkt zoeken naar een manier om de adviezen op een bruikbare manier vast te leggen. Een lang verslag in de map is niet handig, want dat wordt niet gelezen. Het PSOT maakt nu een A-viertje met wat te doen en wat niet te doen, maar zegt daarover: "*Dat stuit ons wel tegen de borst, want we willen natuurlijk de nuance erin houden*." Op de vraag of na een omgangsoverleg collega's ook snappen wat ze anders moeten gaan doen antwoordt de zorgverlener: "*Ja, die hebben dan ook een houvast aan de afspraken, die kunnen het verslag lezen. Dat kan iedereen weer terug lezen en ik verwijs er ook wel eens naar in de rapportage: zie C11 de afspraken*."

6.4.4 Inzichten met betrekking tot Andere Vormen van Reflectiebevordering

Wanneer we teruggaan naar de vraag of de in dit hoofdstuk besproken leermiddelen bijdragen aan het vergroten van kwaliteitsbewustzijn, dan kunnen we daar een aantal zaken over zeggen. De grootste winst bij familiegesprekken lijkt te liggen in betere verhoudingen met de zorg, waardoor wederzijds vertrouwen in elkaar ontstaat. Hetgeen familie in die goede verstandhouding te berde brengt en aan feedback geeft kan ertoe leiden dat zorgverleners anders gaan kijken, duiden en doen. Omdat de familiegesprekken niet gaan over de zorg aan individuele bewoners is er geen sprake van gebruik van familiekennis over specifieke bewoners.

Het 'met iemand meekijken' kan tot inzichten en ander gedrag leiden bij ze zorgverlener, doordat de 'meekijker' zaken ziet en bespreekt die de zorgverlener zelf niet (meer) opvallen. Wanneer de zorgverlener door de aanwezigheid van de 'meekijker' anders doet dan normaal, hetgeen gebeurt, kan dit ook gebruikt worden om kwaliteitsbewustzijn gunstig te beïnvloeden. Dit 'anders doen' moet dan in een gesprek wel gethematiseerd worden.

Het omgangsoverleg biedt zorgverleners een zeer gewaardeerde mogelijkheid met elkaar te na te denken over hoe gekeken, geduid en gehandeld wordt om op basis daarvan tot handelingsalternatieven te komen. Daarbij wordt 'strak' aan twee hoofdvragen vastgehouden waar het gesprek een antwoord op moet geven. Om frustratie van zorgverleners te voorkomen moet een reactie voorgestelde actie door andere disciplines niet te lang op zich laten wachten. De wens omgangsadvies vast te leggen roept de vraag op of er voldoende geleerd wordt over hóe je met elkaar beraadslaagt, welke vragen je elkaar stelt als je zorg verleent. Wanneer dit wél aan de orde kan komen zou dit verder kunnen bijdragen aan vergroten van kwaliteitsbewustzijn.

Samenvattend kunnen we een aantal werkzame bestanddelen benoemen en daaraan gekoppeld enkele randvoorwaarden waarmee de leermiddelen in de categorie Andere vormen van Reflectiebevordering een positieve bijdrage kan leveren aan kwaliteitsbewustzijn.

Werkzaamheid berust op:

Familiegesprekken

- Het door middel van het gesprek verbreden van de kenbronnen die voor goede zorg van belang zijn.
- Het actief aandacht geven aan het stichten en onderhouden van een relatie met familie van bewoners.
- Ruimte geven aan familieleden om mee te praten, suggesties te doen, maar ook om eventuele zorgen te uiten en deze serieus nemen, waarbij geen verwachtingen gewekt worden die niet waar te maken zijn.
- Het verminderen van handelingsverlegenheid, waardoor familie zich beter op haar gemak voelt en zich meer zal uiten.

In zie ik zie....(Meekijken)

- Ook positieve observaties benoemen om leerbereidheid te vergroten.
- Het 'anders doen dan normaal' - door zorgverleners in reactie op iemand die meekijkt - door middel van vragen ook vruchtbaar maken.
- Met zorgverleners bespreken hoe je met elkaar mee kunt kijken en elkaar kunt bevragen, zodat de inzet van dit leermiddel niet afhankelijk is van een trainer.

Omgangsoverleg

- Zorgverleners de gelegenheid bieden elkaar te ontmoeten, het hart te luchten, uit te wisselen en van elkaar te leren.
- Duidelijk te beantwoorden vragen voor ogen hebben en een zorgvisie expliciet maken.
- Ook het bespreekproces onderwerp van gesprek maken en aanleren, zodat het met elkaar reflecteren niet beperkt blijft tot het formele omgangsoverleg.
- Zorgen dat ook andere disciplines dien wat ze moeten doen, om frustratie te voorkomen.

Randvoorwaarden (bij alle drie de leermiddelen):

- Het creëren van een veilige leeromgeving.
- Goede gespreksleiders.

Deel III Slotbeschouwing

Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn

© prof. dr. A.J. Baart

1 Het probleem

1.1 Een verkenning

Het was een aangekondigd bezoek van de inspectie en de instelling had zich tot in de puntjes voorbereid: mappen en plannen op orde, tweemaal een generale repetitie met het personeel gehouden zodat iedereen weer bij de les was, een apart overzichtje van de verbeteringen sinds de vorige keer, de oude tillift tijdelijk in de kelder geparkeerd en het sleuteltje uit het medicijnkastje gehaald. Het kost even moeite maar dan heb je ook wat. Er was geen reden tot ongerustheid: de zorg was oké, weinig incidenten, geen klachten, acceptabele CQ-score, goed doorgegaan met innoveren en het personeel verder getraind. Laat de inspectie maar komen: niet bang maar trots zijn op wat we hebben bereikt, was het motto. De directeur ontvangt de inspectie en trots vertelt ze dat de instelling een decubitus-richtlijn heeft ingevoerd. Een extraatje, want zo beroerd was het niet eens gesteld en klachten erover waren er niet. Gewoon, een wakkere instelling die kwaliteit wil en eraan werkt. Dus, met gepaste trots… De inspecteur neemt zijn bril af, complimenteert de directeur: “Goed om te zien dat u zulke initiatieven neemt maar, mevrouw, kunt u mij zeggen wat er mis is met uw personeel dat het tijdens het wassen een richtlijn nodig heeft om decubitus te kunnen waarnemen? Hoe komt het dat het niet eigener beweging alert is op plekjes op de stuit, aan de hielen? Hoe kan het dat daar een richtlijn voor nodig is?”

Goede, niet zo eenvoudig te beantwoorden vraag – het zoeken naar een afdoende antwoord op deze en op soortgelijke vragen vormt de aanzet tot het experiment waarvan in dit verslag verteld wordt. Wat zou het antwoord bij benadering kunnen zijn? In elk geval zullen er dit soort elementen in zitten: zorggevers zijn er meer op getraind gericht, beperkt en functioneel waar te nemen dan vrijelijk en hun is geleerd om zorg geven uit te voeren als een reeks (strak) gereguleerde handelingen. Dat draagt ook geweldig bij aan de kwaliteit: allerlei slonzigheid en geïmproviseer wordt op deze manier vervangen door verantwoorde, kwalitatief fatsoenlijke handelingen: zo leg je een sonde aan, zo was je, zo haal een verwarde man uit bed en dit is een goede reactie op onrust en roepen. Zorgen is uit elkaar gehaald tot tal van deelhandelingen, die zijn in onderzoek uitgeprobeerd tot de beste uitvoering is gevonden, daarvoor zijn vervolgens de competenties vastgesteld en die worden aangeleerd en in een richtlijn verplicht gesteld. Hoe moeilijk kan het zijn? Ontegenzeglijk een achtenswaardige en welkome bijdrage aan goede, verantwoorde zorg. Het beeld is uiteraard schetsmatig, het dekt niet volledig hoe zorgverbetering momenteel bevorderd wordt, maar in essentie is dit wel hoe het gaat. Het verklaart ten dele ook waarom in de instelling een aanvullende decubitusrichtlijn aan het protocol van het wassen werd toegevoegd: werkers is geleerd ‘naar binnen’ te kijken (wat moet ik doen, wat is de voorgeschreven volgorde, wat is ook al weer de voorgeschreven frequentie (elke dag, om de dag etc.?), op welke zaken moet ik letten en welke middelen heb ik daartoe nodig (juiste watertemperatuur, verschillende handdoeken voor onder en boven wassen, eerst boven dan van onderen

etc.). De werker is onophoudelijk in overleg met zichzelf, inspecteert in gedachten de lijstjes, loopt in overdrachtelijke zin de rijtjes af en er worden aan zorgverleners verplichte stappen voorgehouden (*best practices*).

Maar er is meer: de moderne zorgverlener heeft niet slechts geleerd zorghandelingen op de juiste wijze te voltrekken, maar ook dat je niks te vrezen hebt als je dat doet. Als er gedonder van komt, zal altijd de vraag zijn: heb je het wel gedaan zoals het moet, heb je je gehouden aan de richtlijnen en protocollen, ben je wel geschoold in deze handelingen en heb je wel de best mogelijke kennis gebruikt? Kun je daar voluit bevestigend op antwoorden, dan zal je weinig worden nagedragen, ook als het erg mis is gegaan. Maar wee je gebeente als je afgeweken bent, als je heb zitten improviseren of je beroept op kennis (methoden van werken) die geen formele goedkeuring genieten en die je niet overtuigend uitgelegd krijgt. Dan ben je uitermate kwetsbaar. De meeste werkers laten dat dan ook uit hun hoofd (of onttrekken het effectief aan het gezicht) en hebben geleerd dat wie zich aan de regels houdt, gebeiteld zit.

Die combinatie (naar binnen kijken[31] om almaar de handelingsvoorschriften 'na te lopen' en kwetsbaar naar buiten worden als je van de handelingsvoorschriften afwijkt) is een eerste antwoord op de vraag van de inspecteur: "…mevrouw, kunt u mij zeggen wat er mis is met uw personeel dat het tijdens het wassen een richtlijn nodig heeft om decubitus te kunnen waarnemen?" Het antwoord is dus: omdat het op uiteenlopende manieren onvrij is in het waarnemen, handelen, verantwoorden etc. Die onvrijheid wegnemen staat aan de basis van een enorme kwaliteitsverbetering in de zorgverlening, maar heeft dus ook zijn prijs.

Tijdens het onderzoek naar goede zorg voor (diep) demente ouderen werd nog weer eens duidelijk hoe belangrijk een van de leerstukken uit de presentiebenadering is: goede zorg heeft onder meer als kenmerk dat er onophoudelijk gezocht wordt naar aansluiting bij en afstemming op de zorgontvanger. Altijd weer: aansluiten en afstemmen, aansluiten en afstemmen. We bestudeerden de casus van een oude dame met vergevorderde Alzheimer en we leerden geleidelijk wat goede, afgestemde zorg voor haar was om 9 uur, hoe anders zulke zorg moest zijn om 10.30 of 12 uur, na het middagdutje, als ze vermoeid was, als ze bezoek had gehad, net de wasbeurt had doorstaan of haar favoriete nasi had gegeten. Er leek voor haar geen vast regiem mogelijk, geen standaard zorg, geen routineus antwoord op haar zorgbehoefte. En zelfs binnen haar wereldje stond niets vast: wat voor haar het ene uur goede zorg was, moest een uurtje of dag later vooral *niet* gedaan worden, wat op woensdagmiddag helemaal bij haar leek te passen en haar zelfs gelukkig maakte (zingen in een koortje) was op andere momenten een kwelling en zacht gezegd compleet misplaatst. Kort en goed: goede zorg voor mevrouw vraagt van de zorgverlener onherroepelijk dat deze zich verdiept in mevrouw, in haar actuele conditie, haar verlangens op dàt moment en bijvoorbeeld in haar begrip van de wereld en van zichzelf in de situatie waarin ze verkeert. Steeds anders, steeds helemaal deze ene, unieke mevrouw. Het kan geen kwaad nog eens te kijken in haar leefplan, behandelplan, zorgplan of hoe het verder ook moge heten maar het zal weinig helpen om de vraag te beantwoorden wat op een

[31] De oproep naar buiten te kijken en vooral 'van buiten naar binnen te kijken' is momenteel populair in de management kringen en stamt uit het werk van Wouter Hart, *Verdraaide organisatie* (2012). De idee daarachter is anders dan wij hier uitwerken maar in zekere zin verwant: het draait om het doorbreken van je (organisatorische) zelfverblinding die vooral bestaat uit verstrikt zijn in de zelfgefabriceerde beelden van de werkelijkheid. Die voeren al te gemakkelijk weg van de bedoeling van je vak en van wat gewone, effectieve mensen zouden doen.

specifiek moment, in die situatie en gegeven de actuele conditie van mevrouw goede zorg voor haar is. Het kan evenmin kwaad er een geriater bij te halen die uitlegt welke stadia de ziekte van Alzheimer kent, wat een delier is of wat veelvuldig roepen en huilen mogelijk betekent: maar opnieuw, hoe nuttig en behulpzaam deze informatie ook moge zijn, om de zorg goed te laten aansluiten en goed af te stemmen, is het noodzakelijk vrijelijk waar te nemen hoe mevrouw er nú aan toe is.

1.2 Behulpzame en minder handige voorstellingen van zaken

De reikwijdte van de hedendaagse opvattingen, indicatoren en tools om de kwaliteit van de zorg te registreren en beoordelen is geweldig groot: talrijke aspecten van de zorg worden gecontroleerd. Dat gebeurt vanuit meerdere perspectieven (gezien vanuit de wet, de kwaliteitskaders, de professional, de zorgontvanger, de naasten, de financier etc.) en op vele terreinen (van fysiek en sociaal tot spiritualiteit en zin) en tal van instrumenten (metingen, visitaties, interviews etc.). Daarbij wordt er gestreefd naar een zekere objectivering: vaststaande indicatoren, standaarden om aan te toetsen, algemeen toegepaste tel- en rekenwijzen, dezelfde registratiemomenten enzovoorts. Meten (en registreren) is de dominante werkwijze en om die reden en met een scheef oog op de wetenschap spreekt men wel van de 'harde' vaststelling van kwaliteit: gesloten uitvraag, vaste set variabelen, afstandelijk, gestandaardiseerd, metend en rekenend, objectief, vergelijkbaar, controleerbaar, etc. In deze context speken van 'hard' is niet onbegrijpelijk, maar wel een onhandige manier van zeggen omdat de problemen die we op dit veld moeten aanpakken door deze voorstelling van zaken onhanteerbaar en zelfs onoplosbaar worden.
En dat is een bekend probleem: als deeltjes worden voorgesteld als golven, als infecties begrepen worden in termen van kwalijke dampen en zolang schizofrenie gedacht wordt als het effect van slechte opvoeding, is het goede begrip geblokkeerd en zijn handelingen die op die concepten of voorstellingen van zaken worden gebaseerd weinig vruchtbaar. Soms kunnen verkeerde, onhandige of onvolledige manieren van denken over een fenomeen toch redelijk effectief zijn en zelfs ingeburgerd en subsidiabel zijn. Trudy Dehue[32] heeft in haar recente publicaties keer op keer laten zien dat we in de beschrijving, interpretatie of verklaring van (psychiatrische) ziektebeelden fout op fout stapelen maar lustig doorgaan met therapieën aanbieden die nota bene nog wat oplossen ook. Men kan in het land van de concepten heel lang en heel tevreden en zonder zweem van argwaan de verkeerde weg aflopen. Toch zal het uiteindelijk vastlopen doordat de oplossing van vraagstukken systematisch in de verkeerde hoek wordt gezocht of doordat mensen op een ethisch ontoelaatbare wijze almaar tekort wordt gedaan (onterechte verwijten krijgen over hun leefstijl, weggezet worden als claimend, vanwege een voortdurende roep om aandacht, inferieure raad ontvangen om met tragische gebeurtenissen om te gaan of blootgesteld worden aan pijnlijke interventies die we enkele tientallen jaren later voor schandelijk houden). Manieren van zeggen en denken zijn niet om het even als men problemen wil aanpakken: de ene voorstelling van zaken brengt ons aanzienlijk verder dan de andere.
De beide voorbeelden hierboven en de korte reflecties erop maken duidelijk dat goede zorg op basis van aansluiten en afstemmen *niet* benoemd moet worden als de zachte (softe), warme, gastvrije, lieve en menselijke aspecten van de zorg maar als de situationele, contextuele, geïndividualiseerde en relationele. De tegenstelling harde – zachte, koude – warme, afstandelijke – nabije aspecten van de zorg, is onhandig en weinig behulpzaam. Het is bovendien beledigend, als zou de zorg die 'objec-

[32] Zij is aan de Rijksuniversiteit Groningen hoogleraar wetenschapstheorie en wetenschapsgeschiedenis, toegepast op de wetenschappen die mensen bestuderen. Recentelijk verscheen van haar hand: *Betere Mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar.* Amsterdam: Augustus, 2014. Eerder verscheen: *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen.* Amsterdam: Augustus, 2008.

tief' kan worden vastgesteld de zorg zijn die door distante ijskonijnen wordt gegeven. Of dat relationeel afgestemde zorg dus soft is. Met de beide voorbeelden wilden we een betere conceptualisering (manier van denken, de begrippelijke voorstelling van zaken) introduceren en het is precies deze andere voorstelling van zaken die als filosofie onder de experimenten ligt die in dit onderzoeksverslag aan de orde zijn.

2 De filosofie onder ons onderzoek

2.1 Goede zorg kunnen beoordelen: wat is de moeilijkheid?

Goede zorg is onvermijdelijk relationeel ingerichte en afgestemde zorg: in de betrekking tussen zorggever en zorgontvanger wordt duidelijk welke zorg op dat moment en op die plek in welke mate gegeven moet worden om voor de betrokkenen passend, zinvol, juist, weldadig en batig te zijn. Het zijn juist die relatie of verstandhouding en het begrip dat daarin voor en dikwijls ook vanuit de zorgontvanger wordt ontwikkeld die helpen te bepalen wat een zorgverlener uit alles wat mogelijk is (zijn of haar rugzak met methoden, zorghandelingen, ondersteunende gebaren en woorden, enz.) zou moeten kiezen of juist beter *niet* kiest en liefst maar achterwege laat. De zorgrelatie als de plek waar de zorg *daadwerkelijk* ontstaat, afgestemd wordt op deze ene zorgvrager en de mogelijkheden van deze zorggever. De relatie zelf is dikwijls reeds een vorm van zorg voor de ander: gezien, gehoord, serieus genomen worden. Hoewel velen hiermee instemmen en zulke 'zorg op menselijke maat' ook nastrevenswaardig vinden, zijn de meest manieren die in Nederland momenteel gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te registreren, bevorderen en vooral ook te meten en te verantwoorden daar niet op gericht. De moeilijkheid bij uitstek is immers dat de kwaliteit van deze relationeel ingerichte en afgestemde zorg *lokaal* geldig is (op dat moment, op die plek en in die betrekking van mensen) en dus nauwelijks geobjectiveerd, laat staan gegeneraliseerd kan worden. Om te kunnen zien of zulke zorg goed is, volstaat het in elk geval niet om van buitenaf te kijken en oordelen. Men moet in de *situatie zelf* zoals ze zich actueel voordoet kijken, de verlangens en grenzen vanuit de *relatie* pogen te begrijpen, men moet iemands *context* verdisconteren (waar wordt deze zorg gevraagd, wat is iemands geschiedenis, in welke sociale afhankelijkheden en loyaliteiten leeft iemand?) en men moet de aard, het verlangen en de draagkracht van deze *individuele* zorgvrager kennen. De meetsystemen die aansluiten bij de filosofie van *verantwoorde* zorg kunnen deze kwaliteiten maar moeilijk 'denken', waarnemen en beoordelen. Toch is dat noodzakelijk, wil de zorg niet slechts als *verantwoorde* maar vooral ook *goede* afgestemde zorg beoordeeld kunnen worden.

Het cruciale punt is dus enerzijds de vaststelling dat goede zorg een situationele afstemming vraagt en anderzijds het huidige systeem situationele factoren niet (goed) kan beoordelen op hun kwaliteit. Het kan hooguit van buitenaf tamelijk formele vragen stellen over die afstemming (wat overigens slechts mondjesmaat gebeurt) maar ertoe doordringen kan het niet. Dat kunnen alleen degenen die in die situatie verkeren en daar de situatie hebben begrepen, beoordeeld en bewerkt. Als zij niet aan het woord komen of zich slechts mogen uitdrukken in de formele, afstandelijke 'taal van buiten' die nu alom verplicht is gesteld, komt er geen goede opheldering van de situationele aspecten van zorg. Of als ze wel verhalen mogen vertellen ('narratieve benadering') maar de waarde en betekenis van die verhalen gaan uiteindelijk toch door de molen van het rekenende, objectiviteit zoekende kwaliteitssysteem dan zijn ze uiteindelijk monddood. Een deel van wat zorg tot goede zorg maakt (of daar juist afbreuk aan doet) blijft dus buiten beschouwing. En precies dat deel is essentieel omdat het

betrekking heeft op de kwestie of de geleverde zorg aansluit, afgestemd is, goed doet en in het leven van de zorgontvanger past en zinvol is. De standaard manier om met deze complexe moeilijkheid om te gaan is momenteel steeds dezelfde: het belang van dit deel van de zorgverlening kleineren en verwijderen uit de filosofie van de kwaliteitsmeting (kwaliteitsmeting gáát daar niet over! moet dat ook niet willen want – zegt men – het is aan de betrokkenen, het is 'privé', het zijn de 'zachte', meer 'persoonlijke' aspecten van de zorg en daar gaat het kwaliteitsbeleid niet over). Er worden dus grenzen getrokken (*moral bounderies*) en bepaalde delen van de zorg worden buiten beschouwing gelaten, vooral *omdat de geldende manier van kwaliteit meten er niet mee over weg kan en de onderliggende idee van wat zorg eigenlijk is en welke kennis over zorg telt, onaangetast moeten blijven.* Dat is ook precies wat de veelgehoorde kritiek op het huidige systeem op tal van manieren verwoordt: wat er in de zorg voor de ander naar de smaak van velen werkelijk toe doet, wordt niet gezien en niet gewaardeerd. Al het registreren en meten leidt daar eerder van weg dan naar toe, en beneemt ons het gezicht erop. Feitelijk telt het niet mee. Ik denk dat deze kritiek overdreven is en het aanzienlijk genuanceerder ligt, maar de schets van de moeilijkheid is juist.

2.2 Een uitweg

De poging in het ontwikkel- en onderzoekstraject dat in dit rapport verslagen wordt, is om wel door te dringen tot die situationele en contextuele aspecten van de zorg, en de kwaliteitsbewaking daar te faciliteren en bevorderen. En het kan niet anders of dat moet gebeuren door de betrokkenen zelf, die op een betrouwbare wijze maar van binnenuit die lastig grijpbare factoren van de zorg moeten leren beoordelen. De kwestie draait dus niet om harde versus zachte zorg, maar om de vraag of zorg van buitenaf bezien wordt of juist in de relatie, in de context, in de situatie en in het leven van de betrokkenen. Dat is een radicaal andere benadering om de zorg te beschrijven, te begrijpen en uiteindelijk te beoordelen en in te richten dan nu gebruikelijk is. Het gebeurt met andere middelen, andere mensen en binnen een ander idee van kennis en zorg.
Het kan anderen ook irriteren: moet het dan allemaal weer overgelaten worden aan de 'insiders' die zelf en van binnenuit hun eigen zorgverlening gaan beoordelen, is dat niet de klok terugdraaien en juist een kritische beoordeling van de zorg het nakijken geven? Is dit niet zich onttrekken aan wat we nu juist de afgelopen 15 jaar hebben geleerd: kritisch zijn, open, transparant, toetsbaar, vergelijkbaar met anderen. Niet tevreden zijn met jezelf, niet indutten en niet zelfvoldaan achteruit gaan hangen. Kwaliteit is nu juist niet iets wat we maar moeten geloven; de ontzaglijke inspanningen op dit terrein zijn erop gericht om tot een *publieke* verantwoording te komen en kaf van koren te scheiden.

Dit zijn belangrijke bedenkingen waar men niet licht overheen zou mogen stappen. Toch kan er afdoende op geantwoord worden als men inziet dat ook relationeel ingerichte, situationeel en contextueel afgestemde zorg wel degelijk kritisch beoordeeld kan worden op kwaliteit. Dat kan inderdaad niet zolang men maar één weg daartoe ziet: meten. Maar 'meten' op de hierboven beschreven wijze is slechts een van de (vier) manieren waarop we kwaliteit kunnen *vaststellen*. Het is een denkfout te menen dat we geïnteresseerd zouden zijn in meten, we zijn geïnteresseerd in goed vaststellen, en afhankelijk van wat we willen weten is meten één van de manieren van vaststellen. We moeten ons vooral niet blind staren op het meten: er zijn naast het meten nog ten minste drie andere manieren om vast te stellen of de zorgverlening goed is, op peil, deugdelijk en passend. Waar goede zorg zich afspeelt op geleide van relationele sturing, en voor haar welslagen af komt te hangen van subtiele aanpassingen aan wisselende contexten, specifieke situaties en tijdstippen, is het 'objectief' meten van kwaliteit al snel een te grove en weinig gelukkige manier van vaststellen. Andere manieren (nar-

ratief en fenomenologisch[33]) zijn voor die aspecten van goede zorg meer geëigend en er zijn inmiddels ook wetenschappelijk verantwoorde methoden die deze benaderingen op het veld van kwaliteit toepassen. Het gaat bij die benaderingen om zelfstandige, adequate maar nauwelijks te generaliseren manieren van vaststellen. Ze kunnen dus op zichzelf worden toegepast maar ook naast het meten. In ons onderzoek vragen we vooral aandacht voor een vierde manier van vaststellen: een ontwikkeld kwaliteitsbewustzijn.

2.3 Kwaliteitsbewustzijn cultiveren

Het gaat daarbij om een goed gevoed, steeds onderhouden en kritisch bewustzijn van kwaliteit bij de zorggevers zelf, waarin ook die narratieve en fenomenologische kwaliteitstoetsen een plek hebben. 'Goed gevoed' betekent onder meer: zich van kennis over kwaliteit voorzien met de juiste tools, 'steeds onderhouden' betekent: onderdeel zijn van een organisatiecultuur en 'kritisch' betekent: getoetst aan inhoudelijke kwaliteitscriteria en dus meer dan puur 'verantwoord' en zeker meer dan 'subjectief' (hoogst persoonlijke ideeën over wat goede zorg is). Dat kwaliteitsbewustzijn is niet iets dat telkens pas actief wordt als de uitslag van de een of andere kwaliteitsmeting in de bus valt. Het wordt onderhouden in een cultuur van zorggevers die zich samen steeds weer beraden op de kwaliteit van hun werk. Dat is wat je in het kader van kwaliteit het liefste wilt: dat werkers, voorzien van de juiste middelen, er voortdurend bewust mee bezig zijn, en dat is wat in ons onderzoek is nagestreefd.

Een waakzaam kwaliteitsbewustzijn, in de literatuur ook wel aangeduid als *quality awareness* of *quality consciousness*, is dus slechts effectief als het de beschikking krijgt over tal van geschikte middelen om de geleverde kwaliteit kritisch te kunnen volgen en beoordelen. Zoals we aan de hand van de twee voorbeelden hierboven illustreerden, moet die tools er aan bijdragen dat (in termen van goede zorg)

1. *[waarnemen]* de zorgverlener steeds scherp en vrijelijk in de zorgsituatie kan waarnemen;
2. *[begrijpen en beoordelen]* de zorgverlener adequaat kan verstaan en waarderen wat hij of zij waarneemt;
3. *[doen]* de zorggever een afgestemde, praktische respons kan geven die aansluit bij de betekenis en waarde van wat hij of zij waarneemt;
4. *[verantwoorden]* en desgevraagd kan verwoorden en uitleggen wat er goed is aan wat hij of zij zo doet in de zorg voor een ander.

---

[33] Hier zijn vele bronnen te noemen; een kleine greep daaruit: Burhans, L., *What is good nursing care? The lived meaning of quality nursing care for practicing nurses*, College of Nursing, East Carolina University, 2008 (diss). Charalambous A., I.R. Papadopoulos, A. Beadsmoore, "Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology*". Eur J Oncol Nurs.* 2009 Dec; 13(5): 350-60. Doi: 10.1016/j.ejon.2009.04.011. Epub 2009 Jun 21. From, Ingrid, *Health and quality of care from older peoples' and formal caregivers' perspective*, Karlstad: Karlstad University Studies 2011 (diss.). Marshall, A., A. Kitson & K. Zeitz, "Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit", *Journal of Advanced Nursing* 4 Feb. 2012. Sabat, S.R., "Existential phenomenology and the quality of life of carers and care recipients: A case study", *Dementia*, May 2009 vol. 8 no. 2 163-166; doi: 10.1177/1471301209103247. Van der Zalm, J. E., & V. Bergum, "Hermeneutic-phenomenology: Providing living knowledge for nursing practice", *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(1), 211-218. Of Nederlandstalig: Baart, A.; F. Willeme, *Van tellen naar vertellen, en terug*, Den Haag: Lemma 2010; Olthuis, G., C. Prins, H.van der Pas, A. Baart, "Anders kijken naar kwaliteit van zorg op de Spoedeisende Hulp", in: Carlo Leget en Gert Olthuis (red.), *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis*, Den Haag: Lemma, p. 33-36; Jerak-Zuiderent, S., *Generative Accountability - Comparing with Care,* Rotterdam: Erasmus Universiteit (diss. 15 nov. 2013).

Het accent komt dus niet te liggen op wat we eerder 'naar binnen kijken' en 'gehoorzamen' (aan protocollen, richtlijnen, methoden) noemden maar op het mengen van deze voorschriften in wat ter plekke en op dat moment wenselijk is. We spreken van mengen omdat het er niet om gaat die voorschriften buiten werking te stellen maar op een *verstandige* wijze te gebruiken. Daarvoor moet de zorgverlener situationeel waarnemen, duiden en beoordelen. Dat wordt in de regel bevorderd als die zorgverleners met elkaar mogen beraadslagen over en reflecteren op hun eigen praktijken, elkaar in de situatie zelf scherp en wakker leren houden, en als ze op deze wijze permanent leren hun zorg te evalueren en verbeteren. De cruciale wending is hier dus niet naar de warme, zachte menselijke kant van de zorg maar van de gebruikelijke gedecontextualiseerde aandacht voor de kwaliteit naar een gecontextualiseerde aandacht voor de kwaliteit. Een *embedded* aandacht voor de kwaliteit: niet van buitenaf, niet door derden, niet incidenteel maar van binnenuit, zelf en als een aanhoudend, gezamenlijk punt van aandacht . Een *kwaliteitsbewustzijn* dus, een goed onderhouden cultuur om aan kwaliteit te werken; huiselijker gezegd: de goede gewoonte die men zelf onderhoudt.

2.4 Drie bijkomende kenmerken

We leggen tot nog toe de nadruk op het relationele, contextuele en situationele, maar ons voorstel heeft nog enkele kenmerken die de moeite waard zijn om voor het voetlicht te brengen.

a. Iedereen kan weten dat er volop zorg is die gemakkelijk door de bestaande kwaliteitstoetsen komt maar toch niet goed is, niet past, domweg tekortschiet, mensen geen goed doet, niet zinvol is of zelfs leed berokkent en pijn verergert. Degenen die de kwaliteit van zorg meten en pogen te objectiveren beseffen dat vaak maar al te goed: ze kijken of de zorg *verantwoord* is en dus voldoet aan allerlei formele criteria maar zelfs als dat zo is, wil dat niet zeggen dat die zorg ook *goed* is en als zodanig ervaren wordt. Verantwoorde zorg ≠ goede zorg. Door te werken aan een actief, contextueel fungerend kwaliteitsbewustzijn dat onder meer steunt op de vrije waarneming in de situatie zelf, scheppen we een tweede lens, een alternatieve mogelijkheid om de kwaliteit van zorg waar te nemen. Door deze lens – die de bestaande niet vervangt noch buiten werking stelt – kan verantwoorde zorg die toch niet goed is, gezien worden en kan goede zorg die niet verantwoord is, zichtbaar gemaakt worden. Deze meeropbrengst van ons experiment streven we bewust na.
b. Doordat we zoveel nadruk leggen op contextualiteit springt een ander verschil met de bestaande kwaliteitstoetsen in het oog: zorg wordt niet beoordeeld op het niveau van afzonderlijke handelingen of artefacten (is er een plan, is er een dossier, is er noodscenario etc.?) maar op een veel ruimere schaal, in een groter verband. De zorg die beoordeeld moet worden wordt zoveel als mogelijk bezien in het gehele netwerk van betrekkingen waarin ze tot stand komt: de sociale banden van de zorgontvanger, de biografie van de betrokkene, de mogelijkheden en beperkingen van de zorgverleners, etc. Er wordt dus een ruime uitsnede gemaakt en we kijken niet naar de enkele handeling (is droog wassen goede zorg? moet de zorgverleners alles doen wat de zorgontvanger verlangt?) maar *naar zorg in zijn verband*. We gaan hier graag nog een stapje verder: we bekijken, beoordelen en bevorderen zorg graag als een *praktijk* en dan moeten we zeggen dat tot die context ook behoren: alle dingen en ook de lichamen (van de zorgverleners bijv.) die de zorg mogelijk maken, de gebouwen die goede zorg afremmen of juist bevorderen, de gewoontes en scripts die de werkers voortstuwen en de stilzwijgend regels die de zorg doortrekken en gaande, doenlijk en voorspelbaar houden. Het maakt in de beoordeling van de kwaliteit van de zorg alles uit of we pogen het geheel te beoordelen of ons tevreden stellen de beoordeling van de enkele of desnoods de afzonderlijke zorghandelingen. De beperkte uitsnede geeft gemak-

kelijk een scheef beeld, in de trant van: operatie geslaagd, maar als je wat verder lijkt, zie je: patiënt overleden. In onze opvatting van het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn ligt de focus op de zorg als praktijk, niet op de zorg als het voltrekken van separate handelingen.

c. In het beoogde kwaliteitsbewustzijn zit onvermijdelijk (gelukkig maar!) een moment van beoordelen: is wat we zien goed te noemen, willen we dat zo, kunnen we hiermee tevreden zijn of moet dat anders? Dat zijn vragen die niks minder dan *normatieve* beoordelingen vergen. Hier komt het dus aan op ethiek in de praktijk, niet omdat er een dilemma is gerezen (mag mijnheer dood, moeten we doorgaan, is dit leven 'voltooid' te noemen?) maar doordat de zorg als zodanig beoordeeld moet worden. In een actief en goed gevoed kwaliteitsbewustzijn wordt die normatieve beoordeling dus primair aan de zorgverleners zelf overgelaten: het gaat er dan niet primair om dat zij gehouden zijn grote ethische principes van buiten af toe te passen in hun werk of een soort toegepaste beroepsethiek te praktiseren, maar met degenen die bij de zorg betrokken zijn (dus ook zorgontvanger en diens familie en naasten) en met elkaar proberen te ontdekken wat goed is in die situatie. Scherper en ethischer gezegd: welk goed zich ter plekke aandient en vraagt om verwezenlijking? Dat geeft een aanzienlijke draai aan het ethisch redeneren: om te beginnen en om te eindigen zeer geconcentreerd zijn op wat empirisch gesproken omhoog komt uit de situatie zelf als een mogelijk goed en dat is echt wat anders dan erop los gaan met de principes van autonomie, recht en professionele plichten. In het ontwikkelde kwaliteitsbewustzijn zijn de gevoeligheid en ontvankelijkheid voor deze morele 'lokale goederen' van cruciaal belang. Het kan natuurlijk helpen om die sensitiviteit te voeden en stimuleren met geleide reflecties (systematisch leren zoeken en afwegen) maar dat doet aan dit kenmerk niets af: kwaliteitsbewustzijn is veel gevoeliger voor emergente goederen (die dus als opkomen in de situatie zelf) dan de gebruikelijke kwaliteitstoetsen die zich (dikwijls op een kunstmatige wijze) ver houden van morele beoordelingen en hooguit een formeel standaard invoeren: kwaliteit van leven. Dat kan beter en dat willen we ook graag beter.

2.5 Kwaliteitsbewustzijn bevorderen, koesteren en toetsen

Deze manier om over goede zorg na te denken en er kritisch aandacht aan te schenken in de vorm van het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn is nog tamelijk ongebruikelijk en het is allerminst vanzelfsprekend dat zorgverleners reeds (uit zichzelf geneigd en) in staat zijn tot die waarneming, beoordeling en passende responsen. Onze experimenten bestonden erin de vereiste ('lokale') leerprocessen daartoe te initiëren of verder te helpen, verder op niveau te krijgen en deze manier van continu werken aan de kwaliteitsverbetering institutioneel te helpen verankeren: dat is wat we bedoelen met het 'cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn'.

In deze manier denken over het bevorderen en bewaken van goede zorg, gaan het gebruiken van tools voor het goede waarnemen, beoordelen en handelen ('intern verbetertraject') en het kunnen benoemen en begrijpen (verantwoording) dus samen. Onze onderzoeksinteresse ging dus uit naar het *leren* kijken, *leren* begrijpen, *leren* waarderen en *leren* doen, en wel als onderdeel van een gevestigde professionele cultuur die zich niet alleen graag verbetert maar ook rekenschap wenst af te leggen van haar streven naar goede kwaliteit. Om die reden zeggen we: een bepaald type scholing vestigt, voedt en onderhoudt de cultuur van een waakzaam kwaliteitsbewustzijn en precies dát soort bewustzijn is vereist om erop te kunnen vertrouwen dat de relationele, moeilijk zichtbaar te maken kanten van de zorg toch behartigd worden.

In de oorspronkelijke opzet van ons onderzoek lag de suggestie vervat dat organisaties die zo'n permanent waakzame kwaliteitsbewustzijn cultiveren, en zich daarop laten bevragen, een certificaat zouden moeten krijgen waardoor ook buitenstaanders weten dat daar op een deugdelijke wijze werk gemaakt wordt van kwaliteit, dat is: van de relationele kanten van de zorg. Dat certificaat wordt dus niet gegeven vanwege gemeten uitkomsten maar vanwege goed ingerichte processen die het waarnemen, begrijpen, evalueren, doen en uitleggen van de relationele, situationele en contextuele kanten van de zorg cultiveren.
Het interessante is dat een dergelijk waakzaam kwaliteitsbewustzijn naar *heel* het proces van zorgverlening kijkt en dus óók acht slaat op wat men gewoonlijk de meer harde kanten van de zorg noemt, inclusief de bijbehorende 'objectief gemeten' kwaliteit. Dat is een belangrijke constatering: de verschillende manieren van kijken naar kwaliteit blijven niet gescheiden en de verschillende manieren van verantwoorden dus evenmin.
Wat verantwoorden in onze filosofie zou zijn, kan ten slotte kort worden toegelicht. De verantwoording die vrijwillig is, speelt op drie niveaus, twee interne en een extern.

1. Het is dus allereerst een in de organisatie levend kwaliteitsbewustzijn (zien, benoemen, wegen, uitleggen) omtrent goede zorg dat in beraadslagingen en dialogen verwoord en onderzocht wordt;
2. Pas in tweede instantie wordt dit bewustzijn door en met derden kritisch doorgelicht (*peer audit*): ook deze 'verantwoording' heeft nog altijd (voornamelijk) een intern belang;
3. Als deze *peer audit* een bevredigende uitslag heeft, kan de organisatie dat aan buitenstaanders tonen: hier wordt serieus werk gemaakt van de zachte, moeilijk in beeld te krijgen, kanten van de zorg. Dan pas heeft de verantwoording een externe betekenis. De vorm daarvan zou een certificaat kunnen zijn dat aan de overige, 'harde' kwalificaties van de prestaties van de organisatie wordt toegevoegd.

3 Lessons learned

3.1 Kredietwaardigheid van onze filosofie

Gegeven deze filosofie, is het experiment annex onderzoek opgezet. Het onderzoeksverslag beschrijft welke vertaalslagen vanuit de filosofie zijn gemaakt en welke concrete leer- en reflectiemiddelen zijn ingezet en wat daarvan de resultaten zijn. In aansluiting bij onze 'filosofie' hebben de gepresenteerde leermiddelen deze kenmerken:

1. *Doel* – Ze bevorderen ten diepste het (a) verfijnde, vrije waarnemen en het (b) kritisch beoordelen van de kwaliteit van de zorg, en stimuleren van daaruit de (c) praktische verbetering van de zorgverlening.
2. *Middelen* – In alle gevallen gebeurt dat in de vorm van (geleide) reflectie en beraadslaging: niet het opvolgen van dwingende instructies maar vooral zelf leren nadenken en praten over de geleverde zorg, in een veilige omgeving en met een scala van uitgekiende en goed inzetbare leer- en reflectiemiddelen die dat waarnemen, beoordelen, doen en dus reflecteren op een precieze en hoogwaardige wijze bevorderen. Het gaat daarbij om beproefde leermiddelen (sommige zijn nog in ontwikkeling).
3. *Inhoud* – De leermiddelen en de manier waarop ze ingezet zijn, hebben ook als kenmerk dat ze een inhoudelijke, normatieve beraadslaging op gang brengen, niet 'wat vereist *verantwoorde* zorg dat we hier doen?' maar 'wat moeten we doen willen we nu *goede* zorg leveren?'. Beide

vragen doen ertoe, ons gaat het nu om de laatste. Het stellen van de inhoudelijke vraag is een heel delicate zaak – we komen erop terug – omdat de normering niet geheel en al van buitenaf kan komen (zoals we hebben uitgelegd, verzet de relationele, situationele afstemming zich ertegen) maar van binnenuit niet per se kritisch genoeg is.

4. *Setting* – Kenmerkend is vervolgens dat dit alles met en onder elkaar gebeurt: *on the spot*, door uitvoerenden onderling met adequate begeleiding (dus niet ieder voor zich, niet in een vormingscentrum, niet via e-learning, niet via opdrachten van hogerhand noch via colleges en trainingen) en in heel flexibele, vaak in het gewone werk ingebouwde leertrajecten.
5. *Borging* – Dat hangt samen met het volgende kenmerk: dat leren waarnemen, beoordelen en bevorderen van, alsmede het nadenken over de kwaliteit van zorg willen geen incidentele zaak noch een (tijdelijk) project zijn maar een cultuurkenmerk van de organisatie worden. De middelen worden ingezet om een permanent en gedeeld kwaliteitsbewustzijn bij de zorgverleners en hun leiding te ontwikkelen resp. te onderhouden, en zo het werken aan kwaliteit tot een vaste, goede gewoonte in de organisatie te maken. De drie geschakelde begrippen zijn hier dus: bewustzijn – cultuur – organisatorische verankering. Ze verschillen dus van de reeks: voorschrift – registratie – landelijke bench mark.
6. *Verantwoording* – Kenmerkend is ten slotte ook dat deze processen van kwaliteitsbewaking en –bevordering allereerst een *interne,* zogenaamd horizontale verantwoording eisen: zelf en met elkaar de zorg om de kwaliteit behartigen, elkaar erop bevragen, elkaar erover op de huid zitten, het zelf willen en met elkaar standaarden aanleggen die kritisch zijn. Niet wachten totdat het 'van buitenaf' of 'van hogerop' geëist wordt (verticale verantwoording), niet pas verbeteren als er iets mis gegaan is of een landelijke score negatief uitpakt. Hoe een interne, horizontale verantwoording gekoppeld kan worden aan een externe, verticale is in ons onderzoek niet bekeken, maar zal ons later zeker nog bezighouden.

Dit zijn tamelijk bijzondere kenmerken (in de wereld van de kwaliteitsverantwoording) in aansluiting waarbij nog enkele zaken bij opgehelderd moeten worden; dat gebeurt in par. 3.2.
Maar eerst de voor ons meest fundamentele vraag: de filosofie (zie boven) is omgezet in een veldexperiment waar middelen en processen zijn geëntameerd die de zojuist genoemde kenmerken hebben. We hebben beschreven, verkend en deels ook verklaard wat de resultaten waren (hoofdstuk 5 en 6). De eerste vraag is dan natuurlijk: ondersteunen de uitkomsten van het veldexperiment die filosofie? Is ons idee van 'het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn' overeind gebleven?
Hoewel het onderzoek kleinschalig was, zijn er voldoende goede redenen, menen wij, om inderdaad te concluderen dat het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn niet alleen zinvol en kansrijk is als een alternatief voor en aanvulling op de gebruikelijke manier om kwaliteit te bewaken (nl. vooral door middel van inspecties en meetlijsten), maar ook aanbevelenswaardig. We verklaren ons nader.

- *Zinvol en kansrijk*, omdat het lijkt te bewerkstellingen wat we hoopten: kritisch, inhoudelijk en actief met elkaar bezig zijn rond de kwaliteitsvraag, zonder dat daar van buitenaf door inspectie, zorginkoper of kwaliteitsinstituut een impuls toe gegeven behoeft te worden. De leermiddelen stimuleren daadwerkelijk het willen beraadslagen over wat zich in de zorgrelatie afspeelt en in hoeverre dat werkelijk goede zorg is.
- *Aanbevelenswaardig*, omdat dat niet alleen bewoners/cliënten goed kan doen, maar ook de zorgverleners zelf, die aantoonbaar meer plezier in het werk krijgen resp. houden en die, in het kader van de kwaliteitsvraag, tal van zaken gaan zien waar bewoners/cliënten baat bij hebben waardoor de zorg beter wordt. Het werken aan de toepassing en ontwikkeling van de

leermiddelen en het evalueren ervan stimuleren ook de professionalisering als een voordurend proces waarin kwaliteitsbewustzijn onontbeerlijk is. Ons onderzoek laat zien dat het gebruik van de beschreven leermiddelen behulpzaam is bij het gezamenlijk vormen van een idee over goede zorg waarover men met elkaar in gesprek kan. Met andere woorden, we zien dat nadenken over kwaliteit met de genoemde leer- en reflectiemiddelen tegelijk drie processen in hun onderlinge verbinding in gang zet: (a) *arbeidsvreugde* (met intrinsieke motieven), (b) reflectieve *professionalisering*, en (c) *identiteitsvorming* (wie zijn wij, waar staan we voor en waar werken we aan?).

Dit geheel noemden we eerder 'kwaliteitsbewustzijn cultiveren'. We kunnen niet zeggen dat het reeds is gelukt – dat had ook niet gekund in de korte periode die we met dit onderzoek bestrijken – maar wel dat het kansrijk is en zinvol en bovendien erg aan te bevelen omdat het andere belangrijke processen in de organisatie een *boost* geeft. Maar we moeten bij deze conclusie nog wel een aantal kanttekeningen maken; die gieten we in aanbevelingen zodat niet het negatieve (waarschuwingen) maar het positieve (zo kan het) overheerst.

3.2 Aanbevelingen

3.2.1 Samenhangend beleid voeren

De inzet van leermiddelen vraagt om een lerende organisatie, die een duidelijke visie heeft op kwaliteit waarin kwaliteit die meer behelst dan: het is voldoende als we de normen verantwoorde zorg en een fatsoenlijke CQ- en ZI-score halen. Bij kwaliteit gaat het ook altijd om *goede* zorg, zorg die relationeel tot stand komt. Voor het vaststellen en verantwoorden van *goede* zorg is het gebruik van louter de CQ-index en de ZI-indicatoren ontoereikend. Dit moet het management van een organisatie zich terdege realiseren en dat doet het soms ook wel, zonder precies te weten hoe het dan verder moet. Mogelijk helpt dit experiment met zijn uitgeschreven filosofie en operationele leermiddelen. Hoe dan ook: als het management / bestuur niet zichtbaar, consequent en metterdaad de filosofie uitdraagt dat alleen werken aan *goede* zorg de uiteindelijke maatstaf voor kwaliteit is dan wordt het niet veel met het cultiveren van het kwaliteitsbewustzijn van de medewerkers. En dat uitdragen vraagt behalve een persoonlijk 'zeggen en doen' ook dat de interne (bedrijfs)processen in dat teken staan van of minstens het cultiveren van het kwaliteitsbewustzijn niet tegenwerken of hinderen. Dat kan door:

- *Trekkers* – Iemand, of liever: een kleine groep de leerprocessen in te laten richten, te stimuleren, te laten volgen en waar nodig te laten bijstellen.
- *Ruimte* – Mogelijkheden te scheppen voor de inzet van leermiddelen, hetgeen betekent dat andere zaken moeten wijken (stapelen roept op de werkvloer grote weerzin op : 'weer wat nieuws erbij').
- *Klimaat* – Een klimaat te scheppen waarin daadwerkelijk geleerd mag worden, dat wil zeggen, dat er ook fouten gemaakt mogen worden en dat erover gesproken mag worden.
- *Samenhang* – Coherent beleid te voeren. Als bijv. in het kader van het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn geëxperimenteerd wordt met andere verhoudingen, dan is het contraproductief als de instelling tegelijk een nieuwe tellend en rekenend systeem voor kwaliteitsbewaking invoert, gevestigde posities beschermt en handhaaft of werken op basis van vertrouwen de kop indrukt.

- *Doorwerking* – Zorgverleners ruimte en ondersteuning te geven om gevolg te geven aan hetgeen een leermiddel oproept aan ideeën om zorg tot betere zorg te maken (als na reflectie alles toch bij het oude moet blijven en niets mag veranderen, is het hele kwaliteitsbewustzijn overbodig).
- *Wasdom* – Ontwikkeling en onderzoek hand in hand te laten gaan. Zo wordt het leermiddel passend gemaakt voor de organisatie en bevordert het reflectie over waar je met elkaar op uit bent.

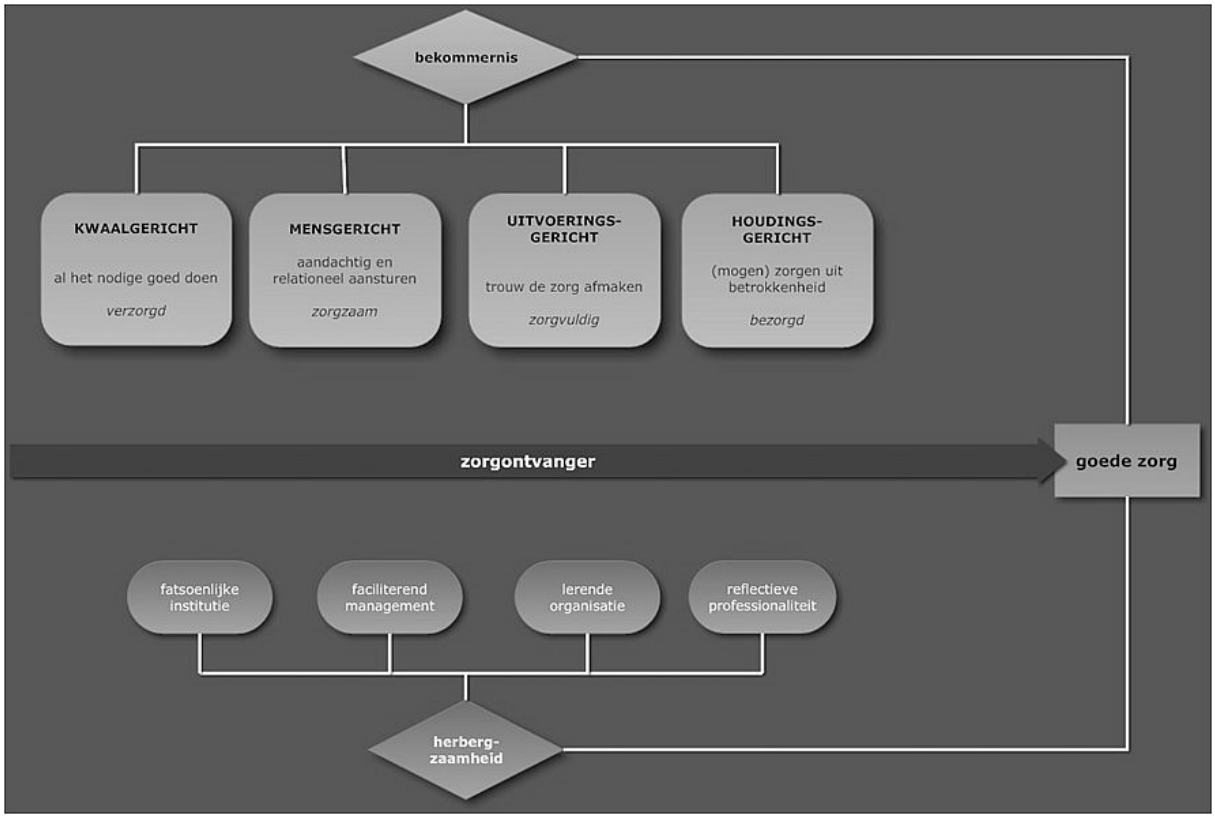
De leermiddelen, waarover we het hier hebben, zijn dus niet of nauwelijks los verkrijgbaar maar dienen ingebed te zijn in een breder, coherent beleid. Laten we dat vanuit het onderzoek concreet en positief illustreren. Hoewel we geconstateerd hebben dat kijken, duiden en doen bij elkaar horen en dat alle leermiddelen dáárop inzetten, verschilt de nadruk die elk legt. We zagen in het onderzoek dat hier (beleidsmatig) al snel wat fout gaat: zo wordt het waarnemen gemakkelijk alleen uitgewerkt als 'kijken' terwijl dat toch ook geschiedt door te horen, ruiken, lezen, voelen, ondergaan, etc. Die breedte moet gewaarborgd zijn, net als de breedte van het leren zelf: leren door instructie, door afkijken, door mogen uitvinden, door overleggen, door ervaring, door fouten te maken etc. Variatie in leermiddelen vergroot de kans dat zorgverleners met verschillende leerstijlen aan hun trekken komen. Het beleid moet dus begrijpen dat er meerdere sóórten middelen (voor het waarnemen, beoordelen, doen) en per sóórt meerder varianten (verschillende zintuigen, verschillende leerstijlen) ingezet moeten worden en wel in hun onderlinge verbinding; dat helpt uiteenlopende mensen heel goed te leren en versterkt de doorwerking: een exposure-ervaring kan bijvoorbeeld een omgangsoverleg helpen verdiepen en de video-feedback kan zeer helpen om verder na te denken over je mission statement. Die dwarsverbanden moeten beleidsmatig gewild en bevorderd worden: dan pas wordt een cultuur van kwaliteitsbewustzijn serieus bevorderd.

3.2.2 Inhoudelijk referentiekader bieden

Zoals gezegd draaien de leer- en reflectiemiddelen uiteindelijk om de vraag wat men goede zorg vindt en welke zorg als zodanig nagestreefd moet worden. Dat is een normatieve vraag en wat de een goed vindt, zal de ander in het moreel verdeelde Nederland niet goed vinden of zelfs verwerpelijk. Toch kan de vraag niet ontlopen worden. Ze kent tot overmaat van ramp tal van ingewikkeldheden die hier verder niet aan de orde kunnen komen: goede zorg (als we al zouden weten wat dat is) moet ook juist zijn, proportioneel, doenlijk en verantwoordbaar, en is bijv. ingebed in een goede organisatie, een rechtvaardige wetgeving, een billijk financieringssysteem en een proportioneel controleapparaat. Met de inzet van de genoemde leermiddelen kunnen al deze factoren niet bewerkt worden: dat is veel te veel gevraagd. Toch moet het opgemerkt worden, want werken aan goede zorg op *uitvoeringsniveau* is weliswaar heel nuttig maar tegelijk een beperkte insteek.
Het onderzoek toont het keer op keer: welk leerinstrument ook gekozen wordt, vroeg of laat vraagt men zich af 'is dit goed, kan of moet dit beter?' en precies op dat moment heeft men behoefte aan een substantieel, inhoudelijk idee van goede zorg. De kwaliteitsdiscussie moet dan niet alleen worden gekoppeld aan correcte procedures, nakomen van veiligheidseisen en het betrachten van transparantie. De inhoud van goede zorg hoeft ook niet tevoren volledig uitgespeld te worden. Begrijpen wat goede zorg is, heeft er praktisch en theoretisch alle baat bij wanneer mensen mogen oefenen, mogen afkijken, het erover mogen hebben. Door op de juiste manier met de leermiddelen aan de slag te zijn, leren medewerkers zelf de vraag te beantwoorden wat goede zorg is, dáár, op dat moment, bij die ene oudere. Ze moeten daarbij wel gestimuleerd worden om *zorg vanuit zorg te gaan denken*[34] en dus niet vanuit deelgebieden als psychologie, de medische wetenschap of communica-

[34] Deze uitdrukking komt van Vosman en Baart.

tie, en nog minder vanuit de pretparken, autofabrieken en de wellness-industrie – al valt daar heus wel wat te leren. Zorg (bijv. voor diepdementerende, stervende, verdrietige of incontinente mensen) is nu eenmaal geen *event,* geen belevenis en het is minstens onhandig om zulke zorg vanuit die niet passende begrippen te gaan ontwikkelen en waarderen. Hoewel we zien dat een idee van goede zorg zich kan ontwikkelen door het gebruik van de leermiddelen, vraagt het ook dat de *begeleiders* van leermiddelen zorgethisch naar zorg willen, kunnen en mogen kijken. Zij moeten weten wat te doen wanneer bijvoorbeeld in een videobespreking gezegd wordt dat een bewoner/cliënt zich door de communicatievaardigheden (!) van de zorgverlener gezien weet. Vragen als: *wat wordt er dan eigenlijk gezegd? wat is de betekenis daarvan? welke waarde wil je dan hoog houden en hoe vertaalt zich dat verder in jouw werk?* zouden niet onbesproken mogen blijven. Een nog diffuus idee van goede zorg mag dus voorzichtig en bescheiden van buitenaf ingebracht worden maar moet op deze wijze door reflecterende practici geconcretiseerd worden.
In ons onderzoek ging het om goede zorg op het uitvoeringsniveau – al is ook wel wat breder gekeken – en we hebben bijgehouden wanneer de uitvoerende zorgverleners zeiden dat zij zorg goed vonden, welke criteria ze dan klaarblijkelijk aanlegden en welke redenen zij noemden. Zoals verwacht mocht worden, gaat het daarbij slechts om een beperkt aantal criteria en, zoals we hoopten, blijken die in sterke mate overeen te stemmen met het zorgethisch kwaliteitsmodel dat wij in de loop der jaren ontwikkelden. Heel verwonderlijk is dat niet, want het model is uit de zorgpraktijk gedestilleerd en, zoals heel de *empirical grounded ethics of care*, pas in tweede instantie 'opgetild' naar een theoretisch niveau. Niet omgekeerd dus: een ethiek van de zorg opstellen en daaruit kwaliteitscriteria afgeleiden voor de praktijk! De conclusie is dat het zorgethisch kwaliteitsmodel in dit experiment is bevestigd en dat het dus heel goed kan worden ingezet in deze leerprocessen om de discussie te stimuleren, aan taal en begrippen te helpen of op een hoger plan te krijgen. Gelet op de enorme verlegenheid op dit terrein in het veld, is dat een nuttig en vaak ook welkom aanbod.
Als zorgverleners tijdens oefeningen, video bekijken, casebesprekingen, MDO's of na een exposure zeggen dat ze zorg goed (of juist niet goed) vinden dan staat vakbekwaamheid weliswaar voorop maar factoren als 'menselijkheid', fatsoen en doenlijkheid (voor henzelf) spelen ook steeds een gewichtige rol. We zien bovendien dat zorgverleners snel geneigd zijn om behalve uitvoeringsaspecten ook organisatieaspecten in hun oordeel te betrekken, waaronder de ruimte die aan hen geboden wordt om hun werk goed te doen, er met elkaar over te mogen nadenken maar ook hoe de huisregels zijn waaraan ze gebonden zijn (fatsoenlijk of juist rigide en hard).
Het onderzoek bevestigt het model dat aan het begin van het onderzoek gepresenteerd werd en laat goed zien dat zowel de elementen van bekommernis als die van herbergzaamheid gespecificeerd kunnen worden (zie figuur 3). Op deze plek volstaan we met een zeer beknopte toelichting.



Figuur 2 ***Zorgethisch kwaliteitsmodel van Baart (vereenvoudigde uitvoering) –©A.J. Baart***

Goede zorg steunt in de uitvoering op bekommernis en in de organisatie op herbergzaamheid. Beide begrippen kunnen gespecificeerd worden.

A. Bekommernis (wat niet per se samenvalt met problemen oplossen) kent vier dimensies:
   (1) *Kwaalgerichtheid.* Goede zorg is allereerst verzorgd: niets ontbreekt en alles wat nodig is, wordt op een bekwame, gedegen en doorzichtige manier gedaan. Dit element van goede zorg richt zich op de kwaal en maakt zorg veilig, doelmatig, tijdig en doeltreffend.
   (2) *Mensgerichtheid.* Goede zorg is ook zorgzaam. Naast verzorgd wordt de zorg uitgevoerd met aandacht, toewijding en passend bij de zorgontvanger. Zorgzame zorg sluit aan bij wie de patiënt is, verdiept zich in wat deze doormaakt, stemt vanuit de relatie met de patiënt af wat gedaan of gelaten zal worden en erkent de patiënt in diens verlangen, eer en kwetsbaarheid. Deze vorm van goede zorg richt zich op de mens.
   (3) *Uitvoeringsgerichtheid.* Goede zorg is ook zorgvuldig. Goede zorgverleners volgen ook of de zorg zo uitpakt als ze bedoeld is. Ervaart de zorgontvanger daadwerkelijk baat, doet de zorg hem of haar goed? Zorg is geen hap-snapwerk, ze blijft kijken hoe ze uitpakt en wordt nog steeds aangeboden als het moeilijk of uitzichtloos wordt. Goede zorg is dus ook trouwe zorg. Dit element van zorg geldt minder de kwaal of de mens maar vooral de uiteindelijke uitvoering van de zorg.
   (4) *Houdingsgerichtheid.* Goede zorg is bezorgd. Zorgverleners zijn begaan met de ander, dat blijkt en dat is ook wat ze graag willen. Het maakt zorg voor hen zelf dikwijls ook zinvol: geeft het een doel, een sociale bestemming. Uit hun zorg verlenen spreekt mededogen. Hier gaat het dus om de houding waarmee goede zorg wordt

verleend: hartelijk, respectvol en toegenegen. Door zorg met mededogen te geven, vermijdt men dat de verleende zorg als koud en kwetsend wordt ervaren. En men bevordert dat ze voor de werkers méér mag zijn dan productiewerk in een stressvolle omgeving.

B. Herbergzaamheid is de organisatorische insteek tot goede zorg en heeft betrekking op de vraag of de organisatie 'een goed oord' is om goede zorg in te kunnen geven. Het kent vier dimensies (in de verregaand gespecificeerde uitwerking van dit model *under construction* zijn het er vijf). In de figuur zijn ze eenvoudig af te lezen en waarschijnlijk spreken ze voor zich. Merk op dat ze naar aggregatieniveau aflopen: van institutie via management en organisatie tot professie en dat ze alle waardegeladen zijn: een fatsoenlijke omgeving die het bevordert dat haar werknemers lerend en afwegend zelf moreel deugdelijk te werk gaan.

C. Tussen beide uitgewerkte ingangen tot goede zorg bestaat een wisselwerking en daarin is de zorgontvanger actief: als partner, als zorgontvanger, als vrager, als appèl, als veeleisende klant, als kritische consument, als zelfredzame burger, als zorgmijder, als angstige zorgafhankelijke. We laten het op dit moment bij deze aanduiding.

Het leerproces dat het kwaliteitsbewustzijn voedt, kan versterkt worden met de inbreng van dit model: het stimuleert de normatieve aspecten van dat bewustzijn op een manier die past bij wat zorggevers spontaan in het veld ook al blijken te doen en wat hun voorkeur heeft.

3.2.3 Lerende organisatie willen zijn

3.2.3.1 Lange adem en radicaal doorvoeren

Kwaliteitsbewustzijn vraagt volhouden en radicalisering: cultivering van kwaliteitsbewustzijn wil zeggen dat het bezig zijn met kwaliteit een goede gewoonte en in het gewone werk ingebakken moet worden. Daarbij zou het eerder moeten gaan om het doorontwikkelen, ombouwen en radicaler willen inzetten van bestaande leermiddelen, dan om nieuwe leermiddelen te stapelen op wat in organisaties al gebeurt. Doorontwikkelen en cultiveren vragen om volhouden, om vervolg geven aan wat als kwaliteitsimpulsen uit de leerprocessen komt, om een organisatiecultuur waarin kwaliteitsbewustzijn bij medewerkers gekoesterd in plaats van overrulled wordt. Dit lijkt niet overal het geval te zijn en vanzelfsprekend is het zo mogelijk nog minder.

Het onderzoek laat zien dat er ook koudwatervrees bestaat voor het thematiseren van wat niet goed gaat, van pijnpunten en ongemakken, met name bij het gebruik van video als leermiddel. Met radicaliseren van de leermiddelen wordt tegen deze achtergrond bedoeld dat ook ongemakken en pijnpunten opgezocht mogen worden.

Bij het teweegbrengen van de perspectiefwisseling door een exposure-opdracht lijkt de reflectie geregeld niet voldoende op niveau te komen en daardoor niet effectief genoeg. Medewerkers geven vaak terug dat ze zich 'nu kunnen indenken hoe het is om X (te zijn)' en dat ze zich vanuit dit 'kunnen indenken' voornemen Y niet meer of juist wel te gaan doen. Het is een prima uitgangspunt dat ze zich realiseren dat er dus een ander perspectief mogelijk is op X. Het gaat er bij exposure echter niet om dat jouw ervaring gehouden wordt voor die van de zorgontvanger. De radicalisering zit er dan ook in dat ze zich realiseren dat iedere bewoner/cliënt zijn/haar *eigen* perspectief heeft, dat dit steeds opnieuw opgezocht moet worden (en *niet* uit je eigen projectie afgeleid kan worden) en dat ze ideeën krijgen aangereikt voor hoe dat perspectief op te zoeken.

Al deze verbeteringen van het leerprocessen dragen (zeer) sterk bij aan het ontwikkelde, effectieve en kritische kwaliteitsbewustzijn van de zorggevers.

3.2.3.2 Leerklimaat is essentieel

Hetzelfde geldt voor de volgende aanbeveling: de goede inzet van leermiddelen vraagt om een goed leerklimaat. Daarin is een soort driedeling te zien. (a) Er wordt in de interviews veel gesproken over de noodzaak van een veilig leerklimaat. Dat is een gebruikelijke en verstandige voorwaarde. (b) Maar er is meer: de leercurve lijkt ertoe te doen. Medewerkers hebben eerst (als nog novice zijn) vooral bevestiging nodig om goede werkers te worden en die kan gegeven worden door met name te kijken naar wat goed gaat, dat uit te vergroten en zo te komen tot ideeën over wat beter kan. Pas wanneer medewerkers zich door bevestiging steviger en veiliger voelen, kunnen ze goede / betere werkers worden dankzij *kritische* feedback en kunnen leermiddelen ook pijnpunten adresseren. De angst voor het bespreken van lastige of pijnlijke praktijken hangt zo bezien dus samen met deze (on)rijpheid. (c) Toch is het onvoldoende om hier alleen naar de werkers en hun rijpheid te verwijzen. Lastige praktijken bespreken vraagt van een organisatie immers ook dat medewerkers niet steeds in een precaire, onzekere positie gebracht worden. Organisatorische onrust, bijvoorbeeld ingegeven door politieke keuzes of een management dat externe verantwoording voorop stelt en medewerkers daarop aanspreekt, leidt tot kwetsbaarheid en een onveilig leerklimaat. Afdelingshoofden kunnen als buffer of hitteschild optreden door niet alleen af te schermen maar ook te stimuleren. Nog even een afdelingshoofd van ZGG aan het woord die gevraagd wordt naar wat zij een pareltje noemt: *"Een parel van een werker is iemand die durft na te denken over wat ze doet. En soms vliegt er wel eens iets uit de bocht, daar moeten we dan wat aan doen, dat lossen we dan wel weer op."*
Dit bedoelen we dus met het koesteren en cultiveren van kwaliteitsbewustzijn.

3.2.3.3 Het reflecteren verder ontwikkelen

Reflecteren is een bijzondere kunst waar kwaliteitsbewustzijn op drijft. Het is niet iedereen gegeven met een afstandje te kijken naar de eigen ervaring, daarover na te denken, met anderen te beraadslagen en vervolgens te kunnen bepalen wat dat alles oplevert voor het toekomstige handelen. De deelnemende organisaties hebben kundige mensen die reflectie begeleiden. Voor het welslagen van deze reflecties zijn zulke getrainde, ingevoerde en beschikbare krachten noodzakelijk: zonder hen, zo blijkt uit dit onderzoek, zal de reflectie te gemakkelijk oppervlakkig blijven en niet bijdragen aan de uitgroei van het kwaliteitsbewustzijn.
In de reflectie op onze analyses en bevindingen, vatte ook de volgende gedachte post: het kan als een gemiste kans gezien worden dat het veruitwendigen, vastleggen en daarmee kritiseerbaar en onderling bespreekbaar maken van de ervaringen door schriftelijk reflecteren, zo nodig met een aantal vragen als geleide, niet overal een gewoonte is. Hier kan ten behoeve van het te ontwikkelen kwaliteitsbewustzijn nog een slag gemaakt worden: minder uit de losse pols reflecteren en meer en beter ervaringen zelf laten vastleggen om er secuur over te kunnen nadenken.
Ook lijkt het zinvol met zorgverleners te spreken over de wijze waarop gereflecteerd wordt. Welke vragen zijn behulpzaam om met elkaar na te denken over goede zorg? Het kan dan ook een goede gewoonte worden elkaar te bevragen als er geen sprake is van een setting waarbij getrainde krachten aanwezig zijn.

4 Hoe het kwaliteitsbewustzijn momenteel politiek welkom is

Deze zomer (2014) waren er hoopvolle ontwikkelingen voor wie zoekt naar een weg om deze goede zorg die heel precies en bewust relationeel, situationeel en contextueel is afgestemd een zekere geldigheid te geven. De staatssecretaris brak er in niet mis te verstane bewoordingen een lans voor. Maar… ook het tegengeluid klonk. Het zit zo.

Pauline Meurs[35] bestudeerde op verzoek van de minister (onder druk gezet door de leden van de "Agenda voor de Zorg"[36] die de overdaad van regels aan de kaak hadden gesteld) de regeldruk, haalt enkele misverstanden uit de lucht, voegt enkele nuchtere nuances in en komt met aanbevelingen waaronder deze:

> "Experimenteren en leren. In positieve zin afwijken van de norm wordt gehonoreerd en benut om vernieuwing mogelijk te maken. In plaats van te spreken over regelarme zones, zou het moeten gaan over experimenteerruimte. Niet het feit dat er met minder regels wordt gewerkt is leidend, maar het feit dat met andere sturings- en verantwoordingsprincipes wordt gewerkt. Zorginstellingen werken met vormen van zelfbinding en zelfregulering zonder inmenging van overheid en toezichthouders. Dit is geen[37] vrijblijvende keuze maar een inspanningsverplichting. Die inspanningsverplichting is gericht op de wijze waarop zorgaanbieders kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid zullen borgen, maar ook op het oordeel over de geleverde resultaten en de correctiemechanismen die worden ingezet om te leren en te verbeteren. Zo'n inspanningsverplichting moet periodiek opnieuw worden bevestigd. Elkaar de maat nemen is essentieel om verder te komen. Regels kunnen worden opgelegd en afgesproken maar de werking ervan en de effectiviteit mogen en moeten onderwerp van gesprek blijven. Het gaat om het vermogen om scherpe vragen te stellen, keuzes ter discussie te stellen, en steeds opnieuw te onderzoeken of de gemaakte keuzes nog passen bij de (veranderende) omstandigheden."
>
> Pauline Meurs, *a.w.* 2014, p. 11

Haar voorstel – ze geeft ook heel andere – staat dus in het kader van de vermindering van (externe) regeldruk en ze verplaatst daarom, net als wij dat in onze filosofie doen, de aandacht van buiten naar binnen: zelf intern gaan leren, niet bang zijn af te wijken, kritisch op elkaar zijn, je binden aan dit soort nadenken over kwaliteit, met elkaar het gesprek aangaan, je verhouden tot de omstandigheden (situationeel, contextueel). Hoewel Pauline Meurs een geheel andere insteek kiest dan wij en vanuit een ander discipline analyseert, is de wending principieel dezelfde (van registreren voor de buitenwacht naar zelfregulatie, van te grote regelstapeling naar ook zelf nadenken). Ze verbindt er bovendien op haar manier dezelfde kernbegrippen aan als wij: leren, geen hap-snapwerk maar coherent beleid op instellingsniveau.

---

[35] *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, Veerkracht, Verantwoordelijkheid, Vrijheid* door Pauline Meurs, 22 juni 2014 (Essay op verzoek van het Ministerie van VWS en van de leden van de *Agenda voor de Zorg*).

[36] In een brief van 6 januari 2014 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de titel "Terugdringen van administratieve lasten en regeldruk". De ondertekenende leden van de Agenda voor de Zorg o.l.v. Alexander Rinnooy Kan zijn de voorzitters / directeuren van ActiZ, CSO, GGD Nederland, GGZ, InEen, KNMG, LHV, NFU, NPCF, NVZ, OMS, VGN, V&VN en ZN.

[37] Er staat 'een' maar dat moet waarschijnlijk zijn 'geen'.

Ze schreef haar essay voor de minister en de partijen verenigd in *Agenda voor de zorg*, en we kunnen zien wat de bewindsvrouwe ermee heeft gedaan[38]. Ze omarmt het advies (met de vier V's: veerkracht, vertrouwen, verantwoordelijkheid en vrijheid) en schrijft op p. 2 (cursivering van ons) :

> "Zo zullen oplossingen voor het verminderen van de regeldruk moeten worden gezocht in vertrouwen en versimpeling, binnen de ruimte die het bestaande stelsel biedt. *Het perspectief van de professional in relatie tot zijn patiënten is leidend*."

Dat zou uit onze filosofie kunnen zijn geciteerd. De minister zet overigens bepaald de sluizen niet open want ze bouwt vele soorten beperkingen en voorzichtigheden in, maar de eerste stappen worden gezet en Actiz heeft daarin een substantieel aandeel. Ze sluit af (p. 3, cursivering van ons):

> "Ik vind het absoluut noodzakelijk dat de regeldruk zoveel mogelijk wordt beperkt. Ik zal daarom met veldpartijen tot een gezamenlijke aanpak komen, waarbij wordt toegezien op een goede balans tussen *verantwoordelijkheden, eigen professionaliteit, kwaliteit van zorg en transparantie*."

Ook hier worden dus 'kwaliteit van zorg' verbonden met 'eigen professionaliteit en verantwoordelijkheden'.

Min of meer in dezelfde periode komt de IGZ met een rapport over de kwaliteit in de ouderenzorg in verzorgings- en verpleeghuizen[39]. De IGZ concludeert:

1. Personele inzet en deskundigheid zijn niet voldoende afgestemd op de zorgbehoeften van de cliënt;
2. Zorgplannen worden onvoldoende systematisch gebruikt;
3. De resultaten van beleid gericht op terugdringen van vrijheidsbeperking en op gebied van medicatieveiligheid blijven achter bij de verwachting;
4. Bij veel verpleeg- en verzorgingshuizen zijn er tekortkomingen in de zorg: zorginstellingen werken te weinig aan structurele verbeteringen.

De IGZ zegt ernstige zorgen te hebben over de kwaliteit van de ouderenzorg bij 20% van de concerns in de verpleging, verzorging en thuiszorg die bij haar bekend zijn. Kritische bevindingen dus. Het onderzoek van de IGZ is overigens volstrekt formeel en weinig inhoudelijk (zie onderstaande box).

In het IGZ-rapport wordt aangegeven hoe men het onderzoek heeft uitgevoerd en daarbij worden ook de, inhoudelijk genoemde, normen genoemd die uitgevraagd zijn en waarop de instelling getoetst zijn. Dat waren vooral deze:

- Er is beleid voor zorginhoudelijke veiligheid (bijvoorbeeld voor medicatie-veiligheid).
- Dit beleid is vertaald in plannen en protocollen.
- Deze worden besproken met en gebruikt voor cliënten.
- Dit is beschreven in het zorgplan.
- Medewerkers zijn voldoende deskundig of geschoold in het gebruik van protocollen.
- Protocollen worden periodiek geëvalueerd, waar nodig bijgesteld en geïmplementeerd.
- Medewerkers in de zorg werken multidisciplinair en methodisch aan de hand van een zorgplan.
- In het zorgplan worden wensen, problemen van de cliënt, - in overleg met de cliënt - vertaald naar doelen en daarbij passende acties. Rapportages geven de ervaringen van dag tot dag weer.
- Het zorgplan is een communicatiemiddel tussen disciplines: opdrachten worden beschreven en obser-

[38] Kamerbrief over de vermindering regeldruk in de zorg, gericht aan de Tweede Kamer dd 18 juli 2014, kenmerk: 628938-122911-MC.

[39] *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam. Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012*, IGZ, Utrecht, juni 2014.

vaties worden gerapporteerd.

- De inspectie beoordeelde vooral de interne congruentie (wensen/problemen, doelen, acties, rapportages), de betrokkenheid van de cliënt (vertegenwoordiger) bij opstellen en evalueren en de multidisciplinariteit en de communicatie over opdrachten.

Het valt op – en dat is precies het afzetpunt van onze filosofie – dat hier formeel en van buiten af gevraagd wordt: toon me het papier met het beleid, toon me het papier met plannen, toon me dat je protocollen hebt, toon me dat de werkers geschoold worden die uit te voeren, toon me dat ze geüpdate worden etc. Dat zijn geen zinloze vragen maar ze komen niet verder dan de toetsing van de administratie en ze zeggen uiteindelijk vrijwel niets van de zorgkwaliteit die feitelijk in de afzonderlijke gevallen gerealiseerd worden.

Op dit rapport baseert de staatssecretaris een plan van aanpak[40] bestaande uit vijf speerpunten en die sluiten voor het overgrote deel wondergoed aan bij onze filosofie. Ook hier weer een sterke convergentie, opnieuw met dezelfde accenten. De speerpunten worden ingeleid met deze korte kenschets van de onderliggende 'filosofie' (p. 11; cursivering van ons):

> "In de langdurige zorg staat niet herstel voorop, maar het verbeteren van de kwaliteit van leven, ondanks de aandoening of beperking. Juist omdat de zorg langdurig is, is zorgverlening meer dan een technische handeling. *Er wordt een relatie aangegaan tussen de cliënt en de zorgverlener. Hier ligt de sleutel tot kwalitatief goede zorg, in de interactie tussen zorgverlener en cliënt*."

Een sterk accent dus op de relatie (in de brief uitgetekend in een model waarin meerdere partijen en dus meerdere soorten relaties hun plek krijgen). Bij de behandeling van het 1e speerpunt schrijft de staatssecretaris (p.12):

> "Het verbeteren van de relatie tussen cliënt en zorgverlener is voor mij het eerste speerpunt waarlangs ik een kwaliteitsverbetering wil bereiken. Het gaat mij erom dat zorgverleners zich er meer van bewust worden dat kwaliteit van leven om meer gaat dan alleen de zorghandelingen en dat zij daar in hun handelen meer rekening mee houden. Daarmee is dit tegelijk ook het centrale thema in deze kwaliteitsbrief. De andere vier speerpunten die hierna volgen, zijn randvoorwaardelijk voor het goed kunnen functioneren van die relatie."

En even verder op p. 12 (cursivering van ons):

> "Dat betekent ook dat er ruimte voor de professional moet zijn om die dialoog te kunnen voeren [met de zorgontvanger –AB]. *Het gaat er hier niet om dat er weer een lijstje van onderwerpen wordt geïntroduceerd dat kan worden 'afgevinkt'*."

De overige speerpunten bevatten soortgelijke aanbevelingen, die we samenvatten met de trefwoorden: kwaliteit van de zorg zelf bewaken en steeds zelf evalueren, permanent aandachtspunt van maken, afstemmen op de zorgvrager, het beraad en de dialoog opzoeken (met elkaar en met de zorgvragers). Het zijn dezelfde elementen die in onze basisfilosofie gevonden worden. Wij werken ze radicaler uit, trekken de lijnen verder door, doen concrete aanbevelingen over hoe er dan goed naar de cliënt gekeken, geluisterd kan worden en hoe die afstemming bereikt wordt. Daarover zoekt men in deze notities tevergeefs naar antwoorden. Maar die zijn er dus wel. De staatssecretaris verwijst met instemming naar zelfsturende teams (p. 7) en legt herhaaldelijk een sterke nadruk op professionalisering en – net als wij – met een verwijzing naar goed management en bestuur (p. 17):

[40] Kamerbrief "Kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen" van 12 juni 2014, getekend door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. M.J. van Rijn; Kenmerk 378129-121410-LZ, met 3 bijlagen.

> “De bestuurder is verantwoordelijk voor een goede aansluiting van de kennis en kunde van medewerkers bij de zorgvraag van cliënten. Omdat de vraag continu verandert dient hierbij voor de zittende beroepsgroep blijvend geïnvesteerd te worden in scholing, zodat kennis en competenties op peil blijven.”

Uiteindelijk bepleit de staatssecretaris (p. 18) zelfs dat het zorgkantoor niet te star zijn regels handhaaft maar het gesprek aangaat met de zorgaanbieder over de kwaliteit van de geboden zorg. De opdracht is: bezie die zorg in zijn context, dat is: in respons op de zorgontvangers, luister naar de uitleg en redenen om, gegeven die zorgontvangers, het zo en niet anders te doen, en kom dan tot een oordeel over de kwaliteit (en of die ingekocht kan worden):

> “Hierdoor ontstaat meer ruimte om echt te werken aan kwaliteitsverbetering in combinatie met prijsdifferentiatie. Cliëntervaringen, en de wijze waarop de zorgaanbieder met die ervaringen omgaat, zijn daarin het vertrekpunt voor het zorgkantoor.”

5 Slotconclusies

1. Ons uitgewerkte idee van het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn is in het onderzoek bevestigd als kansrijk, doenlijk en zinvol. Het lijkt een belangrijk antwoord te zijn op tekortkomingen in de gebruikelijke manier van het registreren, controleren en verantwoorden van de zorgkwaliteit. Het voegt iets belangrijks toe, een tweede lens om door te kijken.
2. Het bevat een radicale, maar vanuit de zorg zelf beargumenteerde, wending in het nadenken over de bevordering van de kwaliteit van zorg: de kwaliteit van de zorg óók kritisch en continu leren bewaken en bevorderen in de relatie zelf, ter plekke dus en met gebruikmaking van een uitgekiend scala van leerinstrumenten om het eigen zorgen te kunnen waarnemen, beoordelen en verbeteren. Die instrumenten leiden tot de vestiging van een cultuur: een vaste, goede gewoonte om het de kwaliteit van zorg eigener beweging kritisch, gezamenlijk, op de werkvloer en vanuit meerdere invalshoeken te bewaken en verbeteren.
3. In recente notities van het Ministerie worden de nodige aanbevelingen gedaan ter verhoging en bewaking van de zorgkwaliteit die nauw verwant zijn met onze uitwerking van ‘het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn’. Veel van die aanbevelingen zijn kleiner, vertonen een andere samenhang en inbedding, zijn minder radicaal uitgewerkt en nog weinig geoperationaliseerd, maar de convergentie in het zoeken van een oplossing is onmiskenbaar. Een belangrijk gedeeld inzicht is het vertrekpunt: zorg relationeel denken, situationeel afstemmen en in zijn context beoordelen, daartoe steeds beraadslaging en reflectie opzoeken en minder lijstjes afvinken en meer de professionaliteit bevorderen.
4. Die aanbevelingen verwerven een groeiend draagvlak onder de grote zorgaanbieders, de inspectie, financiers etc. doordat ze deels op hun aangeven en in wisselwerking met problemen die zij onder de aandacht hebben gebracht, geformuleerd zijn.
5. Onze filosofie en de ervaringen ermee in het veld, rechtvaardigen de conclusie dat we, gelet op het huidige beleid, op het niveau van de theoretische onderbouwing en de praktische uitvoering van een bijgesteld kwaliteitsbeleid het nodige te bieden hebben.