Zorg naar behoefte

Probleemstelling en probleemcontext

Inleiding:
In de maatschappelijke zorgsector is zorg een massaproduct dat gestandaardiseerd en versnipperd aangeboden door grote instellingen. Het is een onpersoonlijk massaproduct in een systeem waarvan alle mensen –als de behoefte tenminste aangetoond en geïndiceerd is,- gebruik van kunnen maken.
Iedere burger heeft op een gelijke manier recht op zorg. De consequentie is dat indicatie voor zorg en de levering van zorg gestandaardiseerd zijn. Het pakket zorg kan uit losse elementen worden samengesteld.

In de leefwereld van ieder mens is zorg datgene waarmee de ene mens de behoefte van de ander lenigt. Iedereen zorgt en iedereen wordt verzorgd. Hier komt zorg voort uit betrokkenheid en wederkerigheid.

Bij veel mensen is er onbehagen over dat de maatschappelijke zorg als individueel massaproduct zover wegstaat van de leefwereld van mensen. De vraag is of de maatschappelijke zorg te kort schiet. En zo ja, of maatschappelijke zorg dan anders vormgegeven en georganiseerd kan worden. Deze vragen worden in dit stuk beantwoord.

Onze hypothese is dat de zorgbehoefte voor een belangrijk deel niet te standaardiseren is en dus de indicatie en levering van zorg ook niet. In het vervolg gaan we de hypothese onderbouwen. Dat doen we door:
- te analyseren welk mensbeeld er impliciet ten grondslag ligt aan het zorgsysteem.
- te analyseren hoe het mensbeeld uitgebreid kan worden en hoe op basis van dat mensbeeld zorg nu te kort schiet;
- te analyseren hoe op basis van de gewenste zorg op individueel niveau de zorg op maatschappelijk niveau georganiseerd moet worden.
- vraagsturing van de zorg, best practices'.

We willen tegenstellingen en onterechte aannames aan de oppervlakte brengen, op primair zowel proces niveau als instituutsniveau als beleidsniveau. Daarbij graven we diep in de westerse cultuur. Het gaat er ons daarbij om dominante denkrichtingen te expliciteren en hun vaak impliciete gevolgen voor de zorgsector.

Analyseren welk mensbeeld er impliciet ten grondslag ligt aan het zorgsysteem en waar dat mensbeeld tekort schiet en een voorstel voor een meer adequaat mensbeeld;

2.1 Descartes, verdiensten en tekortkomingen

Descartes is een belangrijke grondlegger van de 17^{e} eeuwse wetenschapsrevolutie, een denker die voor een belangrijk deel heeft bijgedragen aan hoe de moderne mens denkt. Descartes zag dat de wereld uitgebreid is, volume heeft. Hij noemt dat 'res extensa'.De materie heeft geen eigen wil of andere eigenschappen. Als materie in beweging wordt gezet beweegt het met dezelfde snelheid door, totdat het met andere materie in botsing komt. Vacuum bestaat niet. Ook het lichaam zag Descartes als Res Extensa, willoze materie. Het kermen van een opengesneden dier vergeleek Descartes met het piepen van een machines. Naast de 'res extensa bestaat op de wereld ook de menselijke geest, de 'res cogitans'. De 'res cogitans' is volgens Descartes volledig gescheiden van de materie.

Het nieuwe idee dat ook op levende materie de natuurwetten van toepassing zijn verspreidde zich snel. Een consequentie van het denken van Descartes is het ontstaan van de klinische geneeskunde. De klinische geneeskunde is gericht op het optimaliseren van losse onderdelen, die onafhankelijk van elkaar behandeld kunnen worden. Daarbij wordt in zijn extreme vorm niet gekeken naar achterliggende oorzaken en onderlinge verbanden tussen minder functionerende onderdelen.

2.2 Zorg op basis van het cartesiaanse beeld

Versimpeld heeft het Cartesiaanse mensbeeld tot de volgende zorgconstructie geleid: Maatschappelijk gezien is het zorgaanbod erop gericht mensen als individuele machines te laten draaien. Zorg is dan vooral 'zorg voor onderdelen'. Ieder mens is samengesteld uit dezelfde onderdelen. Zorg kan daardoor gestandaardiseerd worden en het zorgsysteem kan recht doen aan het gelijkheidsideaal: iedere burger is voor de wet gelijk.

De impact is enorm. Door te standaardiseren kon door de overheid zorgbehoefte worden gelokaliseerd en is er door de eeuwen heen een systeem op gang gekomen waarin de overheid zich verantwoordelijk maakte om de hongerigen te voeden, de daklozen te huisvesten en de zieken beter te maken. Daar waar het over het lenigen van lichamelijke behoeften gaat is dit zorgdenken is voor een groot deel een maatschappelijke verworvenheid gebleken.

2.3 De relatie tussen verzorgde en verzorgende aan de hand van Descartes. (individueel niveau)

Het denken van Descartes heeft ook de basis gelegd voor het denken over de relatie van verzorgde en verzorger.

We gaven al aan dat het lichaam het domein van de klinische geneeskunde is op basis van Descartes. Het lichaam is bij Descartes willoos, een machine die optimaal moet functioneren.

Maar wie beslist en denkt over de machine? Dat is in de klinische geneeskunde de dokter, de academicus, de 'res cogitans'. De dokter onderzoekt en handelt, de patiënt ondergaat het. De dokter is technisch goed opgeleid. Hij heeft geleerd om afstand te nemen van zijn patiënten, de afstand tussen res cogitans en res extensa. En die res extensa is immers willoos.

Niet alleen in de medische sector, ook in de maatschappelijke zorgverlening is deze afstand gemeengoed. Indicatiestellers houden afstand en willen objectief kijken en gestandaardiseerde indicaties stellen . Ze zoeken niet naar de mens (de res cogitans) achter de kapotte machine. Ook degene die op basis van de indicatie de zorg gaat coördineren kijkt objectief en afstandelijk en streeft er naar het toegemeten zorgaanbod zo rationeel mogelijk in te vullen.

In dat rationeel invullen wordt ook door managers naar zorgverleners gekeken als 'res extensa'. Zorgverleners zijn in dit beeld uitvoerenden, geen denkenden. De managers plannen de gestandaardiseerde zorgtaken van de zorgverleners en voeren controle daarop uit. Geoptimaliseerd wordt op minimale tijdsbesteding door de zorgverlener.
Om de efficiency van de zorg te vergroten hebben managers de zorg opgedeeld in specialismen. Een verpleegster mag in de thuissituatie wel steunkousen helpen aantrekken maar geen boterham helpen smeren.

Analyseren hoe het mensbeeld uitgebreid kan worden en hoe op basis van dat mensbeeld zorg nu te kort schiet

In het voorgaande is in zwart-wit tinten geschilderd hoe het Cartesiaanse mensbeeld nog altijd doorwerkt in de zorg. Het cartesiaanse beeld is –expliciet of impliciet- waarschijnlijk zo populair omdat het veel dingen gemakkelijk maakt.
Voor beleidsmakers is het gemakkelijk omdat door indicatie vooraf mensen gelijk behandeld kunnen worden. Mede door de standaardisatie heeft de overheid heeft door de eeuwen heen het lenigen van niet-materiële behoeften steeds meer tot haar taak kunnen maken.
Voor managers van zorgorganisaties is het gemakkelijk omdat ze vooraf kunnen plannen hoe ze hun medewerkers kunnen inzetten op gestandaardiseerde klussen In dit hoofdstuk wordt de

betekenis van het zorgmodel in de zorgsector betekent voor de werkvloer, zorger en verzorgde. Daartoe gaan we eerst onderzoeken of het mensbeeld van Descartes wezenlijk is en volledig.

3.1 Kritiek vanuit het relationele mensbeeld op Descartes

Zoals in hoofdstuk 2 al bleek, de cartesiaanse standaardisatie heeft veel goeds gebracht in het programma ter leniging van lichamelijke behoeften van mensen. Mede door de standaardisatie

kon de overheid zorg tot zijn taak maken. Maar het cartesiaanse denken heeft zijn beperkingen daar waar het gaat om meer dan het lenigen van materiele/lichamelijke behoeften alleen. Iemand die dat duidelijk verwoord heeft is Maslow (1943). Maslow ziet de bevrediging van lichamelijke behoeften alleen als voorwaarde voor het toekomen aan de werkelijk betekenisvolle aspecten van het leven, vervulling van lichamelijke behoeften is niet het leven zelf. Bovenop de lichamelijke behoeften nog behoefte aan veiligheid en zekerheid, sociaal contact, behoefte aan waardering en erkenning en zelfontplooiing.

De belangrijkste tekortkomingen van het huidige zorgaanbod ligt in:
- Het medicaliseren en indiceren van de mens als kapotte machine.
- dat er vanuit gegaan wordt dat planning van zorg vooraf 100 % mogelijk is. Een van te voren ingeplande handeling kan door de zorgverlener worden uitgevoerd, het lenigen van een acute behoefte past waarschijnlijk niet in zijn takenpakket en tijdschema. De consequentie is dat de zorgverlener zich gereserveerd moet opstellen naar de verzorgde toe. De klok bepaalt de input, meer dan de actuele behoefte van de cliënt.
- de subject-objectscheiding, het ontkoppelen van het relationele aspect tussen verzorgde en zorger, waarin het schema van de aanbodzijde bepaalt of de volgende keer eenzelfde verzorger komt of een andere, los van de behoefte van de hulpvrager.
- zorg is niet eindeloos op te delen in factoren die door verschillende mensen wordt geleverd. (zodat een serie hulpverleners iedere dag passeert om een standaardhandeling te verrichten, een voor het aantrekken van steunkousen, een voor het boterhammen smeren, een voor het helpen met naar het toilet gaan …)

3.2 Zorg binnen het relationele mensbeeld

Nu we de mens omschrijven als relationeel wezen komen een aantal tekorten van het cartesiaanse mensbeeld duidelijk aan het licht:
- de relatie tussen verzorger en verzorgde is een menselijke relatie, Het doet er dus toe wie de zorgverlener is.
- de mens zoekt in zijn verzorgd worden veiligheid en zekerheid, sociaal contact, waardering en erkenning.

Drie aspecten zijn daarbij van extra belang:
- de zorgvraag is geen neutrale vraag, bij de zorgvrager is vaak schaamte of een ongemakkelijk gevoel om iets te moeten vragen dat veel anderen (‘normale mensen’) zelf kunnen.
- Veel zorgvragers zijn immobiel en ze hebben daardoor weinig contacten. Dat betekend dat voor hun menselijke contacten met zorgverleners heel erg waardevol zijn.
- Zorgvragers willen invloed uit kunnen oefenen op het op dat moment aangebodene, het kunnen sturen. Ze zijn zelf immer ook res cogitans!
- (behalve zorg gericht op de actuele situatie kan zorg meer gericht zijn op het in gang zetten van veranderingen een traject met perspectief.)

Analyse hoe op basis van zorg op individueel niveau de zorg op maatschappelijk niveau eruit moet zien.

4.1 Hoe ziet de zorgstructuur er nu uit

In de vorige hoofdstukken is beschreven hoe op basis van de metafoor van mens als machine (klok) (met alleen machinale behoeften) is een zorgstructuur ontstaan die ook zelf als machine in elkaar zit. Een structuur die impliciet gericht is op het 100 % vooraf kennen van de zorgbehoefte en het 100% vooraf plannen van het zorgaanbod. De verzorgenden krijgen een vaste hoeveelheid tijd toegemeten voor een gestandaardiseerde handeling. Zorg wordt ontbonden in factoren. Dat kan een boterham geven zijn, begeleiding met de toiletgang. Een dergelijk zorgsysteem gaat uit van de onderlinge uitwisselbaarheid van verzorgden en

verzorgers en het standaardiseren van zorghandelingen. Deze standaardisatie op de werkvloeren is weer de basis van het beleid. De vooronderstelling dat indicaties voor zorg vooraf zijn te geven is een welkome want het geeft handvatten voor het beleid om de benodigde hoeveelheid zorg en budgetten daarvoor van te voren te begroten.

Op basis van het Cartesiaanse beeld zijn binnen de gestandaardiseerde zorg werkzaamheden van te voren te plannen en taken eindeloos op te knippen en kan de zorg aanbodgericht georganiseerd worden.

4.2 Wat zit vast aan deze organisatie van de zorg

Al aangegeven dat dit organisatiemodel voor management van zorgorganisaties en beleidsmakers aantrekkelijk is. Op managementniveau van zorginstanties biedt dit paradigma het gevoel van beheersing van het primair proces. De verzamelde urenstaten van werknemers bieden managers een overzicht van geboden zorg. Beheersing van de kosten betekent de hoeveelheid beschikbare tijd voor een standaardhandeling terugbrengen. Door verrichte werkzaamheden in een palm top in te laten voeren kan de manager direct zien of zijn medewerker de targets haalt.
Mede op basis van deze organisatie van de zorg dan ook een sector waar taken kunnen worden opgesplitst. Het maakt deeltijd mogelijk en daarmee ook de participatie van vrouwen.

4.3 Kloof tussen theorie en praktijk van het huidige zorgaanbod

Volgens het cartesiaanse model zijn zorg en zorgaanbod van te voren te indiceren en te plannen en te budgetteren. En dat is aantrekkelijk voor zorgmanagers en beleidsmakers. Dit verklaart voor een groot deel de populariteit van deze aanpak

In de zorgpraktijk blijkt dat het met dat plannen en uitvoeren nogal eens anders loopt. Zorgverleners kunnen ziek worden, in de file staan. Ook hebben ze voor een standaardhandeling bij mevrouw X meer tijd nodig dan bij mevrouw Y. Ook kan bij de zorgvrager minder goed voorspeld worden wanneer hij/zij naar de WC moet dan vooraf gedacht.
Managers optimaliseren tijdsinput bij standaardhandelingen, niet de benodigde reistijd van hulpverleners op de werkvloer.
De slechte financiële situatie bij veel zorginstellingen is een uiting van het feit dat ook uitgaven en kostenplaatsen minder goed te plannen zijn dan vooraf door de managers is gedacht.

Nu denken managers in de zorg veel eerder dat de onvolkomenheden van het niet halen van planningen zijn terug te voeren op het te kort schieten van de praktijk, in plaats van op het te kort schieten van de theorie. Het resultaat is dat bij het niet halen van targets nog meer regels worden gemaakt die nog meer rigide worden toegepast.

4.4 De grenzen aan het beheersingsmodel

Wij vinden dat het beheersingsmodel zijn doel voorbij schiet. Aangezien de zorgbehoefte niet 100% van te voren vast te stellen is, moet de verzorger meer vrijheid hebben om in de situatie de zorgbehoefte vast te stellen en de zorg te verlenen. De huidige vorm van organiseren waarin veel standaardisatie en veel opsplitsing van zorg in factoren zit is daarvoor te rigide voor zowel verzorgde als verzorgende. Het is een organisatieschema dat wel past bij de NS of een olieraffinaderij, waar planning vooraf voor 100 % moet worden nagekomen.
Voor de zorg kun je wel plannen op macro niveau (aantal klanten per jaar) niet op niveau van iedere individuele handeling.

Als we in plaats van zorg het geluk van de verzorgde als ijkpunt nemen dan is dat de erkenning van dat voor het heel zijn de bijdrage van de verzorgers aan een relationeel betekenisvolle omgeving meer zin heeft dat de gerichtheid op het compenseren van het kapotte van de machine alleen.

Dit betekent dat de zorgverlener voldoende ruimte moet hebben voor het erkennen en rechtdoen aan de zorgbehoefte die naast lichamelijke compensatie ook relationele component heeft en recht doet aan de behoefte van de verzorgde aan menselijk contact. Op het moment

dat de zorgverlener ervaart dat zijn werk bijdraagt aan het geluk van de verzorgde zal zijn arbeidssatisfactie ook toenemen.
Uiteraard vraagt completere zorgverlening vraagt ook een completere manier van indiceren.

5 Vraagsturing in de zorg, best practices

Velen binnen de zorg erkennen dat het systeem niet perfect is. In het benoemen van de imperfecties wordt vaak gesproken over vraagsturing, 'de cliënt centraal'. Maar dat gaat niet gemakkelijk, zo is de ervaring van 'Dichtbij, gewoon geluk'.

5.1 De ervaring van 'Dichtbij, gewoon geluk' (eerder Stichting Verzorgd.)

Het monopolie van het centraal stellen van de vraag ligt bijna altijd aan de aanbodzijde. De werkwijze van 'Dichtbij, gewoon geluk' (v.h. stichting Verzorgd) is om als beginvraag te stellen: 'hoe wil je gelukkig worden'? De verwarring die deze vraag over het algemeen te weeg brengt leidt tot de conclusie dat veel cliënten het gevoel voor wat ze werkelijk belangrijk vinden verloren hebben. Ze zijn zo gewend aan de termen van de aanbodzijde dat ze hun eigen vraag en verwachtingen in die termen formuleren. (een fenomeen dat Habermas kolonisering van de leefwereld door het systeem noemt.) Soms duurt het maanden of jaren voordat zorgvragers weer weten waarvoor ze echt leven. En dat echt leven kunnen formuleren in relationele termen in plaats van cartesiaans geformuleerde zorgbehoeften.

5.2 Het persoonsgebonden en participatiebudget

Op het moment dat de vraag helder is kan worden gekeken hoe het antwoord moet worden gevonden. Dan worden door 'Dichtbij, gewoon geluk' zoveel mogelijk reguliere zorg en reguliere financieringsmogelijkheden ingezet.
Het PGB is daarin een centraal element. Het PGB gaat weliswaar nog wel uit van een van te voren geïndiceerde behoefte, het geeft wel de vrijheid bij het inzetten van het budget. En omdat budgethouders het budget beheren kunnen ze zelf de kwaliteit van de zorg sturen. En daarin gaat het om de zorg, maar ook de relationele aspecten van de zorgverlening. Daarmee creëren ze zeggenschap over de eigen situatie en dat draagt bij tot het geluk.

Het PGB is daarmee op zorgbeleidsniveau een belangrijke trendbreuk met het aanbodgestuurde programma waarin nog niet gestandaardiseerde elementen van de zorg door het systeem worden gestandaardiseerd en dat vervolgens zorg wordt toegemeten.

'Dichtbij, gewoon geluk' juicht ook toe dat geëxperimenteerd met het participatiebudget. Het participatiebudget gaat er van uit dat participatie nodig is, ook niet een behoefte die je op basis van Descartes zult constateren.

Nu is het PGB voor veel mensen nog een uitkomst. Maar het PGB staat onder druk en wordt steeds verder gestandaardiseerd en gerigidiseerd en daarmee steeds minder vrij. Daarmee dreigt het PGB meer van hetzelfde te worden, een door de aanbodzijde gedomineerd instrument.
Deze beweging terug is vanuit het controledenken van overheid en instellingen een logische reflex. Maar, de beoogde beheersing is een schijnbeheersing. Die beheersing en maakbaarheid is niet mogelijk. We hebben dat al aangetoond in de beschrijving van het primair proces. En het blijkt ook uit het feit dat een gestandaardiseerd primair proces en een gestandaardiseerde tariefsopbouw van zorginstellingen niet heeft geleid tot een financieel transparante en beheersbare organisatie. Er komen altijd budgetoverschrijdingen voor die dan weer gecompenseerd worden met bezuinigingen op dat deel van de zorg wat wel transparant is, de werkvloer. Dan moeten standaardhandelingen weer efficiënter worden doorgevoerd.

Wij vragen daarom om te erkennen dat budgetbeheersing in de zorg is vooraf niet goed mogelijk is. Wij pleiten er voor dat vanuit relationeel perspectief en vanuit de reële vraag van de cliënt zo goed mogelijke zorg wordt geleverd. Daarin zijn relationele aspecten en respect voor de cliënt als mens vereisten. Wij denken dat kleine flexibele organisaties beter kunnen inspringen op deze zorgbehoefte dan grote kolossen. We denken dat direct betrokken management beter kan sturen dan een manager die twee lagen boven de werkvloer zit en

alleen de indicator tijdsbesteding tot zich laat doordringen. En we denken ook dat daarmee de zorg goedkoper kan worden omdat een groot deel van de overhead dan verdwijnt. De verzorgenden in het primair proces krijgen dan de vrijheid van handelen die ze eigenlijk nodig hebben. Ze zien ook dat cliënten van hun werk en aandacht gelukkiger worden. Dat creëert bij werkenden in de zorg meer arbeidssatisfactie. Werkende in de zorg wordt daarmee een aantrekkelijker beroep.

Almelo, juni 2018,

Jan van Gorkum,
Directeur/bestuurder.