

Thuiszorg in transitie

*Een onderzoek naar de gevolgen van het recente
overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg*

Drs. A. van Elteren
Prof. Dr. H.P. Kunneman
Drs. M. Rozing

**Universiteit voor Humanistiek
Utrecht 2006**

Inhoudsopgave

		<i>p.</i>
Hoofdstuk 1	<i>Inleiding en verantwoording</i>	4
Hoofdstuk 2	<i>Historische achtergronden</i>	15
Hoofdstuk 3	<i>Centrale zorgwaarden en knelpunten in de thuiszorg</i>	26
Hoofdstuk 4	<i>Conclusies en ontwikkelrichtingen</i>	50
Tot besluit		64
<i>Literatuur</i>		66
<i>Bijlage:</i>	Overzicht enquêteresultaten en methodologische overwegingen	68

Hoofdstuk 1. Inleiding en verantwoording

Vooraf onder invloed van een reeks ingrijpende overheidsmaatregelen hebben de afgelopen vijf jaar in de thuiszorg grote veranderingen plaatsgevonden. Dit onderzoek komt voort uit zorgen over de gevolgen van die veranderingen. Die zorgen leven in de eerste plaats bij de opdrachtgevers van dit onderzoek: de besturen van de stichtingen LSBK, SGL, en STOOM, die verbonden zijn met de traditie van het kruiswerk in ons land en met de zorgwaarden die in deze traditie centraal staan. In de tweede plaats leven die zorgen op het niveau van professionals in de thuiszorg, zoals in het vervolg van dit rapport uitgebreid gedocumenteerd wordt. Blijkens vele artikelen in kranten en allerlei televisieprogramma's leven die zorgen tenslotte ook op het niveau van de publieke opinie in ons land. Tegen deze globale achtergrond hebben de besturen van LSBK, SGL, en STOOM in het voorjaar van 2005 aan de Universiteit voor Humanistiek opdracht gegeven een onderzoek te doen met als inzet "inhoudelijke voeding en objectivering van het debat en het beleid met betrekking tot de toekomst van de maatschappelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de thuiszorg, zowel op het niveau van cliënt, hulpverlener en zorgorganisatie, als op het niveau van de overheid en de samenleving/het publiek in het algemeen." Gezien het brede terrein dat deze onderzoeksopdracht beslaat en de belangrijke rol die zorgwaarden daarbinnen spelen, hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van een onderzoeksbenadering die aangeduid kan worden als 'brede triangulatie'. De 'opbrengst' daarvan wordt in het concluderende hoofdstuk samengevat. In deze inleidende verantwoording gaan wij dieper in op de methodologische uitgangspunten van dit onderzoek, op het conceptuele kader dat we gehanteerd hebben en op de waarden die daarbij een oriënterende functie hebben vervuld. Tevens bieden wij een eerste zicht op de kern van de problemen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

1. *Feiten, waarden en theorieën*

In het licht van de onderzoeksopdracht hebben wij in dit onderzoek een brede benadering gehanteerd waarin empirische gegevens niet alleen verbonden worden met theoretische kaders maar ook met waarden en morele inspiratiebronnen. In traditionele benaderingen binnen de sociale wetenschappen kunnen waarden alleen in *geobjectiveerde* gedaante een rol spelen: als sociaal en cultureel verankerde keuzerasters, als beschreven attitudes of als gemeten preferenties van individuen. Maar in de alledaagse werkelijkheid van de thuiszorg waarop dit onderzoek betrekking heeft, functioneren waarden niet in de eerste plaats als geobjectiveerde standen van zaken. In plaats daarvan fungeren waarden als levende bronnen van morele betrokkenheid, aandacht en zorg en vormen zij kristallisatiepunten van teleurstellingen en verdriet, maar ook van levensvreugde en hoop. Waarden komen hier in heel andere gedaantes tot leven: bijvoorbeeld in de respectvolle manier waarop professionals de intieme levenssfeer van cliënten betreden en hun lichaam verzorgen of in de zorgvuldige en betrokken manier waarop zij aftemmen op 'de vraag achter de vraag'. Zoals uit deze voorbeelden naar voren komt hebben waarden altijd ook een relationele component: mensen hopen op *erkenning* van de waarden waar het in hun leven om gaat en verwachten respect van anderen voor die waarden. Dat respect speelt in de thuiszorg een centrale rol. Zoals een verpleegkundige het uitdrukt in een van de diepte-interviews uit dit onderzoek: "*Weet je, ik ga er altijd vanuit dat ik mensen behandel zoals ik zelf behandeld wil worden, dat is mijn waarde. Ik bedoel, als ik straks oud ben, dan wil ik met respect behandeld worden en niet als één of andere seniele*

oude tante.” Uit het derde hoofdstuk (waarin wij de resultaten van de enquête, de interviews en de casuïstiek bespreken) komt naar voren dat professionals in de thuiszorg juist ook ‘seniele oude tantes’ met respect en aandacht behandelen. Duidelijk is in ieder geval dat waarden in de thuiszorg een centrale rol spelen, zowel op het niveau van de beleving van cliënten als op het niveau van de zorgwaarden en professionele maatstaven van professionals en zorgorganisaties. Daarmee is een eerste reden aangegeven om in dit onderzoek te kiezen voor een brede onderzoeksbenadering waarin waarden niet alleen als feiten behandeld worden maar ook een rol kunnen spelen als geleefde realiteit en als bron van *morele* inspiratie en betrokkenheid. Die keuze is in overeenstemming met belangrijke constatering en aanbevelingen uit dit onderzoek ten aanzien van de marginalisering van *morele* en existentiële vragen op het niveau van beleid en organisatie in de thuiszorg en de negatieve gevolgen daarvan voor de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg. Om die negatieve gevolgen in beeld te krijgen dienen niet alleen de waarden die in de thuiszorg centraal staan serieus genomen te worden; bovendien is daar een conceptueel kader voor nodig dat rijk genoeg is om het in elkaar haken van micro-, meso- en macro-ontwikkelingen in de thuiszorg in beeld te kunnen brengen. Hier komt de tweede reden naar voren waarom in dit onderzoek gekozen is voor een brede benadering: met behulp daarvan kan van binnen uit recht gedaan worden aan de rol van waarden en *morele* inspiratiebronnen in de thuiszorg en kan bovendien een van de grote nadelen van traditionele onderzoeksbenaderingen vermeden worden. Het gaat hier om de *versmalling* van het blikveld die optreedt wanneer voor de beschrijving en de analyse van de onderzoeksresultaten uitsluitend begrippen worden gebruikt die volgens de gebruikelijke methoden geoperationaliseerd kunnen worden. Een dergelijke smalle benadering schiet voor dit onderzoek tekort omdat de alledaagse werkelijkheid van de thuiszorg, zoals beleefd en vormgegeven door cliënten, professionals, managers, beleidsmakers en burgers, zowel *complex* als *gelaagd* is. In die werkelijkheid worden ervaringen, emoties en verlangens van mensen voortdurend verknoopt met professionele kennis, organisatorische kaders, financiële randvoorwaarden, culturele en politieke krachtenvelden en last but not least met lange-termijn economische, technologische en demografische ontwikkelingen. Een goede illustratie daarvan biedt de volgende opmerkelijke casus uit ons onderzoek:

Een thuiszorgteam in een van de grote steden, had drie kwartier geïndiceerde zorg per dag ter beschikking om te zorgen voor Karel, een alleenstaande oudere man. De zorg omvatte huishoudelijke zorg, persoonlijke verzorging, met name douchen/wassen en verpleegkundige zorg, ondermeer voor een operatiewond die niet goed wilde sluiten. Karel was moeilijk in de omgang, stelde zich erg afhankelijk op, had verder nauwelijks sociale contacten en werd als lastig ervaren door het team. Soms, als er aan het einde van de drie kwartier nog enkele minuten overbleven en Karel schoon gedoucht en goed verbonden aan tafel zat, begon hij over zijn leven en alle moeilijkheden die hij ervaren had. Die momenten van beginnende vertrouwelijkheid moesten echter wegens tijdgebrek steeds weer worden afgebroken. Omdat er onvoldoende formele gronden voor uitbreiding van de beschikbare tijd aanwezig waren, besloot het team vervolgens buiten de leiding om per dag een aantal minuten op de tijd voor andere, ‘makkelijke’ cliënten in te dikken. De gewonnen minuten werden besteed aan het verdiepen van het contact met Karel. Dit werd een tijdlang volgehouden en had tenslotte succes: Karel werd makkelijker in de omgang, zijn wond genas, hij werd zelfstandiger en ze slaagden er zelfs in hem ‘naar buiten’ te krijgen en contacten in het wijkcentrum op te

bouwen. Na een half jaar werd in overleg met Karel deze clandestiene vorm van speciale zorg afgebouwd.

Wanneer men de complexe en waardengeladen werkelijkheid van de thuiszorg, zoals die in deze casus naar voren komt, zou onderzoeken op basis van het methodologische uitgangspunt dat daarbij alleen begrippen toelaatbaar zijn die via de gebruikelijke methoden empirisch geoperationaliseerd en gevalideerd kunnen worden, dan plaatst men zich in de situatie van de aangeschoten feestganger die onder alle lantaarnpalen in de straat naar zijn verloren autosleutels zoekt, omdat het daar tenminste licht is. Deze verhelderende metafoor is niet alleen van toepassing op methodologische vragen, maar ook op de *inhoudelijke* structurering van de thuiszorg die de afgelopen vijf jaar ondermeer via de invoering van de functionele indicatiestelling is doorgevoerd, met als inzet grotere doelmatigheid en transparantie, meer beheersbaarheid en betere verantwoording. Via deze nieuwe structurering schijnt een helder licht op specifieke aspecten van de zorgvraag van cliënten en van het handelen van professionals, maar blijven andere belangrijke aspecten buiten de lichtkring, met name vragen die betrekking hebben op de betekenis van zorgwaarden in en rond de thuiszorg. Om middels dit onderzoek bij te kunnen dragen aan “inhoudelijke voeding en objectivering van het debat over de toekomst van... de thuiszorg, zowel op het niveau van cliënt, hulpverlener en zorgorganisatie, als op het niveau van de overheid en de samenleving/het publiek in het algemeen”, stonden wij als onderzoekers dus voor de uitdaging om niet alleen gebruik te maken van de smalle lichtbundel van objectiverende onderzoeksmethoden, maar ook die aspecten van de complexe realiteit van de thuiszorg te belichten die vaak in de schaduw blijven, zonder daarbij afbreuk te doen aan de gebruikelijke maatstaven van wetenschappelijke toetsing en redelijk debat. Wij hopen en verwachten via het verbinden van feiten, waarden en theorieën een vruchtbaar antwoord op deze uitdaging gevonden te hebben en licht te kunnen werpen op vragen en hulpbronnen die in gebruikelijke sociaal-wetenschappelijke onderzoek meestal in het schemerduister gehuld blijven. Meer in detail berust de benadering die wij in dit onderzoek hebben toegepast op het verbinden van de volgende drie invalshoeken.¹

- a) kwalitatieve en kwantitatieve empirische data, in de vorm van een elektronische enquête onder professionals in de thuiszorg met 500 respondenten, honderd casusbeschrijvingen, envijftwintig diepte-interviews.
- b) een interdisciplinair conceptueel kader, waarin macrosociologische, organisatiethoretische en narratieve perspectieven zodanig met elkaar verbonden worden dat interacties en interferenties tussen ontwikkelingen op macro-, meso- en microniveau in kaart kunnen worden gebracht;
- c) morele en existentiële waarden zoals beleefd en verwoord door cliënten en professionals en nader gearticuleerd in hedendaagse ethische benaderingen zoals de zorgethiek, de presentiebenadering, de deugdenethiek en de filosofie van de levenskunst.

Een belangrijke pointe van deze brede onderzoeksbenadering is het zodanig verbinden van deze drie invalshoeken dat geen daarvan bij voorbaat het primaat heeft. In plaats daarvan

¹ Voortbouwend op de triangulatiemethode die in kwalitatief onderzoek gebruikelijk is, zou deze benadering aangeduid kunnen worden als ‘brede triangulatie.’. Vgl. A. Smaling, *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*, Lisse 1987

vinden over en weer aanvullingen en correcties plaats, zodat de eenzijdigheden die onvermijdelijk met de verschillende invalshoeken verbonden zijn zo veel mogelijk worden opgeheven. Onze inzet is met andere woorden het *verbinden* van empirische data, conceptuele kaders en waardegeladen perspectieven met het oog op het inhoudelijk voeden van de democratische meningsvorming over de thuiszorg en het vergroten van het handelingsrepertoire van de betrokkenen, mede op basis van geobjectiverde gegevens. Het gaat hier met andere woorden niet om modus-één, maar om modus-twee onderzoek.² In hoofdstuk 3 gaan we uitgebreid in op de resultaten van het empirische gedeelte van dit onderzoek. Omdat die resultaten zoals betoogd mede geïnterpreteerd worden in het licht van het interdisciplinaire conceptuele kader dat we hanteren en in het licht van specifieke zorgwaarden, gaan we in de volgende paragraaf dieper in op deze twee pijlers van onze brede benadering.

2. *De spanning tussen systeem en leefwereld*

Zoals in het volgende hoofdstuk nader beschreven wordt, maken de ontwikkelingen die de afgelopen vijf jaar in de thuiszorg hebben plaatsgevonden deel uit van een langdurig historisch ontwikkelingsproces, dat minstens tot de negentiende eeuw terugreikt. Het belang van deze historische dimensie komt duidelijk naar voren in het begrip ‘modernisering’, dat door de overheid veelvuldig wordt gebruikt, bijvoorbeeld de ‘modernisering van de AWBZ’. Met behulp van dit begrip wordt expliciet of impliciet tot uitdrukking gebracht dat de problemen waar men op stuit te herleiden zijn op het ‘ouderwetse’, niet voldoende moderne karakter van bepaalde structuren, arrangementen en werkwijzen, waarvoor dan een oplossing wordt gevonden door *verdergaande* modernisering. Op beleidsniveau heeft het begrip ‘modernisering’ een positieve betekenis. Modernisering wordt stelselmatig in verband gebracht met grotere effectiviteit en efficiency, met een versterking van het rationele gehalte en de transparantie van organisatorische arrangementen en praktijken, met grotere beheersbaarheid en met verhoging van de kwaliteit van dienstverlening. Maar binnen de hedendaagse sociale wetenschappen vormt het begrip modernisering het brandpunt van wijdvertakte debatten en controverses en wordt het door diepe tegenstellingen omgeven. De aard van die tegenstellingen kan verhelderd worden aan de hand van het bekende onderscheid tussen ‘systeem’ en ‘leefwereld’ zoals omschreven door de socioloog en filosoof Jürgen Habermas. Variaties op dit onderscheid zijn te vinden in het werk van vooraanstaande sociologen als Anthony Giddens, Alain Touraine en Manuel Castells. Ook in analyses van levensbeschouwelijke geïnspireerde auteurs als Gerrit Manenschijn en Ad Verbruggen speelt de onderliggende tegenstelling een belangrijke rol.³ In het onderscheid tussen systeem en leefwereld komen met andere woorden een aantal belangrijke kritische inzichten ten aanzien van de ‘achterkant’ van moderniseringsprocessen in samengebalde vorm samen. Met behulp van dit onderscheid probeert Habermas een analyse van modernisering te bieden waarin zowel de maatschappelijke vooruitgang die modernisering met zich meebrengt in kaart kan

² Vgl. Gibbons, M., Loges, C., Nowotny, H. e.a. *The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies* (Sage Publications, 1995). Vgl voor een kritisch commentaar op hun perspectief: H. Kunneman, *Vorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*, Amsterdam 2005, m.n. hoofdstuk 4 en 5

³ Vgl. J. Habermas, *Theorie des Kommunikativen Handelns*, 2 Bände, Frankfurt a. Main 1981; G. Manenschijn, *De Mythe van de autonomie*, Kampen 1999; A. Verbruggen, *Tijd van onbehagen*, Uitg. Sun, Amsterdam 2004

worden gebracht als de problemen en risico's die met modernisering verbonden zijn. Centraal in zijn analyse staat het idee dat moderniseringprocessen tot een verzelfstandiging leiden van twee maatschappelijke sferen of domeinen: aan de ene kant systeemdomeneinen, waarin een economische en bestuurlijke logica domineert en prestaties, voorspelbaarheid en beheersing centraal staan; aan de andere kant de leefwereld, waarin zingeving, waarden en persoonlijke relaties de onderlinge omgang bepalen. De verzelfstandiging van deze twee domeinen ten opzichte van elkaar heeft enerzijds grote voordelen, omdat het grotendeels loskoppelen van economisch en bestuurlijk handelen van allerlei traditionele zingevingskaders en de daarmee verbonden verhalen en waarden een grote toename van economische productiviteit en bestuurlijke beheersbaarheid met zich meebrengt. Anderzijds brengt die verzelfstandiging nieuwe problemen en risico's met zich mee. Daarbij doelt Habermas met name op het gevaar dat de economische en bestuurlijke logica niet alleen op systeemniveau domineert - in bedrijven, departementen en onderzoeksinstituten - maar ook de alledaagse leefwereld binnendringt en daar persoonlijke zingeving en morele betrokkenheid *ondermijnt*. Deze zorg wordt door andere vooraanstaande sociologen gedeeld. Zo stelt Alain Touraine dat in hedendaagse hoogontwikkelde maatschappijen de tegenstelling tussen rijk en arm grotendeels vervangen is door een heel andere tegenstelling, namelijk de verdediging van persoonlijke zingevingsmogelijkheden tegen de druk van economische prestatie-eisen en bestuurlijke rationaliseringsprocessen. In dezelfde geest constateert Anthony Giddens dat moderne instituties en organisaties ertoe neigen om morele vragen en existentiële dilemma's buiten hun poorten te bannen en tot een individueel keuzeprobleem te reduceren. In het kader van de economische en culturele globalisering die het afgelopen decennium zijn beslag heeft gekregen, spreekt de invloedrijke socioloog Manuel Castells zelfs van een groeiende splitsing tussen het Net en het Zelf, dat wil zeggen: tussen wereldwijde stromen van producten, informatie en kennis in dienst van economische groei en politieke macht aan de ene kant en persoonlijk en cultureel gekleurde zingevingskaders, verhalen en waarden aan de andere kant.⁴

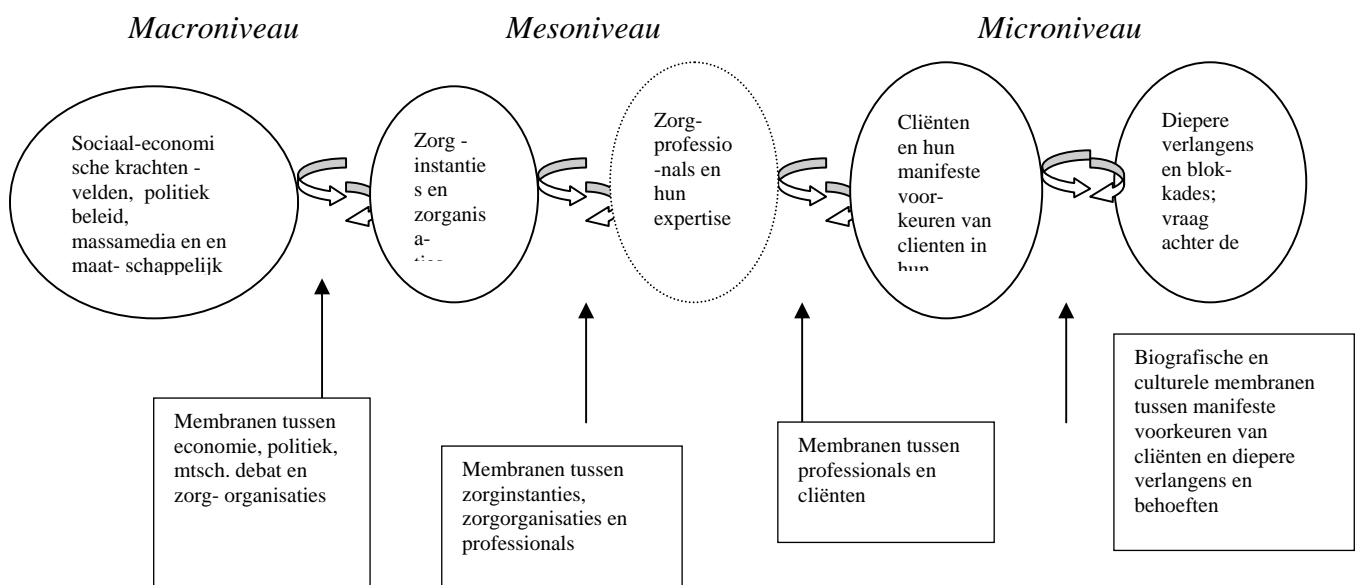
Hoewel dergelijke perspectieven een belangrijke correctie bieden op analyses van moderniseringsprocessen waarin uitsluitend de positieve kanten daarvan belicht worden, hebben zij ook een belangrijk nadeel: zij neigen tot het *verabsoluteren* van de tegenstelling tussen systeem en leefwereld, tussen het Net en het Zelf, tussen economische productiviteitseisen en morele waarden en dreigen daarmee het zicht te verbergen op de *verbindingen* tussen de sferen die zij tegenover elkaar plaatsen. Voor de discussie over de huidige en toekomstige ontwikkeling van de thuiszorg zijn juist die verbindingen van doorslaggevend belang. Een centraal uitgangspunt van het conceptuele kader dat wij in dit onderzoek hanteren luidt dan ook dat zorgorganisaties en professionals een centrale rol spelen in de *kwaliteit* van de verbindingen tussen systeem en leefwereld die in de thuiszorg tot stand komen: zij vervullen een centrale *bemiddelende* rol tussen het macroniveau van economische en bestuurlijke prioriteiten aan de ene kant en het microniveau van zorgafhankelijke mensen en verlangens en behoeften anderzijds. Wanneer deze bemiddelende rol centraal wordt gesteld, kan niet alleen recht worden gedaan aan de tegenstellingen en de wrijving tussen de verschillende domeinen maar ook aan mogelijkheid en wenselijkheid van de overgangen, koppelingen en verbindingen daartussen.

⁴ Vgl. A. Giddens, *Modernity and Self-Identity*, Polity Press, Cambridge 1991; Alain Touraine, *Que ´est-ce que la d´emocratie?* Fyard, Paris 1994 ; M. Castells, *The Information Age : Economy, Society and Culture*, Part 1, *The Rise of the Network Society*, Blackwell, Massachusetts 1996

3. Het belang van membranen

Om deze wrijvingen en verbindingen in kaart te kunnen brengen en te analyseren, gebruiken wij in dit onderzoek de metafoor van het membraan. In de celbiologie verwijst dit begrip naar de gedeeltelijk doorlaatbare wand door middel waarvan cellen de interactie met hun omgeving gestalte geven. Het membraan vormt een zelfstandig, actief onderdeel van de cel dat niet alleen in staat is om stoffen en signalen uit de omgeving toe te laten of juist af te weren maar ook als actief doorgeefluik fungeert voor de stoffen en signalen die cellen zelf produceren en afscheiden. Membranen functioneren dus niet alleen als filters, maar reguleren op actieve wijze de omgang en de uitwisseling tussen cellen en hun omgeving: zij filteren, geven door en vormen om. In de natuur nemen membranen, net als cellen, vele vormen en gedaantes aan, variërend van zeer eenvoudig tot uiterst complex. Datzelfde geldt voor figuurlijke ‘membranen’ in de thuiszorg.

Met behulp van deze metafoor denken wij licht te kunnen werpen op die aspecten van de thuiszorg die doorgaans buiten de lichtkring van strikt objectiverende benaderingen vallen, namelijk de interacties en de onderlinge beïnvloeding tussen een reeks van selectieve communicatie- en interactieprocessen die samen de realiteit van de thuiszorg uitmaken. In een eerste globale schets onderscheiden we op grond van onze onderzoeksresultaten binnen de thuiszorg vijf centrale actoren en de bijbehorende selectieve membranen (vgl. schema 1)



In dit schema worden vijf invloedssferen, respectievelijk actoren onderscheiden, die ieder via een membraan verbonden zijn met de naastbijgelegen invloedssfeer.⁵ Daarmee wordt de schijnwerper in de eerste plaats gericht op het grote aantal membranen dat in het spel is bij de communicatie en interactie tussen de verschillende invloedssferen en daarmee ook op alle vormen van selectie, omvorming en blokkering die in die communicatie en interactie optreden. ‘Transparantie en beheersbaarheid’ bijvoorbeeld vormen sleutelbegrippen op het

⁵ In het slothoofdstuk introduceren wij een uitgebreidere versie van dit sterk vereenvoudigde schema, waarin meer invloedssferen worden onderscheiden en complexere interacties tussen de verschillende invloedssferen

niveau van het overheidsbeleid van de afgelopen jaren en hebben als organiserend principe gediend bij het ontwikkelen van centrale zorginstanties als het CIZ en de zorgkantoren. Uitvoerende zorgorganisaties geven deze druk in gewijzigde en gefilterde vorm door aan hun professionals, die op hun beurt selectief met de transparantie- en beheersbaarheidseisen vanuit beleid en organisaties omgaan en aan hun cliënten doorgeven. Zoals uit ons onderzoeksmateriaal (en veel andere onderzoeken) naar voren komt, creëren de meeste professionals een eigen handelings- en beslissingsruimte die zij tot op zekere hoogte proberen te onttrekken aan het zicht en de invloed van de organisatie waarvoor zij werken, maar die door hen als essentieel voor de kwaliteit van hun werk wordt gezien. Zoals een van onze respondenten, geconfronteerd met steeds strakkere regulering van beschikbare zorgminuten, haar eigen stelregel in deze kernachtig formuleert: *‘Wel effe de tijd nemen, jongens’*. Op het niveau van de beleving en de voorkeuren van cliënten tenslotte spelen organisatorische transparantie en beheersbaarheid van het zorgvolume nauwelijks een rol. Maar omgekeerd dringen diepere verlangens en behoeften van cliënten niet of nauwelijks door tot het niveau van zorginstanties en het politieke beleid. Om te beginnen worden zij door de invloed van biografisch en cultureel bepaalde membranen door cliënten zelf veelal buiten de interactie gehouden. Diepere verlangens en behoeften, met name rond aanraking, aandachtige afstemming en een luisterend oor, komen in contacten tussen cliënten en professionals soms aan de oppervlakte, vooral wanneer die bereid en in staat zijn om de *‘vraag achter de vraag’* te horen, maar smoren vaak in de filters en omvormers van professionals en zorgorganisaties. In de classificatieschema's van de officiële zorginstanties en op politiek niveau hebben ze nauwelijks een plek: ouderen die in een verpleeg- of verzorgingshuis opgenomen worden hebben officieel recht op een stimulerende sociale omgeving, maar dat geldt niet voor alleenstaande ouderen die van thuiszorg afhankelijk zijn. De eenzaamheid van oude mensen die nauwelijks iets te besteden hebben wordt kennelijk vanuit politiek en economisch oogpunt niet als probleem waargenomen. De ervaringen van professionals in de thuiszorg met die eenzaamheid blijven ergens in de vele filters en omvormers tussen hen en het beleidsniveau steken.

Het conceptuele kader dat wij hanteren en het daarop geënte schema richt de aandacht zogenoemd vooral op alle vormen van selectie, omvorming en blokkering die optreden in de communicatie en interactie tussen de vijf invloedssferen/actoren die wij onderscheiden. De globale tegenstelling tussen systeemnormen en leefwereldwaarden zoals die ondermeer door Habermas geanalyseerd is, wordt daarmee van zijn absolute karakter ontdaan en als een voortgaand, interactief proces van filtering en selectieve omvorming voorgesteld dat gelijktijdig in *alle* invloedssferen plaatsvindt. Daarmee werpt dit schema ook licht op de centrale positie van de zorgprofessionals in de keten van communicatie- en interactieprocessen in de thuiszorg. In het handelen van professionals komen signalen en informatie uit alle vijf de invloedssferen samen: zij verhouden zich tot wisselende politieke beleidsmaatregelen, maken zich bureaucratische beheerscategorieën eigen, internaliseren organisatorische doelmatigheidsoverwegingen, ontwikkelen hun professionele kennis, communiceren intensief met cliënten en zijn zelfs gevoelig voor *‘de vraag achter de vraag’*. Deze centrale positie en deze openheid voor een veelheid aan heterogene invloeden en signalen, brengt echter ook met zich mee dat veel van de fricties, spanningen en aansluitingsproblemen tussen de verschillende invloedssferen in het ervaren en handelen van professionals in de thuiszorg samenkomen. Onze onderzoeksresultaten geven steun aan de veronderstelling dat de membranen waarover de overheid, de zorginstanties en de meeste zorgorganisaties beschikken onvoldoende gevoelig zijn om deze spanningen en fricties op te

merken en serieus te nemen. Het valt te verwachten dat dit op termijn niet alleen tot overbelasting en motivatieverlies bij professionals in de thuiszorg zal leiden, maar ook tot - niet goed waargenomen - verlies aan kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid.

4. *Waarden als sensoren*

Daarmee naderen wij het hart van dit onderzoek. Hierboven hebben wij gesteld dat het begrip ‘modernisering’ op beleidsniveau vooral een positieve betekenis heeft en in verband wordt gebracht met grotere effectiviteit en efficiency, met een versterking van het rationele gehalte en de transparantie van organisatorische arrangementen, met grotere beheersbaarheid en met verhoging van de kwaliteit van dienstverlening. Vervolgens hebben wij daar een aantal kritische perspectieven op moderniseringsprocessen naast geplaatst, zoals die van Habermas, Giddens en Castells, maar ook van levensbeschouwelijk geïnspireerde denkers, die de aandacht vestigen op de spanningen en de wrijving tussen systeem en leefwereld, tussen economische krachtenvelden en politieke beleidsmaatregelen aan de ene kant en processen van morele oriëntatie en intersubjectieve zingeving aan de andere kant. De spanning kortom tussen systeemnormen en leefwereldwaarden. Het probleem met dergelijke kritische perspectieven is echter dat zij ertoe neigen om de tegenstelling tussen systeem en leefwereld te verabsoluteren en daarmee het zicht dreigen te belemmeren op de complexe interacties en verbindingen tussen de sferen die zij tegenover elkaar plaatsen. Door de enkelvoudige tegenstelling tussen systeem en leefwereld ‘uit te smeren’ over vijf invloedssferen en de schijnwerper te richten op de omvorming- en uitwisselingsprocessen daartussen, hopen wij deze bijziendheid te kunnen verhelpen. Daarbij gaat het ons in het bijzonder om de economische en beleidsmatige betekenis van de waarden die zowel voor professionals als voor hun cliënten op het niveau van hun onderlinge omgang maatgevend zijn. Uit onze enquête onder verpleegkundigen en verzorgenden en uit de interviews komen als belangrijkste zorgwaarden naar voren: respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, menselijke warmte, collegialiteit en eerlijkheid. Bijna 60% van hen is het bovendien eens met de stelling dat centrale zorgwaarden in de thuiszorg steeds meer in de knel komen. In het licht van alle beleidsmaatregelen in het teken van transparantie, beheersbaarheid en doelmatigheid, lijken deze resultaten op het eerste gezicht de diagnose van Habermas, Giddens en anderen te bevestigen: de morele waarden die voor professionals in de thuiszorg maatgevend zijn en die grotendeels door hun cliënten worden gedeeld, komen in de knel doordat ‘het systeem’ zijn greep op de ‘leefwereld’ heeft verstevigd en ‘menselijke waarden’ dreigt te verdringen. Het probleem met een dergelijke interpretatie is echter dat hij de bijziendheid voor de eigen betekenis van centrale zorgwaarden aan de kant van economie en beleid dreigt te versterken in plaats van te verhelpen. De selectiviteit en ondoorlaatbaarheid van de membranen in kwestie ten aanzien van desbetreffende signalen van professionals en cliënten, kan in onze ogen alleen verminderd worden door niet alleen de *spanning* te benadrukken tussen ‘systeem’ en ‘leefwereld’ – de spanning tussen transparantie en doelmatigheid aan de ene kant en ‘menselijke waarden’ aan de andere kant - maar ook de belangrijke *bijdrage* uit te lichten die waarden als respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid en collegialiteit leveren aan de effectiviteit, de doelmatigheid en de kwaliteit van de verleende zorg. Centrale zorgwaarden functioneren aan de kant van professionals als ‘sensoren’ die een optimale afstemming op de werkelijke vraag aan de kant van cliënten mogelijk maken. In de casus van Karel bijvoorbeeld lijkt zowel sprake te zijn van

doeltreffende, kwalitatief hoogwaardige zorg als van doelmatige besteding van collectieve middelen. Karels wond is goed genezen, zijn levenskwaliteit is omhooggegaan en er is een grote kans dat het initiatief van dit team een preventieve, kostenbesparende werking heeft gehad. De betrokkenheid en zorgvuldigheid van deze professionals en hun bereidheid en vermogen om de 'vraag achter de vraag' te horen en daarnaar te handelen, zijn hier niet alleen vanuit leefwereld- maar ook vanuit systeemperspectief gezien van groot belang. Deze zorgwaarden zijn met andere woorden niet alleen 'menselijk' gezien van groot belang, maar dragen ook in hoge mate bij aan professionele doeltreffendheid, aan het zorgvuldig afstemmen op de werkelijke vraag. Daarmee werken ze kostenbesparend. In deze casus is echter sprake van 'clandestiene doelmatigheid'. De afwegingen die de professionals maken blijven buiten het zicht van de organisatie waarvoor zij werken, net als de resultaten daarvan. Daarmee kunnen zij ook niet kritisch getoetst worden. Hetzelfde geldt voor alle gevallen waarin professionals ondoelmatig werken, doordat zij wel de geïndiceerde zorg leveren, maar niet bij 'de vraag achter de vraag' komen, noch preventief werkzaam kunnen zijn.

5. *Normatieve professionalisering*

Daarmee komen wij bij de derde en laatste invalshoek van de brede onderzoeksbenadering die wij gezien de vraagstelling hebben toegepast. Het gaat hier om de morele en existentiële waarden zoals beleefd en verwoord door cliënten en professionals en nader gearticuleerd in hedendaagse ethische benaderingen zoals de zorgethiek, de presentiebenadering, de deugdenethiek en de filosofie van de levenskunst. Wanneer onze veronderstelling dat zorgwaarden een eigen economische en beleidsmatige betekenis hebben in voldoende mate door dit onderzoek (en door vervolgonderzoek) wordt gestaafd, dan heeft dat de nodige consequenties voor de *omgang* met waarden in de thuiszorg.

In hoofdstuk 2 gaan wij nader in op de geschiedenis van de thuiszorg, op de wortels daarvan in het kruiswerk in ons land en op de omvorming van de thuiszorg gedurende de laatste decennia tot een centraal aangestuurde voorziening waarin overheidsorganen en marktpartijen bepalende actoren zijn geworden. Grosso modo zijn in deze ontwikkeling de levensbeschouwelijke motivatiebronnen waaruit het kruiswerk putte en de daarmee verbonden waarden geleidelijk naar de achtergrond gedrongen en zijn algemene beleidskaders, organisatorische prioriteiten en technisch-professionele kennis steeds meer op de voorgrond komen te staan. Op het niveau van de interactie tussen zorgprofessionals en cliënten spelen waarden als respect, betrokkenheid en zorgvuldigheid weliswaar een centrale rol, maar naarmate men zich verder van dit niveau verwijderd, wordt de gehanteerde taal in moreel en existentieel opzicht steeds armer. Een goede illustratie daarvan biedt de opmars van het begrip 'productie maken' binnen de thuiszorg. Zorgorganisaties krijgen alleen de uren vergoed die bij cliënten worden doorgebracht om geïndiceerde zorghandelingen te verrichten. Alles wat daar buiten valt geldt niet als 'productief'. Het begrip productiviteit functioneert daarmee als een omvormend en filterend raster, dat niet alleen het grote belang van doorleefde zorgwaarden voor professionele doeltreffendheid en doelmatigheid uit beeld doet verdwijnen, maar ook het feit dat de persoonlijke en morele betrokkenheid van professionals in de thuiszorg niet uit de lucht komt vallen, maar zèlf voeding en ondersteuning nodig heeft.

Hier stuiten we op de achterkant van de moderniseringsprocessen die in de thuiszorg en in andere maatschappelijke sectoren plaatsvinden: die gaan gepaard met steeds verdergaande individualisering, met het 'doorslijten' van traditionele morele weefsels en met de verbreiding van een cultuur waarin consumeren en presteren centrale waarden vormen. Maatschappelijke

solidariteit en onderlinge betrokkenheid dreigen daarmee onder grote druk te komen. Tegelijkertijd ontwikkelen zich nieuwe vormen van zingeving en nieuwe gedaantes van maatschappelijke betrokkenheid, niet alleen op persoonlijk niveau, bijvoorbeeld in de gedaante van aandacht voor levenskunst en spiritualiteit, maar ook op maatschappelijk niveau, bijvoorbeeld in de vorm van kortdurende vrijwilligersactiviteiten of van maatschappelijk verantwoord ondernemen. Tegen deze achtergrond kan geconcludeerd worden dat waarden als betrokkenheid, respect en vertrouwen niet langer als vanzelfsprekend aan traditionele leefwerelden ontleend kunnen worden. Het instandhouden van het draagvlak daarvoor wordt zelf tot een maatschappelijke vraag van de eerste orde, ook en juist in professionele organisaties waar het 'productieproces' in hoge mate door waarden en betrokkenheid wordt gedragen.

In aansluiting bij analyses van Baart, van Houten Kunneman en Roggenspreken wij hier over 'normatieve professionalisering'.⁶ In dit begrip worden twee voor dit onderzoek belangrijke inzichten met elkaar verbonden. In de eerste plaats het inzicht dat de waarden en normen die het praktische handelen van professionals in mensgerichte beroepen mede dragen, geen 'menselijk' extraatje vormen maar in tegendeel het hart van de professionele kwaliteit en doeltreffendheid van hun handelen betreffen. In de tweede plaats het inzicht dat de positieve invloed van waarden op het niveau van het professionele handelen geen vanzelfsprekendheid is, maar om het ontwikkelen en in stand houden van een eigen vorm van professionaliteit vraagt: om normatieve, waardegeladen professionaliteit, waarin de technische expertise en de betrokkenheid op doelmatigheid van professionals ligt ingebed in doorleefde waarden in het teken van zorgvuldige en betrokken afstemming met cliënten. Normatieve professionalisering betreft kortom het optimaal verbinden van systeemnormen en leefwereldwaarden. Uit het materiaal dat wij in hoofdstuk 3 presenteren komt naar voren dat op het niveau van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg normatieve professionaliteit tegelijkertijd springlevend is en onder druk staat. Dat hangt mede samen met het feit dat dit aspect van hun professionaliteit op dit moment vooral gestalte krijgt op het niveau van *ervaringen* en *verhalen* die professionals met elkaar delen. Normatieve professionaliteit krijgt weinig aandacht binnen heersende opvattingen van professioneel handelen, waarin *cognitieve* vormen van fundering en verantwoording centraal staan en de narratieve beddingen waarin moreel besef en verantwoordelijkheidsgevoel zich kunnen ontwikkelen schitteren door afwezigheid. Deze ontwikkeling hangt mede samen met de individualiseringsprocessen die zich de afgelopen decennia voltrokken hebben en de daarmee verbonden emancipatie uit de knellende invloed van absoluut gestelde morele kaders. In het verlengde daarvan zijn existentiële inzichten en morele perspectieven omgevormd tot individuele preferenties, die individuen in hun eigen privé-sfeer kunnen beleven en ontwikkelen, maar die strikt gescheiden dienen te worden van de sfeer van het professionele handelen. Normativiteit wordt in een dergelijk cultureel klimaat geassocieerd met starre overtuigingen en met achterhaald moralisme. Daarmee dreigt echter ook de culturele voedingsbodem voor de waarden die uiteindelijk aan normen ten grondslag liggen te verarmen en verdwijnt uit beeld dat op het niveau van het professionele handelen in mensgerichte beroepen waarden geen privé-overtuigingen tot uitdrukking brengen, maar intern samenhangen met de kwaliteit en doeltreffendheid van het

⁶ Vgl. A. Baart, *Theorie van de presentie*, Lemma, Utrecht 2003; D. van Houten, *De gevarieerde samenleving*, De Tijdstroom, Utrecht 2004; H. Kunneman *Van theemutscultuur naar walkman-ego*, Boom, Amsterdam 1996; T. Roggen, *Omgangskwaliteit voor orthopedagogen. Pleidooi voor een normatieve professionaliteit*, Uitg. Agiel, Utrecht 2004

professionele handelen. Het is dit inzicht dat in hedendaagse ethische perspectieven als de zorgethiek en de presentiebenadering tot uitdrukking wordt gebracht. Daarmee doemen ook de grote lijnen op van een ontwikkelingsperspectief voor de thuiszorg waarin misschien soulaas kan worden geboden voor de eenzijdigheden en bijziendheden die blijkens dit onderzoek ongewild verbonden blijken te zijn met alle overheidsmaatregelen die de afgelopen vijf jaar het aanzicht van de thuiszorg zo ingrijpend veranderd hebben. Die ontwikkeling is gepaard gegaan met het verharderen van de membranen en het dichtslibben van de filters tussen het primaire proces op het micro-niveau aan de ene kant en het meso- en macro-niveau van organisaties en beleidsmaatregelen aan de andere kant.

Zoals wij in de volgende hoofdstukken aan de hand van het verzamelde empirische materiaal plausibel willen maken, is het gevoeliger maken van die membranen, het openen van dichtgeslibde filters en het ontwikkelen van nieuwe aansluitingsmogelijkheden en ‘warmtekracht koppelingen’ een van de grote uitdagingen waar de thuiszorg de komende jaren voor staat. Niet alleen met het oog op het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de verleende zorg, maar ook met het oog op het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin zorg niet exclusief wordt uitbesteed aan professionals in het teken van beheersbaarheid, doelmatigheid en steeds meer geavanceerde technologie, maar de zingevende potentie van de waarden die professionals in de thuiszorg overeind houden ook voor anderen, in de mantelzorg, in buurten en wijken en in oude en nieuwe vormen van vrijwilligerswerk, meer toegankelijk kan worden.

Tegen deze achtergrond is de opbouw van dit rapport als volgt. In hoofdstuk 2 schetsen wij enkele historische achtergronden van de huidige ontwikkeling, en gaan wij in op de belangrijkste veranderingen die de afgelopen vijf jaar hebben plaatsgevonden. In hoofdstuk 3 presenteren wij vervolgens de resultaten van het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek dat we hebben gericht. Daarbij besteden wij speciale aandacht aan de omvormingsprocessen tussen de verschillende onderscheiden niveau's en aan het belang van normatieve professionalisering. Op grond van de bevindingen uit hoofdstuk 3 schetsen wij in hoofdstuk 4 afsluitend een aantal ontwikkelrichtingen en verbetermogelijkheden in en rond de thuiszorg

Tenslotte willen wij alle verpleegkundigen, verzorgenden, managers en beleidsmedewerkers die hun bereidwillige medewerking aan dit onderzoek hebben verleend hartelijk danken. Zij hebben ons voorzien van een schat aan informatie en impulsen. Wij hopen dan ook dat dit rapport een kleine bijdrage kan leveren aan de zoektocht naar een betere, meer humane thuiszorg die zij iedere dag opnieuw met zoveel betrokkenheid ondernemen.

Hoofdstuk 2 Historische achtergronden

De recente ontwikkelingen in de thuiszorg die in dit rapport centraal staan, maken deel uit van bredere maatschappelijke veranderingsprocessen die een lange geschiedenis hebben. Die geschiedenis kan globaal worden aangeduid als de ontwikkeling van de verzuilde verzorgingsstaat en de omvorming daarvan tot de hedendaagse, postindustriële marktmaatschappij. Vanwege het belang van deze geschiedenis voor de vragen en uitdagingen waarmee de thuiszorg heden ten dage geconfronteerd wordt, gaan wij in de eerste paragrafen van dit hoofdstuk wat dieper op deze geschiedenis in. Lezers die daar al mee vertrouwd zijn, kunnen desgewenst de eerste twee paragrafen overslaan en beginnen bij paragraaf 2.3: ‘De ontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel en de modernisering van de AWBZ’ (p. 19)

2.1 De ontwikkeling van het kruiswerk sinds de 19^e eeuw

Nederland telde eind 19^e eeuw vier miljoen inwoners, waarvan de meerderheid in armoede leefde. Het algemene volksgezondheidspeil was laag en er heersten diverse besmettelijke ziekten (cholera, mazelen) en er gingen regelmatig epidemieën rond (cholera en pokken). Medische instellingen waren er nauwelijks. Overheidsingrijpen in het leven van individuele burgers was in het dominante liberale klimaat taboe, ook als zij ziek en hulpbehoevend waren. Zodoende waren zij afhankelijk van liefdadigheid en armenzorg, verleend door kerkelijke en enkele particuliere organisaties die de waarde koesterden “*de naaste in de ergste ellende bij te staan*”.

In het kader van de verwetenschappelijking van de geneeskunde en de opkomst van de sociale wetenschappen, ontdekten de ‘hygiënisten’ in het midden van 19^e eeuw dat er een verband bestond tussen de vele sterfgevallen en de sociale omstandigheden waarin de betrokkenen verkeerden. Zij toonden ondermeer aan dat vervuild drinkwater, slechte voeding en onhygiënische leef- en werkomstandigheden besmettelijke ziekten in de hand werkten. Geleidelijk drongen deze wetenschappelijke hygiëne-inzichten ook in politieke kringen door. Omdat ziekten als cholera, pokken en tyfus een bedreiging voor de hele gemeenschap vormden, werden de grenzen van het liberale principe van ‘niet-inmenging in persoonlijke vrijheid’ zichtbaar. Eind negentiende eeuw begon dan ook de langzame omvorming van de ‘armenzorg’ tot een stelsel van openbare gezondheidsvoorzieningen dat in de 20^e eeuw zou culmineren in de moderne verzorgingsstaat.

Doorgaans wordt de Kinderwet van van Houten uit 1874, die fabrieksarbeid onder de 12 jaar verbood, als het beginpunt van die ontwikkeling gezien. Maar enkele jaren daarvoor, in 1872, was al de Besmettelijke Ziektenwet aangenomen die aan gemeenten een aantal taken oplegde bij het voorkomen en bestrijden van de vele besmettelijke ziekten die toen de ronde deden. Veel gemeenten waren bij gebrek aan middelen niet in staat aan die taken te voldoen. In die lacune werd enerzijds voorzien door nieuwe vormen van georganiseerde solidariteit onder de groeiende arbeidersklasse, zoals het oprichten van onderlinge ziekenfondsen, anderzijds door initiatieven van de kant van verlichte notabelen. Artsen, notarissen en dominees richtten

verenigingen op met als doel de volksgezondheid te verbeteren via voorlichting over het belang van hygiëne en over de mechanismen van besmetting. Een van die verenigingen was het Witte Kruis, aan het eind van de negentiende eeuw opgericht door de arts Dr. Jacob Penn, geneeskundig inspecteur van de provincie Noord Holland. Die werd toentertijd ondermeer geplaagd door malaria, ook bekend als ‘de gesel van Noord Holland’. Zijn doel was de ontwikkeling van een netwerk van plaatselijke verenigingen “ ter afwering van epidemische ziekte en hulpbetoon tegen epidemieën”. Penn stelde zich deze verenigingen voor als ‘een rood kruis in vrede’ tijd’, vandaar het Groene Kruis, later gevolgd door het protestantse Oranje-Groene Kruis en het katholieke Wit-Gele Kruis. Zijn initiatief was een groot succes. In 1920 bestonden er al 860 plaatselijke kruisverenigingen, een aantal dat zich in de loop der jaren zou verdubbelen.

Ook het arbeidsterrein van de nieuwe kruisverenigingen breidde zich al snel uit. Op basis van de eerste kruiswerk initiatieven in het verlengde van de Wet Besmettelijke Ziekten uit 1872, lag het accent van het kruiswerk aanvankelijk op hygiënevoorlichting en epidemiebestrijding. Dat verschoof al snel naar individuele zieken- en kraamverpleging thuis en preventieve zuigelingen zorg via consultatiebureaus. Eind 19^e eeuw kwamen daar ook de eerste gezinsverzorgingactiviteiten bij. In reactie op de gevolgen van de industriële ontwikkeling en de groei van een industrieel proletariaat, werd nu ook huishoudelijke en materiele hulp geboden. Huisvrouwen die op een of andere rede hun gezin niet konden verzorgen konden tijdelijke zorg, ondersteuning en begeleiding in het huishouden krijgen. In de jaren ‘30 werd naast de praktische verzorging de hulpverlening in geval van sociale nood steeds belangrijker. Hulp moest niet alleen de zieke huisvrouw ondersteunen, maar ook als zij tekortschoot omwille van onvoldoende scholing, geestelijke defecten of onmaatschappelijk gedrag. De wens tot morele of maatschappelijke verheffing van ‘afgezakte gezinnen’ speelde hierbij een belangrijke rol.

Na de oorlog raakte de zorg voor gezinnen met ‘sociale problemen’ op de achtergrond en kwamen cliënten met medische vragen meer centraal te staan, met name de ziekenverzorging en kraamhulp. Eind jaren vijftig veranderde echter de rijkssubsidieregeling voor de kruisverenigingen en verschoof het zwaartepunt van de hulp aan de huisvrouw en haar gezin vervolgens weer meer naar langdurige zorg voor chronische zieken en ouderen. De doelstelling ‘beschaving en opvoeding’ verdween daarmee grotendeels uit beeld

Schaalvergroting, concentratie en ontzuiling

De herkomst van het kruiswerk uit burgerinitiatieven en het grote belang van levensbeschouwelijke overtuigingen daarbij, hadden er toe geleid dat het kruiswerk een lappendeken vormde van kleinschalige kruiswerkorganisaties. Eind jaren ‘50 / begin jaren ‘60 ontstonden er eerst binnen de verschillende zuilen schaalvergrotingprocessen. De ontzuiling die in de jaren ‘60 op gang kwam leidde vervolgens ook tot interlevensbeschouwelijke samenwerkingsverbanden. Door de toegenomen welvaart en de ontwikkeling van de naoorlogse verzorgingstaat veranderde het sociale klimaat. Iedereen had nu “recht” op bijstand van de overheid in plaats van afhankelijk te zijn van organisaties met een liefdadigheidsverleden. Daarmee ontwikkelden de kruisverenigingen zich steeds meer tot dienstverlenende instanties. Door de ontzuiling, ontkerkelijking en democratisering, werden de levensbeschouwelijke verschillen minder belangrijk. Mede onder druk van de overheid, groeiden de drie landelijke kruisverenigingen langzaam naar elkaar toe. In 1967 werd de Stichting Samenwerkende Kruisverenigingen opgericht met als doel het bevorderen van

samenwerking tussen de drie kruisverenigingen en het coördineren en uitvoeren van gezamenlijke activiteiten en werkzaamheden. Het Groene en het Wit-Gele Kruis investeerden in vergaande samenwerking die tot een fusie zou leiden. Binnen het Oranje-Groene kruis, dat een protestantse achtergrond had, bestond met name aan de basis weerstand tegen een van boven opgelegde samenwerking: er werd veel waarde gehecht aan de levensbeschouwelijke kleur of “de sfeer waarin de wijkverpleegster haar werk verricht”. In het verlengde daarvan bleven de provinciale bureaus aanvankelijk vooral de eigen plaatselijke afdelingen steunen. De verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg en de verzorgingstaat op gebieden als revalidatie, geestelijke gezondheidszorg en kankerbestrijding, droegen eraan bij dat bestaande samenwerkingsverbanden in de jaren zeventig tot steeds meer fusies leidden. Een belangrijke factor daarbij was de groeiende weerstand bij gemeentelijke overheden tegen het subsidiëren van drie verschillende verenigingen.

Deze ontwikkelingen hadden ook gevolgen voor de centrale beroepsgroep in het kruiswerk: de wijkverpleegkundigen. In de jaren zeventig ontstond beroering over de status van hun beroep. Hun historisch gegroeide ‘dienende rol’ paste niet meer in de tijdgeest en men ging *professionele* erkenning eisen. De morele notie van caritas veranderde in “professionele dienstverlening”. Daarmee groeide ook de taakverdeling tussen wijkverpleegkundige en andere betrokkenen: de wijkverpleegkundige ging met haar eigen specialisme deel uit maken van een professioneel aangestuurd team.

Mede door de noodzaak tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg die zich in de jaren zeventig voelbaar begon te maken werden de drie bureaus van de landelijke kruisverenigingen in 1974 samengevoegd in het Nationaal Centrum voor Kruiswerk. In 1977 tenslotte, bijna een eeuw na het ontstaan van de eerste kruisverenigingen in ons land, werd het proces van schaalvergroting, concentratie en ontzuiling dat in de jaren vijftig op gang kwam voltooid, via de oprichting van de Nationale Kruisvereniging.

2.2 *De ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg sinds de jaren zeventig*

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk hebben wij de schijnwerper vooral gericht op de ontwikkeling van het kruiswerk en op de levensbeschouwelijke wortels daarvan. De verdere ontwikkeling van het kruiswerk tot de thuiszorg hangt direct samen met bredere veranderingsprocessen binnen de Nederlandse gezondheidszorg, met name rond de financiering daarvan en rond de organisatie van het ‘zorgstelsel’. Voor een goed begrip van de recente ontwikkelingen in de thuiszorg, gaan wij in deze paragraaf dieper in op een aantal belangrijke ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg sinds de jaren zeventig en tachtig.

De ontwikkeling van de naoorlogse gezondheidszorg in ons land is grotendeels het resultaat van ongeplande historische veranderingsprocessen, resulterend in een systeem van aanbodregulering dat lange tijd het aanzicht van de gezondheidszorg heeft bepaald. De jaren vijftig en de vroege jaren zestig waren de hoogtijdagen van het verzuilde particulier initiatief. De overheid stimuleerde de gezondheidszorg, in het bijzonder voorzieningen op confessionele basis. Deze bezaten een sterke maatschappelijke autonomie, mede op basis van de sociale verzekering die de gezondheidszorg een stabiele financieringsbron bood. Beheerd door werkgevers- en werknemersorganisaties bleef dit terrein buiten de directe invloed van de overheid. Datzelfde gold voor de afspraken tussen verzekeraars en hulpverleners. Het is van oudsher typerend voor de Nederlandse ziekenfondsen dat zij aanspraken in natura geven.

Anders dan particuliere verzekeraars geven zij geen vergoeding van gemaakte kosten, maar staan zij in voor het verlenen van verzekerde diensten, waartoe zij overeenkomsten afsluiten met hulpverleners en instellingen. Verzekerden kunnen dan op basis van de betaalde premie op kosten van de verzekeraar van de gecontracteerde diensten gebruik maken. Via deze overeenkomsten kunnen verzekeraars en hulpverleners buiten verzekerden en patiënten om afspraken over de zorgverlening maken. In deze combinatie van aanspraken in natura en overeenkomsten ligt de kiem van het systeem van aanbodregulering: het geheel van regelingen waarmee de Nederlandse overheid lange tijd de toegang tot de gezondheidszorg heeft geregeld en de kwaliteit en de kosten daarvan heeft bewaakt. De ontwikkeling daarvan had echter de nodige voeten in aarde.

Tot in de jaren zestig werd de onafhankelijkheid van het “particulier initiatief” ten opzichte van de overheid in belangrijke mate bepaald door de binding met de (confessionele) achterban. Vanaf het midden van de jaren zestig ontwikkelt de professionele identiteit zich geleidelijk tot het positiebepalende element. Wat de ziekenfondsen betreft was het vooral hun ‘know how’, hun in de wet geregelde positie als uitvoeringorgaan van de Ziekenfondswet en de AWBZ en hun organisatorische bundeling in de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, die hen in deze periode een eigen positie ten opzichte van de overheid gaven. Toen de overheid dan ook vanwege de olopende kosten trachtte een steviger greep op de besluitvorming te verwerven, werd zij geconfronteerd met een hecht georganiseerde professionele belangenbehartiging en uitvoeringsorganisatie. Dankzij het voorspoedige economische tij konden veel van hun eisen worden ingewilligd zonder dat dit tot maatschappelijke spanningen leidde.

De structuurnota van Hendriks

In de jaren zeventig komt vervolgens steeds meer nadruk te liggen op de samenhang van de gezondheidszorg en de noodzaak om de ontwikkeling daarvan centraal te sturen. Een belangrijk omslagpunt in deze ontwikkeling was de structuurnota van Staatssecretaris Hendriks uit 1974, waarin de noodzaak van kostenbeheersing en geleide ontwikkeling van de gezondheidszorg centraal staan. De verschillende voorzieningen in de gezondheidszorg dienen beleidsmatig geordend te worden en binnen regio's op elkaar af gestemd tot een samenhangend geheel. Hendriks bepleit een wettelijk kader voor besluitvorming ten aanzien van voorzieningen van de hele gezondheidszorg met een centrale positie voor de overheid, gebaseerd op een planmatige aanpak en gekoppeld aan decentralisatie van planning en beleid. Met deze structuurnota worden de contouren van het systeem van aanbodregulering zichtbaar: een volksverzekering tegen ziektekosten (aanspraken en financiering) die samen met een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (planning van het aanbod) en een Wet Tarieven gezondheidszorg (beheersing van prijzen en tarieven) als beleidsinstrumentarium in handen van de overheid moeten gaan functioneren. In overeenstemming met de tijdgeest van de vroege jaren zeventig getuigt de structuurnota van een sterk geloof in de centrale bestuurbaarheid en beheersbaarheid van de gezondheidszorg. In reactie op de zelfregulering uit de voorgaande periode en de daarmee verbonden ‘wild- en schiefgroei’, tracht de Structuurnota de gevestigde machtsstructuren in de gezondheidszorg te doorbreken: het veld stuurt niet maar wordt gestuurd. De structuurnota van Hendrik zal ruim 10 jaar richting geven aan het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg in ons land.

In de jaren tachtig wordt kostenbeheersing vervolgens de centrale focus van het gezondheidszorgbeleid. Debet daaraan zijn de voortdurend stijgende kosten van de

gezondheidszorg, de ongunstige economische conjunctuur, en het daarop reagerende strikte sociaal-economische beleid. Kostenbeheersing was eerst een interne doelstelling van het gezondheidsbeleid, gericht op het betaalbaar en toegankelijk houden van de gezondheidszorg. Maar halverwege de jaren tachtig wordt de invloed van het sociaal-economische beleid op de gezondheidszorg steeds sterker en gaan externe doelstellingen, met name het terugdringen van collectieve lasten en bezuinigingen, de interne doelstellingen overheersen. Het toenemende belang dat aan kostenbeheersing wordt gehecht, komt ondermeer tot uitdrukking in de opwaardering van het jaarlijks financieel overzicht van de gezondheidszorg. Begonnen als inventarisatie van de uitgaven wordt het nu een taakstellend budget. Samen met de aanbodregulering ontwikkelt het zich tot een instrument voor kostenbeheersing, beheersing van de collectieve lastendruk en bezuinigingen. Dat blijft niet zonder gevolgen voor andere beleidsdoelstellingen van de overheid, met name de kwaliteit en de toegankelijkheid in de zorg. Ook de verhouding tussen overheid en het maatschappelijk middenveld verandert ingrijpend van karakter. De oude consensuscultuur van de veldorganisaties maakt plaats voor belangenbehartiging en strategisch gedrag ten opzicht van elkaar en de overheid. Er ontstaan nieuwe sectoraal georganiseerde allianties en de verhoudingen worden steeds zakelijker. Overheid en veld komen regelmatig *tegenover* elkaar te staan. Relaties verzuren en het veld gaat de problemen die ervaren worden steeds meer op de stoep van de overheid neerleggen. Mede in reactie daarop trekt de overheid steeds meer bevoegdheden naar zich toe, maar blijkt ondanks verregaande bestuurlijke bevoegdheden niet goed in staat om adequate oplossingen voor de problemen te ontwikkelen.

De commissie Dekker

Op de achtergrond kantelt ondertussen de tijdgeest. De bestuurlijke opvattingen die ten grondslag lagen aan de structuurnota komen onder vuur te liggen; het idee dat de samenleving 'maakbaar' zou zijn verliest zijn plausibiliteit. Ook de pretentie dat de gezondheidszorg centraal beheerst en gestuurd kan worden ondervindt steeds meer kritiek. Het electorale succes van Ronald Reagan in de VS en van Margaret Thatcher in Engeland kondigt een neoliberale wending aan en een ingrijpende maatschappelijke herwaardering van de betekenis van de markt. In ons land komt een discussie op gang over de sturende rol van de overheid, de gewenste omvang van de overheidstaak, de beperkingen van wetgeving als bestuurlijk instrument en de mogelijkheid om via marktwerking en vereenvoudiging van wetgeving nieuw elan in de samenleving te creëren.

In dit veranderende klimaat vindt het rapport van de commissie Dekker dat in 1987 verscheen een enthousiast onthaal.⁷ De aanbodregulering brengt volgens de commissie veel te veel regels en bureaucratie met zich mee; de gezondheidszorg werkt niet doelmatig genoeg en de zorgverlening zelf beantwoordt onvoldoende aan de veranderende en diverse behoeften van de bevolking. De analyse van de commissie wordt breed onderschreven, inclusief het voorstel van de commissie om het systeem van aanbodregulering om te vormen via gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing. Gereguleerde concurrentie wil zeggen dat de individuele zorgaanbieder en de individuele zorgverzekeraar ruimte moeten krijgen voor ondernemend gedrag, binnen door de overheid gestelde kaders en randvoorwaarden. Vraagsturing wil zeggen dat de gezondheidszorg moet worden georiënteerd op de behoeften

⁷ Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*. Den Haag, 1987.

en wensen van de patiënt. Zorgvernieuwing wil zeggen dat er meer differentiatie moet komen in de plaats waar, de wijze waarop en de vorm waarin zorg kan worden verleend. De verwachting is dat de gezondheidszorg langs deze lijnen veel doelmatiger kan werken en beter op individuele behoeften kan worden afgestemd. Op de individuele vraag afgestemde kwaliteit wordt in de jaren negentig een centrale doelstelling van het gezondheidszorgbeleid. Daarin is ook de invloed merkbaar van de individualiseringsprocessen die sinds de jaren zestig in ons land aan kracht winnen. De traditionele 'theemutscultuur' en de daarmee verbonden dwang van traditionele waarden en leefpatronen verliest zijn maatschappelijke ankers. Mede onder invloed van de multiculturalisering en krachtig gevoed door de consumptiecultuur ontstaan steeds meer verschillende levensvormen en leefstijlen. In het zorgbeleid vertaalt zich dat vanaf 1990 in nieuwe doelstellingen als 'zorg op maat', 'de cliënt centraal' en 'belevingsgerichte zorg'.

Deze individualisering in relatie tot zorgbeleid wordt door veel betrokkenen als een positieve ontwikkeling beschouwd. Maar juist in de zorg toont dat proces ook een keerzijde. In het kader van de individualisering wordt het minder vanzelfsprekend om zelf zorg aan naasten te verlenen. Zorg tussen familieleden en burens die ooit gebruikelijk was is dat voor velen niet meer, mede doordat veel van die zorg door vrouwen werd verleend en een steeds groter deel daarvan betaald werk zoekt en daarmee 'dubbel belast' raakt. Ook al wordt er in ons land nog steeds veel vrijwilligerswerk gedaan, toch gaan veel burgers uit van een "recht op overheidszorg" en gaan zij calculerend met die rechten om. In reactie daarop wordt in de huidige nieuwe regelgeving het aanwezige 'sociale kapitaal', in de vorm van familie, burens en vrienden weer nadrukkelijk aangesproken. De nagestreefde kostenreductie wordt daarmee gelijk een prikkel aan de "civil society": men heeft niet alleen zorgrechten meer, maar ook zorgplichten. In het afsluitende hoofdstuk gaan wij nader in op de vraag tot op welke hoogte de morele weefsels die voorheen een dragende functie vervulden voor de onderlinge solidariteit, vervangen kunnen worden door 'prikkel' en 'plichten' die van overheidswege worden opgelegd.

2.3 De ontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel en de modernisering van de AWBZ

Het rapport van de commissie Dekker gaf een impuls aan ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg, die nog steeds in volle gang zijn. Een centraal voorstel van de commissie Dekker betrof de invoering van één basisverzekering voor alle Nederlanders, met een verzekerd basispakket dat 85% van de bestaande zorgvoorzieningen zou omvatten. Ook de AWBZ zou in die basisverzekering geïntegreerd moeten worden. Voorts streefde de commissie Dekker naar een beperking van regelgeving door de overheid en waar mogelijk naar marktwerking bij aanbieders en verzekeraars van zorg. Tenslotte werd in het rapport de grondslag voor een andere belangrijke wijziging binnen de AWBZ gelegd, namelijk de "functiegerichte benadering".⁸

Dit pleidooi voor een systeem van gereguleerde concurrentie markeert daarmee een ingrijpende trendbreuk. De discussies rond de nieuwe beleidsrichting lopen langs twee hoofdlijnen. De eerste is de *zorgstelseldiscussie* over de financiering van de gezondheidszorg. De tweede betreft de *modernisering van de AWBZ* en de organisatie van het zorgaanbod. Deze

⁸ Een benadering waarin verzekerde zorg niet langer omschreven wordt in termen van instellingen of hulpverleners, maar functioneel in termen van een aantal nauwkeurig omschreven vormen van te verlenen zorg of hulp, onafhankelijk van de aanbieder daarvan.

discussies grijpen op elkaar in maar kennen ook een eigen dynamiek. De zorgstelseldiscussie betreft vooral de verzekeraarsmarkt, waarin de relatie verzekerde en verzekeraar centraal staat. De modernisering van de AWBZ gaat vooral om wijzigingen in de driehoeksrelatie tussen aanbieder, cliënt en verzekeraar. Deze discussie concentreert zich vooral op de vormgeving van de aanbidersmarkt. We zullen de zorgverzekeringdiscussie zijdelings volgen, maar richten onze aandacht vooral op de modernisering van de AWBZ, omdat die voor de thuiszorg de meest ingrijpende gevolgen heeft.

Van aanbod- naar vraagsturing

Vanaf 1988 ontwikkelt zich een continue stroom plannen en maatregelen om de nieuwe koers handen en voeten te geven en in het beleidssysteem voor de gezondheidszorg te incorporeren. Dat ging niet vanzelf. Onder het derde kabinet Lubbers liep de poging van staatssecretaris Simons om de voorgestelde basisverzekering in wetgeving te vertalen vast. Ook de functionele benadering in de AWBZ liet daarmee op zich wachten. Het eerste kabinet Kok koos vervolgens voor een strategie van kleine veranderingen en besloot tot een strikte ‘compartimentering van de zorg’ (1^e compartiment = AWBZ, 2^e = basispakket ziektekostenverzekering, 3^e = aanvullende ziektekostenverzekering). De AWBZ – die de verpleging, verzorging, gehandicaptenzorg en de GGZ omvatte – werd afgegrensd van de Ziekenfondswet en de curatieve zorg, zoals verleend door ziekenhuizen en huisartsen. De ziekenfondswet werd opengesteld voor marktwerking en voor risicodragende verzekeringen, maar voor de AWBZ zou een strakke aanbodsturing blijven gelden. Onder druk van cliëntenorganisaties en zelfs arresten van de Hoge Raad, moest deze koers echter worden herzien. Het tweede kabinet Kok besloot dan ook om de AWBZ om te bouwen tot een vraaggestuurd systeem. Het is deze ombouw van aanbod- naar vraagsturing die aangeduid wordt als “modernisering AWBZ”.

In 1999 verscheen de VWS nota “Zicht op Zorg – plan van aanpak modernisering AWBZ”. Daarin worden de problemen van de toenmalige AWBZ geschetst, nieuwe doelen gesteld, verantwoordelijkheden herverdeeld en nieuwe instrumenten geïntroduceerd. Als belangrijkste problemen worden in de nota de starre aanbodsturing en de onheldere verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden aangewezen. Die problemen leiden tot krappe budgetten, wachtlijsten, slechte allocatie van middelen en wekken bij cliënten het gevoel dat zij niet krijgen wat zij wensen. Via de modernisering van de AWBZ dient de cliënt en diens zorgvraag centraal te komen staan, zorg op maat geleverd te worden, de vermaatschappelijking van de zorg gestimuleerd én vooral ook de doelmatigheid bevorderd te worden. In de vernieuwde aanbidersmarkt krijgen de zorgkantoren de belangrijke rol van regisseur in de levering van zorg toebedeeld. Zij dragen de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ, krijgen de zorgplicht toebedeeld en dienen ‘de juiste zorg voor de juiste prijs’ in te kopen. Daarnaast zal de zorgaanbieder door de functionele indicatiestelling van instituutsgebonden aanspraken bevrijd moeten worden. De cliënt krijgt diens (voor het zorgkantoor onaantastbare) indicatiebesluit en de mogelijkheid voor een persoonsgebonden budget (PGB) te kiezen, om zo volledig de eigen zorgregie te kunnen voeren.

In februari 2000 werd Staatssecretaris Vliegenhart door de Tweede Kamer verzocht pas op de plaats te maken toen zij deze plannen probeerde om te zetten in concreet beleid. Daarmee blijft de modernisering van de AWBZ vooralsnog een beleidsplan in ontwikkeling. Door het hele project als een “groot project modernisering AWBZ” te kwalificeren, vergroot de

Tweede Kamer haar greep op de invoering ervan. Er volgen nu halfjaarlijkse voortgangsrapportages en de nodige beleidsbrieven. Ondertussen zochten cliënten die al veel te lang op de wachtlijst stonden hun toevlucht tot de rechter. Die oordeelde dat te lange wachttijden onaanvaardbaar zijn omdat zij in strijd zijn met het verzekeringskarakter van de AWBZ. Dit is de aanleiding om in 2001 veel extra geld voor de AWBZ beschikbaar te stellen om de bestaande wachtlijsten weg te werken. De omslag van een aanbod- naar een vraaggestuurde AWBZ wordt er niet alleen veel urgenter door, maar verandert ook enigszins van karakter. Het persoonsgebonden budget (PGB) komt meer op de voorgrond te staan als het instrument waardoor vraagsturing en keuzevrijheid gerealiseerd kunnen worden. Het “PGB op basis van functionele zorgaanspraken” dient wettelijk verankerd te worden. Daarnaast formuleert VWS nog andere speerpunten. In de eerste plaats verruiming van het aantal zorgaanbieders (met name in de thuiszorg) door aanbieders breed op elkaar’s werkerrein toe te laten en in de tweede plaats een goede centrale toegangsregeling in de vorm van objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling.⁹ Ondanks allerlei vertragende politieke perikelen, is per 1 april 2003 een deel van de modernisering AWBZ een feit geworden. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is een verplichte verzekering die de gehele bevolking verzekert tegen bijzondere ziektekosten. De ombouw van de AWBZ van aanbodsturing naar vraagsturing gaat bovenal om wijzigingen in de driehoeksrelatie tussen zorgaanbieder, cliënt en verzekeraar/zorgkantoor, dat wil zeggen om het vormgeven van de aanbiedersmarkt. De moderne AWBZ beoogt de plaats van de levering van zorg flexibel maken door invoering van de functiegerichte aanspraken, de bijbehorende indicatiestelling, het persoonsgebonden budget nieuwe stijl en het bevorderen van marktwerking in de zorg. Omdat de thuiszorg met name met de gevolgen van deze veranderingen wordt geconfronteerd, gaan we dieper op de belangrijkste daarvan in.¹⁰

a) Centrale Indicatiestelling

In de modernisering AWBZ is veel aandacht besteed aan de organisatie van de "voorkeur". Veel van de problemen in de AWBZ worden in de nota ‘Zicht op Zorg’ geweten aan de voor alle partijen diffuse gang van zaken in het traject van aanmelding tot het feitelijk verkrijgen van zorg. Centraal in de organisatie van de “voorkeur” stond het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). VWS heeft veel geïnvesteerd in deze regionale indicatieorganen omdat de moderne

⁹ ‘Objectief’ wil zeggen dat het indicatieproces transparant is en het onderzoek volgens een vaste opzet verloopt. Met ‘integraal’ wordt bedoeld dat gekeken moet worden naar verschillende gebieden waarop de zorgvrager problemen kan ondervinden, en naast de AWBZ naar andere regelingen en voorzieningen die kunnen bijdragen aan de oplossing van het probleem. Het protocol gemoderniseerde AWBZ legt er de nadruk op dat de indicatiestelling voor de AWBZ-zorg in een breder maatschappelijk perspectief moet worden geplaatst. De indicatiesteller moet kijken naar (1) de vraag, (2) de ziekte of beperking, (3) persoonlijke situatie van de cliënt (waaronder informele zorg), en (4) mogelijke remedies voor ziekten of beperkingen (waaronder behandeling, aangepast verblijf of algemene voorzieningen). Verder moet de indicatiestelling onafhankelijk zijn van andere dan de zorgbehoefte zoals belangen van aanbieders of verzekeraars. Door de aanvragen niet meer te definiëren in termen van functies is het mogelijk de zorg meer integraal te leveren, wat de schottenproblematiek in de AWBZ kan verkleinen.

¹⁰ Er zijn nog meer veranderingen in aantocht, waar wij gegeven de vraagstelling van dit onderzoek verder aan voorbijgaan. Per 1 januari 2006 wordt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd en belangrijke onderdelen die nu onder de AWBZ vallen zullen daarin worden ondergebracht. Met ingang van juli 2006 zal waarschijnlijk de indicatie “huishoudelijke verzorging” vanuit de AWBZ overgeheveld worden naar de WMO. Dat zal zeker gevolgen hebben voor de thuiszorg, maar die vallen nu nog niet goed te overzien.

AWBZ staat of valt bij het principe van objectieve en integrale indicatiestelling. Inmiddels zijn de regionale indicatieorganen opgedoekt is de indicatiestelling ondergebracht in het landelijk Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De indicatieprocedure loopt in hoofdlijnen als volgt. De cliënt meldt zich aan bij het CIZ (al dan niet via een verwijzer). Het CIZ voert op basis van een protocol en met behulp van een landelijk vastgestelde formulierenset een indicatieonderzoek uit en neemt binnen 6 weken na aanmelding een besluit. Het zogenoemde Indicatiebesluit. Bij spoedeisende hulp is deze termijn 2 weken waarbij het Zorgkantoor direct al kan besluiten om toestemming te geven tot het verlenen van zorg en de indicatie dus achteraf geschiedt. Het indicatiebesluit geeft aan voor welke functie(s) is geïndiceerd, het drukt de zorgwaarde uit in klassen (uitgaande van uren zorg per week), duidt de aandoening of beperking van de cliënt aan (doelgroep) en ten slotte wordt de gewenste ingangsdatum en geldigheidsduur aangegeven. Voor de cliënt is het indicatiebesluit de toegang tot zorg. Het zorgkantoor dient ervoor te zorgen dat de geïndiceerde zorg ook werkelijk geleverd kan worden.

b) Het persoonsgebonden budget en/of zorg in natura

Na de indicatiestelling komt het aanbod van zorg in beeld. Het versterken van de rol van de zorgvrager moet leiden tot een meer divers aanbod en zo tot meer keuzevrijheid voor de cliënt. Hierin past de mogelijkheid voor de cliënt om na het indicatiebesluit te kiezen tussen een persoonsgebonden budget (PGB) of zorg in natura. Dit geldt voor alle functies uitgezonderd de functies behandeling en verblijf. Het PGB bestond al in de oude AWBZ, maar had een zeer bescheiden rol. Om het gebruik te stimuleren zijn de regelingen vereenvoudigd en verbreed. Bij een PGB krijgt de cliënt op basis van diens indicatie een geldsom waarmee hij/zij zelf zorg kan inkopen. Over die besteding dient verantwoording te worden afgelegd bij het zorgkantoor. De zorgplicht van het zorgkantoor wordt bij een PGB in feite afgekocht. De keuze van een PGB kan per functie worden gemaakt. Zo kan iemand met een indicatie voor twee functies, voor de één een PGB nemen en voor de andere zorg in natura. Er ontstaat zo in beginsel een grote keuzevrijheid voor cliënten die zelf kunnen beslissen in welke mate zij zelf regisseur willen zijn bij de zorginkoop.

c) Functionele Zorgaanspraken

Het per 1 april 2003 gewijzigde besluit zorgaanspraken, legt vast wat verzekerd is. De oude sector- en instellingsbenadering wordt verlaten en maakt plaats voor de functionele benadering. Zorgaanspraken worden niet meer tot in detail beschreven maar veel globaler aangeduid via functies. Daarmee dienen de keuzemogelijkheden voor de cliënt vergroot te worden en het zorgaanbod beter aan te sluiten op de vraag. Een belangrijke consequentie is dat niet aan een individu gebonden aanspraken zoals preventie, algemene voorlichting en advies niet langer verzekerd zijn.

De nieuwe indeling maakt een onderverdeling in zeven functies en zeven doelgroepen. De functies zijn het meest belangrijk. Functie is het nieuwe toverwoord. De onderscheiden functies zijn:

- (1) huishoudelijke verzorging,
- (2) persoonlijke verzorging,
- (3) verpleging,

- (4) ondersteunende begeleiding,
- (5) activerende begeleiding,
- (6) behandeling en
- (7) verblijf.

In plaats van de oude indeling in zorgsectoren worden groepen verzekerden nu aangeduid in termen van een of meer van de volgende aandoeningen of beperkingen; (1) somatische aandoening of beperking, (2) psychogeriatrische aandoening of beperking, (3) psychiatrische aandoening, (4) verstandelijke handicap, (5) lichamelijke handicap, (6) zintuiglijke handicap of (7) psychosociaal probleem

d) Marktwerking tussen zorgaanbieders

In de moderne AWBZ worden instellingen voor één of meer van de zorgaanspraak-functies toegelaten. Over deze toelatingen beschikt het College van Zorgverzekeringen. De al bestaande toelatingen zijn omgezet in toelatingsbeschikkingen, maar individuele instellingen kunnen daarna uitbreiding vragen voor het aantal functies waarvoor men is toegelaten. Iedere AWBZ instelling kan op die manier ambulante zorg of thuiszorg gaan leveren voor alle onderscheiden doelgroepen. De invoering van functionele aanspraken in de moderne AWBZ leidt er dus gelijk toe dat de AWBZ markt wordt opengegoid. Niet in eerste instantie door nieuw toetredende zorgaanbieders, maar door het wegnemen van de schotten tussen de sectoren. Daarnaast boort het PGB ook nieuwe groepen van aanbieders aan, zoals burens, kennissen etc., waarvoor geen specifieke toelatingcriteria van toepassing zijn.

e) Functionele Bekostiging

Per 1 januari 2005 is na de functionele indicatiestelling ook de functionele bekostiging in de thuiszorg ingevoerd. Daarvoor werd er betaald voor de functionaris die zorg verleende: wanneer een verpleegkundige zorg verleende gebeurde dat tegen het tarief verpleging, ook als die zorg handelingen omvatte die onder de functie verzorging vallen. Met de invoering van de functionele bekostiging wordt betaald op basis van de functie die geleverd wordt. Er wordt dus betaald voor wat er gedaan wordt, niet meer voor wie dat uitvoert. De bekostiging van de verschillende functies zijn in de regels van het College tarieven gezondheidszorg (ctg-regels) beschreven.

2.4 Tot besluit

De modernisering van de AWBZ en de overige wijzigingen in de organisatie van de gezondheidszorg waarmee de thuiszorg te maken heeft, zijn nog in volle gang en nieuwe veranderingen doemen al weer op. Gezien de vraagstelling van dit onderzoek hopen wij met bovenstaande schets voldoende historisch perspectief te hebben geboden voor de resultaten van het empirische gedeelte van ons onderzoek.

Dat spitst zich zoals gezegd toe op de rol van zorgwaarden in de thuiszorg en op de normatieve professionalisering van zorgprofessionals, met name op het niveau van het primaire proces. In het licht van ons theoretische kader gezien, bekleden verpleegkundigen en verzorgenden een centrale positie in de keten van communicatie- en interactieprocessen in de thuiszorg. Deze centrale positie brengt echter zoals betoogd ook met zich mee dat bijna alle

fRICTIES, spanningen en aansluitingsproblemen tussen de verschillende invloedssferen in het ervaren en handelen van professionals in de thuiszorg voelbaar zijn, zoals het volgende hoofdstuk duidelijk maakt.

Hoofdstuk 3 Centrale zorgwaarden en knelpunten in de thuiszorg

3.1 Inleiding en methodische verantwoording

In dit hoofdstuk schetsen we de resultaten van het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek dat we in het voorjaar en in de zomer van 2005 hebben verricht naar centrale zorgwaarden in de thuiszorg, met speciale aandacht voor de gevolgen die het overheidsbeleid van de afgelopen vijf jaar heeft gehad voor de mogelijkheden voor professionals in de thuiszorg om die in praktijk te brengen. Daartoe hebben we de centrale onderzoeksvraag zoals geformuleerd door de opdrachtgever, in drie delen gesplitst:

- 1) Wat zijn de belangrijkste zorgwaarden die in het werk van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg een rol spelen?
- 2) Welke knelpunten ervaren zij tegen de achtergrond van die waarden in verband met de beleidsmatige veranderingen van de afgelopen 5 jaar?
- 3) Welke ideeën en strategieën hebben zij ontwikkeld om met die knelpunten om te gaan?

Om een betrouwbaar en valide antwoord op deze vragen te vinden hebben wij drie soorten gegevens met elkaar gecombineerd: in de eerste plaats een representatieve enquête; in de tweede plaats door verpleegkundigen en verzorgenden aangeleverde casuïstiek; in de derde plaats diepte-interviews. De enquête is in de maanden juni en juli in elektronische vorm afgenomen en is, na aankondigingen in vakbladen en een mailing naar alle thuiszorgorganisaties door bijna 500 verpleegkundigen en verzorgende ingevuld. De vragen van de enquête en de verdeling van de antwoorden zijn integraal in bijlage 1 opgenomen. De casuïstiek is verzameld in vier regionale bijeenkomsten verspreid over het land, georganiseerd in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Wijkverpleegkundigen en met Amsterdam Thuiszorg. Via deze bijeenkomsten hebben wij ruim 100 cases verzameld rond positieve en negatieve ervaringen van verpleegkundigen en verzorgende met het in praktijk brengen van centrale zorgwaarden. Tenslotte hebben wij 21 diepte-interviews afgenomen van gemiddeld een uur, waarin de drie deelvragen de leidraad vormden. Alle interviews zijn integraal uitgetikt en vervolgens geanalyseerd met behulp van Atlas-ti, een bekend computerprogramma voor de analyse van kwalitatieve gegevens. Voor de selectie van de geïnterviewden hebben wij gebruik gemaakt van vrijwillige aanmeldingen via de regionale bijeenkomsten en van aanbevelingen van collega's. Vervolgens hebben wij nader geselecteerd op regionale spreiding en op een enigszins evenwichtige vertegenwoordiging van verpleegkundigen, gespecialiseerde verzorgenden, verzorgenden D/C en huishoudelijk verzorgenden. Ten gevolge van deze selectiemethode is onder de geïnterviewden sprake van een oververtegenwoordiging van gemotiveerde en betrokken professionals. Gezien de nadruk op de rol van zorgwaarden en het belang van normatieve professionalisering in dit onderzoek, is dat eerder een voordeel dan een nadeel, temeer daar de resultaten van de interviews en de casuïstiek verbonden worden met de resultaten van de representatieve enquête. Uit de interviews en de casuïstiek wordt overigens duidelijk dat onder de verzamelnaam 'thuiszorg' een zeer divers geheel aan praktijken en omstandigheden schuilgaat. Niet alleen bestaan er flinke verschillen tussen het platte land, verstedelijkte gebieden en grote steden met een zeer diverse bevolkingssamenstelling. Ook het karakter en de specifieke geschiedenis van de verschillende thuiszorgorganisaties loopt sterk uiteen, met alle gevolgen van dien voor de structuur en de cultuur van de organisaties in kwestie. Tenslotte hebben verpleegkundigen,

gespecialiseerde verzorgenden, verzorgenden D/C en huishoudelijk verzorgenden uiteenlopende prioriteiten en wordstelen zij met verschillende vragen.

Des te opmerkelijker is het dat juist ten aanzien van centrale zorgwaarden in de thuiszorg een grote mate van overeenstemming bestaat tussen de professionals. In paragraaf 2 van dit hoofdstuk gaan we dieper op die zorgwaarden in. Vervolgens schetsen we in paragraaf 3 de belangrijkste knelpunten die uit de interviews en de casuïstiek naar voren komen in verband met de beleidsmatige veranderingen van de afgelopen 5 jaar. In paragraaf 4 gaan we tenslotte in op de belangrijkste ideeën en strategieën die zij ontwikkeld hebben om met die knelpunten om te gaan.

3.2 Centrale zorgwaarden

In de inleiding van dit rapport hebben wij het begrip normatieve professionaliteit geïntroduceerd als een conceptueel hulpmiddel waarmee recht kan worden gedaan aan de belangrijke rol van zorgwaarden in de thuiszorg. In het begrip normatieve professionaliteit worden twee inzichten met elkaar verbonden: in de eerste plaats het inzicht dat de waarden en normen die het praktische handelen van professionals in mensgerichte beroepen mede dragen, geen ‘menselijk’ extraatje vormen maar in tegendeel het hart van de professionele kwaliteit en doeltreffendheid van hun handelen betreffen, omdat zij dienst doen als ‘sensoren’ die een adequate afstemming op de echte zorgvraag mogelijk maken; in de tweede plaats het inzicht dat de ruimte voor deze zorgwaarden en de daarmee verbonden normen op het niveau van het professionele handelen geen vanzelfsprekendheid is, maar om het ontwikkelen en in stand houden van een eigen vorm van professionaliteit vraagt: om normatieve, waardegeladen professionaliteit. In deze paragraaf willen wij aan de hand van het verzamelde materiaal documenteren hoe belangrijk zorgwaarden in de ogen van verpleegkundigen en verzorgenden zijn, om welke waarden het daarbij gaat en wat dat impliceert voor de professionele kwaliteit van hun handelen.

3.2.1 Zorgwaarden in het primaire proces

In de enquête zijn een aantal vragen opgenomen die direct en indirect betrekking hebben op de zorgwaarden die in het primaire proces centraal staan (vgl. bijlage 1). Op de vraag “*Wat zijn de belangrijkste waarden of ‘deugden’ ten aanzien van het werk in de TZ?*” luiden de antwoorden als volgt:

respect	43,0%
betrokkenheid	34,3%
betrouwbaarheid	29,8%
zorgvuldigheid	24,5%
menselijke warmte	19,6%
collegialiteit	17,7%
eerlijkheid	15,5%
inspiratie	5,1%
doorzettingsvermogen	4,3%
kritiek kunnen hebben	3,6%
spiritualiteit	1,7%
levensmoed	1,1%

Op de vraag “*wat vindt U het allerbelangrijkste in de omgang met cliënten?*” luiden de antwoorden van verpleegkundigen en verzorgenden als volgt:

dat zij echt de tijd hebben voor goede en aandachtige zorg	49,7%
dat zij precies kunnen afstemmen op de eigenlijke zorgvraag	35,3%
dat cliënten hen kunnen vertrouwen	26,4%
dat zij cliënten respectvol bejegenen	23,1%
dat zij de vraag achter de vraag kunnen horen	18,7%
dat zij een brede blik hebben en ook preventief bezig kunnen zijn	16,3%
dat zij zich in hun werk persoonlijk en professioneel kunnen blijven ontwikkelen	13,5%
dat zij het gevoel krijgen cliënten echt te helpen	8,3%
dat zij ook de mantelzorg kunnen steunen	6,1%
dat zij cliënten ook bij levensvragen kunnen ondersteunen	2,6%

De antwoorden op deze twee vragen vertonen een duidelijk samenhang. Vijf zorgwaarden zijn duidelijk het belangrijkste in het primaire proces: respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid en menselijke warmte. Dit zijn stuk voor stuk relationele waarden die morele kwaliteiten tot uitdrukking brengen in de onderlinge omgang tussen mensen. Voor verpleegkundigen en verzorgenden hebben deze waarden ook een professionele betekenis. Zij zijn bepalend voor de kwaliteit van hun beroepsmatige handelen: voor goede en aandachtige zorg; voor een precieze afstemming op de eigenlijke zorgvraag en voor het oproepen van vertrouwen aan de kant van cliënten. Deze waarden zijn bepalend voor de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg. Zij vertonen een grote verwantschap met de vier kernwaarden uit de zorgethiek van Joan Tronto. Goede zorg omvat volgens Tronto de volgende ethisch geladen componenten:

1. het *opmerken* van een zorgbehoefte
2. het op zich nemen van de *verantwoordelijkheid* om daaraan tegemoet te komen
3. het *adequaat* verlenen van zorg
4. een informatieve *respons* van de kant van de zorgontvanger.¹¹

Blijkens ons materiaal omvat de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg niet alleen waarden als echte aandacht, zorgvuldige afstemming en het oproepen van vertrouwen. Bovendien hebben zij duidelijk oog voor de noodzaak om de schaarse tijd die voor de zorg beschikbaar is doeltreffend en doelmatig te besteden: hun normatieve professionaliteit omvat het zo goed mogelijk *verbinden* van ‘systeemnormen’ en ‘leefwereldwaarden’. In de interviews en de casuïstiek worden de centrale zorgwaarden en de verbinding daarvan met normen rond organisatorische doeltreffendheid en doelmatigheid langs een aantal lijnen verder uitgediept.

a) Aansluiten bij de beleving en de behoeften van de cliënt

Wanneer verzorgenden of verpleegkundigen praten over het geven van goede zorg, noemen ze vaak als eerste het geven van zorg zoals de cliënt dat graag wil. Ook wanneer de zorg uit een eenvoudige technische handeling bestaat, zoals het verzorgen van een wond of het geven

¹¹ Vgl. J. Tronto...

van een wasbeurt, beschouwen ze deze handeling pas als waardevol en goed wanneer hij tegemoet komt aan de behoefte van de cliënt. Meer specifiek wordt in dit opzicht gesproken over het aansluiten bij de beleving van de cliënt. Een verpleegkundige verwoordt dit als volgt:

Je verleent de zorg, maar je houdt daarbij ook de cliënt in de gaten. Is ie te tevreden?..Voldoet het aan de verwachting van de cliënt? Is het niet 'gemaakt' of te veel aan regeltjes gebonden, ja.. te veel poeha voor de cliënt. Ik bedoel dus: sluit het aan bij de beleving van de cliënt? (I01)

Onder het aansluiten bij de behoeften van de cliënt wordt ook verstaan dat verpleegkundigen en verzorgenden oog hebben voor de impliciete vragen en behoeften van de cliënt. Het kan soms om zaken gaan die niet geïndiceerd zijn, en die bij eerste verkenning van de zorgvraag niet genoemd worden, maar die bij nadere navraag wel van belang blijken te zijn. Oog hebben voor 'de vraag achter de vraag'; een wijkverpleegkundige licht toe:

Dat je de cliënt kunt helpen waarvoor je komt, maar dat je ook... mensen hebben vaak ook andere vragen... dat je ook wel openstaat voor de cliënt, voor die andere vragen en dat je ze een stukje verder kunt helpen. Want non-verbaal... zit er vaak een vraag achter een vraag hè.. dat je mensen daar ook mee kunt helpen. (I01)

Verpleegkundigen en verzorgenden hechten eraan om de verschillende situaties waarin ze zorg verlenen op basis van hun eigen inzichten en gevoel in te kunnen schatten; wat is de eigenlijke zorgvraag van deze cliënt? Wat heeft hij of zij precies nodig? De aandacht gaat uit naar het eigene in de situatie en naar de achtergrond van de mensen die geholpen worden. Het afstemmen van de zorg op de specifieke behoeften en omstandigheden staat centraal. Het is een richtinggevende waarde voor de ordening van de zorg. De indicatie vormt een ingang en kader voor de zorg die vervolgens op basis van afstemming met de cliënt pas echt gestalte krijgt. Voor die afstemming is *samenwerking* van groot belang. Een verpleegkundige benadrukt deze samenwerking wanneer zij aangeeft wat zij onder goede zorg verstaat:

De beste zorg is die waarbij de cliënt aangeeft wat hij wil, en jij doet dat. En die cliënt luistert naar jouw tips of grenzen die jij aangeeft. Dat je kunt overleggen met elkaar en dat je gewoon kunt communiceren. Ja, dat maakt de zorg goed. Dat het gewoon samenwerken is. (I04)

Aansluiten bij de beleving en de behoeften van de cliënt en een goede afstemming op de eigenlijke zorgvraag op basis van samenwerking keren steeds weer terug als centrale waarden in het primaire proces.

b) Goed contact en vertrouwen

Twee relationele waarden worden zowel in de interviews als in de casuïstiek met grote regelmaat genoemd als bepalend voor zorgvuldige afstemming en samenwerking, namelijk goed contact en vertrouwen. Goed contact als waarde kent een aantal verschillende aspecten die de kwaliteit ervan specificeren. Veelvuldig wordt er aangegeven dat het opbouwen van een *vertrouwensband* met een cliënt een belangrijke voorwaarde voor het geven van goede zorg is. Een verpleegkundige stelt:

Ik denk dat het vertrouwen dat je probeert te krijgen bij de mensen dat dat een basis is om goede zorg te kunnen verlenen. (I02)

Dit vertrouwen is mede zo belangrijk omdat de zorg het intieme leven van cliënten raakt:

Er komt niemand in huis daar. Wie kan het dan anders oppakken dan wij. Dat is ook een taak die je als wijkverpleegkundige hebt, ik zeg altijd: 'je hebt de intiemste contacten met mensen, vanwege die zorg en je komt ook op de intiemste plekken in huis'. Want wij komen in badkamers en slaapkamers, dus je ziet heel veel. Dus je bouwt, als het goed gaat, echt een vertrouwensband op. Dus ja, ik denk dat je heel veel kunt bereiken als je dat wil. (I06)

Het vertrouwen stelt de hulpverlener beter is staat zijn of haar beroep van zorgverlener uit te oefenen. Want met vertrouwen komt ook *vertrouwdheid*. Hulpverlener en cliënt kennen elkaar en kunnen beter op elkaar inspelen, zodat de praktijk van het zorgen, het uitvoeren van de handelingen beter verloopt. Een verzorgende zegt over deze vertrouwdheid en het op elkaar ingewerkt raken:

Ja, precies, inzicht in de persoon. In een karakter, in gewoontes. En dat is heel belangrijk om goede zorg te verlenen ook, ...het is natuurlijk wel leuk om elke keer iemand anders te verzorgen, maar je kan je er niet in verdiepen. Je kunt niet als je de hele week vreemde mensen hebt, dan verleen je zorg, maar ik denk niet dat je echt goede zorg kunt verlenen. Omdat je de persoon niet kent, je kent de gewoontes niet, je kent de gedachtes niet. Want als je iets doet dan weet je al van oh, dit doet ze anders of zo hé? Maar bij vreemde mensen werkt dat niet. Het is ook wel belangrijk dat je een beetje vaste cliënten hebt. Continuïteit is voor twee personen belangrijk, en voor mij en voor de cliënt. (I17)

Een verzorgende C maakt duidelijk dat een goed contact en een empathische relatie niet hetzelfde is als emotionele identificatie of 'meedeinen' met cliënten:

Empathie. Inleven. Meeleven, maar niet meelijden. Proberen om je te kunnen inleven hoe iemand zich voelt, daar begrip voor te hebben. Je hoeft het niet altijd te begrijpen, je kunt ergens begrip voor hebben zonder dat je iets begrijpt. Dat kan. (I13)

In dit verband noemen veel respondenten ook het belang van ruimte voor *het verhaal van de cliënt*. De cliënt de mogelijkheid bieden 'zijn ei kwijt te kunnen' is voor haast allen een onderdeel voor goede zorg. Hierin komen vertrouwen en psychosociale zorg samen, zoals de volgende ervaring van een verzorgende duidelijk maakt:

Om iemand gewoon zijn verhaal aan te horen. Dat viel me wel vaak op van echt die oudere mensen, van in de 80, wat die meegemaakt hebben. Dat zijn trauma's, dat zit er nog altijd, dat wordt niet verwerkt, hé. Dat is zo ingrijpend geweest, dat wordt gewoon niet verwerkt. Daar hebben ze het nog steeds over. Rond 4 en 5 mei, daar heb ik een cliënt die was zo onrustig rond die tijd. En toen zei ik van 'joh, wat is er toch aan de hand?'. 'Ja', hij zegt, 'ik wordt toch zo zenuwachtig van die 4 en 5 mei'. Ook dit jaar is er heel veel aandacht aan besteed, voor de televisie, en je hoort natuurlijk alles. Hij zegt 'ja, ik heb het niet meer'. Ik zeg 'maar hoe komt dat dan?'. 'ja, ze hebben me in de oorlog weggedaan, als kind hebben ze me ergens anders heengebracht'. Maar daar had hij dus een trauma, altijd rond die tijd. Ik zeg ja, 'ik wordt er nog eng van in die tijd, ik heb het niet meegemaakt, ik heb geen oorlog meegemaakt'. Maar alleen de sfeer alleen, hoe alles wordt...Ik begrijp waarom die man er helemaal van uit zijn doen raakt. Daar moet je wel oog voor hebben, daar moet je wel op kunnen ingaan. Zo van 'ik zie aan je dat je wat onrustig bent, ik zie aan je dat er wat is, hoe komt dat?'. Daar moet een mens toch gewoon de tijd krijgen om dat te vertellen? (I13)

De ruimte voor het verhaal van de cliënt wordt door sommigen verbonden met het kunnen *begeleiden* van de cliënt. In veel gevallen kan daarvoor een indicatie voor Ondersteunende Begeleiding verkregen worden, bijvoorbeeld voor begeleiding op praktisch niveau, voor tips en advies over het huishouden en hygiëne, maar het kan ook om psychosociale ondersteuning gaan, bijvoorbeeld begeleiding in het omgaan met een terminale situatie. Vanuit hun normatieve professionaliteit zijn verpleegkundigen en verzorgenden ook zonder specifieke indicatie gericht op de begeleidende aspecten van hun werk, als iets dat als vanzelfsprekend uit het contact voortkomt. In antwoord op de vraag wat er verloren zou gaan als ze dat niet meer zou kunnen doen, zegt een verzorgende:

Nou, dan zou ik denk ik geen voldoening meer hebben in mijn werk. Dan doe ik technisch wel mijn werk, maar mijn gevoel niet. Dat kan voor mij niet. Het is een kwestie van je gevoel en je verstand gebruiken, dat moet dichtbij elkaar zitten, dat is natuurlijk prima, maar als ik alleen het

technische gedeelte mag doen, dan werkt het gewoon niet. Dan kan ik net zo goed achter de kassa zitten bij Albert Heyn, dan help ik ook de mensen, daar kan ik ook vriendelijk tegen zijn. Maar dat voegt voor mij niets toe in wat ik doe. (I13)

De gerichtheid op ruimte voor het verhaal van cliënten en op persoonlijke begeleiding waar dat opportuun is, verdiepen zich soms zich tot intensieve vormen van wederzijds contact. Bijna alle verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat dit intensieve contact lang niet bij alle cliënten plaatsvindt, maar wel van groot belang is, niet allen voor cliënten maar ook voor henzelf. Een verpleegkundige:

Die vrouw is overleden, al een paar jaar geleden al weer, die heeft heel lang zorg van ons ook gehad. Ze kon ook bijna alleen nog maar op bed liggen, gewoon heel veel pijn. En ik heb daar op de een of andere manier wel een contact opgebouwd waar ik toch wel veel van mezelf ook inlegde. Want ik maakte haar ook, ja, we praatten wel veel over serieuze dingen, maar heel vaak maakte ik haar ook aan het lachen, en maakte ik geintjes met haar, met die vrouw. En ja, haar man woonde ook thuis, en die heeft ook het grootste deel van de zorg, boodschappen en alles wat erbij komt kijken, constant drinken halen en eten voor zijn vrouw. En ik kwam daar ongeveer 3 keer in de week, en ik merkte ook als ik binnenkwam dan ging ze helemaal stralen. Want ik kon haar dus toch op de een of andere manier afleiden van de pijn die ze had, en ik bracht ook als het ware de buitenwereld binnen. En ik merkte dat ze daar heel erg van opbeurde, die dagen dat ik kwam. Ze gaf ook mij het gevoel dat ik heel bijzonder was. Ja, er zat een beetje wisselwerking. (I18)

De normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en verzorgenden toont zich zowel in het openstaan voor dergelijke contacten waar dat in het belang van cliënten is, als in het bewaken van de professionele *grenzen* die daarbij opdoemen. Een verpleegkundige benoemt die als volgt:

En toch kan je je dat ook wel afvragen hè, professioneel handelen. Want ik heb wel ook veel van mezelf daar ook verteld, dus ze wist wel dingen van mij, niet in de zin van problemen in mijn privé-leven hoor als die er waren, dat niet, maar ze wist wel hoe mijn vriend heette, als ik ging verhuizen. Dus in dat opzicht, daardoor haalde je natuurlijk ook die buitenwereld binnen als het ware, dus dat is zeg maar mijn leven ook. Ja, en hoe ver kan je daarin gaan, dat is natuurlijk ook de vraag, hoeveel kan je over jezelf, van jezelf, vertellen? Wanneer ben je niet meer professioneel? Ja ik denk, als ik daar even antwoord op geef, als je inderdaad over je eigen problemen gaat vertellen. Ik denk dat dat een punt is dat je niet meer professioneel bezig bent, dat je dat echt buiten de deur moet houden voor de cliënt. (I18)

c) *respect*

Naast het aansluiten bij de behoeften van cliënten, het creëren van goed contact en het oproepen van vertrouwen, duiden verpleegkundigen en verzorgenden zowel in de interviews als in de enquête *respect* aan als een kernwaarde van hun beroep. Aan dit begrip onderscheiden zij verschillende aspecten.

Ten eerste verwijst respect naar een algemene instelling waarbij men de cliënt ruimte geeft zichzelf te zijn, hem of haar als een volwaardig persoon zien. De cliënt serieus nemen als een volwaardige gesprekspartner in het proces van de zorg. Een verpleegkundige:

Ja, dat zeg ik: respect voor die ander. Maar dat is een heel moeilijke... ehm.. concreet uit te leggen hoe je dat doet. Dat vind ik eigenlijk een beetje, overkoepelend voor alles wat ik nu genoemd heb. Ehm.. dat je die cliënt gewoon als een volwaardige persoon ziet. Dat je respect hebt voor zijn gewoontes, dat je die meeneemt in de zorgverlening. Dat je hem ook de kans geeft om wat te zeggen (...) (I04)

Ten tweede heeft respect met omgangsvormen te maken, met de bejegening. Veel van de cliënten zijn ouderen waarbij het vanzelfsprekend is ze met U aan te spreken. Daarnaast is de verpleegkundige of verzorgende zich ervan bewust een gast te zijn bij de cliënt. Hierdoor

ontstaat ook een vorm van gelijkwaardigheid: de cliënt heeft het mede voor het zeggen in de zorg. Een verzorgende verwoordt dit als volgt:

En dat je zorgt dat je gast bent bij hun huis. Van kinderen hoor je wel eens 'Mijn moeder doet dit en dat, dus dat moet jij nu maar even doen'. Dan zeg ik 'sorry, ik kom als gast bij je moeder'. Als men hier zegt 'joh, ik wil vandaag gewassen worden', dan doen we dat, en we dwingen ze niet om gewassen te worden zoals dat in een verpleeghuis gebeurt. Wij laten de mensen zelf beslissen. Alleen de tijden kunnen we niet selectief bepalen, dat vertellen we ze ook. Maar ja als de mensen op een dag wat anders willen is dat hun keuze, we zijn hier om ze te helpen. En niet om ze te dwingen in hun eigen huis te doen wat wij willen..(I14)

Een derde invulling van respect verschijnt in de aandacht voor de gewoonten en 'rituelen' van cliënten. Die kunnen vreemd of onpraktisch lijken in de ogen van de verzorgenden, maar hoeven daarom nog niet veranderd te worden. Een verzorgende verstaat onder respect:

Niet betuttelen. En niet persé dingen waar zij al heel lang aan vasthouden willen veranderen. Ik heb één mevrouw die, en soms vind ik echt dingen niet kunnen hoor, voor mijzelf dan hé, ik heb één mevrouw die spoelt haar gebit bijvoorbeeld in als het bakje waar ze gewassen in is, daar spoelt ze haar gebit in. Nou ja, dat kan eigenlijk helemaal niet, en ik vind het ook heel vies. Ik heb ook wel eens gezegd van goh, zal ik even een schoon bakje pakken? 'Nee, dat doe ik altijd, dat doe ik al jaren'. Dan denk ik nou, oké, prima. Kijk, ik vind het heel smerig, maar wie ben ik als jij het al jaren doet om dat niet goed te vinden? Snap je? Dat bedoel ik. Dan kan ik er op staan, hoor, dan kan ik zeggen van nou, dit is gewoon niet gezond, dit is gewoon vies, pak een ander bakje! Maar daar maak ik haar echt niet gelukkig mee. En ook niet gezond, want als ze het al 20 jaar doet, nou dan houdt ze er niets van over dus. Ja, toch? Nou ja, dat bedoel ik. Dus niet je eigen normen en waarden bij hun opleggen, dat moet je gewoon niet doen. (I17)

Dit is een cruciaal onderdeel van de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg. Bijna altijd bestaan er verschillen tussen de waarden van de cliënt van die van de werker. Een respectvolle en zorgvuldige omgang met die verschillen vraagt om balanceren tussen 'laten zoals het is' en het expliciet benoemen van de eigen waarden en de gevolgen daarvan voor de zorgrelatie. In de volgende twee citaten, van een verpleegkundige en van een verzorgende C, worden deze twee gedaantes van respect zichtbaar:

Mijn normen en waarden, zelf ben ik bijvoorbeeld best hygiënisch en dat ik inderdaad eerder meer stofzuig dan te weinig, eerder te veel dan te weinig, maar dat hoeft niet voor iedereen natuurlijk zo te gelden. Dus je kan soms best... want zelf vind je dan iets een vervelende situatie, maar voor diegene is dat misschien de normaalste zaak van de wereld. En ik denk dat je ook goede zorg levert door dingen soms ook te laten, door dingen soms ook niet te doen, ondanks dat je daar voor jezelf een andere mening zou hebben. Dat vind ik ook goede zorg, dat je ook kan loslaten op het juiste moment. (I18)

Je hoeft niet alles te nemen. Je kunt iemand respecteren in zijn normen en waarden, maar dat wil niet, je eigen grens kun je wel aangeven, dat kan wel. Of als het zo vies is dat je uitglijdt in de keuken, of weet ik wat, dan mag je er wel wat van zeggen, want dan gaat het om jou. Dat mag je gerust zeggen, van 'ja, ik vind het niet prettig om hier te moeten werken terwijl ik uitglijd in de rotzooi, daar moeten we wat mee'. Dat mag, ook dan heb je respect. (I13)

Respect in de omgang met cliënten verwijst zogezien zowel naar ruimte voor verschil als naar eerlijkheid en openheid in het contact. Een verpleegkundige geeft aan hoe belangrijk die eerlijkheid voor haar is, ook als 'respons' van de kant van cliënten:

Eigenlijk wil ik met de cliënt graag eerlijkheid hebben. Zowel van mijn kant als zijn kant. En ik wil graag weten wat die persoon graag wil. Ik lok hem soms ook een beetje uit de tent. Omdat heel veel oudere mensen dat niet goed aan durven te geven he? Maar ik probeer me wel in hun te verplaatsen, dingen te benoemen, zovan: 'goh, als ik u was, zou ik dit en dit doen' Dat mensen dat dan wel durven te zeggen. Dat is toch wel belangrijk. Dat zij ook tegen mij eerlijk durven te zijn. Dat zijn gewoon eerlijk zeggen wat zij vinden. Dat zij daar over praten. Zolang zij niet aangeven wat zij willen, kan ik dat eigenlijk nooit leveren. Kan ik dat nooit doen. Maar dat wil ik dus het liefste. Dat zij tevreden zijn met wat ik doe. Niet dat zij dat klakkeloos aannemen dat ik dat doe. (I04)

d) *Het verbinden van systeemnormen en leefwereldwaarden in het professionele handelen*

De normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en verzorgenden stoelt niet alleen op de waarden die hun handelen leiden, zoals goed contact, vertrouwen, respect en eerlijkheid. Die normatieve professionaliteit bestaat in de kern uit het zo goed mogelijk *verbinden* van objectiverende 'systeemnormen' met moreel geladen 'leefwereldwaarden' in het professionele handelen. Een belangrijk onderdeel van de systeemnormen waarop professionals in de thuiszorg zich richten wordt gevormd door objectieve wetenschappelijke kennis en daarop gebaseerde technische expertise. In de volgende uitspraken van verpleegkundigen komen zowel het belang van die expertise aan de orde als de noodzaak die te verbinden met andere steunpilaren van hun professionele deskundigheid:

Ja, je moet kwaliteit leveren. Je moet goed in de gaten houden wat je wel en wat je niet kan, je moet goed in de gaten houden dat je bekwaam blijft t.a.v. een aantal dingen, vakliteratuur bijhouden, en is het gewoon een vak en het verandert enorm. Als je denkt dat je wondverzorging goed in de vingers hebt, nou, de ontwikkeling loopt zo achter. (I03)

Nou de deskundigheid denk ik dat die sowieso bestaat uit je opleiding, je professie, eh.. en je bijscholing natuurlijk die je de afgelopen jaren toch steeds hebt. Daarnaast denk ik eh.. dat je ervaring heel erg belangrijk is. En dat bouw je op, bij elke cliënt leer je weer wat voor een nieuwe situatie. Ehm.. ik denk dat deskundigheid ook, ja bestaat uit een stukje gevoel, zesde zintuig, ehm.. het is een heel breed scala wat iemand deskundig maakt. Ik denk dat een stuk karakter ook meespeelt. (I02)

De invloed van systeemnormen in de thuiszorg neemt niet alleen de gedaante aan van objectieve wetenschappelijke kennis en daarop gebaseerde technische expertise. Van nog grotere betekenis zijn de politieke beleidskaders en de neerslag daarvan in algemene indicatievoorwaarden en specifieke organisatorische contexten. De manier waarop de desbetreffende normen het professionele handelen in de thuiszorg beïnvloeden ligt niet vast maar worden door de betrokken professionals per situatie afgebakend. Die afbakening kan ook met zich meebrengen dat een vraag om zorg afgewezen wordt in naam van de verdelende rechtvaardigheid die ook in die systeemnormen werkzaam is. Een gespecialiseerde verzorgende geeft aan hoe ze in haar werk kritisch met deze afbakening bezig is:

Wij komen natuurlijk in cliëntsituaties waar natuurlijk wel eens wat meer aan de hand is. Kijk... die klant die nu financiële problemen heeft, ja die staan nu niet open ook om aan die opvoeding voor de kinderen te werken. Je probeert dat er wel bij te doen nu, maar de eerste prioriteit is dat ze weer gas en licht krijgen, dat is ook een voorwaarde om weer afgestemd te raken op die kinderen, want anders zit je hoofd met zorgen van 'hoe krijgen we het weer op de rit?'. Dus ik bedoel, dan maak je wel eens een uitstapje, maar over het algemeen moet je toch kijken van 'waar ligt de zorg?'. Maar.. je hebt natuurlijk ook klanten die halen de hele wereld erbij, bij wijze van spreke, en dan moet je natuurlijk wel heel goed bewaken van 'waar ligt de grens van je werk?'. Aan de ene kant ben je natuurlijk wel afgestemd op de klant, maar je moet ook wel grenzen bewaren van je werk, want mensen kunnen natuurlijk ook over je heen gaan walsen van 'ja, maar dat wil ik nog, en dat en dat en dat', en dan kijk je toch weer van ja, maar waar is hulp voor gevraagd? (I15)

3.2.2 *Bredere zorgwaarden*

In de vorige paragraaf hebben we de aandacht vooral gericht op de relationele zorgwaarden die het professionele handelen van verpleegkundigen en verzorgenden leiden en de situationele verbinding daarvan met systeemnormen. Bij die verbinding spelen ook bredere zorgwaarden een belangrijke rol, met name rond contacten met collega's en andere professionals, rond de afstemming binnen en ondersteuning door de organisatie en rond de bredere maatschappelijke betekenis en positie van de thuiszorg. In deze paragraaf komen deze bredere zorgwaarden aan bod.

3.2.2.1. *Afstemming, steun en kritische feed-back*

Ondanks het feit dat het werk in de thuiszorg over het algemeen een solistisch karakter heeft, is de communicatie met andere spelers in de zorg van groot belang. Bij verpleegkundigen geldt dit iets meer dan voor verzorgenden en helpenden omdat zij een vaak een coördinerende en regisserende functie hebben. Contact met de huisarts, een specialist of met het ziekenhuis moet prettig verlopen om ervoor te kunnen zorgen dat er goede zorg geleverd wordt. Een verzorgende zegt over de deskundigheid van de verpleging:

Wat ik ook belangrijk vind is samenwerken met andere divisies. Dat je als het nodig is wijkverpleging kan inschakelen, als je als verzorging ziet van 'hier is meer aan de hand, daar moet wijkverpleging bij'. Dat is meestal ook altijd wel mogelijk, die ingang is heel laagdrempelig, we zitten allemaal in hetzelfde gebouw, we kunnen zo bij elkaar naar binnen lopen, er is één keer in de zoveel tijd samen overleg. Dat vind ik wel belangrijk, dat je zelf de verantwoording mag nemen om iemand anders erbij te halen, dat vind ik goede zorg. (I13)

Het is duidelijk dat de afstemming met collega's een belangrijke professionele waarde vormt. Ook binnen het thuiszorgteam is afstemming van belang. Het gaat er vooral om met elkaar naar een cliënt toe duidelijkheid te kunnen bieden. Een verpleegkundige:

(...) dat je als team wel een bepaalde overeenstemming hebt. Anders kan volgens mij de zorg nooit goed worden, als iedereen wat anders gaat doen, dan weet de cliënt ook niet waar hij aan toe is. Ik denk dat dat wel belangrijk is, niet alleen zo zeer voor mij, maar voor het team waar je in werkt. Volgens mij, als je niet allemaal op een lijn zit dan wordt het voor de cliënt te ingewikkeld, dan wordt het geen goede zorg. Dat heeft met die duidelijkheid te maken, dat die cliënt weet waar hij aan toe is. (...) (I04)

Naast de afstemming over de zorg wordt door velen nadruk gelegd op de steun die van contacten met collega's uit gaat. In het soms intensieve werk zijn de directe collega's degenen bij wie je verhaal kwijt kunt. Zij kunnen ook advies geven bij problemen of moeilijke situaties. Door velen wordt het belang van deze feedback genoemd. Een gespecialiseerde verzorgende zegt hierover:

(...) het teamoverleg vind ik ook belangrijk wekelijks. Dat die ruimte er is, van mocht je ergens tegenaan lopen dat je dat kan inbrengen. Dat je even met elkaar meedenkt van goh, zit ik nog op de goede weg? Of moet er iets bijgesteld worden, of zit ik helemaal op het verkeerde spoor waardoor het niet loopt? Het is een soort toetsing zeg maar, dat je... Dat vind ik ook belangrijk. Dat je weet dat je nog goed bezig bent in je werk, dat je daar in ook een soort feedback krijgt. Van ja, doe ik het nog wel goed? Of kan het ook anders? Zou jij het anders doen, en hoe dan? Dat vind ik...(I15)

Toetsing aan de kennis en inzichten van collega's, kritische zelfreflectie en de 'zelfzorg' die daarbij komt kijken, maken duidelijk deel uit van de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en verzorgenden. Gespecialiseerde Verzorgenden zijn zich heel bewust van het belang van deze zelfzorg. Ze spreken regelmatig over 'wakker blijven' en alert kunnen zijn naar de cliënt toe, ervoor zorgen dat je met afstand kunt kijken naar de cliënt. Een Gespecialiseerde Verzorgende zegt:

(...) Steun van collega's is ook belangrijk. Vooral goede en kritische feedback van anderen op hoe je bezig bent. Het is belangrijk dat je je eigen afweermechanismen leert doorprikken. Je moet in dit werk een frisse blik op je cliënt behouden, alert kunnen blijven. Als je je gaat irriteren aan hun gedrag heb je geen afstand meer en kun je niet meer goed helpen. Je moet daarom ook aan jezelf blijven werken, ik ben tenslotte mijn eigen instrument. (I12)

Onderlinge toetsing en zelfzorg dienen zowel het belang van cliënten als de eigen ontwikkeling en empowerment van professionals binnen de organisatie. Voor een verpleegkundige hoort dit nadrukkelijk bij professioneel handelen:

Nou ja, wij gebruiken onder andere supervisie daarvoor, maar ook wel met elkaar, zo van: 'ik vind dat je nu heel erg gestresst bezig bent, wat is er aan de hand?' 'Nou ja de organisatie en dit en dat...' Ook tegen elkaar blijven zeggen van: 'je moet je ook niet slachtoffer laten maken, van dingen die nog maar dreigend boven ons hangen. Want dat is heel makkelijk, dat is heel makkelijk. Om dat te doen. Dus je moet een bepaald bewustzijn denk ik hebben, en eh.. als het dan wel dreigt te gebeuren daar dan wel aandacht voor hebben, dat vind ik wel.. dat vind ik ook bij het professioneel handelen horen. (I20)

Deze uitspraken worden ondersteund door de enquêteantwoorden op de vraag *wat in de omgang met collega's het allerbelangrijkste wordt gevonden*:

dat we zorgen kunnen delen en elkaar zonodig op kunnen vangen	43,9%
dat we samen gaan voor de belangen van cliënten	43,7%
dat we onderling goed kunnen afstemmen	23,2%
dat we elkaar ook kritische feed-back kunnen geven	22,8%
dat we een echt team zijn	21,5%
dat we elkaar kunnen inspireren	20,2%
dat we gelegenheid hebben voor intervisie	14,4%
dat alle vijf de niveaus in het team vertegenwoordigd zijn	5,8%
dat we over achterliggende levensvragen in gesprek kunnen zijn	3,9%
dat we solidair zijn ten opzichte van de leiding	0,6%

Ondersteuning wordt niet alleen van collega's verlangd, maar ook van leidinggevenden zoals teamleiders en zorgmanagers. Uit de enquête komt naar voren dat steun en vertrouwen de belangrijkste kwaliteiten zijn die verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg van hun leidinggevende verwachten (range van plus 2 tot min 2)

Wat zijn de belangrijkste waarden in de omgang met leidinggevenden?

Mijn leidinggevende moet mij vooral ruimte en vertrouwen geven	1,70
Mijn leidinggevende moet in de eerste plaats een goede coach zijn en mij inspiratie bieden	1,45
Mijn leidinggevende moet vooral duidelijk zijn over grenzen en prioriteiten	1,12
Mijn leidinggevende moet vooral kennis en inzicht hebben t.a.v. mijn werk	1,10
Mijn leidinggevende moet mij vooral opvangen wanneer ik dat nodig heb	0,94

Een verzorgende formuleert het standpunt van de meerderheid aldus:

En gewoon, als er wat is, je weet dat je zorgmanager achter je staat. Dan heb je ze ook niet echt nodig. Dus echt als er een keer iets met een cliënt gebeurt, dat je dan weet dat je ze desnoods kan bereiken... (I14)

Deze nadruk op eigen ruimte en onafhankelijkheid komt ook naar voren uit de volgende uitspraak van een verpleegkundige:

Als ik bijvoorbeeld met mijn manager praat, dan vind ik het belangrijk dat ik gewoon het gevoel heb dat zij eigenlijk een collega van mij is. Maar zij is wel manager, zij doet iets anders, zeg maar. Maar dat ik niet het gevoel krijg dat zij boven me staat, of dat ik opdrachten krijg, of dat ik geen inspraak krijg, of dat ik mijn mening niet mag zeggen, of dat diegene niet wil luisteren naar wat er bij mij speelt of bij mijn collega speelt. (I 14)

Anderen verwachten niet alleen ruimte en vertrouwen in een sfeer van gelijkwaardigheid, maar ook actieve steun van leidinggevend. Een verzorgende beschrijft een positieve ervaring:

Ja, die nam de tijd dan voor je. Dan kon je bellen van nou, dit en dat is gebeurd, van nou, wil je even met me meedenken of ik het goed aanpak? En ook dat, als je je rapportages maken dat zij die las en bijstelde, weet je wel, dat het goed beschreven was waar je mee bezig was. Dat je het wel zakelijk hield en niet te persoonlijk. (I 10)

In de enquête is ook een vraag opgenomen naar de verwachtingen rond steun vanuit de organisatie, met de volgende resultaten:

Welke steun en initiatieven worden van de organisatie verwacht ten aanzien van professionele kwaliteit en professionele ontwikkeling?

deskundigheidsbevordering via cursussen, congressen e.d.	68,4%
inspraakmogelijkheden rond zaken die niet goed lopen	47,5%
regelmatig inhoudelijk teamoverleg	38,4%
mogelijkheden voor intervisie	18,1%
doorstroommogelijkheden	14,9%
bevorderen van teamgeest en inspiratie	12,6%

Professionals in de thuiszorg verwachten van de organisatie waar zij werken vooral steun in de vorm van deskundigheidsbevordering via cursussen, congressen en dergelijke: bijna 70% zet deze vorm van steun bovenaan hun verlanglijstje. Bijna de helft vindt dat de organisatie waar zij werken vooral inspraakmogelijkheden moet bevorderen rond zaken die niet goed lopen. Ruim 38% plaatst ruimte voor inhoudelijk teamoverleg bovenaan hun verlanglijstje. Een verzorgende omschrijft het belang daarvan als volgt:

Ja, in dit werk vind ik het heel belangrijk dat je goede collega's hebt en collegiale contacten hebt. En wij zijn nog een organisatie en een team waarbij we 's ochtends samen beginnen, dat is ook als niet overal meer zo, in de wijkverpleging moet dus in je eentje vanuit huis beginnen met een rooster. Dat lijkt mij heel vervelend. Wij beginnen hier nog samen. Dus dat betekent dat je elke ochtend en tussen de middag kan afstemmen met elkaar 'waar ben je mee bezig, waar loop je tegenaan' en 'ik moet even een luisterend oog hebben voor waar ik mee bezig ben' dat vind ik belangrijk in dit werk, heel belangrijk! (I 15)

In de paragrafen over knelpunten en verbetermogelijkheden, komen we op deze bevindingen terug.

3.2.2.2 *De bredere maatschappelijke betekenis van de thuiszorg*

Ter afsluiting van deze paragraaf over bredere zorgwaarden, gaan we tenslotte in op de bredere maatschappelijke betekenis die de thuiszorg in de ogen van verplegenden en verzorgenden heeft. In veel interviews wordt de maatschappelijke betekenis van de thuiszorg vooral in verband gebracht met de mogelijkheid voor mensen om zelfstandig thuis te blijven wonen. Een verzorgende beschrijft het belang van de thuiszorg als volgt:

Wat het belang is? Ik denk dat het belang van dit werk is dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen huis kunnen blijven wonen. Weet je, mensen die oud zijn, behoorlijk oud zijn, en die ineens in een andere omgeving moeten leven. Die gaan zowel fysiek als geestelijk, vooral geestelijk hé, heel erg achteruit. Vreselijk achteruit. Die zijn hun hele vertrouwde wereldje kwijt, en die kunnen dat allemaal niet meer aan, die gaan daar gewoon, eh...Dat is het belangrijkste, denk ik, dat mensen in hun eigen...Soms wonen ze al zestig jaar in hun huis, en dan moeten ze naar een verzorgingshuis. Nou, dan is het zo afgelopen met ze, ze kunnen dat niet meer aan, die veranderingen kunnen ze niet meer aan. Dus daarom is het denk ik belangrijk dat er thuiszorg is. Kijk, als het niet meer kan dan is een verzorgingshuis prima, hoor. Als het echt moet, denk ik dan. Dan is het prima. Maar zolang het niet echt nodig is, dan moet je mensen gewoon in hun eigen bedoeninkje laten. Gewoon in hun eigen huisje, en in hun eigen buurtje, want als je dat niet doet dan raken ze gewoon de kluts kwijt, ze raken letterlijk de kluts kwijt. (I17)

Een verpleegkundige geeft aan dat dit doel – mensen helpen bij hun zelfstandigheid - een criterium is voor goede zorg:

En goede zorg, nou weet ik misschien een beter antwoord, goede zorg is ook dat je iemand niet afhankelijk maakt van een ander vind ik, dat vind ik eigenlijk ook wel een belangrijke...dat ik met mijn zorg ook zoveel mogelijk probeer, en het doel heb om iemand wel weer onafhankelijk te krijgen. (I18)

Ook als mensen permanent afhankelijk zijn van zorg, blijft deze onafhankelijkheid een centrale waarde:

Bij chronisch zieken bijvoorbeeld, die blijven natuurlijk toch afhankelijk. Maar dan kun je je weer afvragen, wat is eigenlijk afhankelijkheid? Want afhankelijkheid is natuurlijk ook voor een groot deel geestelijk, hoe moet je dat zeggen? Ik bedoel, als iemand zelf de beslissingen kan blijven nemen, en de regie over zijn eigen leven zeg maar blijft voeren, ondanks dat hij wel hulp krijgt, dan is hij eigenlijk nog steeds wel onafhankelijk vind ik. Hij is wel afhankelijk van bepaalde dingen, maar de regie voert hij dan helemaal zelf. Dus ik denk dat ik dat wel hele goede zorg vind, dat iemand de regie over zijn eigen leven blijft houden. Zolang als het natuurlijk kan he? (I13)

Naast het bijdragen aan onafhankelijkheid wordt in de interviews en de casus een sterke nadruk gelegd op de *signaalfunctie* van de thuiszorg. Van de breed kijkende verpleegkundige tot de laagdrempelige helpende in de huishouding functioneren professionals in de eerste lijn als aandachtige ogen en oren die waarnemen hoe het mensen gaat en in actie komen waar dat nodig is. De casus van Karel uit de inleiding illustreert de nauwe samenhang tussen signaleren en preventie. Die samenhang is op alle niveau's terug te vinden. Een coördinator van huishoudelijk verzorgenden beschrijft de volgende ervaring:

Ik was laatst op huisbezoek bij een mevrouw, nou, geweldig! De hulp hielp haar met haar kleren uit te zoeken, haar huis weer een beetje op orde te brengen. Ze zegt 'ik kijk er de hele week naar uit, het is net of er een engel binnenkomt, ze helpt me, ze stimuleert me, en ik ga nu zelf alweer wat doen'. Nou als iemand bij een dokter komt, of wat dan ook, dan zal ze dan niet aangeven. Dus een hulp van de thuiszorg die overkomt dat, en die ziet dat allemaal. Dus dat is ook het stukje signaleren. Ik vind het allemaal een beetje moeilijk, zeg maar, om dat precies zo aan te geven, maar ik voel dat als een meerwaarde, dat wij dat op een bepaalde manier cliënten daaruit halen, uit hun isolement, zeg maar. Dus het is het stukje sociale... (I16)

3. *Knelpunten tengevolge van de nieuwe beleidsmaatregelen*

Naast de zorgwaarden die bepalend zijn voor de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en verzorgenden, is in de interviews en de casuïstiek uitgebreid aandacht besteed aan de knelpunten die zij in hun werk ervaren in relatie tot de ingrijpende veranderingen die de afgelopen 5 jaren zijn opgetreden als gevolg van nieuwe beleidsmaatregelen van de overheid. In de enquête is gevraagd *welke veranderingen het meeste gevolgen hebben gehad op de werkvloer*, met het volgende resultaat:

de invoering van de functiegerichte indicatiestelling	40,6%
de indicatiestelling door het CIZ	40,4%
de invoering van de functiegerichte bekostiging	35,1%
de invoering en daarna het verhogen van de eigen bijdrage	35,1%
de invoering van concurrentie	33,4%
de toewijzing door het zorgkantoor	11,6%
de invoering van standaard zorgplannen	3,8%

De invoering van de functiegerichte indicatiestelling en de centrale regeling daarvan worden duidelijk als de meest ingrijpende verandering ervaren, op de voet gevolgd door de invoering van de functiegerichte bekostiging en het heffen van een eigen bijdrage. Grosso modo oordelen verplegende en verzorgende negatief over de gevolgen van deze veranderingen voor de kwaliteit van de zorg. Weliswaar worden ook positieve effecten gemeld, met name een duidelijker kostenbewustzijn en de stimulans die van her-indicaties uit kan gaan om de noodzaak van uitgebreidere zorg helder te beargumenteren. Maar daar staat tegenover dat volgens een meerderheid van verplegenden en verzorgenden centrale zorgwaarden in de thuiszorg steeds meer onder druk staan. Gevraagd naar hun oordeel over *de gevolgen van de veranderingen in de thuiszorg* antwoorden de professionals aldus:

centrale zorgwaarden komen in de thuiszorg steeds meer in de knel	57,9%
het is moeilijker geworden om inspiratie en betrokkenheid overeind te houden (het hart van het werk)	46,7%
omdat de vraag in de TZ blijft toenemen, moeten we wel meer met minder doen en sturen op effectiviteit & doelmatigheid	37,1%
veranderingen in de TZ hebben voor mij ook nieuwe uitdagingen en ontwikkelingsmogelijkheden meegebracht	29,9%
werken in de thuiszorg is over het geheel genomen onaantrekkelijker geworden	28,4%

Uit deze antwoorden komt naar voren dat de overgrote meerderheid van verplegenden en verzorgenden nog steeds een grote betrokkenheid hebben op hun werk en dat graag blijven doen, maar tegelijkertijd in meerderheid ervaren dat centrale zorgwaarden in toenemende mate in de knel komen. Bijna de helft is tevens van mening dat het moeilijker is geworden om inspiratie en betrokkenheid overeind te houden. In deze paragraaf schetsen wij de belangrijkste daarmee samenhangende knelpunten zoals die uit de interviews en de casuïstiek naar voren komen.

a) *onvoldoende tijd om aandachtige zorg te verlenen*

Zoals op grond van het grote belang van deze zorgwaarde al min of meer te verwachten viel, is gebrek aan tijd een centraal knelpunt. Indicaties worden als krap ervaren, er is onvoldoende tijd om een vertrouwensband op te bouwen en de aandacht komt in het gedrang. Een verzorgende vertelt hoe zij dit knelpunt in de praktijk ervaart, naar aanleiding van de problemen die ontstaan wanneer een collega ziek is:

Want als je al volle pakketten hebt, die zijn gemiddeld 240 minuten, dat is een vol pakket, dus dat is 4 uur, zonder reistijd. Ja, dan zit zo'n pakket eigenlijk vol, want dan is de ochtend om, het zijn ochtendcliënten. En dan krijg je vaak nog 2 cliënten erbij, dus dan heb je al 5 uur dat je bezig bent. En een ander heeft 180 minuten, die krijgt er 3 bij, ik noem maar wat, het wordt zo verdeeld, hé? Naar draagkracht zeg maar. Maar dat is lastig. (...) Nou, het is én lastig voor de cliënten, én lastig voor de verzorgende, of de verpleegster. Omdat je dus, in principe moeten de cliënten in de ochtend geholpen worden, maar je ochtendpakket is vaak al vol, dus dan wordt het middag. Mensen vinden dat niet leuk, soms zitten ze tot 12 uur in de pyjama voordat ze gedoucht, ze vinden dat niet leuk. En ja ik heb dan zoiets van, wat ik al zeg, ze zitten tot 12 in hun pyjama, dat vinden ze niet leuk, dus je gaat dan gewoon wat sneller. Je probeert het sneller te doen, en daar lijden dan de andere cliënten onder. Want je bent sneller weg, je hebt geen aandacht. Zo van oh, nog 5, nog 4. Het worden getallen dan op een gegeven moment, en dat is natuurlijk niet de bedoeling van zorg. (I17)

Om toch aandachtige zorg te kunnen geven waar dat het meeste nodig is, gaan verplegenden en verzorgenden zelfstandig schuiven met planningen en aan cliënten toegewezen tijd. Een verzorgende maakt indringend duidelijk wat daarbij voor haar doorslaggevend is:

Gewoon even de tijd nemen. Dat ontbreekt soms wel eens, maar dan denk ik van 'nou, dan ben ik bij de anderen wel een stap harder'. Maar dat je gewoon even rustig gaat zitten bij de mensen, even met ze praten. Dat ontbreekt natuurlijk vaak in de zorg. Dat merken we zelf ook wel, die tijden worden steeds korter en korter. Dan denk ik van 'ja, jongens. Dan loop ik maar iets uit, dan kom ik maar wat later bij de anderen'. Dat je maar gewoon even met ze praat. Gistermorgen kwam ik bij een vrouw, en die is incontinent geworden, en dan zegt ze 'Ik weet het niet meer en wat moet ik nou, zo en zo, ik weet niet meer wat ik gebruiken moet, en ze hebben hier wat neergegooid'. Ik zeg 'nou, kom op'. Dus we zijn samen op bed gaan zitten, ik heb eerst alles uit de kast gehaald wat ze gekregen had, we hebben samen alles bekeken, wat het beste was en ik heb alles uitgelegd. Dan denk ik 'nou, dan kom ik maar een kwartier later', dan denk ik 'ja, jongens. Even de tijd nemen'. (I14)

b) *bureaucratisering en productiedruk*

Een tweede knelpunt dat voortdurend terugkeert betreft de toegenomen druk van bureaucratische regelingen, met name rond indicaties en herindicaties. Het volgen van de vastgestelde procedures kost tijd, maar die tijd geldt niet als productief. Daarom moeten er allerlei 'creatieve' oplossingen gevonden worden, zoals bij de cliënt thuis telefoontjes plegen, de tijd op het kantoor schrijven op de tijd van de cliënt enzovoort. Er is bij veel verpleegkundigen en gespecialiseerde verzorgenden een grote irritatie te bespeuren over deze administratie en bureaucratie. Een gespecialiseerde verzorgende:

Nou, van die veranderende indicaties, daar heb ik best wel eens druk van gevoeld. Veel administratie, en van alles moet je weer formuliertjes invullen en zo. En dat moet je wel allemaal naast je werk doen, dan zeggen ze allemaal van 'ja, dat moet je gewoon bij de klant doen', maar ja, als je maar een beperkt aantal uren bij klanten hebt door die beperkte indicaties, dan heb je daar allemaal helemaal geen tijd voor, want dan kan je niet aan je doelen werken, zeg maar. Maar die administratie, en veel leeswerk weet je wel, er komt zoveel van de organisatie, veranderingen of gewoon informatie die je dan maar moet lezen. ja, dat moet je allemaal wel in je eigen tijd lezen. Alles moet in je eigen tijd, of klantentijd, anders is het niet productief. (I15)

Het terugdringen van bureaucratie wordt in de enquête door zestig procent van de professionals genoemd als *belangrijkste verbetering die de komende jaren in de thuiszorg doorgevoerd moet worden*:

de bureaucratie moet worden teruggedrongen	61,6%
de professionals in de TZ moeten meer ruimte krijgen om zelf de zorgbehoefte van cliënten te bepalen	49,0%
de indicatiestelling moet weer door de zorgorganisaties zelf verzorgd gaan worden	33,2%
de eigen bijdrage moet worden afgeschaft	16,0%
er moet veel meer geïnvesteerd worden in deskundigheidsbevordering, coaching en professionele ontwikkeling	15,1%
het invoeren van concurrentie in de thuiszorg dient te worden terug gedraaid	13,1%
er moet veel meer aandacht komen voor ondersteuning van de mantelzorg	6,2%
door de rol van de beroepsverenigingen te versterken kunnen de deskundigheid en betrokkenheid van professionals in de thuiszorg beter benut worden	3,1%
de concurrentie in de thuiszorg moet verder versterkt worden	2,7%

c) *Onderbenutting van deskundigheid*

Zoals uit de antwoorden op deze enquêtevraag blijkt, pleit bijna de helft van de professionals voor het vergroten van ruimte om zelf de zorgbehoefte van cliënten te kunnen bepalen. Met name verpleegkundigen spreken hier van een knelpunt, omdat hun specifieke, vaak in lange jaren van ervaring opgebouwde deskundigheid, onvoldoende wordt benut. Verpleegkundigen hebben doorgaans contact met het CIZ en regelen herindicaties en hebben zodoende rechtstreeks met de regelgeving terzake te maken. Omdat zij in de meeste gevallen de coördinatie en de regie in de zorgsituatie hebben, ondervinden zij nog meer dan verzorgenden de effecten van de nieuwe regelgeving voor de zorg. Een verpleegkundige formuleert wijd verbreide gevoelens in de beroepsgroep als volgt:

Wat moet ik nog meer zeggen... dat de taak van de wijkverpleegkundige niet verder uitgekamd moet worden. dat we eerder meer verantwoordelijkheid moet krijgen, dat we de indicatie weer terug moeten krijgen, dat we onze eigen deskundigheid kunnen gebruiken. (...) Omdat wij beter kunnen bepalen wat nodig is voor mensen dan iemand van een indicatiecommissie. Want die komt maar even op dat moment op bezoek, dus het is een momentopname waarop ze het beoordelen. En het zijn ook niet altijd verpleegkundigen die dat beoordelen, het kunnen ook maatschappelijk werkers zijn. dan denk ik: ja, het hoort gewoon bij ons. Dat we de zorg bepalen, ik bedoel alle regelingen eromheen en hoe de betaling moet, daar zit ik niet op te wachten, dat mogen zij blijven doen (lacht) Maar, inhoudelijk hoort het gewoon bij ons. (I06)

c) *Opsplitsing van werkzaamheden*

Een van de meest in het oog springende gevolgen van de functiegerichte indicatiestelling is het uittrekken van de verschillende taken van de thuiszorg en de toewijzing daarvan aan verschillende groepen van professionals. Zo is het de bedoeling dat de verzorgende alleen maar verzorgende taken doet en de verpleegkundige alleen maar verpleegkundige taken. Er doen zich echter regelmatig situaties voor waarin het beter en makkelijker is wanneer diverse werkzaamheden door een en dezelfde persoon wordt gedaan. Met name voor verpleegkundigen is het in complexe situaties van belang ook de persoonlijke verzorging te kunnen doen. Door op die manier 'dicht'bij te komen, kunnen zij meer waarnemen en de vertrouwensband verdiepen. Dit kan echter niet zonder verlies voor de zorgorganisatie, want die krijgt op het niveau verzorging uitgekeerd. Om dit op te lossen zou er een nieuwe indicatie aangevraagd moeten worden, wat weer veel geregeld met zich mee brengt. Ook gespecialiseerde verzorgenden benadrukken dat de aard van hun werk om een integrale aanpak vraagt waarbij de opsplitsing van werkzaamheden verstorend werkt.

d) Bezuinigingen

Veel verzorgenden en verpleegkundigen noemen ook de gevolgen van de bezuinigingen van de afgelopen jaren. Daarbij gaat het in de eerste plaats om het verdwijnen van ondersteuning van de mantelzorg en om het sterk verminderen van de indicatiemogelijkheden voor nachtzorg. Daarnaast noemen zij knelpunten die voortvloeien uit de bezuinigingen die organisaties doorvoeren in reactie op de nieuwe beleidskaders en de noodzaak 'productie te maken'. Daarbij gaat het vooral om de vermindering van scholing en ondersteuning en van overlegmogelijkheden tussen collega's, om de beperkte aanwezigheid van teamleiders/managers en om niveauverlaging:

- Thuiszorgorganisaties bezuinigen op scholing, cursussen en andere vormen van ondersteuning van professionele ontwikkeling. Dit heeft directe consequenties voor het op peil houden en verder ontwikkelen van de eigen professionele deskundigheid, waar veel verpleegkundigen en verzorgenden op gericht zijn. Een verpleegkundige geeft aan dat de mogelijkheid om verzorgenden te coachen hiermee ook in de knel komt:

Nou wij moeten productiever worden, en door straks als die verzorgenden... als we samen gaan, verpleging en verzorging, dan gaat er ook een heel groot stuk in coaching zitten bij verzorgenden: hoe maak je dat productief? En ik vind dan bepaalde dingen belangrijk, ook de kwaliteit van zorg, ook wat ik dan net al zei, de scholing. En het overdragen naar de verzorgenden, daar zit een heel stuk in dat niet productief is. Terwijl ik dat toch heel belangrijk vind, om te handhaven zo binnen de eerste lijn. Als je kijkt naar de toekomst: mensen blijven langer thuis, huisartsen zijn ze nu heel druk mee, die hebben het drukker. Ik denk, ja daar ligt gewoon heel veel in de eerste lijn, voor wijkverpleegkundigen maar voor verzorgenden ook, voor die goede zorg is toch wel heel wat nodig. (I01)

- Naast bezuinigingen op scholing en ondersteuning is ook sprake van toenemende druk bezuiniging op teamleiders en op het operationeel management. In sommige gevallen heeft dit ertoe geleid dat de afstand tussen team en teamleiding veel groter is geworden. Een verzorgende geeft aan dat haar leidinggevende een aantal jaar geleden 40 mensen onder zich had, en nu 200 mensen. Een andere ontwikkeling die bijdraagt aan afstand tussen leiding en team zijn de zogenaamde 'zelfsturende' teams. De meeste verzorgenden en verpleegkundigen ervaren dit als een goede basis, maar sommigen wijzen ook de op de inconsistenties. Zo vraagt een verpleegkundige zich af waarom er in haar organisatie geen enkele inspraak van het team mogelijk is bij het aannemen van een nieuwe collega.

- Tenslotte leidt de noodzaak om 'productie te maken' tot een neerwaartse druk op het niveau. Een verpleegkundige beschrijft de volgende ervaring:

Onlangs hebben wij in ons team te horen gekregen dat er nog steeds te weinig productie gedraaid wordt en dat die dus omhoog moet. Daarom komt de nadruk te liggen op niveau 3 en 4. Volgens mijn manager wordt niveau 5 niet meer aangenomen want alle neventaken die met name in de rol van ontwerper en coach thuishoren zijn onproductief.

e) verzakelijking

Met de invoering van de functiegericht indicaties en het afmeten tijd waarbinnen men dient te werken voor een cliënt, is er bij veel verpleegkundigen en verzorgenden een groter bewustzijn ontstaan van het kostenaspect in de zorg. Dat wordt als positief ervaren. Ook wordt men uitgenodigd om actief mee te denken hoe de ‘productie’ van de organisatie verhoogd kan worden. Deze zakelijkheid wordt als een knelpunt ervaren wanneer hij de boventoon gaat voeren. Soms wordt simpelweg meegedeeld dat de productie omhoog moet. Bij mondige cliënten moeten verpleegkundigen gaan onderhandelen. . Uitlopen in tijd betekent dat de cliënt bij moet betalen voor de zorg. Cliënten gaan zich, met het financiële plaatje in het achterhoofd, zakelijker opstellen. Deze gevolgen van verzakelijking roepen weerstand op. Een verpleegkundige zegt hierover:

Ik geef wel een voorbeeld: iemand heeft problemen, op het gebied van ziekte en is angstig of wat dan ook. En het is geïndiceerd dat ik daar 15 minuten kom, of een half uur voor een wasbeurt. En dan zie je daar dat er veel meer nodig is bij die vrouw. Mijn professionaliteit of mijn gevoel roept dan op: dat ik even doorvraag ‘volgens mij gaat het niet goed met u, hoe komt dat?’ Dan ontstaat er een gesprek, als mensen moeten bijbetalen per uur en ik heb daar even een gesprek van een half uur, heb ik eigenlijk de verplichting om te zeggen: ‘Nou mevrouw ik heb nu een half uur met u gesproken, dat moet ik op gaan schrijven, dat heeft te maken met uw eigen bijdrage’. Nou daar heb ik zo’n weerstand tegen, daar gaat het op dat moment toch even niet om? Dat zakelijke stukje past bij mij op dat moment niet bij de zorg die ik verleen. Dan kun je wel zeggen: het wordt gezegd aan het begin van de zorgverlening, als je daar komt, maar mensen realiseren zich dat niet altijd en vergeten dat ook weer. Ze krijgen pas achteraf die rekening. En daar heb ik gewoon moeite mee. (I06)

Een andere verpleegkundige geeft aan dat goede zorg een is recht is waarvoor niet extra betaald moet worden:

Omdat je toch gewend bent, en nooit opgeleid bent met de gedachte dat het dan geld kost. Het is iets waarvan ik vind dat iedereen er gewoon recht op moet hebben. En op het moment dat iemand zegt van ja, ik kan mijn medicijnen niet uitzetten, dan zeg ik van ja, ik kan het wel komen uitzetten, maar dat kost u wel zo en zoveel. Ik ben dat gewoon niet gewend, ik wil dat gewoon kunnen doen voor iemand. En als iemand zegt ja, dat kan ik bijna niet betalen, dan denk ik ja... (...) Aan de ene kant denk ik ja, er zijn zoveel, als de loodgieter moet komen, ja die moet ik ook betalen. Maar ja, ik vind ook eigenlijk als het gaat om... ik vind het gewoon lastig, aan de ene kant denk ik ‘waarom niet?’, maar aan de andere kant denk ik er zijn, eh...als iedereen het gewoon kon betalen zou ik het prima vinden, maar op een moment dat ik denk dat mensen in de knoop komen, terwijl ze zoiets belangrijks nodig hebben als hulp bij wassen, of huishouding. Iedereen wil toch graag in een schoon huis leven, en het is gewoon naar als je in een vies huis zit. En dat is dan nog niet eens van levensbelang, dan kan ik nog zeggen naja. Maar dingen als goed je medicijnen innemen, als diegene dat echt niet goed kan, dan heb je die hulp gewoon nodig. En ik vind dan dat het eigenlijk gewoon gratis moet zijn. (I19)

f) *Eigen bijdrage*

Voor GV was de eigen bijdrage korte tijd een groot probleem; veel cliënten zeiden de zorg op. Verpleegkundigen melden dit ook, maar omdat veel thuiszorg plaatsvindt bij mensen met lage inkomens, blijkt het in de praktijk geen groot probleem. Wanneer mensen net boven een bepaalde inkomensgrens komen ontstaan wel pijnlijke situaties. Sommige verpleegkundigen geven ook aan geconfronteerd te worden met cliënten die de zorg opzeggen omdat ze het niet meer kunnen of willen betalen. In hoeverre zij hiermee geconfronteerd worden hangt erg af van de plaats/regio waar zij thuiszorg bieden. In ‘volkswijken’ waar veel mensen met lagere inkomens wonen, speelt dit probleem minder omdat de eigen bijdrage dan minder hoog is. Deze bevindingen worden in grote lijnen ondersteund door de antwoorden op de desbetreffende enquêtevraag:

Vanwege de EB nemen cliënten met beperkte financiële middelen minder zorg af dan goed voor hen zou zijn	1,34
Vanwege de EB zijn zorgverleners terughoudend bij het nemen van initiatieven voor hun cliënten en dat vermindert de kwaliteit van de verleende zorg	0,16
De EB bevordert kostenbewustzijn bij cliënten en bij werkenden in de thuiszorg	-0,05
De EB is een effectief middel om overmatige zorgconsumptie af te remmen	-0,68

g) Concurrentie

Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel is een meer commerciële aanpak in de thuiszorg mogelijk geworden; concurrentie tussen zorgaanbieders wordt gesimuleerd in de hoop daarmee effectiviteit en doelmatigheid te vergroten. De effecten daarvan zijn voor sommigen al duidelijk voelbaar. Met name de samenwerking tussen verschillende organisaties komt onder druk te staan. Thuiszorgorganisaties die voorheen samenwerkten onder één dak in een zorgcentrum en de diverse werkzaamheden naar specialiteit verdeelden, worden concurrenten. Wanneer een organisatie nu een indicatie binnen krijgt probeert deze hem in zijn geheel te houden en met eigen menskracht in te vullen, terwijl de specifieke deskundigheid soms eerder bij de andere organisatie te vinden is. De vraag is dan alleen welke organisatie kan het goedkoopst de zorg leveren? Er wordt dan niet echt meer naar deskundigheid gekeken.

Ook het CIZ speelt een rol in de toewijzing van zorg aan verschillende organisaties. Hieronder het voorbeeld van een verpleegkundige die met Zorg Aan Huis (ZAH) te maken kreeg in haar cliëntenkring.

De zorg wordt dan toegewezen vanuit het CIZ, als die veel zorg heeft, aan een verzorgingshuis. En bij het verzorgingshuis werkt dan iemand die eigenlijk zorgcoördinator wordt. Dat is één persoon, en die heeft, ik zal even één voorbeeld in gedachten nemen, die heeft iets van honderd cliënten, en het CIZ schrijft dan zeg maar voor van nou, het moet naar 'het ZAH'. Dus stel dat ik dan ergens al 2 jaar eindverantwoordelijke ben, en ik ga een herindicatie aanvragen, dan kan het zijn dat het CIZ besluit van nou, die zorg is wel intensief, dus die patiënt zou eigenlijk ook in aanmerking komen voor een onderhoud in het verzorgingshuis, maar die wil dat misschien niet, die wil dan misschien zo lang mogelijk thuis blijven, maar dan doen ze toch die zorg maar allemaal naar het verzorgingshuis. En het verzorgingshuis gaat dan de thuiszorg inhuren. Dus wij worden eigenlijk ingehuurd door het verzorgingshuis. Maar dat maakt ook dat een groot deel van mijn taken niet meer zozeer uit zorgcoördinatie bestaat. Want formeel zijn zij de zorgcoördinator. En dat vind ik wel een hele vervelende ontwikkeling, hoor. En er waren dus steeds meer mensen die dus overgeheveld worden zeg maar naar het ZAH, en afgelopen week gebeurde dat zelfs bij een terminale cliënt, preterminaal, dat ik denk 'ja'. Wij hebben daar samen met andere wijkverpleegkundigen uit het team een heel goed contact, we hebben daar begeleiding opgezet, één keer per week, en.. nu zitten we daar dagelijks in, nu gaan we ook steeds mee die zorg echt overnemen, he van die vrouw, zeg maar van de mantelzorg, en dan is die zorg nu overgegeven aan het ZAH. Ja, ik begrijp daar helemaal niets van. (I19)

Hiermee zijn de belangrijkste knelpunten aangegeven in verband met de overheidsmaatregelen van de afgelopen vijf jaar die door verpleegkundigen en verzorgenden worden aangegeven en zijn wij aan het slot gekomen van dit hoofdstuk. In het verlengde van onze empirische bevindingen proberen wij in het volgende hoofdstuk een aantal conclusies te formuleren en gaan wij op mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde problemen, mede op basis van de ideeën en strategieën die verpleegkundigen en verzorgenden hebben ontwikkeld om met die knelpunten om te gaan.

Hoofdstuk 4 Conclusies, ontwikkelrichtingen en verbetermogelijkheden

4.1 Inleiding

In het inleidende hoofdstuk hebben we gesteld dat de afgelopen vijf jaar onder invloed van een reeks ingrijpende overheidsmaatregelen grote veranderingen hebben plaatsgevonden in de thuiszorg. Centraal in die veranderingen staat de ‘modernisering’ van de AWBZ en alle daarmee verbonden maatregelen, in het bijzonder de gecentraliseerde indicatiestelling in termen van functies, een dito bekostigingssystematiek en de invoering van marktwerking in de thuiszorg. In aansluiting bij Habermas en andere hedendaagse denkers, hebben we gewezen op de *ambivalentie* van moderniseringsprocessen: modernisering heeft ook een ‘achterkant’ die beleidsmakers doorgaans niet voor hun rekening nemen, maar die nadrukkelijk voelbaar is voor professionals en burgers die met de praktische, vaak onbedoelde consequenties van moderniseringsbeleid om moeten gaan. In de wetenschappelijke literatuur worden de negatieve consequenties van moderniseringsprocessen veelal geïnterpreteerd in termen van verdringing en marginalisering van menselijke waarden als morele betrokkenheid, inspiratie en zingeving. Het probleem met dergelijke analyses is echter dat zij tot een polarisering tussen twee polen leiden, waartussen nauwelijks meer verbindingen gelegd kunnen worden: aan de ene kant de systemen, de logica van de markt, de instrumentele rede, de bureaucratie en het management; aan de andere kant de leefwereld, de menselijkheid, de morele betrokkenheid en de zingevende waarden. Om niet in dergelijke onvruchtbare vormen van polarisering te belanden, maar wel de ‘achterkant’ en disfunctionele gevolgen van eenzijdige moderniseringsprocessen in beeld te kunnen brengen, hebben wij in dit onderzoek afstand genomen van een strikte scheiding en enkelvoudige tegenstelling tussen ‘systeem’ en ‘leefwereld’. In plaats daarvan hebben we een aantal onderling verbonden invloedssferen of ‘actoren’ onderscheiden, die ieder gekenmerkt worden door eigen processen van filtering, omvorming en blokkering. Door de aandacht vooral te richten op de werking van de ‘membranen’ tussen deze verschillende invloedssferen, wordt zichtbaar dat de centrale tegenstelling tussen systeemnormen zoals beheersbaarheid, transparantie, effectiviteit en doelmatigheid aan de ene kant en morele en existentiële leefwereldwaarden aan de andere kant (in wisselende gedaante) in *alle* invloedssferen werkzaam is. De gevolgen daarvan krijgen de laatste jaren ook op het niveau van het beleid en de openbare meningsvorming geleidelijk meer aandacht. Op het niveau van de landelijke politiek bijvoorbeeld spannen politici zich in om de kloof tussen ‘de Haagse stolp’ en ‘de burgers in het land’ te overbruggen; binnen de hedendaagse organisatietheorie zijn in het teken van maatschappelijk verantwoord en betrokken ondernemen allerlei zoektochten gaande naar nieuwe vormen van inspirerend en ‘dienend’ leiderschap en in ambtelijke organisaties wordt beleid ontwikkeld om de integriteit en het maatschappelijke verantwoordelijkheidsbesef van overheidsfunctionarissen te bevorderen en te garanderen. In al deze gevallen gaat het om pogingen recht te doen aan de spanning tussen systeemnormen en leefwereldwaarden en nieuwe manieren te vinden om adequater met die spanning om te gaan. In het spraakmakende rapport van de WRR over maatschappelijke dienstverlening uit 2004 wordt een toenemende spanning geconstateerd “tussen het institutionele regime waarbinnen deze sectoren

functioneren, de oriëntatie waarmee de dienstverlenende instellingen opereren en de vragen van cliënten. Deze spanning wordt versterkt door de strikte scheiding tussen beleid en uitvoering, tussen doelen en middelen en tussen overheid en markt. Het gevolg is een vorm van geïnstitutionaliseerd wantrouwen tussen overheden, burgers, instellingen en professionals ...”.¹² De ontwikkelingen in de thuiszorg zijn voor deze discussie van groot belang, omdat de spanningen waar het hier om gaat in de thuiszorg bijzonder duidelijk zichtbaar zijn: de systeemlogica en de daarmee verbonden normen komen hier letterlijk de huizen van burgers binnen. Daarmee zou de thuiszorg ook een voortrekkersrol kunnen vervullen bij de eigentijdse zoektocht naar adequatere verbindingen van systeemnormen en leefwereldwaarden. Tegen de achtergrond van onze empirische bevindingen willen wij in dit slothoofdstuk deze gedachtegang verder uitwerken en in aansluiting daarop een aantal specifieke ontwikkelrichtingen en concrete verbetermogelijkheden schetsen met betrekking tot de problemen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

4.2 *Blokkering en verwaarlozing van normatieve professionalisering*

Aan het slot van hoofdstuk 3 hebben wij geconcludeerd dat de veranderingen die de afgelopen vijf jaar van overheidswege in de thuiszorg zijn doorgevoerd onbedoelde negatieve effecten hebben gehad. Die negatieve effecten hangen vooral samen met de eenzijdige sturing op systeemnormen bij ontwerp en implementatie van de beleidsmaatregelen waar het om gaat en met het frustreren of onderbenut laten van normatieve professionalisering in het primaire proces, met als gevolg onvoldoende afstemming op de werkelijke (en latente) zorgvraag. Hierboven hebben wij normatieve professionaliteit gedefinieerd als het adequaat verbinden van systeemnormen en leefwereldwaarden in het professionele handelen. Uit ons onderzoek komt naar voren dat het frustreren van normatieve professionaliteit door de recente beleidsmaatregelen en het onderbenut laten van de daarmee verbonden sensitiviteit voor de werkelijke (en latente) zorgvraag, twee hoofdvormen aanneemt:

- a) het *belemmeren* of blokkeren van de werkzaamheid van de professionele vermogens in kwestie, met name door onvoldoende tijd ter beschikking te stellen, door vervuiling met bureaucratische taken en door versnippering van werkzaamheden;
- b) het verwaarlozen van de *ontwikkeling* en ondersteuning van normatieve professionalisering door het afknijpen van coachings-mogelijkheden en van ruimte voor inhoudelijk overleg, door het verminderen van mogelijkheden voor bij- en nascholing en door onvoldoende aandacht voor het belang van de centrale zorgwaarden en voor de noodzaak om de inhoudelijke inspiratie die daarin tot uitdrukking komt te honoreren en te voeden.

Deze blokkering en verwaarlozing van normatieve professionaliteit in de thuiszorg wordt niet alleen zichtbaar in de knelpunten die verpleegkundigen en verzorgenden signaleren, maar ook in de vanzelfsprekende dominantie van een viertal begrippen die zowel het denken over

¹² Vgl. *Bewijzen van goede dienstverlening*, WRR Rapport, Amsterdam University Press 2004. Vgl. ook de begeleidende verkenning onder redactie van H. Dijkstra, P.M. Meurs en E.K. Schrijvers, *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf maatschappelijke sectoren*, Amsterdam University Press 2004.

de thuiszorg als de praktische organisatie daarvan in toenemende mate zijn gaan bepalen, namelijk ‘objectieve indicatiestelling’, ‘productie maken’, ‘marktwerking’ en ‘vraagsturing’. Deze dominantie heeft disfunctionele gevolgen: deze begrippen zijn onvoldoende complex om recht te doen aan de professionele verbinding van systeemnormen en leefwereldwaarden die voor adequate en doelmatige thuiszorg noodzakelijk is.

1. De *objectieve indicatiestelling* in termen van zorgfuncties is vanuit systeemhoogpunt gezien zonder twijfel een succes: belangrijke systeemwaarden als transparantie, rechtsgelijkheid, controleerbaarheid en verantwoording kunnen via de objectieve indicatiestelling veel beter gehonoreerd worden dan voorheen. Uit ons onderzoek komt echter naar voren dat objectieve indicatiestelling in termen van zorgfuncties geen garantie vormt voor adequate afstemming op de werkelijke en eventuele latente zorgvraag, mate name wanneer die een complex karakter hebben. De objectieve indicatiestelling in termen van zorgfuncties is onvoldoende gevoelig voor al die aspecten van complexe zorgvragen die samenhangen met zorgvuldige observatie, preventie en persoonsgerichte, respectvolle afstemming op de werkelijke of latente zorgvraag. Bovendien zijn indicaties vaak te algemeen en bieden zij onvoldoende aanknopingspunten voor een verantwoord zorgplan. Dat is geen reden om de geobjectiveerde functiegerichte indicatiestelling als inadequaaf te wijzen, maar wel voldoende reden om de principiële *onvolledigheid* ervan te onderstrepen: alleen *in combinatie met* de waardegeladen normatieve professionaliteit van verzorgenden en verpleegkundigen kan objectieve indicatiestelling leiden tot het voldoen aan de werkelijke zorgvraag van cliënten en het opmerken van een eventuele latente zorgvraag met het oog op preventie.

2. Het begrip ‘*productie maken*’ en de daaraan verwante notie ‘productieve uren’ zijn in korte tijd in de thuiszorg ingeburgerd geraakt. Zij weerspiegelen de realiteit dat alleen uren achter de voordeur van cliënten declarabel zijn, maar *verhullen* tegelijkertijd de centrale bijdrage aan de doeltreffendheid en doelmatigheid van de thuiszorg vanuit andere niet-declarabele bronnen, zoals de zorgen die een verpleegkundige zich onderweg op de fiets maakt over de doorligwond van een cliënte, de steun en inspiratie in ontmoetingen met collega’s, de emotionele investeringen in goede relaties met andere hulpverleners zoals artsen en maatschappelijk werkers en alle hiermee verwante elementen van normatieve professionaliteit die buiten de systematiek van de declarabele uren vallen. Nog afgezien van merkwaardige nevengevolgen zoals het omvormen van de huiskamers of keukens van cliënten tot tijdelijk (en onbetaald) kantoor van hulpverleners, leidt de verhulling van het belang van alle niet-declarabele bronnen van goede zorg ook tot een diskwalificatie daarvan als tweederangs, bijzakelijk en niet echt van betekenis: het gaat kennelijk om productie maken en declarabele uren achter de voordeur, de rest is bijzaak.

3. Een derde notie die in het verlengde van de recente beleidsmaatregelen in de thuiszorg inmiddels vanzelfsprekend is geworden is het begrip ‘*marktwerking*’. Zonder in te gaan op de uitgebreide en complexe wetenschappelijke en maatschappelijke discussies rond staat, markt en civil society, kan op grond van dit onderzoek gesteld worden dat marktwerking in de thuiszorg (en verwante sectoren) *contraproductief* wordt, indien hij niet gepaard gaat met gelijktijdige ondersteuning en versterking van centrale zorgwaarden. De logica van de markt is in de kern strategisch en gericht op maximalisering van eigen voordeel binnen de grenzen

van de wet. Die strategische logica bevordert kostenbesparing en innovatie, maar veronderstelt zowel open concurrentie tussen producenten, als overzicht over het productaanbod en vrije keuze aan de kant van consumenten. Waar die voorwaarden niet of onvolledig vervuld zijn, zoals in de thuiszorg duidelijk het geval is, leidt marktwerking praktisch onvermijdelijk tot versterkte sturing op systeemnormen en afnemende sensitiviteit voor moreel geladen leefwereldwaarden. Net als in het geval van de objectieve indicatiestelling is dit geen reden om marktwerking in de thuiszorg af te wijzen, maar wel reden om de noodzaak van gelijktijdige ondersteuning en versterking van normatieve professionaliteit en sensitiviteit voor leefwereldwaarden te onderstrepen. Als dat niet gebeurt, is marktwerking disfunctioneel en brengt hij meer kosten dan opbrengsten met zich mee.

4. Daarmee komen wij tenslotte bij het vierde begrip dat in het kader van de modernisering van de AWBZ en alle daarmee verbonden beleidsmaatregelen dominant is geworden, namelijk *vraagsturing* in de thuiszorg. Ook rond dit begrip is een uitgebreide discussie gaande, waar wij hier niet op in kunnen gaan.¹³ Duidelijk is in ieder geval dat het een positieve rol heeft vervuld bij de kanteling van aanbodgerichte, aan institutionele belangen en professionele codes gebonden zorg naar afstemming op de eigen, zelfgeformuleerde zorgvraag en zorgbehoeften van cliënten. Tegelijkertijd heeft ook dit begrip een verhullende werking. In de eerste plaats suggereert het dat bij vraaggerichte zorg daadwerkelijk afstemming op de eigen vraag van cliënten plaatsvindt, terwijl bijvoorbeeld de werkelijkheid van de zorgverlening in terminale situaties of de eenzaamheid en het isolement van alleenstaande ouderen laten zien dat in de thuiszorg evenzeer schaarste wordt verdeeld als tegemoet gekomen wordt aan de daadwerkelijke vraag. In de tweede plaats is het begrip vraagsturing misleidend omdat het impliciet uitgaat van het model van zelfstandige, autonome individuen die zelfbewust hun vraag voorleggen aan dienstverlenende instanties en kritisch toezien op de adequate uitvoering van de dienst in kwestie. In de werkelijkheid van de thuiszorg ontmoeten verpleegkundigen en verzorgenden echter niet alleen autonome, zelfbewuste individuen, maar worden zij minstens zo vaak geconfronteerd met menselijke ontreddeering, uitzichtloosheid, eenzaamheid en isolement. In dergelijke situaties raakt het begrip vraagsturing aan zijn grenzen of krijgt zelfs een holle klank, omdat de betrokken professionals acuut geconfronteerd worden met de *grenzen* van hun professionele interventiemogelijkheden en ervaren zij een pijnlijke *spagaat* tussen de zorgwaarden die hun professionaliteit mede dragen en hun onvermogen om die binnen de systeemgrenzen waaraan zij gebonden zijn echt waar te maken. Het begrip vraagsturing is zo gezien onvoldoende complex om recht te doen aan de existentiële gelaagdheid en de morele vragen en dilemma's die zich in de thuiszorg voortdurend voordoen.

4.3 *Lantaarnpalen en kampvuurtjes*

De dominantie van begrippen als 'objectieve indicatiestelling', 'productie maken', 'marktwerking' en 'vraagsturing' in de gemoderniseerde thuiszorg, heeft disfunctionele gevolgen die echter binnen het bestuurlijke en organisatorische taalspel waarin deze

¹³ Vgl. voor een recente, spraakmakende bijdrage aan dit debat: F. Halsema & B. Snels (red.) *Vrijheid als ideaal*, Uitg. Sun, Amsterdam 2005

begrippen centraal staan niet goed waargenomen kunnen worden.¹⁴ Deze belangrijke constatering willen wij nader toelichten aan de hand van twee metaforen waarin de spanning tussen systeemnormen en leefwereldwaarden en de negatieve gevolgen van de polarisering daartussen verbeeld wordt, namelijk ‘lantaarnpalen’ versus ‘kampvuurtjes’.

In het inleidende hoofdstuk hebben wij in verband met de methodologische verantwoording van dit onderzoek verwezen naar de bekende anekdote over de lichtelijk beschonken feestganger die onder alle lantaarnpalen in de straat naar zijn verloren sleutels zoekt, omdat het daar tenminste licht is. Onderzoeksbenaderingen in de sociale wetenschappen die uitsluitend op geobjectiveerde data en de bijbehorende vormen van operationalisering vertrouwen, verkeren in een verwante situatie: zij werpen een helder licht op beperkte aspecten van het onderzoeksgebied waarop zij zich richten, maar laten een groot deel van het terrein in het donker en lopen daarmee een grote kans belangrijke informatie en inzichten buiten beschouwing te laten. In aansluiting op onze presentatie van het onderzoeksmateriaal kan deze metafoor nu worden uitgebreid naar de sturing op systeemnormen die bepalend is voor een groot deel van de overheidsmaatregelen in de thuiszorg en voor de implementatie daarvan door het management van zorginstanties en zorgorganisaties. Hier krijgt de gerichtheid op doeltreffende en doelmatige zorg ondermeer gestalte via het streven naar objectivering, transparantie en controleerbaarheid. Dat zijn zoals betoogd belangrijke systeemnormen, maar zij dragen het risico in zich dat alles wat zich buiten deze ‘organisatorische lichtbundels’ bevindt als bijzaak wordt beschouwd of zelfs geheel wordt genegeerd, met alle gevolgen daarvan voor de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg. Datgene wat buiten de lichtbundels valt of daardoor verdrongen wordt, kan verhelderd worden met behulp van een tweede metafoor, namelijk de ‘kampvuurtjes’ die in de thuiszorg worden aangelegd door professionals onderling en door professionals en cliënten samen. Een simpel voorbeeld daarvan biedt het volgende verhaal van een verpleegkundige dat we in hoofdstuk 3 hebben geciteerd:

‘...Gistermorgen kwam ik bij een vrouw, en die is incontinent geworden, en dan zegt ze ‘Ik weet het niet meer en wat moet ik nou, zo en zo, ik weet niet meer wat ik gebruiken moet, en ze hebben hier wat neergegoid’. Ik zeg ‘nou, kom op’. Dus we zijn samen op bed gaan zitten, ik heb eerst alles uit de kast gehaald wat ze gekregen had, we hebben samen alles bekeken, wat het beste was en ik heb alles uitgelegd. Dan denk ik ‘nou, dan kom ik maar een kwartier later’, dan denk ik ‘ja, jongens. Even de tijd nemen’.

In dit verhaal komen verschillende elementen naar voren van het eigen karakter en de eigen werkzaamheid van dergelijke ‘kampvuurtjes’. In de eerste plaats het belang van ‘even de tijd nemen’: aan een kampvuur staat de ‘productie-tijd’ als het ware even stil; de logica van produceren en tot stand brengen wijkt even voor het belang van samen-zijn en van het delen van verhalen. Maar dat impliceert geenszins dat er in professioneel opzicht helemaal niets gebeurt of dat er tijd verspild wordt. Zoals uit het verhaal blijkt, was het ‘samen op bed gaan zitten’, ‘even de tijd nemen’ en ‘samen bekijken wat het beste was’ zowel doeltreffend als doelmatig. Het was de collega die zich strikt aan de toegemeten tijd hield en de spullen

¹⁴ Vgl. in dit verband ook de opmerking van de filosoof J-F. Lyotard: “het systeem doet vergeten wat eraan ontsnapt”, in: *Het onmenselijke*, Kampen 1992. Vgl. ook N. Luhmann, *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, 2 Bnd. Suhrkamp, Frankfurt. a. Main 1997

‘neergooide’, die ondoeltreffend en ondoelmatig handelde, ook al hield zij zich aan de geïndiceerde tijd. Hetzelfde geldt voor allerlei vormen van informeel overleg en contact tussen collega’s en de uitwisseling van ervaringen, raad en feed-back die daarbinnen plaats kan vinden: die leveren in potentie een onontbeerlijke bijdrage aan de doeltreffendheid en doelmatigheid van de verleende zorg. Net zoals systeemnormen zich echter kunnen verzelfstandigen ten opzichte van leefwereldwaarden en daarmee op negatieve wijze kunnen gaan interfereren, zo kunnen ook dergelijke ‘kampvuurtjes’ zich verzelfstandigen en uitsluitend in het teken komen te staan van contact, nabijheid en ‘gezelligheid’. Onder het felle lamplicht van de organisatorische lichtbundels kan de betekenis van de kampvuurtjes geheel ‘verbleken’ en omgekeerd kunnen de organisatorische lantaarnpalen en de daarmee verbonden systeemnormen door de rook die van de vuurtjes opstijgt (al dan niet bewust!) aan het zicht onttrokken worden. Er is met andere woorden sprake van een reële tegenstelling, die in ons onderzoek in allerlei vormen aan het licht is komen. Een duidelijk voorbeeld van ervaren negatieve interferentie tussen systeemnormen en leefwereldwaarden biedt het verhaal van een verpleegkundige dat in hoofdstuk 3 onder het kopje ‘verzakelijking’ aan de orde is geweest:

‘Ik geef wel een voorbeeld: iemand heeft problemen, op het gebied van ziekte en is angstig of wat dan ook. En het is geïndiceerd dat ik daar 15 minuten kom, of een half uur voor een wasbeurt. En dan zie je daar dat er veel meer nodig is bij die vrouw. Mijn professionaliteit of mijn gevoel roept dan op: dat ik even doorvraag ‘volgens mij gaat het niet goed met u, hoe komt dat?’ Dan ontstaat er een gesprek, als mensen moeten bijbetalen per uur en ik heb daar even een gesprek van een half uur, heb ik eigenlijk de verplichting om te zeggen: ‘Nou mevrouw ik heb nu een half uur met u gesproken, dat moet ik op gaan schrijven, dat heeft te maken met uw eigen bijdrage’. Nou daar heb ik zo’n weerstand tegen, daar gaat het op dat moment toch even niet om?’

De weerstand die deze verpleegkundige (en vele van haar collega’s) ervaren tegen het zichtbaar maken en zakelijk ‘afrekenen’ van dergelijke vertrouwelijke gesprekken, vindt aan de kant van het management een parallel in het wantrouwen jegens de kampvuurtjes die professionals met elkaar en met cliënten stoken en in alle onzakelijkheid en tijdverspilling die zij met die kampvuurtjes associëren. Dit wederzijdse wantrouwen ontaardt maar al te makkelijk tot het geheel terugtrekken op de ‘eigen’ logica: meer toezicht en controle aan de kant van beleid en management, versus ‘ondergronds’ gaan en zoveel mogelijk rookgordijnen optrekken, waarachter dan ‘het eigenlijke’ werk naar eigen inzicht wordt gedaan, zoals in de casus van Karel die wij in de inleiding hebben geschetst.¹⁵ Om de logica van deze polarisering beter zichtbaar te maken, gaan we nog wat dieper op die verschillen in.

- a) een eerste belangrijk kenmerk van de kampvuurtjes die professionals en cliënten in de thuiszorg steeds weer aanleggen, is het feit dat zij zelfgestoekt, tijdelijk en persoonsgebonden zijn. Daarin verschillen zij in de beleving van veel professionals van de felle lampen van de organisatie, die centraal beheerd worden, op vaste, voorspelbare tijden branden en overal hetzelfde licht op werpen. In tegenstelling daarmee is ieder

¹⁵ Vgl. p. 4/5

kampvuurtje, tijdelijk, persoonsgebonden en verschillend. Degenen die het vuurtje stoken of eromheen komen zitten bepalen zelf de sfeer. Zij verschijnen niet alleen in hun organisatorische functie, maar worden ook als uniek persoon zichtbaar en ‘tot op zekere hoogte ‘aanraakbaar’.

b) Een tweede belangrijk verschil dat hier direct mee samenhangt, betreft de vorm en de inhoud van de communicatie die onder lantaarnpalen en rond de kampvuurtjes plaatsvindt. De lichtbundels van management en organisatie staan in het teken van maximale zichtbaarheid en transparantie; de communicatie is vooral gericht op het verschaffen, uitwisselen en vastleggen van betrouwbare informatie. In het flakkerende licht van de kampvuurtjes worden vooral verhalen verteld en emotioneel geladen ervaringen gedeeld, die op hun beurt emoties oproepen en identificatie en verbinding mogelijk maken. De cognitieve analyses en feitelijke constatering van management en organisatie worden hier aangevuld met esthetische en zintuiglijke ervaringen die niet alleen persoonlijk betekenisvol zijn, maar ook een morele relevantie hebben, zoals de kleur van een stem, oogcontact, aanrakingen, de humor van een rake opmerking en de diepte van echte emoties.

c) Een derde verschil dat uit de eerste twee voortvloeit betreft de aard van de relaties. Onder de lantaarnpalen gaat het om rechten, plichten en verantwoordelijkheden die zo nauwkeurig mogelijk zijn omschreven, contractueel zijn vastgelegd en eventueel met juridische middelen afgedwongen kunnen worden. Dat is bijzonder belangrijk, zoals onmiddellijk blijkt wanneer er iets mis gaat met de uitbetaling van salarissen. Maar rondom de kampvuurtjes worden ook andere waarden levend gehouden, in het bijzonder vertrouwen, intimiteit en verbinding. In het licht- en schaduwspel van de vlammen worden degenen die om het vuurtje zitten afwisselend meer of minder zichtbaar en bestaat ruimte voor het subtiele spel van afstand houden en nabij komen dat het mogelijk maakt om intimiteit te delen en verbondenheid te ervaren. In de verhalen die de betrokkenen met elkaar delen en in de emotioneel geladen ervaringen die daarin stem krijgen, krijgen de waarden die hen na aan het hart liggen stem. Door verhalen te delen creëren mensen samen een weefsel van betekenissen waarmee zij de kale feiten van hun bestaan met zin en betekenis kunnen bekleden, ook en juist als die feiten zwaar en belastend zijn.

Deze omschrijving van enkele belangrijke verschillen tussen de ‘logica’ van systeemnormen aan de ene kant en narratief gearticuleerde en beleefde leefwereldwaarden aan de andere kant, maakt duidelijk hoe gemakkelijk daartussen een polarisering optreedt, die tot een diepe kloof daartussen kan leiden en tot de ontwikkeling van complementaire ‘vijandbeelden’ die aan beide kanten schade berokkent.

In dit licht gezien staan de thuiszorg (en verwante maatschappelijke domeinen) voor een nieuwe ontwikkelingsslag, gevoed door het groeiende wetenschappelijke en maatschappelijke inzicht in de negatieve bijwerkingen en ongewenste gevolgen van eenzijdige sturing op systeemnormen. Die ontwikkelingsslag kan metaforisch aangeduid worden als het creëren van ‘warmte-kracht koppelingen’ op het niveau van professionele organisaties die enerzijds moeten voldoen aan systeemnormen, maar tegelijkertijd op handlingsniveau inhoudelijk georiënteerd zijn op moreel en existentieel geladen leefwereldwaarden. Het begrip warmte-kracht koppeling verwijst metaforisch naar het verhogen van het ‘rendement’ van het professionele handelen door het optimaal verbinden van relationele warmte en betrokkenheid

aan de ene kant en systemisch-organisatorische krachten aan de andere kant.¹⁶ Het begrip normatieve professionalisering vormt een eerste concretisering van een dergelijke verbinding. Voor een nadere uitwerking van de specifieke notie van professionaliteit die daarbij in het geding is en het belang daarvan voor een nieuwe ontwikkelingslag in de thuiszorg, is het nuttig iets dieper in te gaan op de wetenschapstheoretische onderbouwing van het begrip normatieve professionaliteit.

4.4 Drie vormen van kennisverwerving

De afgelopen decennia tekent zich binnen de wetenschapstheorie een interessante ontwikkeling af, die nauw samenhangt met de centrale rol die wetenschap en techniek in hedendaagse samenlevingen spelen, zowel op het niveau van technische productieprocessen als op het niveau van kennisintensieve overheids-, onderwijs- en zorgorganisaties. Het toenemende praktische belang van wetenschappelijke kennis en van allerlei vormen van innovatie, staat centraal in het kennismodi-model dat de wetenschapsociologen Gibbons en Nowotny in de jaren negentig hebben geïntroduceerd en dat sindsdien furore heeft gemaakt.¹⁷ Centraal in dit model staat het onderscheid tussen twee vormen van wetenschappelijke kennisverwerving. De eerste vorm, die zij aanduiden als modus-één, valt min of meer samen met traditionele, mono-disciplinaire vormen van kennisverwerving, gericht op objectieve, waarde vrije, universeel geldige kennis. Kenmerkend voor modus-één kennis is het feit dat de betrokken wetenschappelijke gemeenschap in onderling overleg bepaalt wat belangrijke vragen en adequate antwoorden zijn. In het kader van de ontwikkeling van postindustriële samenlevingen is de afgelopen decennia een andere vorm van wetenschapsbeoefening op de voorgrond komen te staan, die zij aanduiden als modus-twee. Kenmerkend daarvoor is de gerichtheid op het vinden van wetenschappelijk verantwoorde oplossingen voor praktische vragen, doorgaans met een economische of beleidsmatige achtergrond. Dergelijke praktisch gerichte modus-twee kennis wordt niet alleen gekenmerkt door multi- en interdisciplinaire samenwerking. Bovendien spelen naast de betrokken wetenschappelijke gemeenschappen ook andere stakeholders een belangrijke rol bij het beoordelen van de geldigheid en de relevantie van voorgestelde oplossingen. Daarbij gaat het in de eerste plaats om commerciële partners en overheidsinstanties, maar ook om betrokken burgers en NGO's. Een goed voorbeeld daarvan biedt het onderzoek rond genetisch gemodificeerd voedsel of rond stamcelonderzoek, maar bijvoorbeeld ook het wetenschappelijk onderzoek in het kader van aids-bestrijding of de gevolgen van de dubbele vergrijzing. Modus-twee onderzoek bouwt altijd voort op de resultaten van modus-één kennisverwerving maar wordt ook en vooral beoordeeld op praktisch bruikbaarheid door een breed scala van belanghebbenden, inclusief alle daarmee verbonden spanningen en conflicten. Volgens Gibbons en Nowotny heeft een steeds groter deel van het wetenschappelijke onderzoek zowel in de natuurwetenschappen als in de

¹⁶ De metafoer is slechts gedeeltelijk van toepassing omdat het begrip technisch gezien verwijst naar het benutten van restwarmte voor het opwekken van elektrisch vermogen. Met name in relatie tot zogenaamde micro warmte-kracht koppelingen biedt deze metafoer echter interessante aanknopingspunten. Vgl. voor technische achtergronden http://www.ecn.nl/bct/research/micro_cogen/chpexplained.nl.html

¹⁷ Vgl. Gibbons, M., Loges, C., Nowotny, H. e.a. *The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, Sage Publications, 1995. Voor deze paragraaf is gebruik gemaakt van een artikel van H. Kunneman over het kennismodi-model, afgedrukt in *Pedagogiek in praktijk*, september 2005.

menswetenschappen inmiddels het karakter van modus-twee kennisverwerving gekregen. Daarmee is de wetenschap in hun ogen steeds verder vermaatschappelijkt. Hoewel dit model een duidelijke vooruitgang betekent ten opzichte van traditionele wetenschapstheoretische perspectieven, waarbinnen wetenschappelijke kennisverwerving zondermeer gelijkgesteld wordt aan academische modus-één kennis, heeft het ook een belangrijke tekortkoming. Gibbons en Nowotny maken namelijk geen onderscheid tussen de invloed van economische en politieke krachtenvelden op het niveau van modus-twee kennisverwerving en de rol die waarden en morele afwegingen daarbinnen spelen. Dat onderscheid is van groot belang, omdat sturing op systeemwaarden tegen de achtergrond van markt- en beheersoverwegingen doorgaans leidt tot het verdringen en marginaliseren van complexe, vertragende en moeilijk controleerbare vormen van morele reflectie, zoals ook uit dit onderzoeksrapport duidelijk naar voren komt. Daarom lijkt het geëigend om naast de twee kennismodi die Gibbons en Nowotny geïntroduceerd hebben een derde kennismodus te onderscheiden, die betrekking heeft op de existentiële inzichten en de morele perspectieven die met name binnen mensgerichte beroepen het handelen van professionals in hoge mate dragen.¹⁸ In de thuiszorg gaat het hier om de centrale zorgwaarden van verzorgenden en verpleegkundigen en de belangrijke rol die zij vervullen als ‘sensoren’ bij het afstemmen op de werkelijke en latente zorgvraag en het daadwerkelijk verlenen van adequate zorg. Wanneer men deze drie kennismodi helder van elkaar onderscheidt, wordt duidelijk dat de polarisering tussen systeemnormen en leefwereldwaarden in de thuiszorg en de tegenstelling tussen de daarmee verbonden vormen van professionaliteit teruggaat op het verabsoluteren van één van de drie kennismodi ten koste van de anderen. Het primaat wordt ofwel gelegd bij objectief gefundeerde modus-één kennis, ofwel bij beleidsmatige prioriteiten en doelmatigheidsvragen ofwel bij de waarden waarop professionals en cliënten zich oriënteren. Die verabsolutering is echter contra-productief. Het praktische handelen van professionals in de thuiszorg en in andere mensgerichte beroepen heeft het karakter van een waardengeladen proces van co-creatie met cliënten, waarin deze drie elementen altijd samenkomen, zij het in wisselende voorgrond-achtergrond verhoudingen. De casus van Karel die wij in de inleiding hebben vermeld,¹⁹ biedt een heldere illustratie van deze versmelting. In het praktische handelen van professionals in de thuiszorg is zogezien sprake van een versmelting van geobjectiveerde wetenschappelijke inzichten, beleidsmatige randvoorwaarden, organisatorische arrangementen en prioriteiten en tenslotte existentiële en morele perspectieven met betrekking tot de inhoud van goede zorg en een menswaardig bestaan.

Tegen deze achtergrond kunnen de voorlopige conclusies die wij aan het slot van hoofdstuk 3 geformuleerd hebben als volgt geherformuleerd en toegespitst worden: in het kader van de objectieve indicatiestelling in termen van zorgfuncties en de bijbehorende organisatorische herschikkingen in de thuiszorg is sprake van een overconcentratie op modus-één kennis en een verregaande verwaarlozing van leerprocessen volgens modus-drie, hetgeen negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de verleende zorg. Modus-drie leerprocessen, gericht op het verdiepen van existentiële en morele inzichten in het licht van praktische vragen en dilemma’s in het professionele handelen, hebben een eigen logica en

¹⁸ Vgl. voor een uitgebreidere argumentatie: H. Kunneman, *Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*, Humanistics University Press/SWP, Amsterdam 2005, met name hoofdstuk 4 en 5.

¹⁹ Vgl. p. 4/5

ritme. Zij zijn afhankelijk van leerzame wrijving tussen een pluraliteit aan inhoudelijke perspectieven. Bovendien vragen zij om een rijke ‘humuslaag’ van verhalen, beelden en metaforen ten aanzien van levensvragen en morele dilemma’s, waaruit inspiratie en morele oriëntatie kunnen oprijzen in de omgang met praktische vragen en alle daarmee verbonden tegenstellingen. Dergelijke leerprocessen hebben het karakter van een ‘rhizomatisch’ proces, zoals de filosoof Deleuze zegt,²⁰ dat wil zeggen een groei- en ontwikkelingsproces dat zich deels onder de grond afspeelt en tot een wijdvertakt netwerk van ‘wortels’ en scheuten leidt die af en toe zichtbaar worden in de vorm van echte betrokkenheid, steun en coaching tussen collega’s, moedige kritiek, een oprecht verhaal dat inspiratie en uitzicht biedt, maar ook in de vorm van slimme ‘technische’ vernieuwingen in het beroepsmatige handelen.

Het is echter duidelijk dat dergelijke modus-drie leerprocessen niet vanzelf plaats vinden. Er dient bewust plaats voor gemaakt te worden binnen de organisatie, binnen het beroep en in de contacten met cliënten. Zij dienen bewust gevoed te worden uit filosofische, ethische, esthetische, levensbeschouwelijke en spirituele bronnen. Zij vragen om een stroom van inhoudsvolle verhalen uit de praktijk, waarin zowel de tegenslagen en de moeite als de inspiratie en creativiteit van professionals en cliënten zichtbaar en navoelbaar worden.

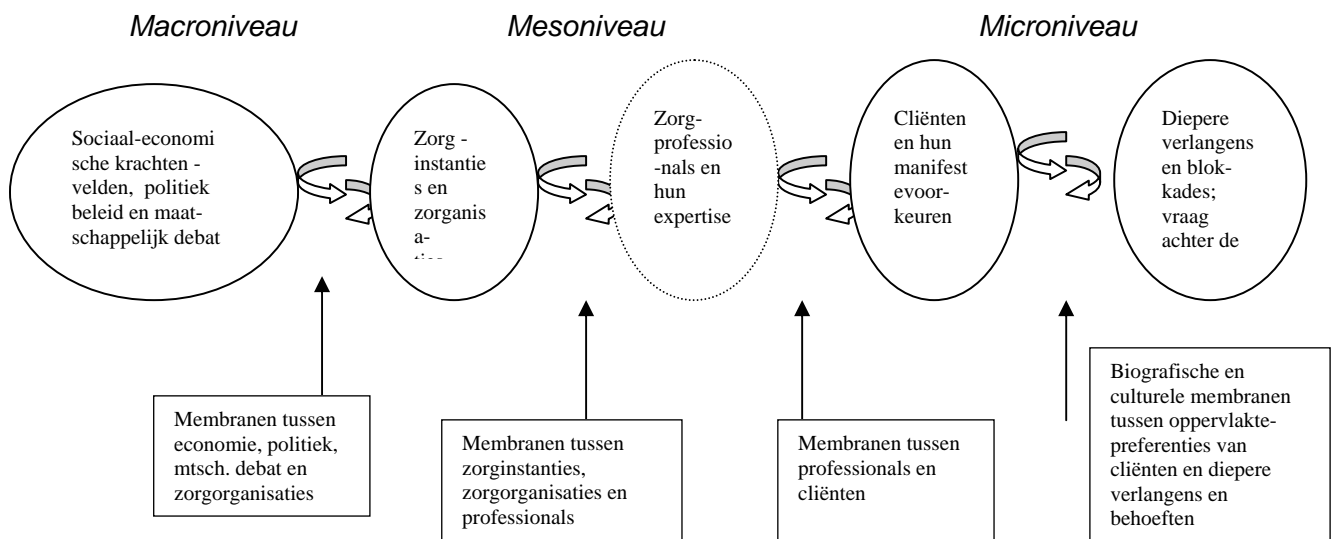
Blijkens ons onderzoek worden het belang van modus-drie leerprocessen en van de normatieve professionalisering die daar mede door gedragen worden onvoldoende erkend en ondersteund. Het is een teken aan de wand wanneer bijna zestig procent van de deelnemers aan de enquête van mening is dat centrale zorgwaarden in de thuiszorg steeds meer in de knel komen. Er is reden voor ongerustheid wanneer managers en zorgprofessionals het normaal vinden dat het coachen van verzorgenden door verpleegkundigen als ‘improductief’ wordt aangeduid. Er is reden voor zorg wanneer mogelijkheden voor bij- en nascholing in naam van doelmatigheid steeds verder worden afgebroken. En het kan zelfs beschamend genoemd worden dat concurrentie in de thuiszorg in naam van doelmatigheid tot een neerwaartse druk op het niveau van de verleende zorg leidt en daarmee de doeltreffendheid rechtstreeks aantast.

4.5 *Een verder uitgewerkt model*

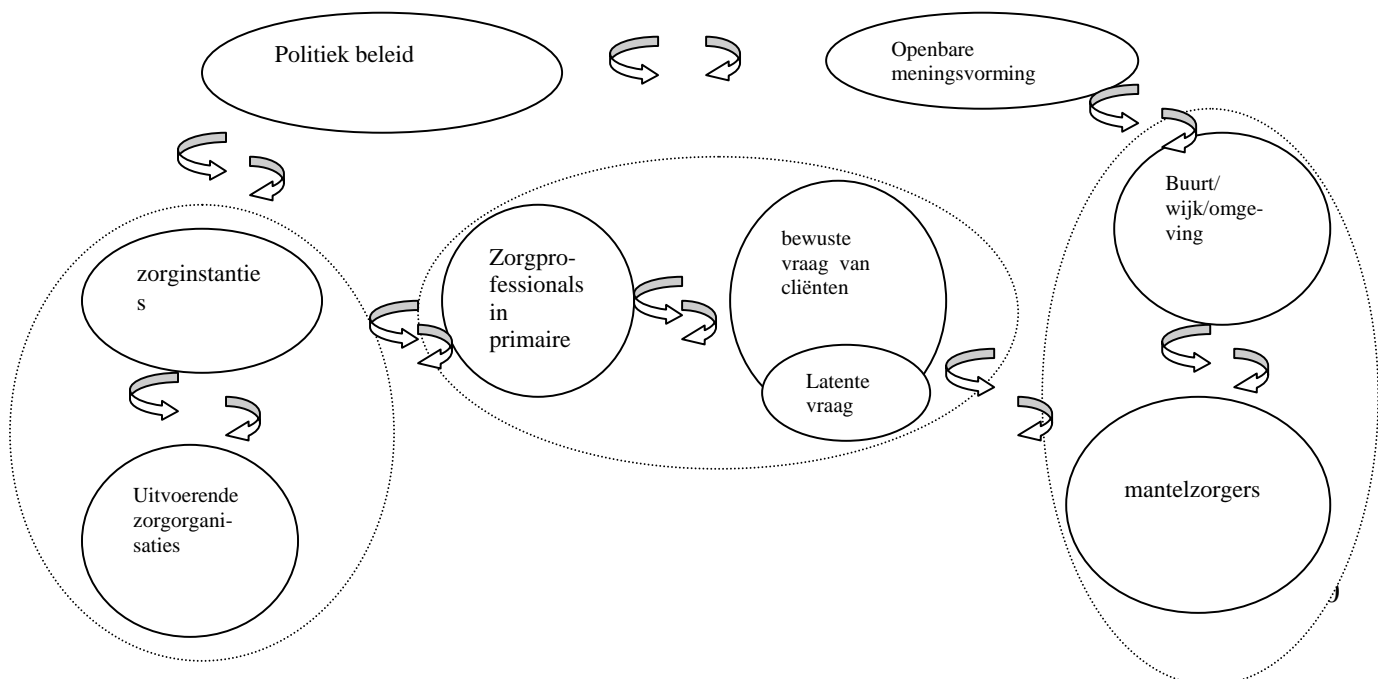
Afsluitend willen wij deze overwegingen concretiseren aan de hand van een aantal ontwikkelrichtingen voor actoren in het veld van de thuiszorg en een aantal concrete verbetermogelijkheden. Daarvoor maken we gebruik van een bijgestelde en verfijnde versie van het ‘membranen-model’ dat we in de inleiding hebben gepresenteerd. Tegen de achtergrond van het verzamelde materiaal kunnen we een aantal verfijningen in het oorspronkelijke model aanbrengen. Dat was vooral bedoeld om het idee van de membranen en de daarmee verbonden processen van omvorming, filtering en blokkering aanschouwelijk te maken. Nu dat idee aan de hand van het empirische materiaal concreet inhoud heeft gekregen, kunnen we een verfijnde versie van dit model presenteren dat tevens aanknopingspunten biedt voor het uitzetten van ontwikkelrichtingen en het zichtbaar maken van verbetermogelijkheden. In de oorspronkelijke versie omvatte dit model vijf actoren of

²⁰ Vgl. G. Deleuze & F. Guatari, ‘Rhizoom’, Utrecht 1979; vgl. ook “The Deleuze Reader”, Columbia University Press, New York 1993

invloedsferen, verdeeld over macro- meso- en microniveau, inclusief alle membranen die hun onderlinge interactie reguleren:



In de aangepaste en verfijnde versie van dit model hebben we om te beginnen het politieke beleid en de openbare meningsvorming van elkaar onderscheiden, zodat ook de membranen en de complexe interactie daartussen duidelijker in beeld komen. In de tweede plaats hebben we de omgeving van cliënten in de vorm van mantelzorg en de buurt of de wijk aan het schema toegevoegd. Tenslotte hebben we de verhouding tussen zorgprofessionals en cliënten nog nadrukkelijker in het centrum van het schema geplaatst en de overige actoren en invloedsferen daaromheen gegroepeerd. Dat alles leidt tot het volgende aangepast schema:



Schema 2a

Aan de hand van dit schema kunnen we nu een aantal ontwikkelingsmogelijkheden uitwerken en wat meer handen en voeten geven aan de door ons bepleite nieuwe ontwikkelingsslag voor de thuiszorg, tegen de achtergrond van het groeiende wetenschappelijke en maatschappelijke inzicht in de negatieve bijwerkingen en ongewenste gevolgen van eenzijdige sturing op systeemnormen.

Centraal in de nieuwe ontwikkelingsslag waarvoor wij pleiten staat het idee van *warmte-kracht koppelingen*, als aanduiding voor het gelijktijdig verhogen van de effectiviteit van het professionele handelen in de thuiszorg en van de arbeidssatisfactie van professionals. De metafoer van warmte-kracht koppelingen verwijst naar het optimaal verbinden van relationele warmte en persoonlijke betrokkenheid aan de ene kant en systemisch-organisatorische krachten aan de andere kant. Om de ontwikkeling van dergelijke warmte-kracht koppelingen in de thuiszorg te bevorderen dienen in onze ogen de komende jaren de volgende vier samenhangende ontwikkelingstrajecten van de grond te komen:

1. het bevorderen en ondersteunen van normatieve professionalisering en modus-drie leerprocessen in uitvoerende zorgorganisaties

Om de eenzijdige sturing op systeemnormen die de huidige gang van zaken in de thuiszorg kenmerkt de komende jaren om te kunnen buigen, dienen in de eerste plaats de verstopte membranen tussen ervaringen en inzichten op het niveau van het primaire proces aan de ene kant en de regels, categorieën en sturende begrippen op organisatieniveau aan de andere kant geopend te worden. Hierboven hebben wij die verstopping proberen te verhelderen aan de hand van de polarisering die in zorgorganisaties optreedt tussen de lantaarnpalen en schijnwerper van de organisaties en de kampvuurtjes die professionals onderling en met hun cliënten aanleggen. Die polarisering en de daarmee verbonden vijandbeelden zijn aan beide kanten schadelijk en hebben een negatieve invloed op het rendement van het professionele handelen. Aan de hand van ontwikkelingen in de hedendaagse wetenschapstheorie hebben wij deze verstopping en polarisering nader geanalyseerd in termen van de dominantie van objectiverende modus-één kennis op het niveau van inrichting van zorgorganisaties en de normering van het professionele handelen. De morele en existentiële inzichten en de daarmee verbonden leerprocessen die de kwaliteit van het professionele handelen dragen en de nauwkeurige afstemming op de werkelijke en latente zorgvragen van cliënten mogelijk maken, krijgen niet alleen onvoldoende aandacht en waardering, maar worden zelfs tegengewerkt en gefrustreerd. Hier is een belangrijke ontwikkelingsslag te maken in het teken van normatieve professionalisering en modus-drie leren, waarbij de beroepsverenigingen van verplegende en verzorgenden een belangrijke rol kunnen spelen. Van doorslaggevend belang daarbij is in de eerste plaats een veel intensiever contact van de kant van leiding en management met het primaire proces en met de verhalen aan de kampvuurtjes; in de tweede plaats een gerichte inspanning van de kant van verplegenden en verzorgenden om de modus-drie inzichten die nu veelal op het niveau van ‘gevoel’ en anekdotes blijven steken breder toegankelijk en inzichtelijk te maken en daarmee hun invloed en werkzaamheid te vergroten.

Het belang van deze ontwikkelingsslag wordt extra onderstreept door de toenemende rol van hoogwaardige, steeds complexere medische technologie en ‘domotica’ in de thuiszorg. Ten gevolge daarvan neemt de invloed van modus-één kennis op het primaire proces nog verder toe, en dreigt de bestaande asymmetrie in de ‘kracht-warmte’ verhouding nog meer versterkt te worden. In het licht daarvan dienen juist de nieuwe, potentieel veelbelovende mogelijkheden die de nieuwe technologieën bieden voor het versterken van warmte-kracht koppelingen in de thuiszorg veel beter benut te worden. Op het niveau van investeringen in onderzoek en ontwikkeling krijgen die mogelijkheden momenteel echter veel te weinig aandacht en middelen.²¹

2. *Het flexibiliseren van de objectieve indicatiestelling*

Een tweede ontwikkeltraject, dat op een aantal plaatsen al gaande is, betreft het flexibiliseren van het objectieve indicatiestellingsproces en de bijbehorende zorgfuncties. Het gaat hier vooral om het minder star maken van de systematiek, via het vergroten van mogelijkheden tot het gedeeltelijk delegeren van indicatiestellingen en herindicaties op basis van vertrouwen en steekproefsgewijze controle en het sterk uitbreiden van SIPS. Met name bij complexe zorg en in terminale situaties dient de speelruimte voor eerstelijns-professionals vergroot te worden, met het oog op het versterken van ‘warmte-kracht koppelingen’. Het aanstellen van speciale indicatiefunctionarissen binnen zorginstellingen die in nauw contact staan met professionals en met het CIZ zou hier een mogelijke route kunnen zijn.²² Langs deze lijnen kan in potentie ook de sterke druk van bureaucratische rompslomp verminderd worden.

3. *Het beïnvloeden van de publieke meningsvorming*

Een derde ontwikkeltraject heeft betrekking op de publieke beeldvorming en het openbare debat rond de thuiszorg en haar diensten. Mede door de eenzijdige sturing op systeemnormen en de nadruk op doelmatigheid, vraagsturing en de autonomie van cliënten, is rond de thuiszorg een scheve beeldvorming ontstaan, waarin deze vorm van zorg min of meer gelijkgeschakeld wordt aan allerlei vormen van commerciële dienstverlening waarvoor een koopkrachtige vraag bestaat en het zo efficiënt mogelijk voldoen aan de wisselende preferenties van autonome individuen het centrale sturingsprincipe vormt. In dit beeld verdwijnt de confrontatie met afhankelijkheid, eindigheid en verlies die voor professionals in de thuiszorg een dagelijkse ervaring vormt geheel naar de achtergrond. Daarmee blijven tegelijkertijd de mogelijkheden voor diepere zingeving buiten beeld die verbonden zijn met solidaire verbindingen en zorgzame verhoudingen tussen mensen. Hier ligt een grote uitdaging voor de besturen en het management van zorgorganisaties en voor de betrokken beroepsgroepen om de realiteit van de thuiszorg en de existentiële en morele complexiteit, maar ook de rijkdom daarvan veel beter voor het voetlicht te brengen, in aansluiting bij en voortbouwend op het eerste ontwikkeltraject. Met name de regionale en lokale pers en andere

²¹ Vgl. daarvoor bijvoorbeeld de zorgen en waarschuwingen die Theo de Vries naar voren heeft gebracht in zijn afscheidscollege als bijzonder hoogleraar aan de Universiteit voor Humanistiek, (UvH, Utrecht 2004).

²² In plaats van een aparte functionaris kan hier ook gedacht worden aan het creëren van een speciale indicatiefunctie die aan een andere functie toegevoegd kan worden.

locale media, die minder op sensatie en meer op ‘human interest’ betrokken zijn, zouden daarvoor een geëigend kanaal kunnen vormen.

4. *Het actiever betrekken van buurt, wijk en omgeving bij taken en zorgen van de thuiszorg*

Een laatste ontwikkeltraject, dat nauw met het derde samenhangt, betreft het bevorderen en versterken van maatschappelijke solidariteit met de vele zorgafhankelijke, vaak eenzame en min of meer geïsoleerde cliënten waarmee de thuiszorg te maken heeft. In de maatschappelijke discussies over de dubbele vergrijzing en de problemen rond de betaalbaarheid van de AOW en van zorgvoorzieningen voor ouderen, domineren doorgaans de vele complexe systeemvragen die daarbij aan de orde zijn. Voorzover de morele dimensie daarbij aan bod komt, gaat het om de bereidheid van jongeren om extra premie te betalen ten gunste van ouderen, waarbij het model van het autonome individu in zijn gedaante van calculerende burger als vanzelfsprekend wordt voorondersteld.²³ Buiten beeld blijft daarbij doorgaans de mogelijkheid om de gesignaleerde problemen niet alleen langs de kant van systemische regelingen en de bijbehorende rechten en (financiële) plichten aan te pakken, maar ook en vooral via het ondersteunen en versterken van morele weefsels op het niveau van de leefwereld. Eenzijdige sturing op systeemnormen, het centraal stellen van technische professionaliteit en overconcentratie op modus-één kennis versterken het doorslijten van de narratieve weefsels en de vormen van onderlinge betrokkenheid die voorheen solidariteit en onderlinge betrokkenheid op leefwereld niveau droegen. Pogingen om dat verlies te compenseren door individuen op hun verantwoordelijkheid te wijzen en te verplichten tot eigen zorgbijdragen, roepen eerder tegenkrachten op dan een daadwerkelijke bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van nieuwe vormen van solidariteit.

In het licht van het bovenstaande is het van groot belang dat de zorgwaarden die blijkens ons onderzoek in de thuiszorg en dragende rol vervullen, en de zingevend en verbindende betekenis daarvan voor de betrokkenen *vanuit de thuiszorg zelf* veel actiever worden uitgedragen met het oog op het ontwikkelen en versterken van nieuwe vormen van solidariteit en onderlinge steun op het niveau van buurten en wijken. Intensieve samenwerking met en ondersteuning van vrijwilligersorganisaties is daarbij geboden. Ondanks alle problemen die op voorhand met de nieuwe WMO verbonden lijken, biedt die wet hiervoor op gemeenteniveau wellicht interessante nieuwe aanknopingspunten.

In onderstaand schema worden deze vier ontwikkeltrajecten aanschouwelijk weergegeven. Te verwachten valt dat de gecombineerde invloed van deze trajecten op termijn ook op het niveau van het politieke beleid tot verschuivingen zal leiden. Het is echter in onze ogen van doorslaggevend belang dat de ontwikkeling van warmte-kracht koppelingen vooral ook op lokaal niveau wordt aangepakt, vanuit de betekenisgeving en de eigen ontwikkelmogelijkheden van de eerst-betrokkenen, in plaats van in termen van eisen aan ‘de politiek’, die naar verwachting vooral zullen uitmonden in nieuwe vormen van systemische sturing.

²³ Vgl. bijvoorbeeld de interessante discussies rond de columns van G. Kalshoven in *De Volkskrant* naar aanleiding van het boek van Bert de Vries *Overmoed en onbehagen*, Amsterdam 2005. De discussie is te vinden via www.devolskrant.nl via de zoekterm ‘lees dat boek’)

bepalend voor de kwaliteit van de samenwerking tussen professionals en cliënten en voor de samenwerking tussen professionals onderling. Op beleidsniveau bestaat een sterke neiging om de aanwezigheid en werkzaamheid van dergelijke waarden als een soort natuurfenomeen te beschouwen, als een onuitputtelijke aardgasbel waar beleid en organisatie naar believen uit kunnen putten. Sociologisch gezien is dat bijzonder naïef. Morele waarden zijn nooit zomaar uit de hemel komen vallen of uit de grond opgeborreld en doen dat in onze tijd al helemaal niet meer. Zij vereisen niet alleen een eigen milieu en een permanente toevoer van specifieke ‘grondstoffen’ om te kunnen floreren, maar zijn bovendien kwetsbaar voor ondermijnende invloeden. Met betrekking tot problemen ten aanzien van de openbare orde en de democratische rechtsstaat lijkt die kwetsbaarheid inmiddels op beleidsniveau beseft te worden. Maar de kwetsbaarheid van morele waarden op het niveau van mensgerichte professionele praktijken als de thuiszorg en hun belang voor doeltreffende en doelmatige zorg, dringt nog onvoldoende door. Die conclusie dringt zich in ieder geval op in het licht van de eenzijdige sturing op systeemwaarden die het beleid van de afgelopen jaren kenmerkt en in het licht van de zorgwekkende verwaarlozing van de voedingsbodem voor morele waarden die uit ons onderzoek naar voren komt. Daarmee gaat het niet alleen om opvallende vormen van verwaarlozing als het bemoeilijken van inhoudelijk teamoverleg, het afknippen van coachingsmogelijkheden en het sterk verminderen van ruimte en budget voor bij- en nascholing. Minstens zo belangrijk als het verminderen van de *ruimte* voor de narratieve articulatie van emotioneel geladen ervaringen en de waarden en inzichten die daarmee verbonden zijn, is de verarming van de *taal* die op beleids- en managementniveau gesproken wordt. Op het niveau van algemene doelstellingen en zorgvisies zijn allerlei retorische verwijzingen naar morele waarden te vinden, maar in de daadwerkelijke organisatie en implementatie van de zorg een bureaucratisch taalspel waaruit bijna alle verwijzingen naar concrete ervaringen en emoties en naar het verdriet en lijden van mensen en naar alle misverstanden, conflicten en menselijke tekorten binnen en rondom de organisatie zelf zorgvuldig zijn verwijderd: die worden verbannen naar de kampvuurtjes en vallen buiten de officiële bedrijfsvoering.

Hier toont zich in onze ogen de achterkant van de moderniseringsprocessen die op beleidsniveau met zoveel enthousiasme en volharding, maar ook met zo weinig zorg, aandacht en menselijke verbeeldingskracht in gang zijn gezet. Mede tegen de achtergrond van de sterke betrokkenheid op morele waarden die de traditie van het kruiswerk in ons land kenmerkt, hopen wij met dit onderzoek een impuls te kunnen geven aan het broodnodige debat over deze ontwikkelingen, zowel op het niveau van de betrokken beroepsgroepen als op het niveau van de betrokken overheidsinstanties en het publieke debat. Als er iets dat dit onderzoek boven tafel brengt dan is het is dat het belang van dit debat en de noodzaak daar praktische consequenties aan te verbinden.

Afsluitend willen wij alle praktijkmensen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt van harte danken voor hun steun en hun betrokkenheid en tot slot een beroep op hen doen om actief aan dit debat en de onderliggende zoektocht bij te dragen. Dat is niet alleen van groot belang voor de toekomst van de thuiszorg, maar ook voor het bredere maatschappelijke debat over de toekomstige inrichting van onze samenleving in zijn geheel. Hun ervaringen met de modernisering van de thuiszorg hebben een bredere maatschappelijke betekenis en verdienen het nadrukkelijk voor het voetlicht te komen.

Literatuur

Baart, A., *Theorie van de presentie*, Lemma, Utrecht 2003

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

Castells, M., *The Information Age : Economy, Society and Culture*, Part 1, *The Rise of the Network Society*, Blackwell, Massachusetts 1996

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*. Den Haag, 1987

Deleuze, G. & Guatari, F., *Rhizoom*, Utrecht 1979

Dijstelbloem, H., Meurs, P.M. en Schrijvers, E.K., *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf maatschappelijke sectoren*, Amsterdam University Press 2004

Giddens, A., *Modernity and Self-Identity*, Polity Press, Cambridge 1991

Gibbons, M, Loges, C., Nowotny, H. e.a. *The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies* , Sage Publications, New York 1995

Habermas, J. *Theorie des Kommunikativen Handelns*, 2 Bände, Frankfurt a.Main 1981

Halsema, F. & B. Snels (red.) *Vrijheid als ideaal*, Uitg. Sun, Amsterdam 2005

Houten, D. van, *De gevarieerde samenleving*, De Tijdstroom, Utrecht 2004

Kunneman, H., *Van theemutscultuur naar walkman-ego*, Boom, Amsterdam 1996

Kunneman, H., *Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*, Humanistics University Press/SWP, Amsterdam 2005

Kunneman, H. "Pedagogiek en jeugdzorg in tijden van wetenschap", *Pedagogiek in praktijk*, Oktober 2005, p. 24-28

Lyotard, J.-F., *Het onmenselijke*, Kok, Kampen 1992

Luhmann, N, *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, 2 Bnd. Suhrkamp, Frankfurt. a. Main 1997

Manenschijn, G. , *De mythe van de autonomie*, Kampen 1999

Roggen, T., *Omgangskwaliteit voor orthopedagogen. Pleidooi voor een normatieve professionaliteit*, Uitg. Agiel, Utrecht 2004

Smaling, A., *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*, Lisse 1987

Touraine, A., *Que ´est-ce que la d´emocratie?* Fyard, Paris 1994

Tronto, J., *Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York/London 1993

Verbruggen, A., *Tijd van onbehagen*, Uitg. Sun, Amsterdam 2004

Vries, B. de, *Overmoed en onbehagen*, Uitg. Bert Nakker Amsterdam 2005

Zwaarte van Zorg. Advies van de vakinhoudelijke raad, onder voorzitterschap van Dr. A van der Arend, *Nu 91*, 2003

Bijlage: **Overzicht enquêteresultaten
en methodologische overwegingen**

Enquête
Thuiszorg in Transitie

Afgenomen tussen 10 juni en 20 augustus 2005 via de website van de Universiteit voor Humanistiek.

Enquête deelname (N = 481)

Vraag 1

In mijn omgang met cliënten is het allerbelangrijkste voor mij:

	x% v/d stemmen	x% v/d respondenten koos voor
dat ik echt de tijd heb voor goede en aandachtige zorg	24,8	49,7
dat ik precies kan afstemmen op de eigenlijke zorgvraag	17,6	35,3
dat ze mij kunnen vertrouwen	13,2	26,4
dat ik hen respectvol bejegen	11,5	23,1
dat ik de vraag achter de vraag kan horen	9,4	18,7
dat ik een brede blik heb en ook preventief bezig kunnen zijn	8,2	16,3
dat ik mij in mijn werk persoonlijk en professioneel kan blijven ontwikkelen	6,8	13,5
dat ik het gevoel krijg hen echt te helpen	4,1	8,3
dat ik ook de mantelzorg kan steunen	3,1	6,1
dat ik hen ook bij levensvragen kan ondersteunen	1,3	2,6

Bovenstaande enquêteresultaten geven het gemiddelde van alle respondenten weer. Bijna 50% van de deelnemers zegt in hun omgang met cliënten "**echt de tijd hebben voor goede en aandachtige zorg**" erg belangrijk te vinden. Deze conclusie is overduidelijk.

In relatie tot beroepsgroep

Er blijken echter nogal wat verschillen te bestaan tussen verschillende groepen respondenten die aan de enquête hebben deelgenomen. Bij verpleegkundigen zien we de volgende top 3:

1. dat ik echt de tijd heb voor goede en aandachtige zorg - (24,8 / 49,6%)
2. dat ik precies kan afstemmen op de eigenlijke zorgvraag - (19,8% / 39,6%)
3. dat ik hen respectvol bejegen - (13,3% / 26,6%)

Bij verzorgenden:

1. dat ik echt de tijd heb voor goede en aandachtige zorg - (22,9% / 45,8%)
2. dat ze mij kunnen vertrouwen - (19,7% / 39,4%)
3. dat ik precies kan afstemmen op de eigenlijke zorgvraag - (14,2% / 28,4%)

En bij gespecialiseerde verzorgenden:

1. dat ik precies kan afstemmen op de eigenlijke zorgvraag - (19,6% / 39,2%)
2. dat ik de vraag achter de vraag kan horen - (17,9% / 37,8%)
3. dat ze mij kunnen vertrouwen - (16,1% / 32,2%)

Verpleegkundigen duiden als 2e meeste belangrijke het belang van het "**precies afstemmen op de eigenlijke zorgvraag**". Ook verzorgenden vinden dat belangrijk (3^e plaats) maar van groter belang vinden zij "**dat cliënten hun kunnen vertrouwen**". Opvallend is verder de behoorlijk afwijkende top 3 van de gespecialiseerde verzorgenden. Voor hen is het "**precies afstemmen op de eigenlijke zorgvraag**" het belangrijkste in het contact met de cliënt en ten tweede het daaraan verwante "**de vraag achter de vraag kunnen horen**", daaruit blijkt m.i. de speciale aard van de groep cliënten die GV bedient en de delicate aard van dat onderlinge contact.

In relatie tot gender

Daarnaast valt nog op dat vrouwen "**dat ik echt de tijd heb voor goede en aandachtige zorg**" duidelijk nog belangrijker vinden dan het "**dat ik precies kan afstemmen op de eigenlijke zorgvraag**" (24,9% versus 17,3%), terwijl mannen de beide zowat even belangrijk vinden (24,1% versus 22,4%)

Vraag 2

In hoeverre bent U het eens of oneens met de volgende uitspraken van collega's over werken in de thuiszorg:

'het werk geeft veel voldoening omdat je merkt dat je mensen echt kunt helpen'	1,44
'het is mooi werk omdat je een duidelijke eigen verantwoordelijkheid hebt en ruimte om daar zelf inhoud aan te geven'	1,35
'het werk geeft voldoening omdat het je uitdaagt je persoonlijk en professioneel te blijven ontwikkelen'	1,35
'het is mooi werk omdat je direct in aanraking komt met belangrijke levensvragen van cliënten'	1,15

zeer eens = 2
beetje eens = 1
neutraal = 0
beetje oneens = -1
zeer oneens = -2

Alle uitspraken krijgen een waardering tussen 1 en 2 (tussen “beetje eens / zeer eens”). Er is klein onderling verschil en er is dus geen goed onderling vergelijk mogelijk. Wel kan van de vier stellingen gezegd worden dat de respondenten het daar duidelijk mee eens zijn.

In relatie tot gender

Wat verder enigszins opvalt, is de wat lagere instemming van mannen met de uitspraak dat “**het mooi werk is omdat je direct in aanraking komt met belangrijke levensvragen van cliënten**”. Vrouwen scoren hierop 1.17, mannen 0.79.

Vraag 3

In hoeverre bent U het eens of oneens met de volgende uitspraken over datgene wat werken in de thuiszorg ook zwaar kan maken:

'de complexiteit van zorgvragen blijft toenemen en dat maakt het werk zwaar'	0,51
'het werk valt mij zwaar omdat ik vaak minder zorg kan geven dan nodig is'	0,46
'het zwaarste vallen mij de grote werkdruk en het gebrek aan tijd'	0,43
'het zwaarste vind ik de confrontatie met de eenzaamheid en het verdriet van mensen'	0,22
'Ik sta er vaak alleen voor bij de cliënt en dat valt me zwaar'	- 0,53

zeer eens = 2
beetje eens = 1
neutraal = 0
beetje oneens = -1
zeer oneens = -2

Al de scores zijn vrij dicht rond de 0, dus neutraal. Wat betekent het dat men zich hierover gematigd heeft uitgesproken? Vindt men het werk niet erg zwaar of spreekt men zich daar wellicht niet erg stellig over uit? Dit zou m.i. nader onderzocht te worden. Mede in het licht van vorige vraag.

Opvallend is wel dat men het licht mee oneens zijn met **“Ik sta er vaak alleen voor bij de cliënt en dat valt me zwaar”**. Men kan dus zeker niet stellen dat dat het werk zwaar zou maken.

In relatie tot beroepsgroep

Verzorgenden (0,79) en in het bijzonder gespecialiseerde verzorgenden (1,04) sterker dan verpleegkundigen vinden dat **“de complexiteit van zorgvragen blijft toenemen en dat maakt het werk zwaar”**.

In relatie tot werkervaring

Ook is er een lichte trend zichtbaar dat hoe langer professionals al in de TZ werkzaam hoe hoger zij scoren bij de 5 stellingen. In het bijzonder bij de stellingen **“de complexiteit van zorgvragen blijft toenemen en dat maakt het werk zwaar”** en **“het werk valt mij zwaar omdat ik vaak minder zorg kan geven dan nodig is”**. De conclusie lijkt daarom gerechtvaardigd dat het werk in de thuiszorg met de jaren zwaarder is geworden.

Vraag 4

In mijn omgang met collega's is het allerbelangrijkste voor mij:

	x% v/d stemmen	x% v/d respondenten koos voor
dat we zorgen kunnen delen en elkaar zonodig op kunnen vangen	21,9	43,9
dat we samen gaan voor de belangen van cliënten	21,8	43,7
dat we onderling goed kunnen afstemmen	11,6	23,2
dat we elkaar ook kritische feedback kunnen geven	11,4	22,8
dat we een echt team zijn	10,8	21,5
dat we elkaar kunnen inspireren	10,1	20,2
dat we gelegenheid hebben voor intervisie	7,2	14,4
dat alle vijf de niveaus in het team vertegenwoordigd zijn	2,9	5,8
dat we over achterliggende levensvragen in gesprek kunnen zijn	1,9	3,9
dat we solidair zijn ten opzichte van de leiding	0,3	0,6

Het belang van “*zorgen kunnen delen en elkaar opvangen*” en “*het samen gaan voor de belangen van de cliënt*” in de omgang met collega’s is onmiskenbaar.

In relatie tot beroepsgroep

Bij de gespecialiseerde verzorgenden is “*dat we zorgen kunnen delen en elkaar zonodig op kunnen vangen*” zelfs nog belangrijker (28,6% / 57,2%) en ook hechten zij meer dan de andere beroepsgroepen belang aan “*dat we gelegenheid hebben voor intervisie*” (12,5% / 25%). Hierin toont zich de specifieke contactuele zwaarte die de GV functie meebrengt.

Verder blijken verzorgenden een wat grotere belang TE hechten aan “*dat we onderling goed kunnen afstemmen*” en “*dat we een echt team zijn*” dan verpleegkundigen.

In relatie tot leeftijd

Een lichte trend is zichtbaar dat oudere professionals in de TZ meer behoefte hebben aan het “*dat we elkaar kunnen inspireren*”. (Mannen blijken daar overigens nauwelijks aan te hechten)

In relatie tot werkervaring

Er is een lichte trend dat professionals met mee werkervaring “*het elkaar ook kritische feedback kunnen geven*” van meer belang vinden in de omgang met collega’s dan mensen met minder dienstjaren.

In relatie tot wel/geen leidinggevende taken

“*Dat we samen gaan voor de belangen van cliënten*” wordt door professionals met leidinggevende taken het allerbelangrijkste gevonden (24,8% / 49,6%), professionals zonder die taken (20,2% / 40,4%). De laatste vinden juist “*dat we zorgen kunnen delen en elkaar zonodig op kunnen vangen*” het allerbelangrijkste in de omgang met collega’s (23% / 46%), tegenover professionals die ook leidinggevende taken hebben (20,0% / 40,0%)

Vraag 5

Wat zijn de belangrijkste waarden in de omgang met leidinggevenden?

Mijn leidinggevende moet mij vooral ruimte en vertrouwen geven	1,70
Mijn leidinggevende moet in de eerste plaats een goede coach zijn en mij inspiratie bieden	1,45
Mijn leidinggevende moet vooral duidelijk zijn over grenzen en prioriteiten	1,12
Mijn leidinggevende moet vooral kennis en inzicht hebben t.a.v. mijn werk	1,10
Mijn leidinggevende moet mij vooral opvangen wanneer ik dat nodig heb	0,94

zeer eens = 2
beetje eens = 1
neutraal = 0
beetje oneens = -1
zeer oneens = -2

“Mijn leidinggevende moet mij vooral ruimte en vertrouwen geven” scoort met 1,7 zéér hoog en ook *“Mijn leidinggevende moet in de eerste plaats een goede coach zijn en mij inspiratie bieden”* heeft grote instemming gekregen. Dat zijn met recht prominente uitkomsten.

In relatie tot werkervaring

Er zijn lichte trends zichtbaar dat (1) hoe langer men al in de TZ werkt en (2) hoe ouder men is, hoe meer waarde men hecht aan *“Mijn leidinggevende moet in de eerste plaats een goede coach zijn en mij inspiratie bieden”*

Vraag 6

Welke steun en initiatieven verwacht u van de organisatie waarin u werkt ten aanzien van professionele kwaliteit en professionele ontwikkeling?

	x% v/d stemmen	x% v/d respondenten koos voor
deskundigheidsbevordering via cursussen, congressen e.d.	34,2	68,4
inspraakmogelijkheden rond zaken die niet goed lopen	23,8	47,5
regelmatig inhoudelijk teamoverleg	19,2	38,4
mogelijkheden voor intervisie	9,1	18,1
doorstroommogelijkheden	7,5	14,9
bevorderen van teamgeest en inspiratie	6,3	12,6

Bijna 70% van de deelnemers verwacht “*deskundigheidsbevordering via cursussen, congressen e.d.*” van de organisatie.

In relatie tot beroepsgroep

Bij alle beroepsgroepen is “*deskundigheidsbevordering via cursussen, congressen e.d.*” nummer 1. Daarna blijken er echter behoorlijke verschillen tussen de beroepsgroepen te bestaan. Vooral verpleegkundigen willen “*inspraakmogelijkheden rond zaken die niet goed lopen*” namelijk (25,8% / 51,6%), bij verzorgende is dat (16,2% / 32,4%). Voor de verzorgenden is de 2^e keus “*regelmatig inhoudelijk teamoverleg*” (23% / 46%). Daarnaast zijn “*doorstroommogelijkheden*” veel belangrijker voor verzorgenden (13,1% / 26,2%) dan voor verpleegkundigen (5,3% / 10,6%)

In relatie tot leeftijd

Er is een lichte trend dat ouderen “*regelmatig inhoudelijk teamoverleg*” belangrijker vinden.

In relatie tot wel/geen leidinggevende taken

Professionals met leidinggevende taken hechten bijna evenveel belang aan “*deskundigheidsbevordering via cursussen, congressen e.d.*” en “*inspraakmogelijkheden rond zaken die niet goed lopen*”. Professionals zonder die taken verwachten veel sterker van de organisatie voor hun professionele kwaliteit en ontwikkeling “*deskundigheidsbevordering via cursussen, congressen e.d.*”.

Vraag 7

Welke waarden of ‘deugden’ tav het werk zijn het allerbelangrijkste?

	x% v/d stemmen	x% v/d respondenten koos voor
respect	21,5	43,0
betrokkenheid	17,1	34,3
betrouwbaarheid	14,9	29,8
zorgvuldigheid	12,2	24,5
menselijke warmte	9,8	19,6
collegialiteit	8,8	17,7
eerlijkheid	7,8	15,5
inspiratie	2,6	5,1
doorzettingsvermogen	2,1	4,3
kritiek kunnen hebben	1,8	3,6
spiritualiteit	0,9	1,7
levensmoed	0,5	1,1

Met 43% is “*respect*” de duidelijke uitschieter. Verder worden over de hele linie van beroepsgroepen “*betrokkenheid*”, “*betrouwbaarheid*” als belangrijke waarden beschouwd.

In relatie tot beroepsgroep

“*Zorgvuldigheid*” is bovenal een belangrijke waarde voor verpleegkundigen, terwijl verzorgenden meer dan hen waarde hechten aan “*menselijke warmte*”.

In relatie tot gender

Vrouwen benadrukken na respect met “*betrokkenheid*” en “*betrouwbaarheid*”, terwijl bij mannen na respect juist “*zorgvuldigheid*” nummer twee is.

Vraag 8

Welke veranderingen hebben voor U op de werkvloer de meest ingrijpende gevolgen gehad?

	x% v/d stemmen	x% v/d respondenten koos voor
de invoering van de functiegerichte indicatiestelling	20,3	40,6
de indicatiestelling door het CIZ	20,2	40,4
de invoering van de functiegerichte bekostiging	17,5	35,1
de invoering en daarna het verhogen van de eigen bijdrage	17,5	35,1
de invoering van concurrentie	16,7	33,4
de toewijzing door het zorgkantoor	5,8	11,6
de invoering van standaard zorgplannen	1,9	3,8

Dat er 5 stellingen zijn met een relatief gelijke score maakt een onderling vergelijk moeilijk. Wellicht is een rede daarvoor dat niet iedereen de verschillende veranderingen wel zo goed kan onderscheiden.

In relatie tot beroepsgroep:

We zien hierin toch duidelijke verschillen per beroepsgroep. Bij verpleegkundige zien we de volgende top 3:

1. de invoering van de functiegerichte indicatiestelling (22,5% / 45,0%)
2. de invoering van de functiegerichte bekostiging (19,8% / 39,6%)
3. de indicatiestelling door het CIZ (19,4% / 38,8%)

Bij verzorgenden is de top 3:

1. de indicatiestelling door het CIZ (21,6% - 43,2%)
2. de invoering en daarna het verhogen van de eigen bijdrage (21,2% / 42,4%)
3. de invoering van concurrentie (20,7% / 41,4%)

En bij gespecialiseerde verzorgenden:

1. de invoering van de functiegerichte indicatiestelling (26,8% / 53,6%)
2. de invoering van concurrentie (21,4% / 42,8%)
3. de invoering en daarna verhogen van de eigen bijdrage (16,1% / 32,2%)

Redelijk duidelijke verschillen die aan de beroepsgroep gerelateerd zijn. De gespecialiseerde verzorgende blijken daarbij het duidelijkst in hun keuze.

In relatie tot gender

Opvallend is verder dat bijna 2x zoveel vrouwen als mannen aangeeft dat de invoering van concurrentie gevolgen op de werkvloer heeft gehad.

Vraag 9

In welke mate ben u het eens of oneens bent met de volgende stellingen (rond CIZ en indicatiestelling)?

De invoering van het CIZ brengt veel tijdrovende bureaucratie met zich mee brengt	1,49
De indicatiestelling via het CIZ heeft geleid tot een verschraling van de thuiszorg	1,09
De combinatie van centrale Indicatiestelling en concurrentie heeft geleid tot slechtere afstemming op de eigenlijke zorgvraag van cliënten	0,80
Werkenden in de thuiszorg beheersen de 'taal' van de indicatiestelling onvoldoende en dat is nadelig voor cliënten	0,40
Als er goede argumenten zijn kan via een her-indicatie altijd het passende zorgniveau gerealiseerd worden	0,17
De centrale indicatiestelling heeft bijgedragen aan een beter besef van kosten en een betere bewaking daarvan in de thuiszorg	-0,45
De invoering van het CIZ heeft bijgedragen aan een meer objectieve en adequate indicatiestelling	-0,83

zeer eens = 2
beetje eens = 1
neutraal = 0
beetje oneens = -1
zeer oneens = -2

De conclusie dat “*de invoering van het CIZ brengt veel tijdrovende bureaucratie met zich mee brengt*” is duidelijk. Kanttekening is wellicht dat daarbij de nadruk gelegd moet worden op het bestaan van veel “*tijdrovende bureaucratie*”, die was er namelijk bij de aan het CIZ voorafgaande RIO's ook al.

Dat “*de combinatie van centrale Indicatiestelling en concurrentie heeft geleid tot slechtere afstemming op de eigenlijke zorgvraag van cliënten*” en dat “*De invoering van het CIZ heeft bijgedragen aan een meer objectieve en adequate indicatiestelling*” relateren in tegengestelde zin aan elkaar. De eerste krijgt in zowat gelijk gelijke instemming of de laatste afkeuring.

In relatie tot werkervaring

Met “*de indicatiestelling via het CIZ heeft geleid tot een verschraling van de thuiszorg*” bestaat in het algemeen instemming, maar degene die langer bij de thuiszorg werken zijn het er meer mee eens dan degene die er korter werken.

In relatie tot beroepsgroep

Opvallend is verder dat verpleegkundigen zowel in positieve als negatieve zin hoger scoren dan verzorgenden. Wellicht geeft dit aan dat zij er meer direct mee te maken hebben en er daarom een duidelijkere uitspraak over doen.

Vraag 10

In welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over de eigen bijdrage?

Vanwege de eigen bijdrage nemen cliënten met beperkte financiële middelen minder zorg af dan goed voor hen zou zijn	1,34
Vanwege de eigen bijdrage zijn zorgverleners terughoudend bij het nemen van initiatieven voor hun cliënten en dat vermindert de kwaliteit van de verleende zorg	0,16
De eigen bijdrage bevordert kostenbewustzijn bij cliënten en bij werkenden in de thuiszorg	-0,05
De eigen bijdrage is een effectief middel om overmatige zorgconsumptie af te remmen	-0,68

zeer eens = 2
beetje eens = 1
neutraal = 0
beetje oneens = -1
zeer oneens = -2

Met de stelling dat “*Vanwege de eigen bijdrage nemen cliënten met beperkte financiële middelen minder zorg af dan goed voor hen zou zijn*” zijn werkenden in de TZ het duidelijk eens. Toch een duidelijke en schrijnende conclusie.

Met de stelling dat “*De eigen bijdrage is een effectief middel om overmatige zorgconsumptie af te remmen*” is men het een beetje oneens.

De andere stellingen zijn neutraal, wat bij de kostenbewustzijnstelling overigens wel opvallend is omdat de klachten en moeilijkheden daarover wel klinken.

Vraag 11

Kunt U aangeven in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen?

De mogelijkheden voor goede afstemming binnen teams en met de leiding zijn de laatste jaren binnen mijn organisatie afgenomen	0,34
Met name in terminale situaties wordt vanuit mijn team zonnodig zorg verleend op een te hoog niveau; de kosten worden dan elders gecompenseerd	0,14
Mijn thuiszorgorganisatie slaagt erin om via goede samenwerking met CIZ en zorg- kantoor het onderste uit de kan te halen voor cliënten	0,02
Mijn thuiszorgorganisatie blijft geïndiceerde zorg ook verlenen wanneer dat eigenlijk niet meer nodig is, om de productie binnen te halen	-0,92

zeer eens = 2
beetje eens = 1
neutraal = 0
beetje oneens = -1
zeer oneens = -2

Zeer lage scores, wat weinig conclusies mogelijk maakt. Het enige wat opvalt is het een “beetje oneens” zijn dat “*Mijn thuiszorgorganisatie geïndiceerde zorg ook blijft verlenen wanneer dat eigenlijk niet meer nodig is, om de productie binnen te halen*”. Het zijn vooral verpleegkundigen en gespecialiseerde verzorgenden die dat zeggen. En wat meer vrouwen dan mannen.

Vraag 12

Wat zijn volgens U de belangrijkste verbeteringen die de komende jaren in de thuiszorg doorgevoerd moeten worden?

	x% v/d stemmen	x% v/d respondenten koos voor
de bureaucratie moet worden teruggedrongen	30,8	61,6
de professionals in de thuiszorg moeten meer ruimte krijgen om zelfstandig de zorgbehoefte van cliënten te bepalen	24,5	49,0
de indicatiestelling moet weer door de zorgorganisaties zelf verzorgd gaan worden	16,6	33,2
de eigen bijdrage moet worden afgeschaft	8,0	16,0
er moet veel meer geïnvesteerd worden in deskundigheidsbevordering, coaching en professionele ontwikkeling	7,6	15,1
het invoeren van concurrentie in de thuiszorg dient te worden terug gedraaid	6,5	13,1
er moet veel meer aandacht komen voor ondersteuning van de mantelzorg	3,1	6,2
de concurrentie in de thuiszorg moet verder versterkt worden	1,3	2,7
Door de rol dienen van de beroepsverenigingen te versterken kunnen de deskundigheid en betrokkenheid van professionals in de thuiszorg beter benut worden	1,3	2,7
Door de rol dienen van de beroepsverenigingen te versterken kunnen de deskundigheid en betrokkenheid van professionals in de thuiszorg beter benut worden	0,2	0,4

Centrale conclusie is overduidelijk: **“de bureaucratie moet worden teruggedrongen”**.

Daarna komen de mi verwante **“de professionals in de TZ moeten meer ruimte krijgen om zelf de zorgbehoefte van cliënten te bepalen”** en **“de indicatiestelling moet weer door de zorgorganisaties zelf verzorgd gaan worden”**. Beide duiden op het zorg-op-maat idee dat pas in het primaire zorgproces zelf precies kan worden afgestemd. Als je deze 2 samenneemt kom je zelfs op 72,2%, wat men de hoogste prioriteit zou geven. In iedere geval een duidelijke conclusie.

In relatie tot leeftijd.

Hoe ouder de werknemer hoe sterker van mening dat **“de bureaucratie moet worden teruggedrongen”**.

Vraag 13

Kunt U aangeven met welke twee stellingen u het meeste kunt instemmen?

	x% v/d stemmen	x% v/d respondenten koos voor
centrale zorgwaarden komen in de thuiszorg steeds meer in de knel	28,9%	57,9%
het is moeilijker geworden om inspiratie en betrokkenheid overeind te houden en die vormen het hart van het werk	23,3%	46,7%
omdat de vraag in de thuiszorg blijft toenemen, moeten we het wel meer met minder doen en sturen op effectiviteit en doelmatigheid	18,6%	37,1%
alle veranderingen in de thuiszorg hebben voor mij ook nieuwe uitdagingen en ontwikkelingsmogelijkheden met zich meegebracht	14,9%	29,9%
werken in de thuiszorg is over het geheel genomen onaantrekkelijker geworden	14,2%	28,4%

Men beaamt overduidelijk dat **“centrale zorgwaarden in de thuiszorg steeds meer in de knel komen”**.

In relatie tot beroepsgroep

Hoewel alle beroepsgroepen het er duidelijk mee eens zijn dat **“centrale zorgwaarden in de thuiszorg steeds meer in de knel komen”** staat deze alleen bij verpleegkundige duidelijk bovenaan (32,1% / 64,2%). Bij verzorgenden staat verrassend genoeg **“omdat de vraag in de thuiszorg blijft toenemen, moeten we het wel meer met minder doen en sturen op effectiviteit en doelmatigheid”** bovenaan (24,6% / 49,2%), kort gevolgd door de genoemde (21,9% / 43,8%) en **“het is moeilijker geworden om inspiratie en betrokkenheid overeind te houden en die vormen het hart van het werk”** (21,9% / 43,8%). Gespecialiseerde verzorgenden stellen **“inspiratie en betrokkenheid overeind houden”** bovenaan (24,1% / 48,2%), kort gevolgd door **“centrale zorgwaarden komen in de thuiszorg steeds meer in de knel”** (22,4% / 44,8%).

In relatie tot werkervaring

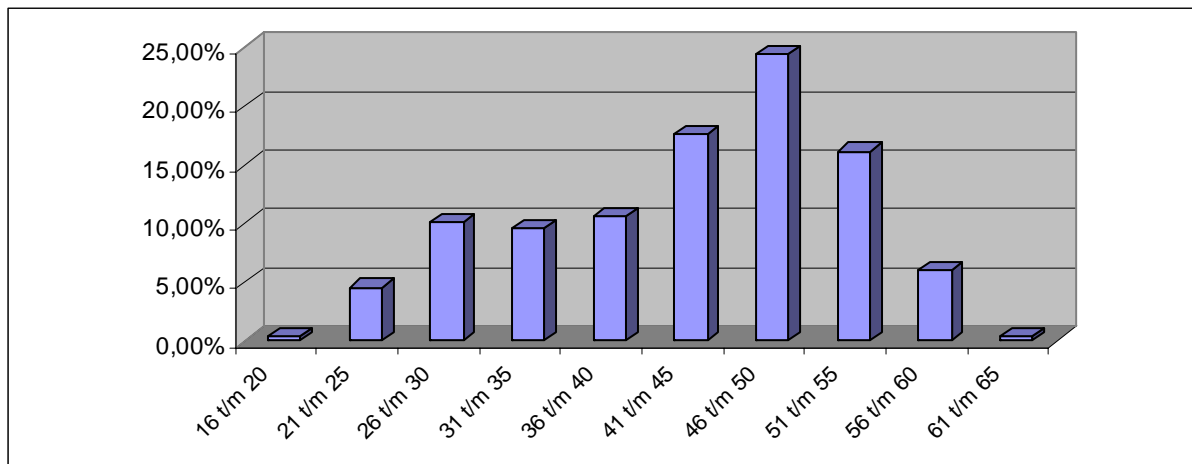
Hoe langer men al in de thuiszorg werkt, hoe sterker men vindt dat **“het is moeilijker geworden om inspiratie en betrokkenheid overeind te houden en die vormen het hart van het werk”** en ook dat **“werken in de thuiszorg is over het geheel genomen onaantrekkelijker geworden”**.

Hoe korter men in de thuiszorg werkt hoe meer begrip men heeft voor **“omdat de vraag in de thuiszorg blijft toenemen, moeten we het wel meer met minder doen en sturen op effectiviteit en doelmatigheid”**.

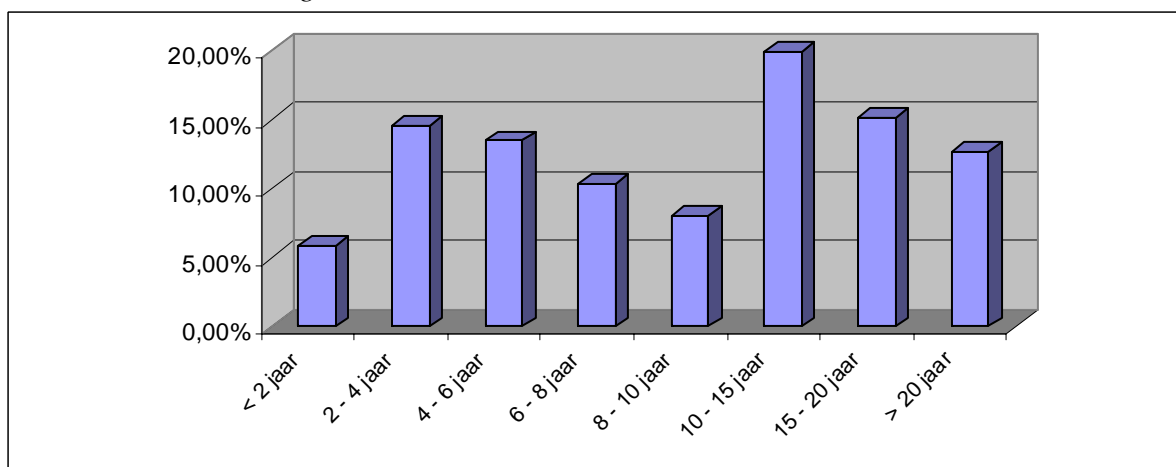
Spreidingsgegevens

Variatie in geslacht en leeftijd

De elektronische enquête is via de website van de Universiteit voor Humanistiek afgenomen tussen 10 juni en 20 augustus. Om respondenten te werven zijn in verschillende voor Verpleging en Verzorging relevante tijdschriften en op relevante websites oproepen geplaatst. Bovendien zijn alle thuiszorginstellingen in Nederland benaderd met het verzoek hun werknemers van de enquête op de hoogte te brengen. Er hebben in totaal 481 respondenten deelgenomen met een leeftijdsvariatie die voor de thuiszorg representatief is:



Variatie in werkervaring

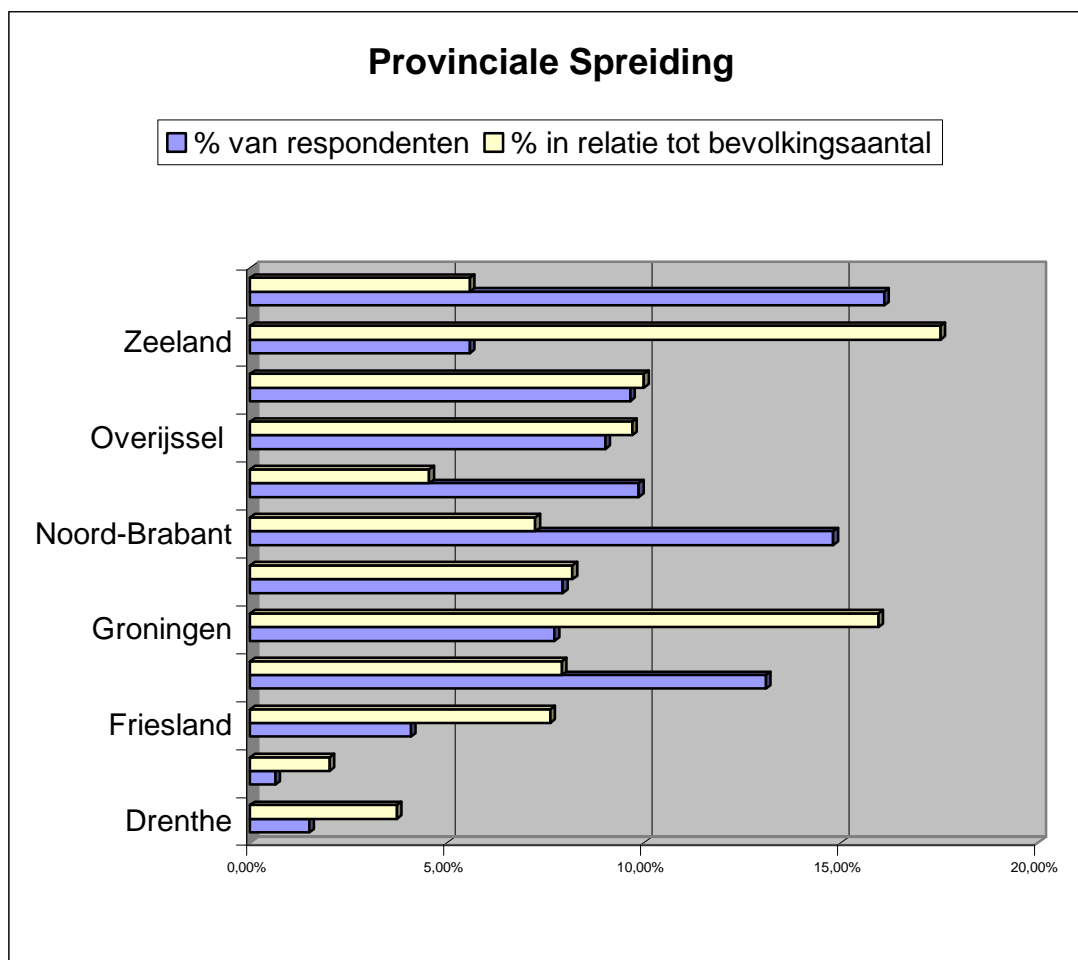


Variatie in Beroepsgroepen

Er hebben 331 Verpleegkundigen en 150 Verzorgenden aan de enquête deelgenomen. Van de verzorgenden is 18% Verzorgende A of B, 38% Verzorgende C of D, 19% Gespecialiseerde Verzorgende en is 25% Wijkziekenverzorgende.

Opvallend is dat van het grote aantal Verzorgenden A en B die in de thuiszorg werken, een relatief laag percentage aan de enquête heeft deelgenomen. De onderzoekers zien als oorzaak daarvan het elektronische karakter van de enquête, vooral deze groep is minder gewend van computer en internet gebruik te maken. In de analyse van de enquêtedata op verschillen tussen de beroepsgroepen is dit meegenomen en er moet rekening gehouden worden met een wat teruglopende generaliseerbaarheid bij de beroepsgroepen met een lagere respons.

Geografische spreiding



Spreiding type werkomgeving

24% van de respondenten werkt bij een thuiszorginstelling in een grote stad, 35% in een middelgrote stad en 41% in een kleine stad. Van deze instellingen levert 84% ook zorg in de omliggende regio of platteland.

Spreiding organisatie typen binnen de huidige zorgmarkt

90% van de respondenten werkt in een instelling die van oudsher thuiszorg levert, 6% in een instelling die naast andere zorgvoorzieningen sinds enkele jaren ook thuiszorg levert en 4% in een instelling die de afgelopen tijd speciaal is opgericht om op de zorgmarkt thuiszorg te gaan leveren.

Levensbeschouwelijke achtergrond

een christelijke levensovertuiging	29%
een islamitische levensovertuiging	1%
een humanistische levensovertuiging	12%
een andere religieuze of levensbeschouwelijke overtuiging	4%
geen duidelijke religieuze of levensbeschouwelijke overtuiging	55%