



vernieuwend zorgen

Zorg-
medewerker
in verandering

2014

De kern
De opgaven
De praktijk

vernieuwend zorgen

Zorgmedewerker in verandering



Inhoud

Vernieuwend zorgen	6
De essentie van de zorg, nu en straks	8
1.1 Zorg en mensbeeld: vernieuwende kernwaarden	9
1.2 De kloof tussen nu en straks	13
1.3 Richting geven	16
De opgaven voor zorgmedewerkers	18
2.1 Hart van de verandering: zorg in de leefwereld van mensen	19
2.2 Veldverkenning: de 6 thema's volgens de zorgmedewerker	20
2.3 Leerbehoefte op de 6 thema's	23
2.4 Verbeteren met hoofd-hart-handen	24
2.5 Zorgmedewerker in hart van de transitie	27
Vernieuwend zorgen in de praktijk	28
3.1 De richtinggevende uitgangspunten	29
3.2 Typologie van de zorgrelatie !!	30
3.3 De visie van Vilans op leren	33
Literatuur	36
Over de deelnemers	37

Belangrijkste
gedeelte van het
verhaal.



Vernieuwend zorgen

Zorgmedewerker in
verandering

**Ziet u het voor zich, het zorglandschap van 2025?
Bevolkt door grijze maar mondige zorgvragers?
Door mensen die ondanks hun ziektes of
beperkingen zelfstandig wonen? Allemaal
omringd door een stevig en betrokken netwerk
van mantelzorgers, familie en zorgverleners?**

Dat is de inzet van het huidige overheidsbeleid. Minder instellingen met beter toegeruste zorgmedewerkers. Meer inzet van het netwerk en nieuwe technologie die zorg op afstand mogelijk maakt. Gesprekken gaan niet meer over klachten, medicijnen en behandelingen, maar over kwaliteit van leven. Over veerkrachtig zijn én blijven. Daar moeten we zorg op afstemmen.

De omslag

Nu, in 2014, lijkt dit nog ver van ons bed. Van cliënten, patiënten en zorgverleners vergt dit scenario een fundamentele omslag in denken en handelen. Anders denken over gezondheid vraagt een ander mensbeeld met meer zelfregie voor zorgvragers. Maar dit 'zorgen met de handen op de rug' zal wringen met het op handelen gerichte 'zorghart' van medewerkers. Het mantel- of lokale netwerk moet vaak nog

gevonden of geactiveerd worden en is soms helemaal afwezig. Voor velen voelt het alsof verworvenheden waar we trots op zijn – een kwalitatief goede en toegankelijke zorg voor iedereen – voor delen van de bevolking buiten bereik komt.

Wankel draagvlak

Het nieuwe beleid bouwt voort op maatschappelijke veranderingen en de macro-economische noodzaak om in te grijpen in de overheidsfinanciën. Samenleving en zorgsector weten al langer dat dit bekostigingsvraagstuk eraan komt en ook dat burgers een ander soort zorg vragen. Maar het maatschappelijke en politieke draagvlak voor grondige hervormingen ontbrak tot nu toe. Dat draagvlak is nog steeds wankel. Iedereen begrijpt dat veranderingen nodig zijn, maar over het tempo en de weg waarlangs lopen de meningen uiteen.

Kernwaarden overeind houden

Oprecht van betekenis willen zijn voor een ander is een tijdloze kernwaarde in de zorg. Maar de samenleving verandert. **Burgers en cliënten stellen andere eisen, ook aan zorgverleners.** Wat betekent dat? Wat kunnen zorgverleners aan- en afleren? Hoe houden ze de kernwaarden overeind? Welke uitgangspunten en infrastructuur ondersteunen de omslag? Daar gaat deze notitie over. **Het is een krachtig pleidooi voor aandacht voor leren en ontwikkelen van zorgverleners én organisaties**

"Wat wordt er eigenlijk precies van mij verwacht? Ik heb geen beeld bij 'werken in een netwerk'. Wie moet ik dan kennen en waar vind

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 gaat in op de essentie van de zorg: kernwaarden, de kloof tussen nu en straks en richtinggevende uitgangspunten.

Hoofdstuk 2 vervolgt met wat er geleerd dient te worden: de inhoudelijke thema's en opgaven volgens de zorgmedewerker.

Hoofdstuk 3 spitst het verhaal toe naar de kern van de zaak: de vijf belangrijkste relaties van de zorgmedewerker en het leren & ontwikkelen van medewerker en organisatie.

Wij willen geen stempels drukken. Dat we spreken over 'hij' en 'hem' bij de burger of cliënt en over 'zij' en 'haar' bij de zorgmedewerker is uitsluitend om de leesbaarheid te vergroten.

met de veranderende zorgvraag als uitgangspunt. Om medewerkers optimaal te ondersteunen in waar ze goed in zijn: waarde toevoegen aan het leven van mensen met een hulpvraag.

Aanpak

Voor deze notitie hebben we groepsinterviews en bijeenkomsten gehouden met 150 medewerkers, teamleiders en opleiders uit de VVT- en VG-sector. We hebben een beroep gedaan op experts en gebruik gemaakt van relevante literatuur en kennis op inhoud, leren en ontwikkelen.

Voor wie?

Deze notitie is geschreven voor een breed publiek. Het biedt bestuurders, zorgverleners, managers en beleidsmakers inspiratie én houvast. Het geeft perspectief, creëert een beeld van de nieuwe realiteit, stelt én beantwoordt de juiste vragen en biedt handvatten voor de gevraagde verandering.

We staan aan de vooravond van een fundamentele transitie. Dat biedt kansen. Als we die kansen kunnen benutten, zorgen we samen voor een fundamentele, toekomstgerichte verbetering van de langdurende zorg.





Focus op
veerkracht in
plaats van
ziekte.

1.1 Zorg en mensbeeld: vernieuwende kernwaarden

1.2 De kloof tussen nu en straks

1.3 Richting geven

De essentie van de zorg, nu en straks

1.1 Zorg en mensbeeld: vernieuwende kernwaarden

Ons beeld van de mens in relatie tot zijn ziekte verschuift. In de nieuwe definitie van gezondheid is niet langer de afwezigheid van beperking of ziekte het uitgangspunt: 'Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' (Huber et al 2011).

Deze nieuwe definitie impliceert dat zorgvrager en zorgverlener meer samen optrekken. Het accent ligt minder op ziekte en beperkingen en meer op kwaliteit van bestaan en veerkracht. Gewoon waar mogelijk, speciaal waar nodig. Tegelijk zijn en blijven er kwetsbare groepen en is bijvoorbeeld ernstige dementie zeer beperkend voor cliënt en naasten. Coping en veerkracht zijn niet voor iedereen in even grote mate weggelegd.

De focus op kwaliteit van bestaan en veerkracht doet recht aan een maatschappelijke situatie waarin ook mensen met een ziekte en/of beperking in meer en mindere mate zelfstandig kunnen functioneren.

In de langdurende zorg is de aan dit mensbeeld gerelateerde ontwikkeling al jaren te zien. De witte jassen verdwijnen, de muren uit het medisch model zijn ingeruild voor een zo normaal mogelijke leefomgeving. Zo is in de gehandicaptenzorg het 'burgerschapsparadigma' al langer een bekend begrip: mensen met een beperking zijn een burger als ieder ander, met dezelfde rechten en plichten.

In de huidige maatschappelijke situatie krijgt de verschuiving van ziekte en/of beperking naar kwaliteit van leven een

'hardere' financiële omlijsting. Aspecten als langer thuis wonen, integratie van zorg en welzijn en het mixen van inzet van professionele hulp met vrijwilligers en mantelzorg zijn nu een inhoudelijke én financiële noodzaak, en daarmee een grote opgave.

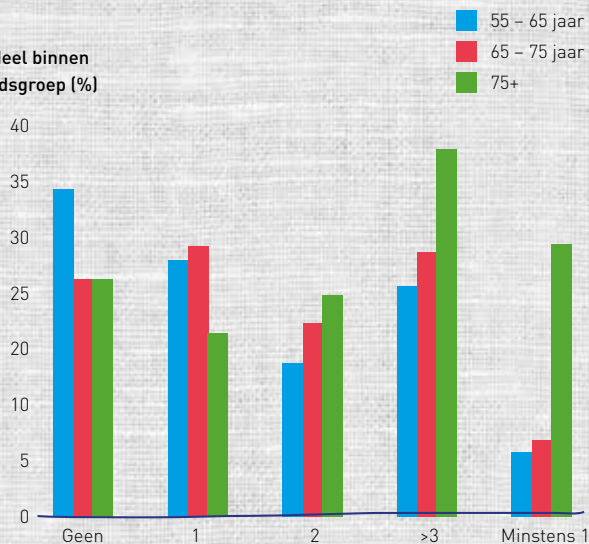
Burger van de toekomst: motor van de vernieuwing

Een grote groep mensen krijgt met één of meer functionele beperkingen te maken. Voor een deel zijn de problemen die dit oplevert situatiegebonden. Een beperking van het bewegingsapparaat kan een mobiliteitsprobleem opleveren, maar dat hoeft niet. Het hangt onder andere af van de woon- en leefsituatie van de cliënt. Veel mensen laten zich dan ook niet kisten door functionele beperkingen. In het verlengde van Hubers definitie van gezondheid is afwezigheid van ziekte niet altijd het enige criterium voor gezondheid en welbevinden.

Kwaliteit van leven is voor een grote groep mensen haalbaar mét de relatieve last van lichamelijke gebreken. Het gaat dan om de match tussen competenties van mensen om zo normaal mogelijk te kunnen functioneren in relatie tot de directe omgeving.

Ontwikkelingen
rondom de vraag
in de zorg...

Aandeel binnen
leeftijdsgroep (%)



Aandoeningen
bron: Kiwa Prismant, 2012

Vergrijzing en ontgroening

Tussen 2011 en 2030 neemt het aantal (oude) ouderen toe tot 22% in 2025. Het aantal mensen tussen de 20 en 64 jaar neemt af. Dit betekent dat de zorgvraag stijgt. Rond 2025 is de potentiële beroepsbevolking nog maar hoogstens 60% van de totale bevolking. Dit betekent dat er minder werkenden zijn die de sociale lasten, zoals gezondheidzorg, kunnen dragen.

Stijgende zorgvraag

Het aantal mensen met een chronische ziekte zal toenemen evenals het aantal mensen met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit). Het zorgvolume stijgt met 4% per jaar. Op hogere leeftijd krijgen we dus met steeds meer aandoeningen te maken. Naar verwachting zal in 2030 38% van de mensen ouder dan 75 jaar meer dan drie aandoeningen hebben.

Veel mensen die zorg nodig hebben, kunnen niet meteen conform de nieuwe waarden leven en handelen. Dat betekent voor zorgmedewerkers dat zij moeten schakelen tussen verschillende cliënten met verschillende levensstijlen en oog moeten hebben voor kansen op zelfredzaamheid, zelfstandigheid en kwaliteit van leven van elke individuele burger/cliënt. De opgave: persoonsgericht en in dialoog gedragsverandering tweebrengen bij een deel van de cliënten (en verwanten), bij anderen meer onderzoekend te werk te gaan en volgend te zijn bij cliënten met een grote mate van zelfredzaamheid.

Het formuleren van aanbod op functionele beperkingen en mogelijkheden in plaats van aanbod op ziekten en aandoeningen betekent hoe dan ook een meer volgend zorgaanbod. Eerst de eigen kracht van burger/cliënt, dan inzet van familie en andere verwanten en dan pas professionele zorg en ondersteuning. De moderne burger/cliënt is aanzet met andere vragen en verwachtingen. Hij is daarmee de inspirator en motor voor de vernieuwing.

Zorg van de toekomst: zorgmedewerker als enabler

Doordat de professional in de zorg voortdurend afstemt op de vraag van de moderne burger/cliënt, wordt zij een *enabler*: iemand die helpt de invloed van de beperkingen op het leven van de betrokkene te minimaliseren én de eigen regie en zelfredzaamheid te vergroten. De zorgmedewerker kijkt dus niet alleen naar defecten, maar vooral naar wat mensen in hun leven willen bereiken en hoe ze hun leven graag willen leiden.

In literatuur over de rol van de professional komt bijvoorbeeld de variant voor van een 'supportteam'. Dit team bestaat uit mensen die belangrijk zijn voor degene met een beperking en die een aandeel leveren in de ondersteuning (in brede zin). Daar kan een professional onderdeel van zijn, maar belangrijk is dat deze professional gelijkwaardig is aan de anderen in het supportteam. Het maken van afspraken over ondersteuning en het ontwikkelen van een ondersteuningsplan of zorg-leefplan gebeurt met een onafhankelijke 'facilitator'. Deze persoon zorgt ervoor dat de goede vragen worden gesteld en beantwoord en dat iedereen aan bod komt. De rol van de professional verandert van expert naar gelijkwaardig lid in dit supportteam.

De transitie vraagt vernieuwend zorgen aan twee kanten: die van de burger/cliënt met gadgets voor zelfmonitoring van leefstijl en gezondheid aan de ene kant, de zorgverlener/-sector met een open mind, nieuwe vormen van vraagverheldering en informatieverstrekking aan de andere kant. 'We wennen ons aan iedere dag weer met een open vraag het contact te leggen', zo vertelt een zorgmedewerker.



De zorgmedewerker anno nu

Demografische variabelen



bron: CBS, Gezondheid en Zorg in cijfers, 2013

Drijfveren en tevredenheid

Zorgmedewerkers zoeken vooral een goede sfeer op de werkvloer en baanzekerheid. De directe collegiale contacten, het teamgevoel en de verbondenheid worden positief ervaren, maar de communicatie intern en de mate waarin zij geïnformeerd worden over, of betrokken worden bij, veranderingen in de organisatie wordt door 30% van de medewerkers gezien als sterke verbeterpunten (Actiz 2012, Randstad 2013, Functiemediair 2013).

Zorghart

De bevlogenheid van zorgmedewerkers is relatief hoog, 41% is bevlogen (tegen 25% van de gemiddelde werknemer), 13% is niet bevlogen (tegen 24%). Zorgmedewerkers worden meer bevlogen naarmate ze ouder worden én naarmate het opleidingsniveau afneemt. Medewerkers in care zijn meer bevlogen dan medewerkers in cure (45% tegenover 33%) (prof dr. Arnold B. Bakker, 2013).

Veranderen

Gerelateerd aan de leeftijdsgroepen bleek dat oudere zorgmedewerkers precies even hoog en ruim voldoende scoren als de jonge populatie voor wat betreft hun veranderpotentieel (Actiz benchmark 2012).

Vernieuwend zorgen krijgt vorm en inhoud in de relatie tussen cliënt en medewerker. Dat is niet alleen een-op-eencontact; aan beide zijden is een heel netwerk betrokken. Van verwanten, vrijwilligers en de buurvrouw aan de zijde van de cliënt, tot en met teamgenoten, tafeltje-dekje, welzijn, en specialistische zorg aan de zijde van de zorgmedewerker. Ter support voor deze relaties vraagt de transitie om nieuwe communicatieve vaardigheden, moderne hulpmiddelen en technologie.

Dubbelslag voor zorgmedewerker

De transitie gaat niet vanzelf en betekent naast het uitdagende van de vernieuwing ook verlies van opgebouwde zekerheden en patronen. In de frontlinie staat de zorgmedewerker met de opdracht om zich de verandering – ‘mevrouw, uw verzorgingshuis sluit!’ – niet alleen zelf eigen maken (‘wat gaat dat voor mij betekenen?’), maar ook om deze geaccepteerd te krijgen door cliënt en verwanten (‘wat gaat dat voor u betekenen?’). Deze dubbelslag - tijdens een verandering handen en voeten geven aan de betekenis voor jezelf én die aan je klant overdragen - is een grote opgave.

!!

1.2. De kloof tussen nu en straks

Nu en dan zien we zeer schrijnende incidenten waarbij onze zorgverlening 'door het ijs zakt'. Rond deze voorvallen – Brandon, pyjamazorg, Meavita – ontstaat grote onrust. Tegelijk met het mediageweld en de kritiek verliezen we soms het zicht op de gemiddeld hoge kwaliteit van de langdurende zorg. Verworvenheden van onze zorg zijn goed te zien in vergelijking met andere landen; internationaal gezien doet de Nederlandse zorg het kwalitatief enorm goed en is de toegankelijkheid hoog. Daar betalen we een prijs voor: Nederland is koploper in uitgaven aan zorg. De zorg is een belangrijke economische factor met de status van grootste én populairste werkgever in Nederland.

De zorg in cijfers

Kosten

In verhouding geven we na de Verenigde Staten het meest uit aan gezondheidszorg: 12% van ons bruto binnenlands product (oratie Nies 2013). Een doorsnee gezin betaalt nu al meer dan € 11.000 per jaar aan zorg. Houdt de stijging van kosten aan dan gaat in hetzelfde gezin in 2040 de helft van het inkomen op aan zorg (VWS kamerbrief 'Van systemen naar mensen' 8 februari 2013).

Banen

De zorg is de grootste werkgever in Nederland: 1,3 miljoen mensen werken in zorg & welzijn, waarvan 72% in de care (Randstad 2013). Maar liefst 1 op de 5 Nederlanders werkt in zorg of welzijn. Tussen 2000 en 2010 was er een toename van 40%. Ook in 2014 is de zorg de populairste werkgever in Nederland (Randstad 2014).

Kwaliteit

De waardering van cliënten en patiënten is hoog: cijfers van cliënten lopen uiteen van een 7,7 tot een 8,4 (het laatste cijfer betreft de intramurale zorg) (Actiz benchmark 2013).



De hoge kwaliteit van de langdurende zorg – ook zichtbaar in cliënttevredenheidsonderzoeken – maakt duidelijk dat we met de transitie niet alleen te winnen hebben maar ook te verliezen. Terecht maken cliënten, burgers, zorgprofessionals en politiek zich hier druk over.

Toch is ook de huidige – gemiddelde – kwaliteit geen reden om tevreden achterover te leunen. Een aantal structurele knelpunten vraagt om aandacht en de transitie biedt kansen om deze knelpunten aan te pakken. Ze onderstrepen dat de hervorming veel meer is dan een nieuw financieel kader. Onder de transitie liggen belangrijke maatschappelijke zorgvraagstukken voor nu en de komende jaren.

Bij de kloof
tussen nu en
straks spelen
een aantal
vraagstukken
een rol:

nu
&
straks

Kwaliteit en specialisatie

Door de focus op kwaliteit is langzamerhand een enorme specialisatie ontstaan. In het zorgstelsel zijn de symptomen daarvan zichtbaar als schotten: tussen care en cure, tussen welzijn en zorg, tussen mens en professional. Als gevolg van die doorgevoerde specialisatie is een wildgroei aan opleidingen en beroepen ontstaan; de totale gezondheidszorg kent meer dan 2.400 beroepen en meer dan 1.700 opleidingen (Nivel, Quickscan beroepen en opleidingen 2014). Deze specialisatie is niet alleen negatief, we hebben veel gewonnen met specialistische zorg- en dienstverlening. Maar de keerzijde is de scheiding van lichaam en geest en verdere fragmentatie: te vaak behandelen we door op een deel van het lichaam of de vraag, met te weinig oog voor het welbevinden van heel de mens.



Verantwoordelijkheid geven begint met vertrouwen in professionals, die vanuit kennis en ervaring risico's adequaat kunnen afwegen.

'Zorgelijk' aanbod

Door de focus op ziekte en beter worden is loslaten niet het sterkste punt van de sector. Ook al laten de nieuwste voorstellingen zien dat de huidige 3-jarigen allemaal 100 kunnen worden, feit blijft dat we ziek worden en dood gaan. Zowel in de cure als in de langdurende zorg is volop discussie over de grenzen aan maakbaarheid en de rol die de burger/cliënt en de zorg daar in spelen. Daarbij zijn we sterk intramuraal gericht. In vergelijking met het buitenland verblijft een groot aantal mensen in Nederland intramuraal (Nies, 2012). Dat gegeven verhoudt zich slecht tot de gewenste zelfstandigheid, eigen regie en eigenwaarde van mensen. De drang om het goede te doen en beter te maken leidt tot overconsumptie van zorg. De sector zet een zorgvraag gemakkelijk en snel om in aanbod (en een functie en een opleiding). Het terugdringen van overbodige handelingen, opnames en functies is daarmee een wezenlijk punt van de transitie.

Dat terugdringen begint bij de vraag naar zorg en ondersteuning; wat kan de cliënt zelf? Wat kan en mag van verwanten verwacht worden? Er kan gemakkelijk een zekere 'aangeleerde hulpeloosheid' ontstaan door langdurige zorgafhankelijkheid. Voor deze mensen geldt dat zij vaak niet hebben geleerd om keuzes te maken, niet weten welke keuzes er zijn en wat deze voor gevolgen hebben. Daar is aandacht voor nodig.

Bureaucratie en systeem-hinder

De afgelopen jaren is de nadruk sterk komen te liggen op beheersing, controle en regels, ook door de eerder genoemde incidenten en de groei van zorg. Het gevolg: oplopende kosten. Dit levert grote administratieve lasten en regeldruk op, vooral op de werkvloer. Zorgmedewerkers ervaren (werk)druk door een te groot aantal taken en administratieve lasten en te weinig ruimte voor eigen afwegingen of maatwerk, wat ten koste gaat van kwaliteit. De ervaren ruimte/tijd voor professionaliteit is een punt van aandacht: 'het vet is er allang af', constateren medewerkers. In lijn met de uitgangspunten van de transitie is de roep om regelarme zorg begrijpelijk. Vertrouwen is hierbij het sleutelwoord. Teveel behandelen we cliënt en zorgmedewerker als een klein kind dat alles moet verantwoorden. Inspectie en toezichthouders werken nog vaak volgens een oud controlemodel en zijn in de ervaring van zorgbestuurders en -medewerkers weinig helpend om de regelruimte van medewerkers te vergroten. Waarom moet na één incident met één tafelmes en één bewoner op één groep in alle honderd woongroepen permanent de bestekbak op slot? Kan een gehandicapte bewoner zelf bepalen hoe laat hij naar bed gaat of is de werkplanning daar niet op ingericht? Hoe met flexibiliteit de wet BOPZ – en straks de vervangende nieuwe wet Zorg en Dwang – te handhaven, is een grote vraag voor werkveld en inspectie. Zeker is dat verantwoordelijkheid geven begint met vertrouwen in professionals die vanuit kennis en ervaring risico's adequaat kunnen afwegen.

Door de soms doorgeslagen controle op kwaliteit bestaat voor ieder detail een kwaliteitsindicator. Zorgmedewerkers ervaren meten-om-het-meten eerder als belemmerend voor hun kwaliteit. Het nut van de veelheid aan normen, metingen en correcties is soms ver te zoeken, tegelijk is het in ieders belang om resultaat aan te tonen. Hoe komen we tot vereenvoudiging?



Burger/cliënt en
zorgmedewerker
vormen samen de
spil van de zorg.

richting geven

1.3. Richting geven

Door de verschuiving in de zorg wordt het samenspel tussen burger/cliënt en zorgmedewerker belangrijk. Zij vormen samen de spil van de zorg, met de burger/cliënt aan het roer in plaats van de alwetende zorgprofessional. 'De superspecialist is de patiënt zelf' stelt Emma Bruns (arts-assistent en schrijfster, NRC Next, mei 2014).

De zorgmedewerker zal de rol aannemen van degene die eigen regie en zelfredzaamheid mogelijk maakt, *enablet*. Dat is niet passief 'zorgen met de handen op de rug', maar actief communiceren met cliënt en verwanten, helpen kennis over lichaam, geest en sociale omgeving toegankelijk te maken, netwerken aanboren en activeren en helpen risico's in te schatten wanneer zelfhulp tekort schiet en professionele hulp geboden is.

In algemene zin bevindt de langdurende zorg zich in de overgang van een aanbodgestuurde sector naar een sector die kernbehoeften van mensen helpt vervullen. Deze beweging is al langere tijd aan de gang; de transitie maakt dat we nu kunnen en moeten doorpakken.

Op de vraag wat dat betekent voor de inrichting en organisatie van de zorg, de functies en de verhouding met de burger/cliënt is geen eenduidig antwoord mogelijk. Kenmerkend voor deze tijd is dat we opnieuw bepalen wat zorg(verlenen) is in relatie tot burgerschap, mantelzorg, samenspel in de wijk en nieuwe technologie. En met dilemma's en risico's rond de veiligheid van zorgvragers en medewerkers.

Op veel punten weten we niet hoe het eindplaatje eruit zal zien. Dat neemt niet weg dat we wel richting kunnen bepalen.

Hiernaast vier richtinggevende uitgangspunten voor vernieuwend zorgen.

#1 Domein zorg óók van burger

De zorg was en is nog vaak het domein van de zorgmedewerker en de zorgorganisatie en wordt een gedeeld domein met burger/cliënt. De leefwereld van de cliënt, preventie en veerkracht gaan vóór de systeemwereld en de professionele zorg. Deze verschuiving wordt merkbaar in de een-op-eenrelatie én in het netwerk van verwanten en collega's.

#2 Individuele verantwoordelijkheid is troef

De eigen verantwoordelijkheid van de burger/cliënt vertaalt zich bijvoorbeeld in financieringspakketten en maatwerk om tegemoet te kunnen komen aan individuele wensen en eisen. Dat daarbij verwanten en mantelzorgers actief zijn neemt niet weg dat het maatwerk op het individu wordt toegesneden. De zorgmedewerker wordt individueel verantwoordelijk gemaakt voor het vormgeven aan de verandering. Zelfregie en zelforganisatie voeren de boventoon. Dat de zorgmedewerker teamgenoten en andere disciplines en aanbieders inschakelt om tot goede dienstverlening te komen, neemt niet weg dat zij op haar individuele verantwoordelijkheid wordt aangesproken. In het verlengde daarvan spreekt de organisatie de individuele zorgmedewerker aan op haar verantwoordelijkheid voor het eigen leren en ontwikkelen in de transitie. Organisatieontwikkeling is een zaak van het collectief: het vindt plaats in teams, in een organisatie en in het netwerk van de medewerker. Daarbinnen wordt meer dan voorheen het individu aangesproken op en verantwoordelijk gemaakt voor resultaat.

Het draait om de relatie #3 burger/cliënt – zorgmedewerker

De complexe, verwarrende en uitdagende transitie van de langdurende zorg zorgt voor spanning in de relatie tussen burger/cliënt en medewerker. Beiden hebben én nemen een andere rol en verantwoordelijkheid. Daarbinnen is er een dubbelslag te maken door de zorgmedewerker. Zij moet zich de veranderingen tegelijk toe-eigenen én deze overdragen aan cliënt en verwanten. Alle verwarring, nieuwe rollen en nieuwe ontwikkelingen ten spijt: in de eenvoud van de een-op-eenrelatie tussen cliënt en zorgmedewerker komt alles samen. Dat is in zekere zin geruststellend: niet de overheid, de inspectie of kwaliteitslabels, maar de relatieve eenvoud van het contact tussen cliënt en zorgmedewerker als het moment van de waarheid, als normerend kader voor zorg en levensvragen in deze samenleving.

Urgentie: leren en ontwikkelen #4

Voor een succesvolle transitie heeft de zorgmedewerker de volle support nodig. Als spil en als kloppend hart van de verandering. Zeker is dat leren en ontwikkelen voor alle betrokkenen opnieuw op de agenda staat om de transitie mogelijk te maken.





Voorop staan:
eigen kracht en
regie van de burger/cliënt.

- 2.1 Hart van de verandering: zorg in de leefwereld van mensen
- 2.2 Veldverkenning: de 6 thema's volgens de zorgmedewerker
- 2.3 Leerbehoefte op de 6 thema's
- 2.4 Verbeteren met hoofd-hart-handen
- 2.5 Zorgmedewerker in hart van de transitie

De opgaven voor zorg-medewerkers

2.1 Hart van de verandering: zorg in de leefwereld van mensen

Je zou kunnen stellen dat we collectief zijn beland in een transitie die we onderweg moeten vormgeven. Met dat besef komt meteen de vraag op waar we met de transitie uit willen komen en hoe we dat gaan doen. Het hart van de verandering is: **niet langer is zorg een product van een in zichzelf gekeerde sector, maar een functie die een plaats heeft in de leefwereld van burgers**. Het gaat héél ouderwets én vernieuwend om zorg die helpt kernbehoeftes en kwaliteit van leven van mensen mogelijk te maken.

Ook nu gebeurt dat iedere dag al op vele plaatsen. Maar de transitie vraagt om een fundamenteel andere instelling: we gaan van een zorgsector die haar bestaansrecht ontleent aan

ziekten en zorgen naar een sector die zich actief richt op gezondheid en gedrag. Naar vernieuwend zorgen vanuit partnerschap tussen vrager en aanbieder. Naar het samen realiseren van zo veel mogelijk veerkracht en eigen regie over het leven ook al zijn er beperkingen op fysiek, mentaal en/of sociaal gebied. Ieder op zijn of haar eigen maat. Schalock et al. (2010) beschrijft in de visie op zorg en ondersteuning dat het draait om het overbruggen van de mismatch tussen eigen kracht en allerlei vormen van ondersteuning. Zorg en andere vormen van ondersteuning zijn dan hulpbronnen en strategieën om die mismatch te verkleinen. In deze visie staan de eigen kracht van de burger/cliënt en de reguliere 'ondersteuning' van verwanten voorop. Pas als het echt niet anders kan worden zorg en andere gespecialiseerde voorzieningen ingeschakeld.

2.2 Veldverkenning: de 6 thema's volgens de zorgmedewerker

Het besef dat de zorg 'in transitie' is, is van hoog tot laag doorgedrongen. In het voorjaar van 2014 heeft Vilans onder zorgmedewerkers bij zes zorgaanbieders en in drie open netwerkbijeenkomsten een veldverkenning gedaan over de betekenis van deze transitie voor het dagelijks werk.

Het was klip en klaar dat deze groep van zo'n 150 zorgmedewerkers, kwaliteitsfunctionarissen en opleiders geen uitleg over de realiteit van verandering nodig heeft: ze ondervinden de verandering al aan den lijve. Gevraagd naar de thema's van de transitie komen ze met een mix van bestaande en nieuwe onderwerpen, waar ze wisselend mee uit de voeten kunnen.



Thema 1

Kwaliteit van bestaan

Naast het leveren van verantwoorde zorg komt het accent meer op welbevinden en veerkracht te liggen. Kwaliteit van leven is een subjectief begrip dat aangeeft hoe mensen hun leven waarderen ten opzichte van wat ze belangrijk vinden. Vanwege de verschuiving naar gedrag en gezond (in plaats van zorg en ziek) wordt preventie belangrijker; **letterlijk aandacht besteden aan gezondheid, waarbij leefstijl – wat je eet, hoeveel je beweegt – een belangrijke component is.** Het zelf monitoren van de gezondheidstoestand met nieuwe, simpele technologie – verstoep in polsbandjes, voor iedereen toegankelijk te krijgen via internet – past ook in deze ontwikkeling. Voor de zorgmedewerker betekent dit dat nieuwe kennis en vaardigheden nodig zijn, bijvoorbeeld rond instructie, voorlichting, ethiek en privacy. In deze definitie van kwaliteit is het individuele perspectief het meest belangrijk. Bovendien hebben we meer dan voorheen te maken met verschillen in etniciteit en culturele achtergronden wat specifieke vraagstukken oplevert.

De zorgmedewerker kan mogelijk een dilemma voelen tussen de roep om maatwerk van persoonsgerichte zorg versus de vereiste standaardisering vanuit de zorgorganisatie. Standaardisering helpt in het kader van doelmatig werken en inzet van lagere deskundigheidsniveaus maar raakt meteen het op-maat-streven van de persoonsgerichte zorg.



Thema 2

Zelforganisatie van medewerker én cliënt

De eigen verantwoordelijkheid en de kwaliteit van leven van de cliënt staan voorop, het karakter van de dienstverlening verschuift van zorgen voor naar zorgen dat. Meer zelfregie doet een beroep op het vermogen van professionals om de eigen regelruimte te bewaken en zo nodig ook de cliënt hierin te ondersteunen. De verschuiving van zorgen voor naar zorgen dat is overigens niet alleen een zaak van de zorgverlener: 'Niet alleen wij hospitaliseren, cliënten gaan daar in mee.'

Bij zelfregie komt ogenblikkelijk ook het netwerk van de cliënt in beeld. Het zorgen dát betekent een verschuiving van de focus, met naast de zorgvrager, verwanten en vrijwilligers. In de nieuwe realiteit is bij hulpvragen eerst de cliënt zelf aan zet, dan de directe omgeving met familie en mantelzorgers en dan de professionele hulpverlening.

Zorgmedewerkers ervaren mogelijk een dilemma tussen het nemen van zelforganisatie van de cliënt als uitgangspunt en de professionele inschatting van risico's, gezond of verantwoord handelen. Denk bijvoorbeeld aan eenzaamheid als neveneffect van zelfstandigheid of nalaten van bemoeizorg.



Thema 3

Werken in een netwerk

Het nieuwe zorgen vindt plaats in een gemengde omgeving van sociaal domein en zorg/dienstverlening, met een nadrukkelijke rol voor de mantelzorger(s), familie en vrijwilligers, voor zover beschikbaar. Uit de interviews met zorgmedewerkers kwam naar voren dat het idee van inschakelen van familie en andere verwanten wel is geland, maar dat het in de praktijk nog zoeken is naar hoe dit effectief te activeren of organiseren. Daarnaast is het belangrijk samen te werken in de wijk en buurt met andere aanbieders.

Zorgmedewerkers kunnen een dilemma ervaren bij ketenzorg en het bepalen of juist loslaten van domeingrenzen. Wie doet wat? Wie zijn betrokken bij de besluitvorming en hoe verloopt dat? Hoe kan de medewerker het informeel netwerk betrekken, aanspreken en overtuigen wanneer het niet vanzelf in beweging komt? Daarnaast speelt het vraagstuk of de medewerker generalist en/of specialist is: hoeveel moet je weten en hoe breed of hoe diep is je kennis?

Thema 4

Nieuwe technologie

Met grote nieuwsgierigheid en hoge verwachtingen wordt gekeken naar nieuwe technologie en ICT-toepassingen.

We zien een exponentiële groei van zorgtechnologie en eHealth, zowel in het privé als in het professionele domein. Denk aan gepersonaliseerde zorg door het zelf meten van beweeg-, eet- en andere patronen (quantified self, robots, domotica en andere informatietechnologie). De meeste zorgmedewerkers verwachten veel van nieuwe technologie maar de impact voor het dagelijks werk is voor de meesten nog niet duidelijk. De kennis van ICT-toepassingen ontbreekt veelal of de infrastructuur - bijvoorbeeld voor het werken met iPads - is nog niet voldoende aanwezig. Daarnaast is er een zekere huiver. In de zorg werken nog relatief veel mensen die niet goed met een computer overweg kunnen.

Zorgmedewerkers voorzien dilemma's tussen de mogelijk afstandelijker zorg door meer gebruik van technologie - zoals beeldbellen - versus het persoonsgericht willen werken.





Thema 5

Meer met minder

Ieder is er van doordrongen dat er ook financiële kaders ten grondslag liggen aan de transitie en het in de uitvoering ook 'meer met minder' gaat worden. Zorgmedewerkers ervaren ook nu al bezuinigingen en zijn actief gericht op efficiency en kostenbewustzijn, ook al voelen vooral oudere zorgmedewerkers zich daar niet altijd voor toegerust. In vernieuwend zorgen krijgen medewerkers meer en meer een rol in het onderhandelen met de cliënt en familie over wat wel en niet mogelijk is, vanuit een kostenoogpunt.

Een mogelijk dilemma ontstaat wanneer de behoefte aan maatwerk en persoonsgerichte, kwalitatief goede zorg op gespannen voet komt te staan met kostenbeheersing. Daarbij helpt veelal de pragmatische natuur van zorgmedewerkers: 'Kostenbewustzijn begint bij ons: wij moeten het uitleggen. De familie moet gewoon een gespecificeerd kostenoverzicht krijgen.' (manager ouderenzorg)

Maar tegelijk zijn er grenzen: 'Kunnen wij deze cliënt nog helpen en is deze cliënt dan nog rendabel voor ons? Cliënten die ver weg wonen, kunnen we niet meer wekelijks bezoeken, die hebben dus pech.' (medewerker gehandicaptenzorg)

Verandering betekent ook nieuwe kennis, vaardigheden en functies.



Thema 6

Nieuwe functies

'We hebben in ons wooncentrum met specialistische zorg meer kennis nodig op dementie en gedragsproblematiek. We zijn al bezig verpleegkundige capaciteit aan ons personeelsbestand toe te voegen.' (teamleider)

Voor de extramurale zorg betekent dit: een bredere cliëntpopulatie en gevarieerde inzet van formele en informele zorg uit het netwerk in het sociaal domein. Daarbij wordt preventie steeds belangrijker. Dat vraagt aanvullingen op kennis (wet- en regelgeving), houding (ondernemend) en gedrag (proactief).

Dit geldt ook voor de gehandicaptenzorg. Er blijft een kleine groep in de kern-AWBZ maar die groep heeft zwaardere problemen (gedragsproblematiek) en dus meer verzorging nodig.

Een belangrijk dilemma betreft de verhouding hoger en lager gekwalificeerden. Het werk in de VVT lijkt zowel intra- als extramuraal een toename van hoger gekwalificeerd personeel te vragen, terwijl het overgrote deel in de langdurende zorg lager gekwalificeerd is. Gemiddeld ligt in de sector gehandicaptenzorg het opleidingsniveau iets hoger dan in de VVT.

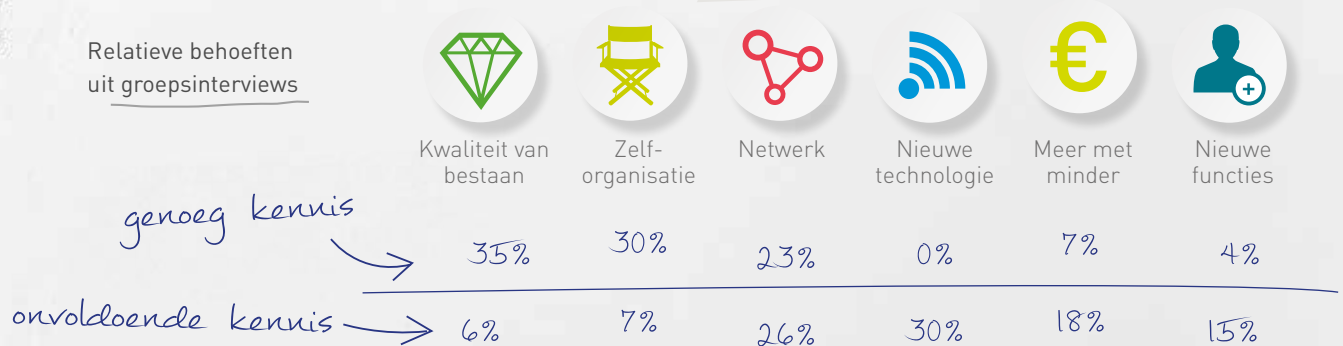
De opgave is het werk voldoende behapbaar te maken voor alle niveaus en de juiste mix van functies te vinden. Op de achtergrond speelt hier de aanstaande vereenvoudiging van de beroepenstructuur waar het CVZ in april 2015 de minister van VWS over adviseert. Bij de juiste mix van functies in team en organisatie gaat het niet alleen om functieniveau, maar ook om persoonskenmerken in het team. Immers, in de zorg gaat het niet alleen om het ambachtelijk niveau maar minstens evenveel om de mens erachter:

'Onze medewerker huishoudelijke zorg heeft een fantastische uitwerking op de groep. Dat is gewoon een menselijke eigenschap van haar, anderen hebben weer andere eigenschappen. Opleiding doet er soms niet toe.' (zorgmedewerker)



2.3 Leerbehoefte op de 6 thema's

In een aantal netwerk- en groepsbijeenkomsten vroegen we medewerkers uit de VVT- en VG-zorg over welk van de zes thema's in de vorige paragraaf zij voldoende denken te weten en waar aandacht en ontwikkeling nodig is. In het schema staat in hoeverre men zich voldoende toegerust voelt binnen het thema. Ondanks het kwantitatieve voorkomen van het plaatje is dit een kwalitatieve interpretatie van de deelnemers.



Kanttekening bij de hoge aantallen scores in 'kwaliteit van bestaan' en 'zelforganisatie': uit de casuïstiek in de sessies bleek dat het nog allesbehalve duidelijk is hoe medewerkers kwaliteit en zelforganisatie op een goede manier kunnen aanpakken.

Het beeld dat de zorgmedewerker van de cliënt heeft, is meestal leidend: 'het is goed voor haar om ...'. De gegevens van Actiz' benchmark uit 2012 geven aan dat het perspectief van de medewerker niet altijd hetzelfde is als dat van de cliënt: 80% van de medewerkers geeft aan goed te overleggen en cliënten te laten meebeslissen, dit wordt slechts door 50% of minder van de cliënten herkend.

kennis zoeken via:

- directe collega's
- teamleider
- gedragsdeskundige
- boeken
- tijdschriften
- internet

Enkele jaren geleden heeft Vilans een vergelijkbaar onderzoek gedaan onder medewerkers in de gehandicaptenzorg. Daarin viel op dat mensen aangeven meer te willen leren over zaken waar ze dagelijks mee bezig zijn. De manier waarop mensen op zoek gaan naar kennis bleek heel gelaagd te zijn: eerst bij directe collega's, dan bij de teamleider, daarna de gedragskundige, et cetera, steeds verder weg van het primaire proces. Ook bleek daaruit dat mensen weinig actief op zoek gaan naar kennis in boeken, tijdschriften of via internet.

2.4 Verbeteren met hoofd-hart-handen

Een zorgmedewerker oefent zijn/haar vak uit met inzet van de hele persoon: het hoofd (weten), het hart (willen, drijfveren) en de handen (kunnen) moeten in lijn met elkaar kunnen functioneren.

Hieronder vertalen we de zes thema's van de transitie in de zorg naar de verbeteropgave in hoofd, hart en handen van de zorgmedewerker. Het overzicht start met vragen die we ophaalden in de groepsinterviews en de netwerkbijeenkomsten. Daaronder geven we met behulp van deze rijke input aan welke concrete ontwikkeling er gevraagd wordt. In het volgende hoofdstuk brengen we deze informatie terug tot de essentie en vertalen we het in richtlijnen voor leren en ontwikkelen.



Thema 1 Kwaliteit van bestaan

Betekenis en vragen zorgmedewerker

Hoe definiëren we kwaliteit van bestaan? Hebben we een kader om onze mogelijkheden te toetsen? Hoe gaan we om met dilemma's rond professionaliteit, bejegening, aanspreken op eigen kracht, opvattingen van de cliënt over kwaliteit en beschikbare middelen? Hoe haal ik wensen en behoeften naar boven bij cliënten? En wat kan ik daarmee binnen mijn scope/grenzen van het vak? Hoe ga ik om met eenzaamheid en machteloosheid? De complexiteit van de zorg wordt groter, hoe ga ik hiermee om?

Hoofd Definitie van kwaliteit van bestaan. Richtinggevend kader, vanuit zorgvisie. De norm en ruimte. Omgaan met dilemma's. Mogelijkheden kennen en weten.

Hart Eigen (professionele, ethische) waarden versus de waarden van cliënt en zijn familie, die van de organisatie en de maatschappij.

Handen Goed begeleiden is de essentie van het vak: in gesprek gaan, verdiepen, kunnen onderzoeken en overtuigen.



Thema 2 Zelforganisatie

Betekenis en vragen zorgmedewerker

Hoe gaan we om met evenwicht tussen loslaten versus risico's? Hoeveel marge is er tussen zelfsturing en beheersstructuren? Mogen we fouten maken? Hoe doe ik dat, zorgen dát? Wat doe ik voor mijn eigen goede gevoel en wat voor mijn cliënt? Hoe ga ik om met hospitalisering en 'verwendicaptien', vraagt een zorgmedewerker zich af.

Hoofd Definitie en beeld bij zelforganisatie. Hoe weet ik of ik het goede doe? Welke kaders hanteer ik? Wanneer is de grens bereikt?

Hart Zorgen met de 'handen op de rug' is vaak moeilijk te verenigen met het 'zorghart'. Hoe kun je omgaan met loslaten versus begeleiden of sturen en veiligheid versus eigen kracht?

Handen Goed begeleiden, coachen van cliënten waar het kan, afspraken maken maar niet overnemen. Protocolen kennen.

Thema 4 Nieuwe technologie

Betekenis en vragen zorgmedewerker

Wat komt er op ons af en hoe gaat het ons helpen in het dagelijks werk? Staren we ons niet blind op de technologie? Kan ik het wel bedienen, snap ik het voldoende? Kan ik het wel uitleggen aan mijn cliënten en ze helpen als ze vastlopen? Wordt de zorg niet onpersoonlijk met al die apparaten?

Hoofd Welke technologie is er op de markt? Inzicht in hoe het bijdraagt aan zorg. Instructie en randvoorwaarden (wifi) over gebruik.

Hart Vertrouwen in eigen kunnen. Waardenvol technologie inzetten is niet per sé onpersoonlijk. Zelfstandigheid versus eenzaamheid. Afstandelijk versus persoonlijk.

Handen Leren gebruiken, vaardig worden. Uitproberen en fouten maken.

Thema 3 Werken in een netwerk

Betekenis en vragen zorgmedewerker

Hoe gaan we om met naaste familie en mantelzorgers, vooral wanneer ze mondig of afwezig zijn? Moeten cliënten en hun netwerk niet meegenomen worden in de transitie? Het is nodig om te 'ontschotten', maar hoe doen we dat? Waar ligt het initiatief en de verantwoordelijkheid voor het samenwerken met andere organisaties? Hoe vind ik houvast in wijk of buurt? Waar vind ik de sociale kaart, wijkteam, regels? Hoe ga ik om met vrijwilligers? Moet iedereen nu ondernemen en netwerken? Hoe leer je ondernemerschap en creativiteit?

Hoofd Zicht op netwerk, wijk, betrokkenen. Informatie over samenwerkingsverbanden van de organisatie. Regels en beleid kennen. Duidelijkheid over de plek in nieuwe constellaties. Voorbeelden daarvan. Kennis van tools.

Hart Persoonlijk toetsen van nieuwe waarden met de eigen drijfveren: ondernemend, proactief, creatief versus dienend, zorgend: welke plek past? Onderdeel van een netwerk in plaats van onderdeel van een team en organisatie, past dat?

Handen Vaardigheid en ervaring opdoen met netwerk, contacten leggen over de schutting van de eigen organisatie. Meegenomen worden of rol krijgen in nieuwe samenwerkingen.





Thema 5

Meer met minder

Betekenis en vragen zorgmedewerker

Als meer met minder ook betekent dat er minder administratieve druk heb, dan ben ik voor! Ik heb niet voldoende geleerd over doelmatigheid en efficiëntie, voel me niet capabel. Hoe leg ik uit aan de familie wat alles kost? Als alles in termen van geld moet, voel ik mij als professional niet gerespecteerd.

Hoofd Inzicht in kosten, kennis over doelmatigheid en budget. Omgaan met dilemma's tussen kwaliteit en kosten. Alternatieven voor onnodige zorg kennen.

Hart Omgaan met een soort verzakelijking in het werken: alles heeft een prijs. Bezuinigen, wantrouwen en werkplezier.

Handen Dialoog en onderhandelen met cliënten en hun informele schil over kosten en kwaliteit. Proactief zijn wanneer afspraken worden gemaakt; kosten meewegen.



Thema 6

Nieuwe functies

Betekenis en vragen zorgmedewerker

De problematiek intramuraal wordt zwaarder, extramuraal moeten we veel meer weten van de context, de regelgeving, de partijen; hoe zorgen we dat we gekwalificeerd zijn? In de omgang met cliënten en hun netwerk worden andere vaardigheden verondersteld: onderhandelen, netwerken, creativiteit. Hoe moet ik me ontwikkelen? Ontwikkel ik me breder of juist specialistischer? Welke vormen kent scholing? Hoe kan ik e-learning in de praktijk brengen en toetsen? Wat zijn de juiste kwalificaties?

Hoofd Inzicht en kennis over veranderende functie-eisen. Zicht op mogelijke leerroutes. Zicht op mogelijkheden en ontwikkelpotentieel.

Hart Kan ik blijven doen waarom ik ben begonnen met werken in de zorg? Past specialiseren dan wel generalist worden wel bij wat ik leuk vind?

Handen Leren leren als vaardigheid, onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om te professionaliseren, intervisie als vaardigheid.



2.5 Zorgmedewerker in het hart van de transitie

Aan de richtinggevende uitgangspunten in hoofdstuk 1 - met als kern dat het contact tussen cliënt en zorgmedewerker het moment van de waarheid, het normerend kader voor zorg en levensvragen is - zijn in hoofdstuk 2 de inhoudelijke thema's volgens zorgmedewerkers toegevoegd en vertaald naar de veranderopgave van hoofd-hart-handen van de zorgmedewerker.

Conclusies:

De gevraagde verandering is complex.

De uitgangspunten zijn geland, de thema's bekend, maar zorgmedewerkers voelen zich vaak nog niet toegerust.

De thema's zelforganisatie en kwaliteit van bestaan zijn nog niet in het handelen terug te zien.

Technologie en het werken in netwerken leveren de meest directe en concrete vragen op: **men is klaar voor nieuwe kennis en vaardigheden.**

De zorgmedewerker staat in het **hart van de transitie** en wordt gevraagd zich de verandering toe te eigenen: met hoofd-hart-handen.

In een notendop:

de richting en betekenis van vernieuwend zorgen voor de zorgmedewerker.

conclusies

In het volgende en laatste hoofdstuk geven we richting aan het leren en ontwikkelen van vernieuwend zorgen van zorgmedewerker en -organisatie in de praktijk en kijken we naar de relatie tussen zorgmedewerker en zichzelf, cliënt, verwanten, team/organisatie en het netwerk van andere zorgmedewerkers en zorgaanbieders.



Hoe krijgt de transitie
in praktijk vorm en hoe
benut je de kansen
die dit geeft?

Vernieuwend zorgen in de praktijk

- 3.1 De richtinggevende uitgangspunten
- 3.2 Typologie van de zorgrelatie
- 3.3 De visie van Vilans op leren

3.1 De richtinggevende uitgangspunten

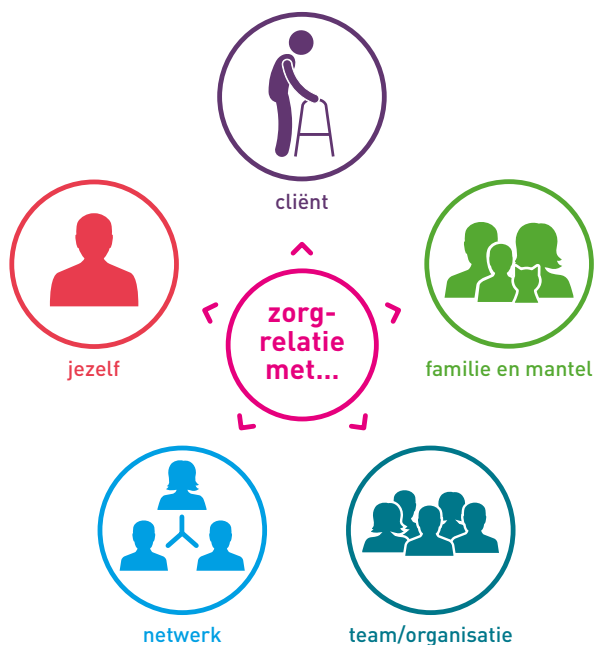
Het leren van vernieuwend zorgen is de kern van de transitie. Zowel voor de burger/cliënt als voor de individuele zorgmedewerker. Hoe dat te faciliteren? Om te beginnen de richtinggevende uitgangspunten voor vernieuwend zorgen uit hoofdstuk 1 nog een keer op een rij:

1. **Domein zorg óók van burger.** Zorg was en is nog vaak het domein van de zorgmedewerker en de zorgorganisatie en wordt een gedeeld domein met burger/cliënt in een netwerk van verwanten en collega's.
2. **Individuele verantwoordelijkheid is troef voor burger/cliënt én zorgmedewerker.** Dit vertaalt zich in financiering en maatwerk voor individuele wensen en eisen van burger/cliënt. De zorgmedewerker krijgt individuele verantwoordelijkheid bij veranderingen en het eigen leren en ontwikkelen.

3. **Het draait om de relatie burger/cliënt – zorgmedewerker.** De complexe, verwarrende, uitdagende transitie van de langdurende zorg komt op spanning in de relatie tussen burger/cliënt en medewerker.
4. **Urgentie: leren en ontwikkelen.** De zorgmedewerker is de spil en het kloppend hart van de verandering. Het leren en ontwikkelen van de zorgmedewerker is cruciaal voor de transitie. Daarbinnen is er een dubbelslag voor de zorgmedewerkers. Zij moeten zich de veranderingen toe-eigenen én deze overdragen aan cliënt en verwanten. Omdat dit een fundamentele verandering is die mensbeeld en motivatie raakt, is leren en ontwikkelen nodig op het niveau van hoofd, hart én handen.

3.2 Typologie van de zorgrelatie

Gezien vanuit de medewerker gaat het op de werkplek feitelijk niet om één, maar om vijf voor ieder herkenbare relaties die bepalend zijn voor het werk. Dit is het uitgangspunt voor leren en ontwikkelen op de zes inhoudelijke thema's uit hoofdstuk 2. Deze inhoudelijke thema's komen in meer of mindere mate terug in de vijf kenmerkende relaties. De vijf relaties:



Relatie met jezelf

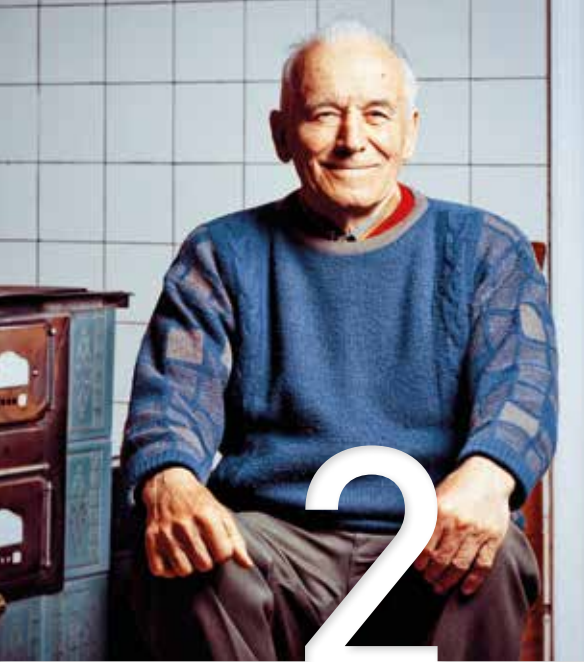
Het afstemmen van persoonlijke drijfveren, talenten en motivatie op cliënt en organisatie. Jezelf daarin leren kennen en in te zetten als instrument **in de relatie met cliënt en familie**. Het herijken van de professionele identiteit als basis voor zelfsturing en samenwerking. Reflectie op wat de problematiek van cliënten doet met jou en hoe je daar vanuit je eigen normen, waarden en drijfveren mee omgaat. Duidelijke, open communicatie over emoties van cliënt en medewerker en vroegtijdige signalering van knelpunten, frustraties en teleurstellingen in de zorgrelaties.

In de woorden van de zorgmedewerker:

'Hoe blijf je overeind én bij de tijd? Hoe communiceer je helder met je cliënten? Dat is voor ons een voortdurende vraag.'

'Door de steeds grotere druk op middelen worden we miskend in onze rol als professional. Het 'vet' is er wel af. Er is nauwelijks tijd voor uitwisseling, overdracht of reflectie.'

"Durven loslaten dat je alles weet. Uitgaan van dat anderen het soms beter kunnen." **Zorgmedewerker**



Relatie met de cliënt

Kennis van jezelf is de basis voor de relatie met anderen, met de cliënt. Zorgmedewerkers leren (pro-)actief vorm te geven aan het gespreksproces, gericht op het *enablen* van de cliënt. Een open gespreksvoering, vanuit de kaders van 'Het goede gesprek' (www.zorgvoorbeter.nl/communiceren) en persoonsgerichte zorg. Communicatie met heldere verwachtingen en verantwoordelijkheden en een duidelijke rolverdeling, waardoor ze meer halen uit de behoefte-inventarisatie en het maken en gebruiken van het zorg-ondersteuningsplan.

In de woorden van de zorgmedewerker:

'Positief vind ik dat we steeds meer kijken naar de hele mens inclusief zijn netwerk.'

'Als je moeder bent van een meervoudig gehandicapt kind en je hebt je net lekker met haar op de bank geïnstalleerd, ben je blij dat er niet steeds mensen binnenlopen. Snel contact via het beeldscherm is dan een uitkomst.'



Relatie met familie en mantel

Het zorgen voor een afgestemde rol-/werkverdeling tussen verwanten en professionals. **Afstemmen van kennis en vaardigheden (wie is goed in wat?) tussen verwanten en professionals.** Leren van elkaar, inschatten van overbelasting van de mantelzorger, behoud van essentiële banden met de cliënt en verwanten met een passende rol voor alle partijen.

In de woorden van de zorgmedewerker:

'Regelmatig moet ik mijn collega's ervan overtuigen dat het meedoen van de partner in dagelijkse activiteiten niet bedreigend is, maar juist een aanvulling. We hebben nog veel te winnen in ons welkom naar familie!'

'Voorafgaand aan de verhuizing naar ons wooncentrum geven we in een intakegesprek de mogelijkheden en beperkingen aan. Acht uur zorg per week? Dan misschien niet iedere dag douchehulp of bij lichte ondersteuning de familie inschakelen.'

'Zelfregie roept soms pijnlijke dilemma's op. De dementerende vrouw die weigert haar broek aan te laten trekken door haar man om haar laatste restje zelfstandigheid te bewaren. De man is ontdaan en voelt zich nutteloos. Over wiens zelfregie gaat het hier? En wat kan ik hierin betekenen?'



Relatie met team/organisatie

De medewerker kan samenwerken met teamgenoten om doelen te bereiken voor cliënt en cliëntgroepen zonder het organisatiebelang uit het oog te verliezen. Werken aan dit thema levert een medewerker/team zelforganiserend vermogen op, scherpste op teamdoelen gerelateerd aan cliënt- en organisatiebelang, vaardigheid in teamwork, vaardigheid in lid zijn van netwerkorganisatie waar het team in functioneert, oog voor grensbewaking tussen medewerker, team, organisatie, en/of netwerk. Het eerste leidinggevende niveau speelt een belangrijke rol in de relatie tussen medewerker en team/organisatie.

In de woorden van de zorgmedewerker:

‘De zorg voor de cliënt is een puzzel: hoe blijven we met alle ontwikkelingen zorg verlenen én eigen regie stimuleren? De zorgmedewerker moet op veel gebieden schakelen. Hoe faciliteert de organisatie dat?’

‘Wat te doen met de man die de lippenstift van zijn buurvrouw opeet? In eerste instantie hebben we haar kaptafeltje ontruimd. Vervolgens hebben we toch haar welzijn voorop gezet en haar spulletjes teruggegeven. De buurman valt van zo’n hapje niet om. Dat is wel een slag met management en inspectie, de steun van de leiding is dan hard nodig.’

Relatie met het netwerk

De medewerker schakelt het netwerk van andere disciplines en andere aanbieders effectief en efficiënt in om de cliënt zo goed mogelijk te helpen. Zij heeft weet van partijen en organisaties, kan ze ‘aan’ en ‘uit’ zetten, is er ondernemend in en maakt het onderscheid in specialistische en generalistische zorg en ondersteuning. De medewerker is vaardig in de opbouw en het onderhouden van het netwerk met de cliënt als doel/focus. Zij acquireert en ziet kansen voor de organisatie.

In de woorden van de zorgmedewerker:

‘Door onze rol in dagbesteding zijn we vaak vooruitgeschoven posten. Daardoor hebben we sneller contact met het netwerk.’

‘Ik heb veel te maken met ROC’s. Die zijn vaak helemaal niet bezig met ontschotten en werken in een netwerk, zaken waar wij veel aandacht aan besteden.’

‘Wat wordt er eigenlijk precies van mij verwacht? Ik heb helemaal geen beeld bij ‘werken in een netwerk’. Wie moet ik dan allemaal kennen en waar vind ik informatie?’

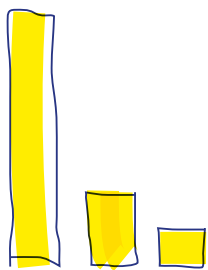
3.3 De visie van Vilans op leren

Het leren en ontwikkelen van de zorgmedewerker krijgt individueel vorm en inhoud, maar wordt pas effectief in team- en organisatieverband. De transitie in de zorg krijgt pas echt haar beslag wanneer het leren van zorgmedewerkers ook tot voordeel van de eigen organisatie en haar netwerk strekt. Maar hoe zorg je voor een effectieve inbedding van individueel en teamleren in de context van een lerende organisatie?

Gedeelde betekenis

Uit de theorie (onder andere van Senge, de Caluwé & Vermaak, Wierdsma en Swieringa) komt naar voren dat de lerende organisatie op zich eigenlijk niet bestaat. De organisatie leert enkel door collectieve inspanningen van alle individuele medewerkers, maar alléén als het proces richting en betekenis heeft dat door het collectief wordt vormgegeven. Zo verwijst effectief organisatieleeren altijd naar de individuele medewerker. En verwijst effectief individueel leren altijd naar rendement voor de organisatie.

Senge (1990) omschreef leren van en in organisaties als volgt: organisaties veranderen als mensen nieuwe vaardigheden leren en deze vaardigheden leren toe te passen in hun werkzaamheden om daarmee hun gezamenlijke ambitie te verwezenlijken. Dan ontstaat persoonlijke groei, wat een positief effect heeft op het presteren van de organisatie (Senge, 1990, p.12).



70-20-10 regel voor de effectiviteit van leren

70% op de werkvloer
20% coaching en feedback
10% trainingen en cursussen



De eerste voorwaarde voor een zorgorganisatie die wil leren is dan ook: geregeld aandacht besteden aan gedeelde betekenisgeving: de manier waarop waarden en uitgangspunten – van persoon en organisatie in werkgedrag terugkomen. Of dit nu gaat over visie, mensbeeld of het gezamenlijk waarderen van mooie innovaties. Bestuur en management en vooral het eerste leidinggevende niveau spelen daarbij een belangrijke rol.

Effectief leren op de werkvloer

Zoals Senge, Caluwe en ook Scharmer aangeven, is collectief leren het meest effectief. Nog effectiever wordt het, wanneer het geleerde directe relevantie heeft voor het dagelijks werk en deel uitmaakt van informeel leren op de werkvloer. Dat staat beter bekend als de 70-20-10 regel voor de effectiviteit van leren: 70% van het leren vindt plaats op de werkvloer (informeel leren door te ervaren en te doen), 20% van het leren vindt plaats door coaching en feedback en 10% van het leren vindt plaats via formele trainingen en cursussen. Individueel leren, zoals via e-learning, heeft dus alleen effect wanneer het direct in de praktijk toepasbaar en toetsbaar is. De effectiviteit van leren wordt zo sterk bepaald door de mate waarin het geleerde in het team herhaald, getoetst en bevestigd wordt en directe relevantie heeft voor het dagelijks werk.

Hoofdpunten voor succesvol leren

Samengevat gaat het bij effectief leren om:

Hoog rendement van leren door:

- ervaringsgericht leren,
- ruimte om te experimenteren,
- binnen richtinggevende kaders én
- door aanspreken hoofd-hart-handen.

**Lerende organisatie,
teamleren en effectief
individueel leren
versterken elkaar.**

**Leiderschap, bestuur en
management van groot
en faciliterend belang.**

Effectief leren:

- op eigen werkplek/netwerk,
- werkenderwijs,
- met collega's en netwerk,
- gedeelde betekenisgeving
aan visie en waarden.

conclusies



Tot slot

Zorgmedewerkers staan in het hart van de transitie. Veranderingen in de zorg beginnen en eindigen bij hen. Dat lukt alleen als zij de kans krijgen te leren en zich te ontwikkelen in relatie met zichzelf, het team, de organisatie en natuurlijk de cliënt en zijn naasten. Alleen dan kunnen ze doen waar ze goed in zijn: waarde toevoegen aan het leven van mensen met een hulpvraag.



Literatuur

Actiz Benchmark 2012, Utrecht.

Actiz Benchmark 2013, Utrecht.

Bruns, E. 2014. De superspecialist is de patiënt zelf.
NRC Next.

Huber, M.A.S., M. van Vliet, M. Giezenberg, J.A. Knottnerus.
2013. Towards a conceptual framework relating to 'Health as
the ability to adapt and to self manage'. Rapport 2013-001 VG.
Louis Bolk Instituut, Driebergen.

Kwartel, A. van der, et al. 2012. Quick scan Zorgvraag 2030,
in opdracht van Zorginstituut Nederland. Kiwa Prismant,
Utrecht.

Nies, H.L.G.R. 2012. De zorg ontzorgd/t: veranderende rollen
en resultaten in de langdurende zorg. Vrije Universiteit,
Amsterdam.

Schalock, R. et al. 2010. The 11th edition of the AAIDD
terminology and classification manual. AAIDD, Washington.

Senge, P. 1990. De vijfde discipline. Scriptum, Schiedam.

Ministerie van VWS. 2013. Kamerbrief 'Van systemen naar
mensen', Den Haag.

Homan, T. 2005. Organisatiedynamica, Theorie en praktijk van
organisatieverandering. Academic Service, Den Haag.

Wierdsma, A.F.M en Swieringa, J. 2002. Lerend organiseren.
Als meer van hetzelfde niet helpt. Noordhoff, Groningen.

Commonwealth Fund, 2014. Mirror, Mirror on the Wall:
How the Performance of the U.S. Health Care System
Compares Internationally. New York/Washington.

Caluwé, L. de, Vermaak, H. 2006. Leren Veranderen.
Vakmedianet, Deventer/Alphen a.d. Rijn.

Scharmer, O. 2009. Theory U. Leading from the future as it
emerges. Berrett-Koehler Publishers, San Francisco.

Succesvol Besturen en leiding geven in de zorg.
Functiemediair 2014.

Hart van de Zorg, Bevlogenheidsonderzoek o.l.v.
Prof A. Bakker. Functiemediair 2013.

CBS. 2013. Gezondheid en Zorg in Cijfers. Den Haag, CBS.

Idenburg P.J. en M. van Schaik, Diagnose 2025 en
Diagnose Zorginnovatie. BeBright.

Hart voor de zaak - werken vanuit het hart van de organisatie,
F.G. Smittenberg. Verschenen in de serie Ontwikkelen met
Impact in O&O (Opleiding en Ontwikkeling) nummer 2, 2012.

Over de deelnemers

Om onze vraag te verhelderen hebben we zorgmedewerkers, teamleiders en opleiders van vijf zorgorganisaties geïnterviewd. We spraken met vijf experts. We hebben drie netwerk-bijeenkomsten georganiseerd waar veel mensen een bijdrage leverden aan de discussie. Wij danken al deze mensen voor hun bijdrage.

De vijf geïnterviewde zorgorganisaties

- Laurens, organisatie voor ouderenzorg in Rotterdam en omstreken
- Van Neynsel, organisatie voor ouderenzorg in 's Hertogenbosch en omgeving
- Dichterbij, organisatie voor gehandicaptenzorg in het Maasgebied
- Zorgpartners, organisatie voor ouderenzorg in Midden-Holland
- Noorderbrug, organisatie voor gehandicaptenzorg in Groningen

De experts

- Mieke Hollander, directeur Gezondheidszorg College bij ROC Midden Nederland
- Martha van Biene, lector Lokale dienstverlening vanuit klantperspectief bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Manon Ruijters, lector Ecologie van het leren bij STOAS Wageningen
- Carolien Sino, directeur Instituut van verpleegkundige studies bij de Hogeschool Utrecht
- Petri Embregts, bijzonder hoogleraar Mensen met een verstandelijke beperking: Psychopathologie en behandeling en Beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog aan de Universiteit van Tilburg





Auteurs

Jeroen Schumacher, Vilans
Ina Smittenberg, Werklust

Ontwerp

Enof communicatiegroep, enof.nl

Vilans

Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg, ontwikkelt vernieuwende en praktijkgerichte kennis en versnelt de processen die nodig zijn om nieuwe kennis en goede voorbeelden succesvol door te voeren en te implementeren. Dat doen we samen met verpleegkundigen en verzorgenden, huisartsen en specialisten, bestuurders, beleidsmakers, management en patiëntenorganisaties. En in samenwerking met andere kenniscentra en onderzoeksinstituten.

Zo houden we met elkaar de langdurende zorg aan ouderen, gehandicapten en chronische zieken efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit.

Meer informatie vindt u op
www.vilans.nl/nieuwezorgmedewerker

© Vilans, juli 2014

vilans.nl

Vilans
Postbus 8228
3503 RE Utrecht
(030) 789 23 00
www.vilans.nl

info@vilans.nl
Twitter: @VilansNL
www.facebook.com/VilansNL

