

Transitie van de thuiszorg

Succesvolle innovatieve praktijken kunnen een impuls geven aan transitie van de thuiszorg. Dat vraagt om het doorbreken van perverse koppelingen in het institutionele systeem én het op gang brengen van leer- en innovatieprocessen die gebaseerd zijn op nieuwe assumpties.

De thuiszorg loopt op veel plekken vast. Cliënten worden geconfronteerd met een batterij aan zorgverleners, professionals voelen zich lopende band werkers die elke stap die ze zetten moeten verantwoorden. Velen voelen zich vervreemd van hun vak en gevangen in een papieren werkelijkheid die de complexiteit en menselijkheid in de dagelijkse zorgpraktijk ontkent. Productie maken voert de boventoon en staat in schril contrast met de waarden die zo cruciaal zijn in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Media buitelen over elkaar heen met berichten over ‘malaise’, dreigende faillissementen en rechtszaken over voorgenomen cliëntenstops en AWBZ tarieven. Het beeld van de thuiszorg wordt steeds meer dat van een sector die onaantrekkelijk is om in te werken of op aangewezen te zijn voor zorg.

Perverse koppelingen in het systeem

Wat is er aan de hand en waarom is het zo moeilijk om deze situatie te veranderen? Bovenbeschreven problemen zijn zo hardnekkig omdat ze vastzitten aan ons institutionele systeem. Eenvoudige oplossingen of bijstellingen zonder het systeem te veranderen werken niet. We kunnen de problemen in de thuiszorg beter begrijpen wanneer we kijken naar de ‘perverse koppelingen’ in het systeem. Die zorgen ervoor dat het nastreven van bepaalde doelen negatieve effecten met zich meebrengt. We zien een vorm van sturen en organiseren die slecht geschikt is vanwege de neveneffecten die ze oproept. Of zoals Van Dinten (2003) het formuleert: “kunnen we herkennen dat wat we zeggen te willen bereiken (bv betere kwaliteit in de gezondheidszorg) in strijd kan zijn met de wijze waarop we dat willen bereiken”.

Een voorbeeld van zo’n perverse koppeling is de bekostigingsstructuur van de thuiszorg. Met de modernisering van de AWBZ is de functionele bekostiging en indicatie ingevoerd. Instellingen krijgen betaald op basis van de functie die geleverd wordt voor het daarvoor geldende tarief. De beoogde doelen waren het vergroten van de doelmatigheid en beheersing van de kosten. De praktijk leert nu dat het bekostigingssysteem leidt tot fragmentatie en zorg-taylorisme

en daarmee tot kwaliteitsverlies voor cliënten. In plaats van geïntegreerde zorg krijgen cliënten afzonderlijke handelingen/producten die door verschillende zorgverleners geleverd worden. Per handeling is een standaardtijd vastgesteld: 10 minuten voor een kous aantrekken, 30 minuten voor een wasbeurt. De praktijk laat zien dat de meeste instellingen zich organiseren naar de bekostigingsstructuur. Zij proberen tegen zo laag mogelijke kosten een zo hoog mogelijk tarief te krijgen. Er ontstaat een focus op ‘productie maken’ die leidt tot het inzetten van zorgverleners met een steeds lager opleidingsniveau terwijl de zorgvraag complexer wordt. Fragmentatie leidt in toenemende mate tot coördinatievragen, waardoor steeds meer mensen bezig zijn met plannen, afstemmen en managen en minder met daadwerkelijk zorg verlenen. De scheiding die aangebracht is tussen zorg en ondersteuning die wordt betaald uit de AWBZ en de WMO is een verregaande vorm van arbeidsdeling en fragmentatie van zorg. De veelheid aan wisselende zorgverleners gaat ten koste van de continuïteit die nu juist zo belangrijk is om een vertrouwensband op te bouwen met een cliënt en te kunnen signaleren hoe het met iemand gaat en hoe het ziekte/herstel proces verloopt. Wanneer de zorg over meerdere schijven en meerdere zorgverleners verdeeld is ziet niemand meer het grote plaatje. Wanneer achteruitgang van de situatie van een cliënt, door bijvoorbeeld een val, een kleine beroerte of een medicatiefout, onvoldoende wordt opgemerkt kan dat leiden tot (dure) ziekenhuisopname. Tenslotte leidt de productieprikkel tot sturing op zorgafhandelbaarheid van cliënten. Het loont om cliënten langer in zorg te houden dan misschien nodig is. De kosten per uur worden door de functionele bekostiging dan misschien gedrukt maar de kosten per cliënt gaan per saldo onnodig omhoog: penny wise pound foolish.

Innoveren? Meer van hetzelfde helpt niet!

De grondslag waarop de huidige thuiszorg is georganiseerd heeft haar grenzen bereikt. Aanpassingen binnen hetzelfde paradigma gaan niet helpen. De problemen vragen om oplossingen die de bestaande structuur voorbij gaan. Oplos-



Annemarie van Dalen

singen die uitgaan van een fundamenteel andere kijk op zorg en het organiseren van de zorg. Dat betekent niet alleen zorginhoudelijke innovatie binnen instellingen maar ook systeeminnovatie. Systeeminnovaties kunnen gezien worden als het doorbreken of transformeren van perverse koppelingen (Grin en van Staveren 2007). Bijvoorbeeld het tegelijkertijd verbeteren van betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg én verbeteren van de kwaliteit en ruimte geven aan bezieling van zorgverleners. Dat transformeren vereist het vermogen tot 'omdenken'. Zelfs innovatief denkende mensen die zich inzetten voor betere zorgverlening lukt het vaak niet om los te komen van vooronderstellingen die gevormd zijn door het anticiperen op de regels, routines en bijbehorende instituties. Systeeminnovatie betekent bewust worden en ter discussie stellen van de vanzelfsprekende uitgangspunten van het systeem, de assumpties daaronder en de daaruit voortvloeiende patronen. De thuiszorg zal zich opnieuw moeten uitvinden, zich als het ware aan haar eigen haren uit het moeras moeten trekken.

Buurtzorg Nederland

Een organisatie die laat zien wat dit 'omdenken' is en een zeer interessante en succesvolle praktijk ontwikkelt is Buurtzorg Nederland. Buurtzorg werkt vanuit een fundamenteel andere kijk op zorg en de organisatie daarvan en hanteert daarbij creatieve en onconventionele oplossingen. In twee jaar tijd is Buurtzorg gegroeid van 10 naar een kleine 1000 medewerkers. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn de spil van de organisatie. Zij werken in teams verspreid door heel Nederland en zijn zelf verantwoordelijk voor het werven van cliënten, contacten met huisartsen en ziekenhuizen, aanvragen van indicaties en plannen, organiseren en uitvoeren van hun werk. Buurtzorg kent geen managers, planners, afdeling P&O of indicatie. Vijf coaches ondersteunen de teams bij allerhande vraagstukken, en enkele medewerkers houden zich bezig met teamoverstijgende thema's als ketenzorg en kwaliteit. Innovatieve ICT ondersteuning maakt het mogelijk voor medewerkers vanaf hun werkplek op een simpele manier hun planning, rooster en gegevens van cliënten up to date te houden en op de hoogte te blijven van actuele ontwikkelingen.

Buurtzorg neemt niet het huidige bekostigingssysteem als grondslag voor haar manier van organiseren, maar zet middelen in gebaseerd op principes hoe mensen omgaan met ziekte en welke ondersteuning zij daarbij nodig hebben. Zij neemt de specifieke situatie van de cliënt en zijn context als vertrekpunt voor organiseren. De wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden zijn gericht op het bevorderen van

zelfstandigheid van cliënten. Zij betrekken zoveel mogelijk het netwerk van de cliënt en benutten de mogelijkheden in de buurt. Daarmee integreren zij een individuele- met een buurtgerichte aanpak. Zij werken zelf, met ondersteuning, aan de ontwikkeling van 'instrumenten' die hen hierbij handvatten bieden. De vraagstukken die verpleegkundigen tegenkomen in hun dagelijks werk zijn hierbij leidend. Zowel de zorg aan cliënten als het organiserenproces (intake, aanvragen indicatie, maken van afspraken, plannen, administreren etc.) liggen in één hand of hooguit twee. Daardoor neemt de gemiddelde contacttijd met de cliënt toe. Problemen, coördinatie en afstemmingsvraagstukken worden bij voorkeur opgelost met 'tijdelijk werkbare oplossingen' geldend voor een specifieke situatie en de specifieke betrokkenen, en niet door nieuw beleid te maken geldend voor het geheel, of centrale regels in te voeren. De visie van Buurtzorg en enkele kaders sturen de manier waarop teams beslissingen nemen over de organisatie van hun werk. Daaronder ligt een groot vertrouwen in zorgverleners en hun zelforganiserend vermogen. Deze wijze van werken doet een groot beroep op vakmanschap en verantwoordelijkheid van wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden. Zij zijn niet alleen trots op hun werk en de kwaliteit van de zorg die zij bieden maar ervaren ook dat de invulling van hun beroep weer die waarde krijgt waarom ze ooit voor dit vak hebben gekozen. Het resultaat is zeer tevreden cliënten, huisartsen en andere verwijzers. Zij geven buurtzorg een 9- in een onderzoek van het Nivel. Wat betreft de kosten: uitgaan van de zorgonafhankelijkheid van cliënten en de professionaliteit van medewerkers leidt tot andere interventies en oplossingen bij cliënten. Hierdoor gebruikt Buurtzorg slechts een gedeelte van de tijd die zij volgens de indicaties mag gebruiken. Uit een vergelijkend onderzoek van een van de zorgkantoren blijkt dat de gemiddelde kosten per cliënt ruim 30% lager liggen dan in de rest van de branche.

Natuurlijk brengt ook deze manier van organiseren eigen vraagstukken met zich mee. Maar hier gaat nu om de vraag of en hoe een innovatieve praktijk als die van Buurtzorg kan bijdragen aan transitie van de sector.

Kopiëren, opschalen en uitr(h)ollen?!

Beleidsmakers, verzekeraars, beroepsverenigingen en brancheorganisaties zien dat Buurtzorg een succesvolle praktijk aan het ontwikkelen is en zoeken naar mogelijkheden hiervan te leren. Buurtzorg is onderdeel van het Transitieprogramma Langdurige Zorg van VWS. Politici zijn verscheidene keren op de fiets gestapt om de praktijk van de Buurtzorg

Successen zijn vaak gebonden aan ondoorgrondelijke, persoonlijke, toevallige en contextspecifieke factoren

wijkverpleegkundige en -ziekenverzorgende te begrijpen. Veel van de negatieve effecten van de huidige wijze van sturen zijn bij de spelers in het veld bekend. Ook zien zij in Buurtzorg een voorbeeld hoe het ondanks het bestaande systeem anders en beter kan. De bereidheid om deze vernieuwing te beschermen en te ondersteunen is er ook. Daar zit het probleem niet in.

Om een voorbeeld als Buurtzorg te kunnen benutten ten behoeve van transitie van de sector is het noodzakelijk om aandacht te besteden aan de dynamiek van het institutionele systeem zelf. Dat systeem is, zoals elk systeem, gericht op evenwicht en zelfbehoud. Het heeft een natuurlijke neiging om datgene wat de status quo bedreigt (bv een nieuwe innovatieve praktijk) te incorporeren of in te kapselen om daarmee het bestaande evenwicht te herstellen. In dit geval komt dat tot uitdrukking in een klassieke manier van sturen op innovatieprocessen via beheersen, controleren en regelen. Wat ik noem de 'kopiëren, opschalen en uitrollen' benadering. Dit geldt niet alleen voor een concept als Buurtzorg maar bijvoorbeeld ook voor de manier waarop Nederlandse beleidsmakers het succes van de Amerikaanse 'magneet-ziekenhuizen' willen kopiëren: door één en ander terug te brengen tot 14 kenmerken, deze te vertalen in prestatie-indicatoren en vervolgens instrumenten te ontwikkelen waarmee organisatiekenmerken van een instelling gemeten kunnen worden waarna toegewerkt zal worden naar een certificeringsprogramma (V&VN 2008). De zelfde oude manier van denken die de problemen in de zorg veroorzaakt heeft, wordt gebruikt voor het willen laten slagen van een innovatieve aanpak waar een totaal ander paradigma onder ligt. Dit denken gaat voorbij aan de specifieke context waarin een innovatieve praktijk zich ontwikkeld heeft én aan de specifieke context van andere organisaties. Zo wordt het ene keurslijf vervangen voor het andere zonder dat de perverse koppelingen in het systeem doorbroken worden. De geest en kracht van de innovatieve praktijk wordt er dan vanzelf langzaam uitgeorganiseerd. Uitrollen wordt uithollen, het bestaande regime blijft bestaan, het evenwicht hersteld. Door innovatieprocessen op deze klassieke wijze te sturen vormen beleidsmakers zelf een grote barrière voor het realiseren van maatschappelijke innovaties. Dit is wat Rotmans (2005) de transitieparadox noemt.

Hoe kunnen we dan wel leren van succesvolle praktijken?

Om de ervaringen uit een praktijk als die van Buurtzorg te benutten voor transitie van de thuiszorg moeten we de transitieparadox doorbreken. Moeten we zoeken naar een

manier van denken over innoveren die gebaseerd is op andere assumpties dan die geldend zijn binnen het vigerende systeem. Vanuit het besef dat transities grillig, complex en onvoorspelbaar verlopen. Zij zijn niet op een gecontroleerde en beheersbare wijze te realiseren en te sturen (Rotmans 2005). Wat politiek en institutionele partijen wel kunnen en moeten sturen is ruimte bieden aan innovatieve praktijken en deze beschermen zodat zij zich verder kunnen ontwikkelen. En, het opsporen en transformeren van perverse koppelingen in het systeem om het huidige regime aan te passen. Daarmee worden dan voorwaarden en omstandigheden gecreëerd waarin ook andere organisaties zich op een eigen manier kunnen ontwikkelen in een nieuwe richting.

Het door Guba & Lincoln (1989) ontwikkelde concept van 'naturalistische generalisatie' kan helpen om niet te vervallen in kopiëren, opschalen en uitrollen. Dit concept stelt de context, en de specifieke betrokkenen daarin, centraal. Successen zijn namelijk vaak gebonden aan ondoorgrondelijke, persoonlijke, toevallige en contextspecifieke factoren. Naturalistische generalisatie gaat uit van de idee dat goede praktijken niet verplaatsbaar zijn maar wel vertaalbaar. Succesvolle innovatieve praktijken zijn in evolutie ontstaan. Wat zich op die wijze heeft ontwikkeld kan niet perse gemaakt en uitgerold worden (zie ook Van Dinten en Schouten 2008). En, succesvolle praktijken omvatten meer elementen dan met het blote oog waarneembaar. Leren en vertalen van zo'n praktijk vraagt dus diepgaand begrip door van binnenuit te onderzoeken hoe en waarom het werkt. Het vraagt om inzicht dat verder gaat dan oppervlakte kenmerken. Het gaat niet om het reduceren van een praktijk tot 10 of 15 behapbare succesfactoren maar juist om rijkgeschakeerde beschrijvingen waarin details en contextgebonden elementen naar voren komen. Vanuit naturalistische generalisatie is kennisoverdracht van de ene specifieke naar de andere specifieke context mogelijk. Echter, niet gestuurd door beleidsmakers, beroepsverenigingen of consultants maar door de betrokken organisaties en actoren zelf. Zij kunnen zelf via gevalsbeschrijvingen of eigen onderzoek plaatsvervangende ervaringen opdoen en op grond van hun ervaringen bepalen in hoeverre inzichten overdraagbaar zijn naar hun eigen setting. De kern is het beschouwen en doorgronden van onderliggende principes in relatie tot contextfactoren, en waar wenselijk deze principes vertalen naar de eigen situatie. Omdat het gaat om vertalen en niet om verplaatsen kan de uiteindelijke vorm er dan dus anders uitzien dan die van de innovatieve praktijk die als voorbeeld diende. ●

Drs. (A.) van Dalen is organisatie antropoloog en zelfstandig adviseur in de gezondheidszorg. Zij adviseert bestuurders bij vraagstukken rond organisatieontwikkeling en anders organiseren en werkt daarnaast aan een promotieonderzoek naar het besturen van zorginstellingen. Zij is als onderzoeker betrokken bij Buurtzorg Nederland.

Reacties: info@annemariemandalen.nl

Literatuur

Grin, J. en A. van Staveren, 2007. Werken aan systeeminnovaties. Lessen uit de praktijk van Innovatienetwerk. Assen: Van Gorcum.

Guba, E. & Y. Lincoln, 1989. Fourth Generation Evaluation. Beverly Hills: Sage

Rotmans, J. en D. Loorbach, R. Brugge, 2005. Transitie management en duurzame ontwikkeling; co-evolutionaire sturing in het licht van complexiteit. In: Beleidswetenschap vol.19, nr. 2, p. 3-23

Van Dinten, W., 2003. Met gevoel voor realiteit. Over herkennen van betekenis bij organiseren. Delft: Eburon.

Van Dinten, W. en I. Schouten, 2008. Zijn zij gek of ben ik het? Hoe je oriëntaties gebruikt bij organiseren. Delft: Eburon

V&VN, 2008. De aantrekkingskracht van Magnet Hospitals. V&VN nr. 1, februari 2008, jaargang 3.

Management summary

- Problemen in de thuiszorg komen voort uit perverse koppelingen in het institutionele systeem. De bekostigingsstructuur leidt tot fragmentatie en zorg-taylorisme en daarmee tot kwaliteitsverlies voor cliënten
- Buurtzorg Nederland ontwikkelt een succesvolle innovatieve praktijk op basis van een fundamenteel andere kijk op zorg en de organisatie daarvan.
- Deze praktijk kan bijdragen aan transitie van de thuiszorg. Dat vraagt:
 - doorbreken van de transitieparadox: innoveren op basis van nieuwe assumpties
 - transformeren van perverse koppelingen in het systeem
 - loslaten van de kopiëren, opschalen en uitrollen benadering
 - een contextgerichte wijze van vertalen van succesvolle praktijken (naturalistische generalisatie)