

Flink de

P

in uw organisatie



HANS VAN DER SCHAAF EN JACQUES VAN DER PALEN (FOTO)

WE CONSTATEREN HET ALLEMAAL: SOMS GAAN IN DE ZORG DINGEN NIET GOED. EN DAT STEEDS WEER OPNIEUW. TERWIJL TOCH IEDEREEN Z'N BEST DOET. EN ER GOEDE WERKAFSPRAKEN ZIJN. JE ZOU ER MOEDELOOS VAN WORDEN. IS HIER NU SPRAKE VAN EEN GEHEIMZINNIG VIRUS DAT DE KOP MOET WORDEN INGEDRUKT? OF VAN EEN ORGANISATIE WAAR DE KWALITEIT BENE-DEN PEIL IS? WIJ DENKEN VAN NIET. VOLGENS ONS IS HIER IETS ANDERS AAN DE HAND. EN, HOE VREEMD HET OOK KLINKT, IETS HEEL NORMAALS. ALLEEN IS HET IETS WAARVAN WE NIET DIRECT ONDERKENNEN DAT HET ER IS. LAAT STAAN DAT WE WETEN WAT WE ER MEE MOETEN DOEN. MET ALS GEVOLG DAT HET PROBLEEM BLIJFT ZOALS HET IS. MET NAME VOOR PROFESSIONALS EN HUN (INTERNE EN EXTERNE) KLANTEN. IN DIT ARTIKEL LEGGEN WE UIT HOE WIJ DAT ZIEN.

Het probleem

We beginnen maar direct met een voorbeeld uit de zorgpraktijk. Dan begrijpt iedereen in één keer waar het over gaat:

Vannacht is een mevrouw bevallen van haar eerste kind. De bevalling zelf verliep zonder al te veel problemen, maar met de baby ging het al snel minder goed. Er waren allerlei complicaties en het kind moest onmiddellijk in een couveuse naar het Academisch Ziekenhuis. De kersverse vader ging mee.

Al gauw kwamen er berichten dat het niet goed ging: de baby zou het waarschijnlijk niet halen. Ondanks dat ze net is bevallen en daar nog knap last van heeft, wil ook de moeder naar 'het academisch'. Naar haar kind.

Er is echter een probleem: eigenlijk zou een ambulance nodig zijn om haar te vervoeren. Maar aangezien haar vervoer 'medisch' gezien niet nodig is, er is voor de moeder geen medische reden om per ambulance naar het academisch te worden vervoerd, mag dat niet. Of ze moet de kosten zelf betalen. Zo er al een ambulance ter beschikking zou worden besteld.

Een taxi dan? Ook hier is geen indicatie voor. En dat mag dus ook niet tegen vergoeding worden geregeld. Bovendien durft waarschijnlijk geen enkele taxichauffeur een zojuist bevallen vrouw mee te nemen in z'n auto. En een verpleegkundige mee sturen kan ook niet. Je zit als ziekenhuis 's nachts al met een minnumbezetting.

Het dienstdoend nachthoofd zit zo klem tussen de regels. Er is geen mogelijkheid om de zorg te geven, die aansluit bij de behoefte van de patiënt.

Bij het opstellen van de 'regels' is deze situatie niet voorzien, en ze bieden daarom geen oplossing. De enige mogelijkheid is nu dat de vader op eigen kosten met een taxi uit het academisch terug komt en vervolgens met eigen auto z'n vrouw mee terug neemt. Hun kind intussen achterlatend. Stervend. Deze moeder heeft haar kind niet meer levend gezien.

De medisch specialist die dit alles 's nachts van dichtbij had mogen meemaken komt de volgende morgen zijn relaas vertellen. Zijn gezicht sprak boekdelen. En terecht.

De situatie die hierboven beschreven wordt, noemen wij een 'perversiteit'. Een 'zorgperversiteit' in dit geval.

Een perversiteit ontstaat als een op zich logische of legitieme regel wordt of moet worden toegepast in een situatie waar deze niet past. Niet aansluit bij wat er qua 'zorglogica' moet gebeuren.

Een 'zorgperversiteit' is te herkennen aan z'n 'onlogische' uitkomsten in relatie met het doel of de bedoeling van de toegepaste zorg (handelingen). 'Onlogisch' voor het gevoel van de zorgverlener en/of de patiënt. En helaas regelmatig voor de ervaren zorgverlening.

De gevolgen van een perversiteit vind je daarom terug bij alle betrokkenen:

- als angst en boosheid bij de patiënt vanwege

de kwaliteit van de (niet-)geleverde zorg;

- als boosheid en verdriet bij de professional omdat deze moest handelen zoals hij deed;
- en in de organisatie vanwege het gedoe dat een perversiteit elke keer weer geeft.

Er zijn natuurlijk grote en kleine perversiteiten. De grote leiden vaak tot een rel. Iedereen heeft het er dan over. Of schaamt zich er voor, dat dit kon gebeuren. Maar onderschat ook die kleine niet. Die perversiteiten die elke dag weer terugkomen. Bij klant en professional. Omdat niemand er wat aan doet. Of weet te doen. Of er moedeloos mee gestopt is, om te proberen er wat aan te doen.

Voor alle duidelijkheid: perversiteiten doen zich overal in de organisatie voor. Ze zijn vaak de grote stoorzenders in de onderlinge communicatie. Veel problemen in de interne 'klant-leverancier' relatie, die ondanks kwaliteitsprojecten maar blijven voortbestaan, zijn hier aan toe te wijzen. Zoals we al schreven: perversiteiten worden niet gekend en onderkend en zijn dus niet 'behandelbaar'.

De symptomen van perversiteiten

De symptomen van de aanwezigheid van perversiteiten in een zorgorganisatie zijn de volgende:

- een langdurig of herhalend gevoel van 'hier klopt iets niet' wat betreft de kwantiteit, kwaliteit, inhoud, vorm, organisatie van, betaling van de verleende of nog te verlenen zorg. Bij de klant. Bij de uitvoerende professionals. In de organisatie;
- het om 'onlogische' redenen ontevreden zijn c.q. blijven van klanten. Ondanks het hebben van een cliëntenraad, ombudsman, klachtencommissie etc. Ondanks het scherp toezien op het goed toepassen van de regels;
- het om 'onlogische' redenen ontevreden zijn c.q. blijven van werknemers/uitvoerende professionals over hun werk. Dit ondanks het hebben van overleg in ondernemingsraden, patiëntenbesprekingen, werkbesprekingen, commissies, adviescolleges en wat de organisatie nog meer aan interne en externe overlegsituaties te bieden heeft;
- kortdurende, steeds weer veranderende cycli van afspraken over 'hoe we het gaan doen'. Omdat ze elke keer opnieuw niet blijken te werken;
- kortdurende, steeds veranderende cycli van management (in aanpak of personen) in top en middenkader van de uitvoerende organisatie;
- zich herhalende problemen rond het primaire proces, of tussen primair proces en ondersteuning, die maar niet worden begrepen of opgelost;
- een frequent voorkomen, in en rond de organisatie, van commissies, overleggen etc. zonder het gevoel te hebben 'dat het iets oplost';
- het frequent moeten inhuren van organisatieadviseurs, interim-managers, ICT-ers etc, zonder het gevoel te hebben 'dat het iets oplost';
- een algehele malaise rond of wantrouwen in 'de top' of haar beleid en politiek, zich onder

DE ZORGADMINISTRATIE HEEFT VEEL TE MAKEN MET REGELS EN REGELTJES. EEN DEEL VAN HAAR TAAK IS ZELFS HET ZORGEN VOOR HET NALEVEN DAARVAN. DE KWALITEIT VAN DE ZORGADMINISTRATIE WORDT VOOR EEN GROOT DEEL GEMETEN IN DE MATE WAARIN ZIJ ER IN SLAAGT OM DE ORGANISATIE VOLGENS DE ADMINISTRatieve REGELS TE LATEN WERKEN. EN TOCH GAAT ER NOG VEEL MIS IN DE ZORGVERLENING, VOORAL OOK OP HET GEBIED VAN DE INFORMATIE EN COMMUNICATIE. IN DE PERS IS DAT BIJNA DAGELIJKS TE LEZEN. IN DIT ARTIKEL KIJKEN DE SCHRIJVERS EENS MET ANDERE OGEN NAAR DIT PROBLEEM. ZIJ KOMEN TOT VERRASSENDE ONTDEKKINGEN. WELLICHT HOUDEN DIE OOK EEN MOGELIJKHEID TOT NIEUWE OPLOSSINGEN IN. U WORDT UITGENODIGD OM TE REAGEREN OP DIT ARTIKEL. WIJ ZIJN ERG BENIEUWD NAAR DIE REACTIES! U KUNT ZE ZENDEN NAAR HET E-MAILADRES J.VAN.DER.PALEN@PMC-ADVIES.NL OF NAAR HET POSTADRES VOORLANDSEWEG 45, 7312 EA APELDOORN.

meer uitend als gevoelens van onveiligheid en onvrede in het algemeen, die zich maar niet laten wegnemen.

Als u één of meer van deze symptomen in uw organisatie of uw werkomgeving herkent, dan is de aanwezigheid van perversiteiten hoogst waarschijnlijk. En is gerichte actie geboden.

De therapie van perversiteiten

Op zich is een perversiteit niets bijzonders. Ze onderscheiden zich niet van andere kwaliteitskenmerken van (zorg)processen als bijvoorbeeld 'feedback' of 'keten-kwaliteit'. Ook dit zijn kenmerken die pas hun plaats in de organisatieontwikkeling kregen, nadat ze als zodanig in beeld kwamen en op de agenda werden gezet. Het heeft daarom geen zin morele kwalificaties aan de aanwezigheid van perversiteiten te verbinden. Ze zijn er gewoon. Of we dat nu willen of niet. Ze ontstaan vooral 'nu' omdat een aantal maatschappelijke ontwikkelingen daartoe de gelegenheid geeft.

De filosoof Arnold Cornelis omschrijft deze ontwikkelingen in zijn boek 'Logica van het gevoel' (*). We gaan er hier niet uitvoerig op in, maar hij beschrijft dat na de ontwikkeling van het 'natuurlijk systeem' (gezin, familie, groep, dorp etc), we vervolgens te maken kregen met het 'sociaal regelsysteem' (leger, justitie, verzekeraars, zorgorganisatie etc.) en de 'zelfsturende mens' (als klant, patiënt, cliënt eigen verantwoordelijkheid en invloed willen hebben). Dit nu zijn drie 'sociale systemen' met ieder een eigen kwaliteit en een eigen manier van werken. En dus eigen, noodzakelijke, afspraken, die we regels noemen. En als dan vanuit de manier van werken van het ene systeem een regel moet worden toegepast in de manier van werken van een ander systeem, dan is de kans op het optreden van een perversiteit groot. Zeker daar waar je te doen hebt met alledrie de systemen tegelijk.

Perversiteiten zijn niet uitsluitend van onze tijd. Maar gezien de huidige maatschappelijke ontwikkeling, waarbij zowel het 'sociaal regelsysteem' als 'de zelfsturende mens' een prominente plaats zijn gaan innemen, is het niet verwonderlijk dat de omvang van het perversiteitprobleem is toegenomen. In kwaliteit en kwantiteit.

Dat is de reden dat ze een normaal en een logisch deel van ons leven zijn geworden. Echter zonder dat we dat in de gaten hebben. En daar zit dus precies het probleem.

De perversiteiten waar we het hier over hebben zijn 'niet bedoeld'. Want we weten niet dat ze bestaan. Laat staan dat we weten dat we ze zelf met al onze 'goede regels' veroorzaken. Maar ook al weten we dat perversiteiten bestaan, wat zijn dan volgens ons de methoden om ze te herkennen en aan te pakken? Om onze aanpak goed te kunnen beoordelen, vinden wij het belangrijk dat het volgende vooraf wordt gesteld.

- Het probleem van de perversiteiten is per definitie niet oplosbaar: Ze zullen altijd blijven opduiken. In steeds weer andere gedaanten.

Op steeds andere plaatsen. We hoeven daarom niet te proberen de reden van het ontstaan van een perversiteit op te lossen. Dat is de valkuil waar iedereen steeds weer opnieuw instapt. Een valkuil die alleen maar nieuwe regels oplevert (!).

Het is beter om in de organisatie uit te leggen hoe een perversiteit ontstaat. En waarom het een 'logisch' verschijnsel is. Een verschijnsel waar je (zelf) wat aan kunt doen. Zo'n houding scheelt enorm veel 'emotionele kramp'. Met name bij de verantwoordelijken. De slachtoffers moeten echter in hun (emotionele) schade steeds uiterst serieus genomen worden, vanuit die houding komt de drijfveer om perversiteiten aan te pakken.

- De enige manier om perversiteiten aan te pakken is het doel van het zorgproces weer als uitgangspunt te nemen. De aard of de kwaliteit van de regel(s) welke tot dit doel (moeten) leiden tot onderwerp van therapie te maken, is voor de aanpak van perversiteiten een slechte aanpak. Dan blijf je eindeloos bezig.
 - De kwaliteit en/of de hoeveelheid regels die tot het doel moeten leiden is dus irrelevant voor het perversiteitprobleem. Iedere regel, hoe goed ook, kan als hij in een ander systeem wordt toegepast immers tot een perversiteit leiden. Dat ligt niet aan die regel, maar aan de plaats en tijd van toepassing.
 - Over de preventie van perversiteiten kunnen wij op dit moment weinig zeggen. Alleen door systematisch onderzoek naar de patronen van optreden van perversiteiten is hier later mogelijk wat mee te doen. Alleen voor wat betreft het 'laten ophouden', dit is het herkennen en onderkennen van opgetreden perversiteiten en de toepassing van de regels aanpassen, of het 'weer goed maken' dit is het terugdraaien van de ongewenste resultaten van deze perversiteiten, is naar onze mening momenteel resultaat te verwachten.
 - Omdat een perversiteit een probleem is tussen systemen, kan het probleem nooit vanuit één systeem worden opgelost. De therapie moet gericht zijn op alle betrokken systemen. Niet door de regels daar aan te passen of nieuwe informatiesystemen in te voeren. Maar door te onderzoeken wat de effecten (kunnen) zijn, wanneer een relevante regel uit het ene systeem wordt toegepast binnen een ander systeem. En het handelen (c.q. de standaard daarvoor) daar vervolgens op af te stemmen.
- Een gevolg van deze visie is de erkenning, dat het management van een zorginstelling per definitie niet in staat is perversiteiten met een organisatie-aanpak op te lossen. Dit kan uitsluitend op de plaats waar de systemen van zorg samenkomen: dat is op de werkvloer waar de zorg wordt verleend. Dit betekent concreet, dat professionals soms dwars tegen wat voor regel dan ook, moeten kunnen handelen om het doel van het zorgproces te operationaliseren. Die bevoegdheid en vaardigheid moeten zij krijgen en verwerven.
- Professionals die opereren op het snijpunt van het natuurlijk systeem (de mantelzorg), het regelsysteem (de zorgorganisatie, verze-

keraar etc.) en de zelfsturende mens (als patiënt of cliënt), zoals huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, thuiszorgers, onderwijzers, politiemensen, groepsleiders enzovort lopen grote kans in hun werk perversiteiten tegen te komen, ze te moeten veroorzaken dan wel te ondergaan. Want zij hebben met alledrie de systemen tegelijk van doen.

Deze aanhoudende perversiteiten maken hun werk structureel 'onlogisch'. Dat voelt niet fijn. Dat voelt niet veilig. Dat maakt ze boos. Dat maakt ze ziek. Ze branden op. Of houden er gewoon mee op.

Wat dan wel?

Perversiteiten zijn in onze samenleving een wijd verbreid fenomeen. Daar hebben we zelf voor gezorgd. En een ieder van ons past ze ook toe. In het werk. En daar buiten. Of we dat nu willen accepteren of niet. We doen het echter zonder het te willen. En zonder het te weten.

Dat de prijs voor het niet onderkennen van onze perversiteiten hoog is zien we elke dag opnieuw. In de zorg. In de maatschappelijke problemen gerelateerd aan welzijn, opvoeding en onderwijs, justitie en veiligheid. In onze directe omgeving. Maar ook mondiaal. De behoefte, maar ook de noodzaak tot grotere inspanningen op het gebied van veiligheid en gezondheid heeft volgens ons alles te maken met dit gegeven. En is tevens de reden dat juist daar de problemen soms groot zijn.

Naar onze mening leidt iedere discussie over 'waarden en normen' en bijvoorbeeld 'zinloos geweld' tot weinig, als we niet eerst onze eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot perversiteiten, ook als overheid, op de agenda durven zetten.

De eerste belangrijke stap naar de aanpak van perversiteiten en daaraan gerelateerde problemen zal dan ook moeten zijn de erkenning dat

het principe 'als je je aan de regels houdt, doe je het goed' als zodanig inadequaat is en in z'n uitwerking regelmatig c.q. te vaak tot perversiteiten leidt.

We geven het graag toe: voor zo'n erkenning is in deze tijd best moed nodig.

Niet in de laatste plaats bij managers en politici. Maar ook bij de professional.

En diens interne of externe klant.

Met name ook de laatste. Want die wordt meestal als eerste met de perversiteit geconfronteerd. Maar hij kan daar tot nu toe nergens mee heen. Juist omdat iedereen zich aan de regels houdt.

Maar er is ook dit

Perversiteiten doen zich overal voor in de maatschappij, niet alleen binnen zorgorganisaties.

En perversiteiten hebben niet altijd alleen maar negatieve gevolgen.

Het is goed mogelijk dat bepaalde perversiteiten, binnen bepaalde situaties tot veranderingen (in regelgeving, attitude, verantwoordelijkheden) kunnen leiden. Perversiteiten kunnen op die manier als stimulansen voor een meer adequate aanpassingskwaliteit worden gezien.

Maar dan moet je ze wel herkennen.

En vooral ook weten:

- welke soort van 'regels' levert binnen
- welke soort van situaties
- welke soort van perversiteiten op,
- met welke effecten.

Als we op deze vraag de goede antwoorden weten te vinden, kunnen zorgprofessionals perversiteiten binnen hun werk een plaats gaan geven. Een plaats die ze willen. En niet een die hen overkomt, een waar ze vaak niets mee kunnen' zoals tot op heden. □

(* *Logica van het gevoel; Stabiliteitslagen in de cultuur als nesteling der emoties, A.Cornelis, ISBN 90-72258-02-9*

OPLEIDING POST-MBO ZORGADMINISTRATIE

Elk jaar in februari start de Post-MBO Zorgadministratie. Deze tweejarige opleiding leidt op tot personeel dat onder meer:

- kennis heeft van zorgprocessen;
- op de hoogte is van de gebruikte terminologie;
- het belang van een goede zorgadministratie kent voor de kwaliteit van de zorgverlening;
- vaardig is in het effectief werken in een zorgadministratie;
- begrip heeft voor de noodzaak van een goede financiële administratie ... etc. etc.

De volgende modules maken deel uit van de opleiding:

administratieve organisatie - medische terminologie - registratiesystemen en DBC's - informatievoorziening - ICT - gezondheidsrecht - dossiervorming - ziekteleer - planning - organisatie van de gezondheidszorg - datawarehouses - zorg en managementinformatie

Het tweede leerjaar staat in het teken van afstuderen en het schrijven van een individuele eindschrift aan de hand van de eigen beroepspraktijk.

voor meer informatie over deelname aan modules en/of de opleidingsbrochure 2005:

mail/bel naar de heer Hilair Balsters, manager opleidingen

email: h.balsters@crg.nl
tel: 030 230 61 10

DE NIEUWE OPLEIDINGSGROEP IS GESTART OP 3 FEBRUARI 2004; U KUNT DEELNEMEN AAN LOSSE MODULEN UIT DEZE OPLEIDING. PER 2005 START WEER EEN NIEUWE OPLEIDINGSGROEP