

Auteurs

Annemiek
Stoopendaal

Hans Kröber

Wie presentie zaait, zal presentie oogsten

Wat is presentie? Presentie beoefenaren gaan een relatie aan met mensen die zorg en steun nodig hebben. Het draait in presentie om attentie en aandacht.

Zorgorganisaties ontberen presentie, zo leren we wanneer wij in het ziekenhuis of verpleeghuis terecht komen. De presentietheorie (Baart, 2004) is een kritische reflectie hierop, de kritiek van de distantiëring. Distantiëring is gedrag dat tegenovergesteld is aan presentie. Hoe kunnen we de disbalans tussen afstand en nabijheid in de zorg herstellen?

Baart (2004) beschrijft vier tekorten die door distantiëring optreden in de hedendaagse zorgverlening: belemmerde toegankelijkheid, ontkoppeling van zorgtaken, bureaucratie, bedrijfsmatigheid en snelheid. Het groot-schalige kwaliteitsproject van het ministerie van VWS heet dan ook 'Sneller beter'. Zachtmoedigheid, mededogen, betrokkenheid en langdurigheid worden als soft en zwak beschouwd, fermheid, en afstandelijkheid (distantiëring) zijn in zwang. Dit leidt tot institutioneel geweld, waardoor de ellende van mensen die ziek of gehandicapt zijn, wordt vergroot in plaats van verzacht.

Distantiëring is verklaarbaar uit verschillende tendensen: marktwerking, financiële beheersing, schaalvergroting, verdeling van schaarste, professionalisering, protocollering, 'veraanzienlijking', taal en sturing.

Marktwerking en financiële beheersing De invoering van marktwerking wordt door velen beschouwd als een 'trigger' van distantiëring. Marktwerking komt voort uit een economisch perspectief en toegepast in de dienstverlening kan het leiden tot instrumentatie en bureaucrativering. Net als bijvoorbeeld vriendschap, laat zorg zich moeilijk verhandelen. Een zorgrelatie is geen ruilrelatie (Mol 2006), voor de patiënt valt er niets te ruilen. In de zorg is er geen wederzijdse maar een eenzijdige afhankelijkheid. Daardoor wordt de invoering van marktwerking in een zo specifiek dienstverlenende sector als zorg als niet passend, zelfs als immoreel ervaren. Presentie past niet bij prestatiecontracten omdat het resultaat van aandacht geven niet goed is te meten. Het meten is al een fenomeen op zich, wat hebben we uiteindelijk aan de benchmarks die in zorgorganisaties worden gedaan (Peters & Pouw, 2005)?

De zorguitgaven moeten in toom worden gehouden en zorgmanagers hebben zich met deze financiële beheer-

sing geïdentificeerd. Daarmee zijn zij tegenover de professionals komen te staan. Managers zouden de professionals hun beroepseer ontnemen (Van Den Brink, 2005) en er zouden teveel managers zijn. Maar uit recent onderzoek van Prismant (Kanters e.a., 2003) blijkt niet dat er te veel managers in de zorg zijn. Voor professionals betekent deze financiële beheersing dat ze meer tijd kwijt zijn aan administratie van DBC's en prestatie-indicatoren, de controlemiddelen om hen op afstand, met minder managers te kunnen aansturen.

Een zorgrelatie is geen ruilrelatie, er is immers geen wederzijdse maar een eenzijdige afhankelijkheid

Schaalvergroting Fusies in de zorg leiden tot mega-organisaties die verschillende soorten zorg aanbieden. Schaalvergroting komt voort uit economische overwegingen om de concurrentiepositie te vergroten. Er zijn meerdere fusiegolven in de gezondheidszorg geweest. We zien nu in navolging van de fusies van de zorgverzekeraars, grote verticale fusies plaatsvinden over meerdere regio's heen. Met name in de thuis- en ouderenzorg levert dit voor Nederland ongekend grote organisaties op met wel 20.000 medewerkers.

Verdeling van schaarste Aandacht, je aanpassen aan het tempo van de ander, trouw, hier ontbreekt het vaak aan in de zorgverlening. De theorie van de presentie tracht de ijzeren wet, de wet van de schaar-

se aandacht en tijd (De Swaan, 1982), in de zorg te lijf te gaan. Vele zorgvragers eisen allen tegelijk de aandacht van een zorgverlener. Het grote dilemma waar zij mee worstelen is: hoe geef ik die ene patiënt genoeg aandacht en benadeel ik een ander niet? Daarom houden zij tijdens het praatje bij het weggaan hun hand op de deurkruk, er zit iemand anders op hen te wachten. Georganiseerde zorg is collectieve zorg, wij hebben het leed niet verdund maar geconcentreerd. Zorgverleners moeten altijd hun schaarse aandacht verdelen en door schade en schande leren om er zelf niet bij in te schieten.

Professionalisering Zorgprofessionals leren het hoofd koel te houden door zich een professionele distantie aan te meten (De Swaan, 1982). De angst om emotioneel betrokken te raken bij de problemen van patiënten levert een eenzijdig gedragsrepertoire op. De satirische serie van Jiskefet in het verpleeghuis geeft daarvan een humoristisch en raak beeld. Presentie is gebaseerd op toenadering. Maar, hoe ver gaat dat? Hoe verhouden privé, professionaliteit en presentie zich tot elkaar? Moet ik mijn baby van de crèche halen of bij die cliënt blijven die helemaal door het lint is gegaan? Het zijn lastige vragen en keuzes waar de presentietheorie de zorgverleners voor stelt, distantiëren is soms echt gemakkelijker.

Naast professionele distantie leidt professionalisering ook tot afstand tussen de verschillende professionals. Professionalisering is gebaseerd op het zich door de verschillende beroepen toe-eigenen van specifieke kennisdomeinen. Door deze specialisatie ontstaat groei van kennis en wetenschap, maar ook fragmentering of compartimentering door 'grensconflicten'. Zo maken vele handen aan het bed het werk vaak vooral ondoorzichtig omdat niemand meer de verantwoordelijkheid draagt voor de patiënt als geheel. Baart spreekt hier over een gedeelde 'onverantwoordelijkheid'.

Protocollering Protocollen zijn gemeengoed in zorgorganisaties, zij hebben een bevelstructuur en beperken de professionals in de kans om zelf na te denken en autonoom de afwegingen te maken die hun handelen moeten sturen. Richtlijnen beperken de uitoefening van presentie door hun strakke kaders van doelen

en middelen; zij zijn meer gericht op interventie, 'iets doen', dan op presentie, 'er zijn'. De voorschriften hollen het vakmanschap uit. Terwijl zij ondersteunend zouden moeten zijn aan het professionele werk, lijken zij soms meer als bovengrens dan als ondergrens van het professioneel handelen te worden gebruikt.

Veraanzenlijking Werken aan een bureau wordt in de zorg hoger gewaardeerd en betaald dan werken met of naast de patiënt. Hierdoor zien we dat vooral de eerste laag leidinggevendenden in een spagaat terecht komt tussen de noodzaak van het werk aan het bed en de noodzaak van het werk aan de computer. De leidinggevendenden begeven zich weinig op de werkvloer zo schetst The (2004) in haar observatie van het leven in een verpleeghuis en ook Kruijthof (2005) die medisch specialisten observeerde, kwam op de werkvloer geen managers tegen.

Taal Hoewel zorg 'verbijsterend alledaags' is, is de hedendaagse zorgtaal dat bepaald niet. Naast het, voor leken lastig te begrijpen, medische en sociaal-technische jargon, is er ook een zorgtechnisch jargon, dat gaat over signalering, aanmelding, zorgdossier, trajectbegeleiding, behandelroute, screening, intakes. Niet alleen zorgmanagers bezigen MBA-taal (Master of Business Administration) met woorden als prestatie-indicatoren en output financiering, ook transferverpleegkundigen en ergotherapeuten bedienen zich tegenwoordig van begrippen als WMO, AWBZ, zorgkantoren, subsidieregelingen, en indicatiestellingen. Die begrippen zijn nodig voor de uitleg van de financiële structuren van de zorg, maar dáár zit de familie van een patiënt die thuis wil sterven niet op te wachten.

Sturing Het werk van zorgverleners kan, op basis van de aard van het werk, de complexiteit, ambiguïteit en context nooit helemaal worden gestandaardiseerd of aangestuurd. Spanning tussen de autonomie van de professional en de eisen van de organisatie is inherent aan dienstverlening, daar is altijd een 'kloof' tussen beleid en uitvoering (WRR, 2004). Er wordt echter in de zorg steeds vaker, in navolging van de publieke sector, een bedrijfskundige manier van sturen toegepast, ook wel New Public Management genoemd. 'Decentralisatie van verantwoordelijkheden' en 'sturen op hoofdlijnen' en 'sturen op afstand' zijn hierin uitgangspunten waarbij de afstand tussen besturing en uitvoering juist wordt nagestreefd. Vanuit deze bedrijfsmatige manier van managen zijn termen als 'product' en 'markt' doorgedrongen tot op de werkvloer waar zij vreemdend werken. De patiënt ervaart het ziekenhuis immers niet als een markt met producten waaruit vrij te kiezen valt. Zorgmanagers staan voor de taak de maatschappelijke behoeften aan zorg te herkennen en te erkennen en

Verschillende tendensen voor distantiëring

- Marktwerving
- Financiële beheersing
- Schaalvergroting
- Schaarste
- Professionalisering
- Protocollering
- Vereenzamenlijking
- Taal
- Sturing

daartoe te organiseren (Tronto, 1994). Hun mogelijkheden en ruimte worden begrensd door strikte regelgeving en krappe budgetten. Zorg moet snel en efficiënt in plaats van traag en trouw. En dat is terecht want zorgvragers houden niet van wachten, en de maatschappij niet van wachtlijsten. De kosten moeten worden beheerst, want die stijgen de pan uit. Er moet aan marktwerking vorm worden gegeven, op een markt die geen echte markt is. Er moet gefuseerd worden en

Zorgverleners delen onverantwoordelijkheid voor een patiënt

beconcurrereed, de organisatie moet overleven. Zorgbestuurders moeten veel, maar kunnen steeds minder (Meurs & Van Der Grinten, 2005). De kritiek op distantiëring vanuit de presentietheorie slaat de managers en zorgbestuurders een heleboel van de door hun gebruikte en geijkte methoden en middelen uit handen. Optimisme, instrumentalisme en functionalisme werken niet meer (Meurs & Van Der Grinten, 2005). Autoriteit, fermheid en snelheid moeten worden vervangen door aandacht en attentie. Management- en marktjargon worden, net als prestatiecontracten, door de presentie beoefenaars taboe verklaard. Maar hoe communiceren zij dan, hoe meten en controleren ze het werk van de zorgverleners, hoe dragen ze daarover de vereiste verantwoording af en hoe maken ze de organisatie transparant?

Hoe managen we presentie? De vraag is hoe distantiëring wordt verminderd en presentie vorm krijgt in hedendaagse zorgorganisaties. Welk kader kan de organisatie aanreiken om de traagheid en grenzeloosheid van presentie mogelijk te maken, hoe richten we de zorgorganisatie zo in dat presentie mogelijk wordt? Als we presentie zien als een manier om de zorg beter te maken, niet 'sneller' maar 'aandachtiger', dan moeten de volgende opvattingen in acht worden genomen (Baart, 2004):

- Geen eenzijdige marktgerichtheid.
- Scholing in methoden, praktische vaardigheden maar ook in reflectieve vermogens van zowel zorgverleners als managers.
- Accent op dienstverlening en zorg: betrokken en relationeel.
- Dienstverlening niet alleen richten op interventie en verhelpbaarheid maar ook op het bijstaan bij problemen die niet te verhelpen zijn.
- Aandacht voor het hele bestaan: niet alleen aandacht voor ellende maar ook voor vreugde/trots en eigenwaarde.

Zorg is een specifieke sector. In zorg staat de relatie centraal. Die relatie balanceert tussen betrokkenheid en distantie maar mag nooit té betrokken of té gedistantieerd zijn. De precaire balans tussen afstand en nabijheid, dat is het specifieke van zorg en de kunde van de zorgprofessional. Deze opvattingen, verwerkt in het doen en laten van managers en in de opbouw en de processen van de organisatie, leiden tot een nieuwe professionaliteit, een presente professional.

Vanuit bovenstaande opvattingen komen we tot de volgende condities om professionele presentie tot stand te brengen:

Gelegenheid: tijd en ruimte

Verbondenheid met de ander ontstaat door ruimte te creëren, in tijd en autonomie. Om presentie te bevorderen is vertrouwen nodig van zorgmanagers in zorgprofessional, en de erkenning van de drive van professionals. Maar ook professionals zitten gevangen in hun eigen taal en gedrag. Managers en professionals gaan samen op zoek naar een nieuwe professionaliteit waarin distantie en nabijheid opnieuw worden gewogen. Het management bevordert het uitstijgen boven de protocollen, omdat dit hulpmiddelen zijn en geen einddoelen. Professionals krijgen de ruimte én opdracht de protocollen te verlaten zodra de specifieke situatie dat vraagt.

Vermogen: ontwikkeling en voeding van competenties

Presentie vraagt om een evenwichtige toepassing van verschillende soorten kennis: wetenschappelijke kennis, ervaringskennis of praktische wijsheid, morele kennis, existentiële kennis. Zorgprofessionals worden aangespoord zich te ontwikkelen tot reflectieve praktijkdeskundigen (Schön, 1983). Tot subtiele, genuanceerde vakvrouwen en -mannen. Hiertoe wordt praktische wijsheid geherwaardeerd. Ook in de salarisstructuur van de zorg moet een herwaardering van het vakmanschap terug te vinden zijn.

Middelen: begrip, taal en kleinschaligheid

Wie mensen die ziek zijn of in de problemen zitten bijstaat, behoort iets te snappen van de morele betekenis van tragiek en de ethische strekking van hulp, ondersteuning en zorg. Dit geldt voor degenen die zorg organiseren even sterk als voor hen die zorg uitvoeren (Tronto, 1994). Zorgbestuurders en zorgmanagers vinden nieuwe manieren om in contact te komen met hun cliënten en patiënten (Stoopendaal, 2005). Zorgverleners leren 'levelen', dat wil zeggen dat zij hun taal aanpassen aan de mensen met wie zij te maken krijgen en aan hun specifieke situatie. Mega-organisaties worden kleinschalig georganiseerd op menselijke maat en met aandacht voor de noodzakelijke verbindingen.

5 condities voor presentie

- Gelegenheid: tijd en ruimte
- Vermogen: ontwikkeling en voeding van competenties
- Middelen: begrip, taal en kleinschaligheid
- Organisatie: ondersteunend en verantwoordelijk
- Responsiviteit: reflectieve professionaliteit

Organisatie: ondersteunend en verantwoordelijk

Het concrete zorgverleners en de dilemma's die daarbij naar voren komen, wordt op beleidsniveau aan de orde gesteld. Managers hebben daar aandacht voor en ondersteunen professionals, er wordt in plaats van over *span of control* gesproken over *span of support*.

Controle mechanismen die horen bij sturen op afstand - cijfers en papieren- worden vervangen door inhoudelijk leidinggeven aan de kwaliteit van het werk op de werkvloer, ofwel present leidinggeven. De verantwoording gebeurt door verhalen -narratieve verantwoording- en door raadpleging van de patiënten en cliënten.

Responsiviteit: reflectieve professionaliteit

Normativiteit en ethische overdenkingen krijgen een plaats in de organisatie. Emotionele betrokkenheid, empathie, reflectievermogen, morele afwegingen en aanspreekbaarheid krijgen meer ruimte in de opleiding, begeleiding en dagelijkse praktijk van zorgprofessionals, maar zonder dat het dogma's, of kant-en-klaar toe te passen methoden worden. Confrontatie met de ervaringen en verhalen van patiënten en cliënten is daartoe onontbeerlijk (Kal, 2001), zij verkrijgen een machtige positie als toezichhouders en opleiders. Ook het netwerk van de cliënt is hierin van belang, terugkoppeling van de ervaringen van de familie zegt vaak meer dan een benchmark, de familieleden zijn meestal de bewakers van de geleverde kwaliteit.

Zorgmanagers zijn gevoelig voor, dienstbaar aan en present in het primaire proces (Meurs 2006). Het is duidelijk dat technocratisch management is gebaseerd op een onderschatting van de complexiteit van zorg, die varieert van hoog-technologisch op de IC tot dienstverlenend en empathisch op diezelfde IC. Daardoor werkt technocratisch management niet. Het maakt zorg bedrijfsmatig en ontkent daarmee de kern van zorg en dienstverlening, de relationele en contextuele toepassing. Zorg is gebaat met een managementmethode die is gebaseerd op het toelaten en erkennen van onzekerheid en ambiguïteit en op een voortdurende reflectie op het eigen handelen en op individuele resultaten en ervaringen.

Betrokken zorgmanagers hebben aandacht voor de zorgverleners, de patiënten en primaire zorgprocessen. Zij zijn betrokken én present. En wie presentie zaait zal presentie oogsten!



Auteurs

Drs. A. Stoopendaal Organisatie-antropoloog, voorheen ergotherapeut en zorgmanager in de revalidatie. Ze werkt sinds 2002 bij het Centrum voor Management Development in de zorg aan de Erasmus Universiteit, is programma-coördinator van de Top Class, een leergang voor toekomstige zorgbestuurders en doet organisatie onderzoek in opdracht. Schrijft daarnaast aan haar dissertatie 'Zorg op Afstand' waarin het draait om de vraag hoe zorgbestuurders in grote zorginstellingen vormgeven aan de dubbele opdracht van enerzijds sturen op afstand en anderzijds betrokken zijn bij patiënt, personeel en het primaire proces.

H. Kröber MHA Bestuurder van de Maaskringgroep, een organisatie voor maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychiatrische of verstandelijke beperking. De Maaskringgroep is werkzaam in de regio Rijnmond, Dordrecht, Gouda en West Brabant. Hans Kröber vervult daarnaast vele maatschappelijke functies in de zorgsector. Momenteel doet Hans Kröber promotie-onderzoek aan de Universiteit van Humanistiek in Utrecht naar de succes- en faalfactoren van veranderprocessen die moeten leiden tot vermaatschappelijking van zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking.

Literatuur

Baart A., Een theorie van de presentie, derde druk 2004, Lemma, Utrecht.

Baart A., Paul Cremerslezing, 2004, Klein pleidooi tegen grote distantiëring in de zorg.

Brink G. van den, Jansen T., Pessers D. (red), 2005, Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt, Boom, Amsterdam.

Kal D., 2001, Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond, Boom, Amsterdam.

Kanters, H., van der Windt W., Ott M., Geen wildgroei managers in de gezondheidszorg, Het Financiële Dagblad, december 2003.

Kruijthof K., Doctors' orders. Specialists day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals, dissertatie 2005.

Meurs, P.L., Hoe kunnen we de kwaliteit van de publieke dienstverlening verbeteren? Essay voor De Sociale Agenda, samenvatting verschenen in de Volkskrant, 4 februari 2006.

Meurs, P.L., Grinten T. van der (red), Gemengd Besturen. Bestuursvragen en trends in de gezondheidszorg. 2005, Academic Service/SDU, Den Haag.

Mol A., 2006, De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen, Van Gennep, Amsterdam.

Peters, J., Pouw J., 2005, Intensieve Menshouderij. Hoe Kwaliteit oplost in rationaliteit, Scriptorum, Schiedam.

Schön, D.A., 1983, The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action, Basic Books, Inc., Publishers, New York.

Stoopendaal A., Health Care Executives and their patients. How do they keep in touch? Eurohealth, Vol.11 No 3, 2005:13-16.

Swaan A. de, 1982, De mens is de mens een zorg, Meulenhoff, Amsterdam

The A., In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving, 2004, Thoeris, Amsterdam.

Tronto J.C., 1994, Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care, Routledge, New York.

WRR, 2004, Bewijzen van goede dienstverlening, Amsterdam University Press, Amsterdam.