



Eer van je werk

Kwaliteit en motivatie in de verpleeghuiszorg

Sonia Sjollema in samenwerking
met Odette Meyer

Namens de NSvP en de StGW



Werkplan Kwaliteit en Motivatie in de verpleeghuiszorg

1. Kwaliteit en motivatie in de verpleeghuiszorg
2. Aanpak
3. Resultaten
 - 3.1 Resultaten Socratische dialoog
 - 3.2 Resultaten Expertmeeting
4. Het Werkplan
 - 4.1 Een in de organisatie gedeelde visie op zorg
 - 4.2 Aandacht voor de professionalisering en emancipatie van de verzorgende
 - 4.3 Optimaliseren van samenwerking in de keten
 - 4.4 Inspiratie in veranderingstrajecten
 - 4.5 Maatschappelijk debat
5. Samenvatting en conclusies
6. Vervolgactie NSvP

Colofon

Betrokkenen bij het project

Verantwoording

De tekst is opgesteld door Sonia Sjollema, onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse Stichting van Psychotechniek (NSvP) en de Stichting Gezond werk en Economisch Welzijn (StGW), de initiatiefnemers van dit project. Met dank aan alle deelnemers aan de socratische gesprekken, de expertmeeting en de werkconferentie en iedereen die meegedacht heeft in de opzet en uitvoering van dit project. Dit werkplan geeft de inzichten weer die ontstaan zijn dankzij de betrokkenheid van velen, zonder hen was dit resultaat niet tot stand gekomen (zie colofon en bijlage met namen van betrokkenen bij het project).

Factsheet

- Ruim 5% van de Nederlandse beroepsbevolking werkt in de ouderenzorg, 225.546 mensen in verpleeg- en verzorgingshuizen en 128.150 in de thuiszorg
- Verwacht wordt dat de vraag naar personeel met 2,6% per jaar zal toenemen
- Zorg is nog steeds vrouwenwerk: in de thuiszorg is 96% vrouw, in de verpleeg- en verzorgingshuizen 89%
- De meeste medewerkers zijn verzorgenden op niveau 3
- Volgens de Stichting Client en Kwaliteit is de ondergrens voor verantwoorde zorg in een kwart van de verzorgingshuizen en de helft van de verpleeghuizen in gevaar
- Een op de drie medewerkers vindt de kwaliteit van de zorg in de instelling waar zij werken onder de maat. Dit geldt in sterkere mate voor de verpleeghuizen
- In een vergelijking met het buitenland is de kwaliteit van de ouderenzorg matig
- Toch hebben nog steeds vier op de vijf medewerkers plezier in hun werk

uit: *Arbeid in Zorg en Welzijn*, Prismant, Utrecht, 2005

1. Kwaliteit en motivatie in de verpleeghuiszorg

Inleiding

Voor u ligt het werkplan Kwaliteit en Motivatie in de verpleeghuiszorg. Het geeft de bevindingen weer van een serie activiteiten, geïnitieerd door de Nederlandse Stichting voor Psychotechniek (NSvP) en de Stichting Gezond Werk en Economisch Welzijn (StGW) gericht op het verbeteren van kwaliteit en motivatie in de verpleeghuiszorg.

Doel is met een brede groep vertegenwoordigers uit de sector een beweging in gang te zetten die kan leiden tot daadwerkelijke verbetering van kwaliteit en motivatie in de verpleeghuiszorg. De opzet is gericht op het versterken, verbinden en verbreden van visies en initiatieven.

Het werkplan geeft de bevindingen weer uit het achterliggende traject, maar vormt ook de opmaat voor vervolgactie. Nu de beoogde beweging met dit initiatief een stap verder is gebracht, is het de vraag hoe het ontstane netwerk benut kan worden bij de realisatie van dit werkplan. Daarbij gaat het om de vraag hoe suggesties en aanzetten voor verbetering kunnen uitgroeien tot projecten en initiatieven en hoe de inspiratie en kennis van succesvolle projecten kan worden overgedragen aan andere geïnteresseerde organisaties en personen. Het werkplan biedt een raamwerk voor beweging, verbetering en verdieping van kwaliteit van zorg en arbeidsmotivatie.

Aanleiding

Aanleiding vormt het RMO-advies 22, "Werken aan balans: remedies tegen burn-out" (juni 2002) waarin wordt gekeken naar oorzaken van burnout in de publieke dienstverlening. In haar rapport stelt de RMO dat een aantal veranderingen het werk in de zorg ingrijpend veranderd heeft, wat grote gevolgen heeft voor de intrinsieke motivatie van professionals in het primaire proces. Op grond van de analyse benadrukt de Raad de noodzaak ernst te maken met de herwaardering van het werk op de werkvloer. Ook de meer recente rapporten (WRR: Bewijzen van goede dienstverlening, SER: Ondernemerschap voor de publieke zaak) concluderen dat de sturing in (zorg)organisaties minder hiërarchisch, verticaal en bedrijfsmatig moet zijn en zich dient te ontwikkelen naar meer horizontale vormen van bestuur, waarin de rol van professionals in het primair proces aanzienlijk wordt versterkt.

Startpunt werd de ouderenzorg (sector V&V) omdat:

- Deze sector te maken krijgt met een groeiende vraag naar zorg (ten gevolge van de vergrijzing), terwijl de middelen achterblijven.
- Deze sector ook het eerste te maken zal krijgen met krapte op de arbeidsmarkt, waardoor imago van het beroep, binden en behouden van personeel (opnieuw) belangrijke items worden.

Het uitgangspunt van het initiatief is dat kwaliteit van zorg en motivatie twee kanten van dezelfde medaille zijn: het kunnen leveren van goede zorg is een basale voorwaarde voor de intrinsieke motivatie en voldoening van professionals. En andersom: intrinsieke motivatie draagt bij aan de kwaliteit van de geleverde zorg.

Factsheet kwaliteit en motivatie

In de ouderenzorg vinden grote veranderingen plaats: meer nadruk op de bedrijfsvoering en een toename van de administratieve lasten, en schaalvergroting door fusies. De kwaliteit van de zorg staat ter discussie en de arbeidssatisfactie van de medewerkers staat onder druk. Tegelijk neemt de vraag naar zorg toe, terwijl het aanbod op de arbeidsmarkt stabiel blijft. Het zal instellingen dus meer moeite kosten voldoende personeel aan te trekken, zeker als de economie weer aantrekt en ook andere sectoren meer personeel zoeken.

Volgens onderzoek is de kwaliteit van de zorg in grofweg een derde van de instellingen onder de maat. Met de tevredenheid van de medewerkers is het op het eerste gezicht helemaal niet zo slecht gesteld. Verreweg de meesten werken met plezier in de ouderenzorg. Wel is de werkdruk volgens een derde van de medewerkers te hoog, ook al is deze de afgelopen jaren wel iets afgenomen. Die werkdruk komt vooral voort uit het gevoel tekort te schieten. Meer willen doen dan kan, geeft een opgejaagd gevoel. Juist in de verpleeghuizen waar medewerkers de kwaliteit van de zorg onder de maat vinden, wordt de werkdruk als hoog ervaren.

De uitdaging ligt er nu om de kwaliteit van de zorg te verhogen en de werkdruk te verlagen waarbij, gezien de krapte op de arbeidsmarkt, de oplossing niet alleen gezocht wordt in extra handen aan het bed. Hoe kunnen de werkomstandigheden zodanig zijn dat verzorgenden gemotiveerd en optimaal kunnen werken? En welke eisen stelt dit aan de verzorgende?

Kwaliteit zorg verslechtert snel door enorme personeelstekorten

De dreigende tekorten op de arbeidsmarkt voor personeel dat werkzaam is in de zorgsector nemen binnen enkele jaren dramatische vormen aan. De kwaliteit van de zorg zal als gevolg van het bijna onoplosbare tekort aan menskracht in het bijzonder in de verzorging van oudere mensen ernstig tekortschieten. Nederland duikt daarmee onder kwaliteitsstandaarden die we nu al vaak als minimaal ervaren. Dat constateert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in zijn advies Arbeidsmarkt en Zorg, dat voorzitter Rien Meijerink van de raad op donderdag 14 september jl. aan staatssecretaris Ross van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft aangeboden.

Door onder andere de vergrijzing verwacht men dat het aantal dementerenden in 2050 is verdubbeld tot ruim 400.000 mensen. Het aantal mensen met een beroerte stijgt tot 2020 met zo'n 30%. Dit zijn ziekten waarbij veel personeel nodig is. De potentiële beroepsbevolking daalt. Bovendien kiest lang niet iedereen voor een baan in de zorg, zeker niet als de economie verder aantrekt. De tekorten zijn structureel tot ver na de piek van de vergrijzing en die piek is in 2035. In de komende jaren komt daarmee onvermijdelijk de kwaliteit van de zorg ernstig in het gedrang.

Uit: Persbericht RVZ 14 september 2006, zie ook www.rvz.nl

"Bij de verpleeghuiszorg zijn veel instanties betrokken, met diverse rollen, die onderling van elkaar afhankelijk zijn. Politiek, overheid, inspectie, gemeente, bestuurders, managers, beleidsmakers, onderzoekers adviseurs, beroepsvereniging, brancheorganisatie, uitvoerenden, allen doen met goede bedoelingen een deuk in het zakje. Maar niemand kent het hele plaatje. Ieder heeft een stukje van de puzzel in handen. Vaak wordt er daarbij over verzorgenden gesproken, in plaats van met. Juist het belangrijke puzzelstukje van de verzorgenden zelf komt in de analyses weinig aan bod. Dat wilden we anders".

Marlies Ott tijdens werkconferentie op 27 juni 2006 in Antropia te Driebergen

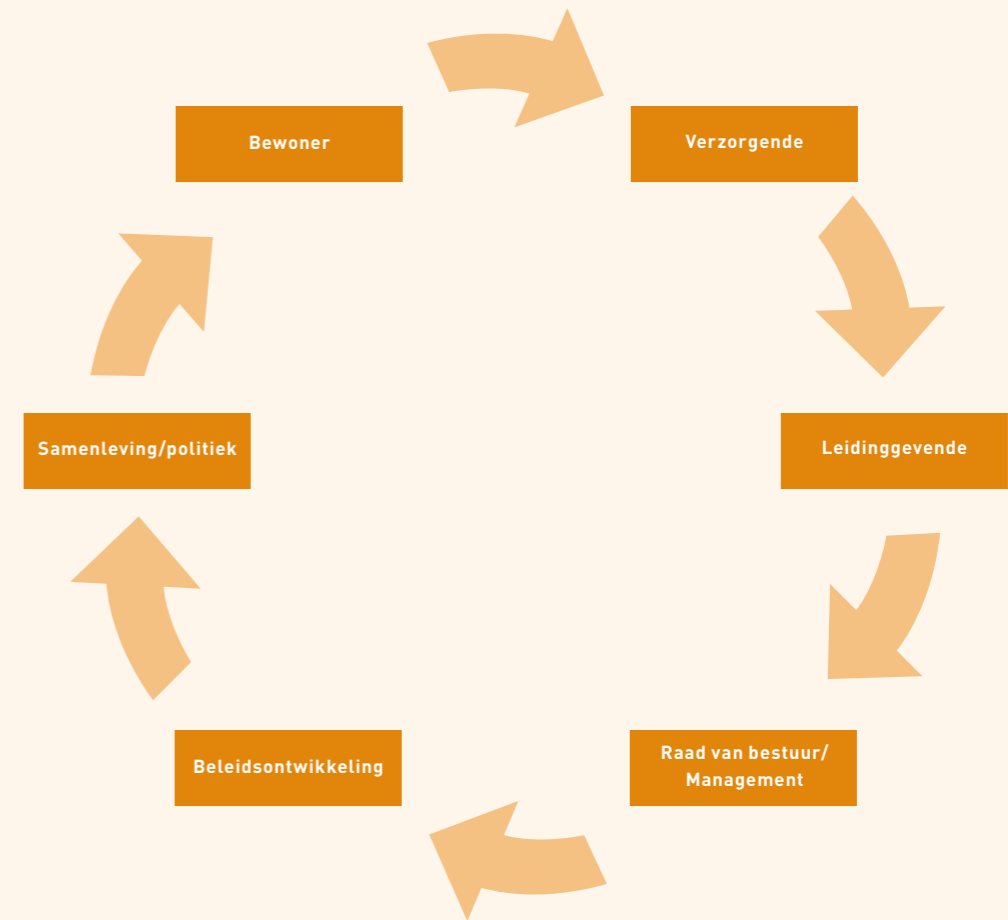
2. Aanpak:

Om tot een werkplan te komen hebben verschillende voorbereidende activiteiten plaatsgevonden:

- 6 rondetafelgesprekken, waarbij door middel van een socratische dialoog gesproken is over de dilemma's die verzorgenden ervaren. De deelnemers werden uitgenodigd zich te verplaatsen in de positie van de verzorgende en gaven vanuit die optiek aan wat nodig is om bij te dragen aan kwaliteit en motivatie in de verpleeghuiszorg.
- een expertmeeting: waarin gezocht is naar onderzoeksbevindingen die een relatie leggen tussen motivatie en kwaliteit.
- een werkconferentie: waarbij bewoners, verzorgenden, leidinggevenden, managers, leden van raden van bestuur, beleidsmakers en onderzoekers in gesprek met elkaar zochten naar mogelijke vervolgacties die kan bijdragen aan kwaliteit en motivatie in de verpleeghuiszorg.

Kenmerken van de aanpak:

- Probleemdefiniëring vanuit de beleving van verzorgende.
- Dialoog met verschillende partijen die bij de problematiek betrokken zijn:
- bewoners
- verzorgenden
- management
- beleid (VWS/inspectie)
- samenleving
- Verbinden van visies, initiatieven, oplossingsrichtingen.



3. Resultaten:

3.1. Resultaten Socratische dialoog: dialoog met alle betrokkenen uit de keten

In de rondetafelgesprekken wilden we verschillende personen en partijen 'uit de keten' via dialoog met elkaar in contact brengen. Gekozen is voor een gespreksmodel volgens de Socratische dialoog, waarbij een verzorgende een dilemma uit de dagelijkse praktijk naar voren bracht. Elk tafelgesprek kende daarbij een 'binnenkring' bestaande uit familieleden, verzorgenden, zorgmanagers, beleidsmakers en Inspectie, en een 'buitenkring' (politici, brancheorganisaties, zorgverzekeraars, wetenschappers, adviesorganen). De gesprekken hebben de betrokkenen inzicht gegeven in de dilemma's die spelen op de werkvloer en de verschillende aspecten die in samenhang om aanpassing en verandering vragen om tot verbetering te komen. Daarnaast is een netwerk ontstaan van betrokken organisaties, instanties en personen die een bijdrage willen leveren aan verbetering van motivatie en kwaliteit. Ook is er gewerkt aan agenda setting voor de werkconferentie.

De rondetafelgesprekken hebben het inzicht opgeleverd dat kwaliteitsverbetering niet zozeer ontstaat door het optimaliseren van ieder onderdeel in de keten, maar vooral door het optimaliseren van verbanden tussen alle betrokken partijen in de keten. De vragen zijn zo complex, er is niet één antwoord op. Door met elkaar in een open gesprek te komen kan wel steeds weer een stap verder worden gezet. Dankzij de dialoog ontstaat ruimte

voor nieuwe inzichten. Er kwam meer zicht op de relaties die de verschillende deelnemers met elkaar hebben als het gaat om kwaliteit en motivatie. Er is een begin gemaakt met het zoeken naar raakvlakken in de visies en het leggen van nieuwe en betere verbanden met elkaar.

Als het gaat om kwaliteit van zorg en motivatie van verzorgenden richten wij ons niet op één oplossing maar op meerdere oplossingsrichtingen op meerdere niveaus:

1. de bewoner en de familie van de bewoner
2. de verzorgenden en andere zorgprofessionals
3. management
4. beleidsniveau
5. politiek/maatschappelijk niveau

"Een emotioneel appel op de verzorgende alléén draagt niet bij aan hun motivatie en energie. Daarvoor zullen alle betrokkenen in de keten ook de noodzakelijke randvoorwaarden moeten scheppen. Vandaar dat we door middel van deze dialoog met alle betrokkenen bij de ouderenzorg hebben onderzocht wat de verzorgende nodig heeft om de kwaliteit te leveren die zij wil en welke bijdragen de andere deelnemers vanuit hun positie kunnen leveren om dit te realiseren".
Odette Meyer en Sonia Sjollema, nieuwsbrief juni 2006 NSvP

Knelpunten en Oplossingsrichtingen zoals die uit rondetafelgesprekken naar voren kwamen:

“Als je familie wordt opgenomen hoef je als familielid niet te stoppen met zorgen.”

Familie en mantelzorgers hebben vaak het gevoel dat als hun familielid opgenomen wordt in een verpleeghuis zij moeten “stoppen met zorgen”. Verzorgenden geven aan vaak het gevoel te hebben tegenover de familie te staan, terwijl zij liever met hen op een goede manier zouden willen samenwerken. Versterken van invloed en betrokkenheid van familie en mantelzorgers bij de zorg werd daarom als suggestie genoemd.

“Over het algemeen hebben wij in de zorg weinig zelfwaardering; ik ben maar een verzorgende. Van onze kennis en ervaring wordt weinig gebruik gemaakt.”

Een belangrijk knelpunt in de motivatie van de verzorgenden en kwaliteit van zorg is de positie die verzorgenden in de hiërarchie van de organisatie innemen. Hun beroep wordt gemakkelijk gemarginaliseerd. “Zorgen kan iedereen” wordt gedacht. Alleen met kennis van zaken kan goede zorg worden geleverd. De zorg voor dementerende mensen is tenslotte een vak apart dat veel eisen stelt aan verzorgenden.

“De afstand tussen management en professionals neemt toe.”

Managers staan onder druk van regelgeving die een bedreiging vormen voor de motivatie van zorgprofessionals. De druk om op managementniveau aan externe eisen te voldoen leidt af van de dienstverlening intern. Hoe krijg je de inhoud van het werk beter op het bureau van de manager? Kun je de externe eisen inzetten voor een verbetering van de kwaliteit van de zorg binnen de instelling?

“Outputsturing ondermijnt de motivatie. Laten we stoppen met het mooier voordoen dan het is.”

In de rondetafelgesprekken werd als belangrijk pijnpunt de “winddressing” van management naar buiten toe genoemd, versus de werkelijke kwaliteit zoals die door verzorgenden in de dagelijkse praktijk wordt ervaren. Het vergroot de gevoelde afstand tussen management en werkvloer. Managers zouden ook zelf graag een meer realistisch beeld van de zorg naar buiten toe schetsen, maar

Ervaren belasting op de werkvloer (gebaseerd op de publicatie “In de wachtkamer van de dood” van Anne-Mei The)

- Verzorgenden beschrijven zich opgejaagd en klemgezet te voelen. Ze willen goede zorg geven aan cliënten, maar dat lukt niet omdat tijd, middelen en energie hiervoor ontbreken. Dat gaat hen aan het hart, want het contact met de cliënten was veelal de motivatie om voor werken in de zorg te kiezen.
- De werkdruk is hoog en het werk bevat zoveel aspecten dat medewerkers noodgedwongen keuzes moeten maken. De nadruk ligt op de ADL-zorg in de ochtenduren. Daarna zijn verzorgenden vaak zo uitgeput dat ze tot weinig meer komen. Soms lijkt het ook wel alsof ze niet goed weten wat ze buiten de ADL voor zorg moeten leveren. De daarvoor benodigde ondersteuning ontbreekt.
- De combinatie werk en privé wordt moeilijk gevonden.
- Medewerkers ervaren in hun werk dagelijks dilemma's en worden

Dilemma:

Hoever moet je gaan om iemand menswaardige zorg te bieden?

Op de afdeling van Petra woont meneer Jansen, die op een ochtend erg onrustig is, zich steeds opnieuw uitkleedt en andere bewoners lastig valt. Drie keer hebben ze hem weer zijn kleren aangetrokken. Ze hebben zijn matras van het bed gehaald, in de hoop dat dat zou voorkomen dat hij zich weer uitkleedt. Ze hebben hem verschillende malen toegesproken en gerust proberen te stellen. Niets helpt. Vanwege de werkdruk ontbreken de tijd en de rust om een goede oplossing te zoeken. En je kunt zo'n man toch niet vastbinden. Wat te doen? Nog maar een keer aankleden. Anja zegt hierover: “Ik voel me zo onmachtig op verschillende gebieden. De zorg die ik wil geven kan ik niet bieden. Ik doe dan de andere bewoners tekort en ik krijg ook niet de kans om op onderzoek uit te gaan. Om uit te zoeken wat voor meneer Jansen wel zou helpen.”

worden vaak geconfronteerd met een “blame and shame cultuur”, waarin weinig ruimte is voor het eerlijk aangeven van de tekorten in de zorg. Als oplossingsrichting is in diverse tafels “het management van verwachtingen” genoemd: bepaal als organisatie wat je wel en niet kan waarmaken en communiceer dat helder naar buiten.

“Implementatie is het zwarte gat van de verandering. Motivatie slaat vaak om in demotivatie.”

Zorgvernieuwing en organisatieveranderingen kunnen een bijdrage leveren aan kwaliteit en motivatie, maar vormen ook een grote bedreiging. “Niets is demotiverender dan de zoveelste vastgelopen verandering”. Kleinschalige zorg, belevingsgerichte zorg en teamgericht werken hoeven op zich geen verbetering te brengen. Kwaliteitsverbetering komt pas tot stand als op de juiste wijze ruimte wordt gegeven aan de intrinsieke motivatie van verzorgenden én zorgvuldig wordt omgegaan met wat haalbaar is.

“De humaniteit verdwijnt uit de zorg.”

In de verschillende rondetafelgesprekken is gebleken dat deelnemers op alle niveaus ervaren “in dezelfde klem” te zitten. Verandering in de verpleeghuiszorg is alleen te bereiken als er naast de verbeterpunten op de verschillende niveaus ook aandacht is voor maatschappelijk debat. “Schaken op twee borden” werd het genoemd. Binnen de huidige randvoorwaarden streven naar maximale zorg, maar tegelijkertijd een fundamentele discussie aangaan over de ontoereikendheid van de zorg. Hoe gaan wij om met de steeds groter wordende groep hulpbehoevende en dementerende ouderen? Welke rechten kunnen zij doen gelden op een menswaardige zorg? Wat hebben wij als samenleving voor deze groep over?

- geconfronteerd met existentiële vraagstukken.
- De omgang met bewoners en hun familie stellen het geduld en psychologische inzicht van medewerkers op de proef. Ze hebben regelmatig het gevoel hier niet tegen opgewassen te zijn.
- Er is behoefte aan het verbeteren van communicatie en de teamgeest. Collega's kritiek geven wordt moeilijk gevonden en liefst vermeden. De communicatie met leidinggevend wordt regelmatig moeizaam genoemd. Dit komt de sfeer op de afdeling niet ten goede.
- Medewerkers op de werkvloer hebben het gevoel weinig waardering van hogerhand te krijgen.
- Er is nauwelijks tijd om bij bovengenoemde ervaren knelpunten stil te staan en er binnen het team over te praten.

3.2 Expertmeeting

In de expert meeting stond een analyse van de relatie tussen kwaliteit van het werk en de motivatie van verzorgenden centraal waarbij de nadruk lag op het primaire werkproces. Verschillende onderzoekers met onderzoekservaring op het terrein van motivatie en arbeidssatisfactie in de zorg werden uitgenodigd hun onderzoeksresultaten te presenteren en te zoeken naar aanknopingspunten voor vervolgactie. Daarbij stonden de volgende vragen centraal:

1. Wat is bekend vanuit het eigen vakgebied over de relatie tussen motivatie van verzorgenden en kwaliteit van (ouderen)zorg op organisatieniveau?
2. Wat voor aanwijzingen geven deze onderzoeken? En welke variabelen spelen daarbij een rol?
3. Op welke manier zouden organisaties kunnen werken aan een verhoging van kwaliteit en motivatie?

Tijdens de expert meeting zijn twee modellen gepresenteerd om de relatie tussen werk en motivatie te bestuderen: het Job Demand Control Support model van Karasek (1979) en het DISC model. Demand Induced Strain Compensation Model van Jonge & Dormann (2003).

Het model van Karasek geeft aan dat meer controle op het werk en eigen regelmogelijkheden nodig zijn als de psychologische taakeisen (zoals werkdruk) toenemen. Als de belasting toeneemt, maar de regelmogelijkheden niet kan dit leiden tot stress en demotivatie. Een voorbeeld om dit te verduidelijken is het onvoorspelbare karakter van de zorg voor de bewoner die niet altijd strookt met de structuren binnen de instelling zoals de ochtendgang. Voor 11 uur dienen alle bewoners gewassen te zijn en ontbijt te hebben gehad. Bij een acute hulpvraag komt de ochtendgang in de knoop. Dit kan leiden tot onvrede en stress.

De Jonge werkt het balans model van Karasek verder uit naar taakeisen en hulpbronnen op drie niveaus: cognitief, emotioneel en fysiek (DISC, Demand Induced Strain Compensation model, de Jonge & Dormann, 2003). Hij stelt dat cognitieve belasting

vraagt om cognitieve hulpbronnen, emotionele belasting vraagt om emotionele ondersteuning en fysieke belasting om fysieke hulpbronnen. In de verpleeghuiszorg komen alle drie de soorten taakeisen voor. De motivatie van verzorgenden blijkt vooral gestuurd te worden door cognitieve en emotionele processen.

Een voorbeeld is de relatie met de bewoner. Deze staat centraal in het werk en vormt ook de motivatie van verzorgenden om voor dit vak te kiezen. Toch kan het ook een belangrijkste stressor zijn. Voor het opbouwen van een goede band is een wederzijds investeren nodig. Dit is veelal niet aan de orde met psychogeriatrische bewoners. Het investeren in een relatie die niet wederkerig is, vormt een emotionele belasting voor verzorgenden. De niet optimale relatie met de bewoner, is een gegeven van het werk. Wat wel beïnvloed kan worden is hoe met deze emotionele belasting wordt omgegaan. En met de dilemma's die de complexe zorg voor bewoners met zich mee brengt. Om aan taakeisen tegemoet te komen zijn hulpbronnen nodig. Belangrijke hulpbronnen zijn opleiding en intervisie, collegiale steun en waardering van de leidinggevend. Deze zijn op individueel niveau in balans te brengen, maar zouden in de verpleeghuiszorg waar veel in teamverband gewerkt wordt ook juist op teamniveau ingevuld kunnen worden.

Het werken in een team kan fungeren als hulpbron in de vorm van overdracht van kennis, mogelijkheid tot intervisie, autonomie, regelmogelijkheden, (gedeelde) verantwoordelijkheid, sociale steun en het mogelijk maken om krachtiger intern op te treden als professionals (emancipatie). Uit onderzoek volgen positieve resultaten van teamgericht werken: er zijn minder ongevallen, het verzuim en het verloop zijn lager, er is meer arbeidssatisfactie, er is meer servicegerichtheid en de patiënttevredenheid is groter. (Anderson & West, 1998; Michie & West, 2004; West et al, 2002, 2004). Teams in de verpleging en verzorging blijken effectief te werken. Een proeftuin bij Zorgcirkel Waterland, een zorginstelling met 1500 bewoners en 200 medewerkers, gaven vergelijkbare resultaten (van der Linden).

Demente verpleeghuisbewoners beter af met tevreden verzorgenden, 13 juni 2006

Verzorgenden die tevreden zijn met hun werk en hun werkomstandigheden, gaan vaker met warmte en affectie om met de demente verpleeghuisbewoners die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Ze lachen meer tegen hen en maken vaker oogcontact. Zo'n bewonersgerichte houding is belangrijk, omdat hierdoor de gedragsproblemen die veel demente verpleeghuisbewoners hebben (zoals agressie, apathie of depressie) kunnen worden voorkomen of verminderd. Dit blijkt uit de analyse van 228 video-opnames van de ochtendzorg (wassen en aankleden) aan demente verpleeghuisbewoners en van vragenlijsten naar werkbeleving van de deelnemende verzorgenden. Het onderzoek is uitgevoerd door het onderzoeksinstituut NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg).

De video-opnames maken deel uit van de databank communicatie van het NIVEL. NIVEL onderzoeker dr. Julia van Weert: “Verzorgenden die hun werk minder druk en minder stressvol

vinden gaan duidelijk positiever om met de bewoners. Als het management beter zorgt voor het personeel, leidt dit dus direct tot betere zorg voor de cliënt. Directies van verpleeghuizen zouden investeren in de arbeidsomstandigheden dan ook moeten zien als een manier om de kwaliteit van de zorg die ze leveren te verbeteren. Hoe beter verzorgenden het hebben wat betreft factoren als werkdruk, afwisseling in het werk en de waardering die ze krijgen, hoe beter ook de door hen verzorgde bewoners af zijn.”

Uit eerder NIVEL onderzoek onder verpleegkundigen (de Veer e.a., TVZ nr. 4, 2004) is bekend dat verpleegkundigen tevredener zijn met hun werk naarmate zij zich meer gewaardeerd voelen. Ander onderzoek (de Jongh e.a.2006) laat echter zien dat de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat ze geen of weinig waardering krijgen van het management.

4. Het werkplan

Het werkplan is voortgekomen uit de inbreng die alle betrokkenen hebben gehad tijdens de werkconferentie die heeft plaatsgevonden op 27 juni 2006 in Antropia te Driebergen. Gesproken is over de thema's die uit de rondtafelgesprekken zijn voortgekomen. In het werkplan zijn de bevindingen samengevat en zijn de vervolgcacties genoemd die door de deelnemers naar voren zijn gebracht.

Basis elementen voor een zorgverlening waarin zorg weer centraal staat.

1. Organisatievisie: een in de organisatie gedeelde visie op zorg voor dementerenden
2. Aandacht voor de professionalisering en emancipatie van de verzorgende
3. Optimaliseren van samenwerking in de keten
4. Inspiratie in veranderingstrajecten
5. Maatschappelijk debat

4.1. Een in de organisatie gedeelde visie op zorg voor dementerenden

Uit de gesprekken met diverse verzorgenden blijkt dat in de kern de visie op zorg tussen veel professionals en managers verschilt. Daar waar vroeger ruimte was om persoonlijke aandacht te schenken aan een bewoner terwijl de basiszorg werd verleend, was een fundamenteel debat over de behoeften van bewoners misschien minder noodzakelijk. De verzorgende trachtte beide gelijktijdig te bieden. De toenemende efficiencydruk en tijdsdruk maakt keuzes en daarmee een fundamentele discussie noodzakelijk. Het grote dilemma waar verzorgenden dag en nacht mee worstelen is: hoe geef ik die ene patiënt genoeg aandacht en benadeel ik de ander niet? In de discussie over kwaliteit is naast de vraag "Doen we de dingen goed?" de vraag "Doen we de goede dingen?" opnieuw actueel. Belevingsgerichte zorg geeft deze discussie een extra impuls. Bère Miesen en Andries Baart geven waardevolle aanzetten aan de discussie over een visie op zorg in verpleeghuizen die aansluit bij de behoeften van bewoners. Van belang is dat elk verpleeghuis hier een gedeelde visie op ontwikkelt. Het vergroot de inhoudelijke betrokkenheid van Raad van Bestuur en management en draagt bij aan het management van verwachtingen: wat is een reële kwaliteit van zorg die wij gegeven de financiële beperkingen kunnen bieden? Kiest de organisatie voor vraaggestuurde en belevingsgerichte zorg dan vraagt dit ook een vertaling in de vormgeving van werkprocessen.

een keuze voor een daarbij passende leiderschapstijl en aangepast HRM-beleid, om de visie te ondersteunen en uitvoering in de praktijk mogelijk maken.

De presentietheorie (Baart 2004) stelt professionele presentie tegenover professionele distantie. "Presentie-beoefenaren staan je bij, zij komen naar je toe, bewegen met je mee, zijn trouw en betrouwbaar. Zij gaan een relatie aan met mensen die zorg en steun nodig hebben. Het draait in presentie om fatsoen, om attentie en aandacht. Presentie sluit aan bij het tempo van de ander. (Stoopendaal, Köber, 2006).

Bère Miesen geeft een nadere uitleg aan dit denken specifiek gericht op de dementerende bewoner: "Dementie vraagt niet alleen om (basis)zorg, maar ook om behandeling, begeleiding en belevingsgerichte zorg. Mensen die aan dementie lijden hebben vooral veiligheid en houvast nodig. Zij raken in toenemende mate ontheemd en ontredderd. Als verzorgende bied je in feite slachtofferhulp". Met een dementerende ga je een wat hij noemt 'risicovolle relatie' aan, die soms jaren duurt. Risicovol, omdat de persoon met wie je de relatie aangaat in feite steeds verder van je 'wegdrijft', en de wederkerigheid van de relatie afneemt.

(Citaten uit het NSvP-journaal van zomer 2006)

4.2. Aandacht voor de professionalisering en emancipatie van de verzorgende

Een belangrijk knelpunt in de motivatie van de verzorgenden en hun geleverde kwaliteit van zorg is de positie die verzorgenden in de hiërarchie innemen. Hoewel zij dichtbij de bewoner staan en vanuit die positie ook een belangrijke stem zouden moeten hebben in de te leveren zorg wordt in de meeste verpleeghuizen de zorg van bovenaf geregeld en georganiseerd. De verzorgenden staan onder aan de piramide. Ook maatschappelijk gezien heeft het beroep weinig aanzien. Hun beroep wordt gemakkelijk gemarginaliseerd, omdat medisch-technisch handelen niet op de voorgrond staat. 'Zorgen kan iedereen' wordt vaak gedacht, maar alleen met kennis van zaken kan goede zorg geleverd worden. De "gewone", mensgerichte zorg voor de ouder wordende mens doet al aanspraak op de professionaliteit van verzorgenden, maar zeker de zorg voor somatische/psychogeriatrische patiënten is een vak apart, dat veel eisen stelt aan verzorgenden. Kwaliteitsverbetering vraagt om een zelfbewuste beroepshouding en een vertrouwen in de eigen professionaliteit. Permanente kennisoverdracht en -circulatie en emotionele steun van collega's en leidinggevendenden zijn cruciale elementen voor het leveren van goede zorg en geven verzorgenden op hun beurt de zorg die zij nodig hebben om die goede zorg te kunnen (blijven) bieden.

In de werkconferentie is stilgestaan bij de vraag wat er nodig is om de beroepstrots van verzorgenden te versterken. Deelnemers noemden het ontwikkelen van beroepstrots een emancipatieproces. Zij zagen beroepstrots als een onderdeel van een cirkel: het leveren van kwalitatief goede zorg leidt tot meer beroepstrots,

meer beroepstrots geeft meer motivatie en meer motivatie draagt bij aan de kwaliteit van zorg. "Goed gemotiveerde medewerkers leveren betere zorg" was de algemene ervaring uit de praktijk. Maar ook onderzoek van bijvoorbeeld het NIVEL toont dit aan.

Er is stilgestaan bij de bijdrage die vanuit verschillende posities vanuit de keten aan dit emancipatieproces kan worden geleverd. Allereerst is er de verzorgende zelf die hier een verantwoordelijkheid heeft. "Bijblijven, je blijven ontwikkelen, trots, en respect voor je eigen vak" zijn daarbij kernwoorden. "Geef aan wat je nodig hebt, laat zien hoe mooi het vak is". Daarnaast spelen de VAR en de OR een belangrijke rol in de formulering van kwaliteit en de inspraak en invloed van verzorgenden daarop. Om die goed te laten functioneren is lef, opleiding en communicatie van belang. Ook de leidinggevendenden en het management hebben een belangrijke rol, zij bepalen in hoeverre opleiding wordt gefaciliteerd en gestimuleerd en in hoeverre er ruimte is voor intervisie en kennisuitwisseling. Tenslotte is ook maatschappelijke waardering van belang. "Er moet meer over goede voorbeelden worden gecommuniceerd. Door best practices naar buiten te brengen draag je bij aan een positief beeld van het vak. We moeten laten zien hoe mooi het vak is".

Pilotproject 'Tijd voor onszelf'

"Ik ben geschrokken van de kaalheid van het leven van bewoners. Belangrijke oorzaken ervan zijn: de toegenomen zorgzwaarte van bewoners en de personeelsverschuivingen. In het verpleeghuis waar ik twee jaar meeliep, is in vijftien jaar het aantal handen-aan-het-bed gehalveerd en de scholing sterk afgenomen.

Ziekenverzorging is geen ongeschoold werk, maar een professioneel beroep. Het is zwaar werk waarbij existentiële vraagstukken en dilemma's komen kijken. Er is echter geen tijd om hierbij stil te staan. Investeren in medewerkers is niet alleen nodig, het zou vanzelfsprekend moeten zijn. Reflectie en scholing zijn daarbij van belang. Daarmee worden handvatten gegeven hoe met het werk om te gaan.

Normen-voor-verantwoorde-zorg en kwaliteitseisen zijn prima. Maar voor betere zorg moet eerst worden geïnvesteerd in medewerkers. Want hoe kunnen verzorgenden bewoners met respect behandelen als zij zelf niet met respect worden behandeld? Kwaliteit van zorg begint bij medewerkers. Het succes ligt letterlijk in hun handen".

Anne-Mei The heeft na haar onderzoek en de publicatie van het boek 'In de wachtkamer van de dood' een project gestart dat bijdraagt aan kwaliteitsverbetering van de zorg aan de dementerende ouderen in een verkleurende samenleving. Het project stelt de samenwerking en de communicatie tussen verzorgenden onderling en hun leidinggevendenden centraal.

Suggesties voor vervolginiciatieven:

- **Mobiliseer de verzorgenden;**
Het is van belang dat verzorgenden als probleemeigenaren gaan optreden. Zij zijn degenen die zich in eerste instantie hard moeten maken voor de kwaliteit van hun werk, opleiding, intervisie en professionalisering. Er is gesproken over manieren om bestaande netwerken van verzorgenden te verbinden en te versterken en nieuwe netwerken op te bouwen. Voorbeelden zijn de netwerken van beroepsverenigingen en vakbonden, maar ook informele netwerken zoals opleidingsnetwerken (bijvoorbeeld van Perfecto/LEV) en regionale Café PG's (Psycho Geriatrie) kunnen in potentie een emanciperende rol spelen. Tenslotte kan door een koppeling met patiënten/bewonersbelangen (cliëntenraden, LOC, NCPF) de kracht en positie van bewoners en professionals in organisaties versterken.
- **Investeer in intervisie en opleiding:**
intervisie zoals wordt vormgegeven door bijvoorbeeld Cora van de Kooij, Anne-Mei The (tijd voor onszelf) zou bredere toepassing verdienen. De (pilot)projecten die op dit terrein starten en lopen zijn een belangrijke stap. Suggestie van de deelnemers was meer aandacht te vragen voor opleiding/intervisie en dit bijvoorbeeld mee te nemen in de CAO-onderhandelingen.
- **Versterk de positie van verzorgenden in organisaties door middel van een sterke OR en Verzorgende Adviesraden.**
(De AWW/V&VN heeft een project in voorbereiding gericht op het instellen van VAR's (Verzorgenden Adviesraden) in verpleeg- en verzorgingshuizen).
- **Onderzoek de mogelijkheden van zelfsturende teams in de zorg:**
hiermee wordt onder andere ervaring opgedaan bij Zorgcirkel Waterland.

Intervisie voor verzorgenden

IMOZ heeft een specifieke didactiek en methodiek ontwikkeld voor het invoeren van belevingsgerichte zorg. Zo leren verzorgenden stilstaan bij hun eigen gevoelens, waarnemingen, intenties, normen en waarden. Tegelijkertijd stimuleert de aanpak verzorgenden om systematisch ervaringen uit te wisselen en zich te verantwoorden voor de gekozen aanpak. Voor meer info: www.imoz.nl.

Café PG in Haagse Hogeschool

Het lectoraat PsychoGeriatrie organiseert maandelijks het 'Café PG' (PsychoGeriatrie). Het initiatief draagt bij aan de emancipatie en cognitieve en emotionele ondersteuning van verzorgenden op regionaal niveau. Café PG volgt het format van de bekende Alzheimer Café's en is bedoeld voor medewerkers in de dementiezorg, studenten, docenten en andere belangstellenden. Streven is op termijn te komen tot een landelijk dekkend netwerk van regionale Café-PG's.
Info: www.haagsehogeschool.nl/HaagseHogeschool/Lectoraten/PsychoGeriatrie

4.3. Optimaliseren van samenwerking in de keten

De rondetafelgesprekken hebben het inzicht opgeleverd dat kwaliteitsverbetering niet zozeer ontstaat door het optimaliseren van ieder onderdeel in de keten, maar vooral door het optimaliseren van verbindingen tussen alle betrokken partijen in de keten. Daarbij gaat het onder andere om de volgende relaties:

- A. Relatie bewoner – familie/mantelzorger – verzorgende
- B. Relatie verzorgende – management
- C. Relatie management – overheid

“Tijdens deze dag werd er een theaterstuk opgevoerd met als titel ‘zullen we dansen’. Prachtig gespeeld, ontroerend, dilemma, vol humor, mooie liedjes met een boodschap... Eerlijk gezegd zou iedereen dit moeten zien. Het was echt geweldig en aan het eind was iedereen even stil. Na een groot applaus werd er een reactie gevraagd op het stuk wat te maken heeft met het thema. En natuurlijk kon ik mij niet stilhouden: ik denk dat we in de zorg weer met elkaar moeten gaan dansen! Dichtbij elkaar komen, zo dicht dat je elkaar weer hoort en echt in contact bent met elkaar, elkaar begeleiden tijdens een moeilijke dans, elkaar vertrouwen schenken en na de dans een buiging maken naar elkaar toe en bedanken voor deze fantastische dans...”
Klaasje Ruigh, verzorgende

A. Relatie bewoner- familie/ mantelzorger - verzorgende

Familie en mantelzorgers hebben vaak het gevoel dat als hun familielid opgenomen wordt in een verpleeghuis zij moeten “stoppen met zorgen”. Verzorgenden geven aan vaak het gevoel te hebben tegenover de familie te staan, terwijl zij liever met hen op een goede manier zouden willen samenwerken. Tijdens de werkconferentie is onderzocht wat er voor nodig is om op dit terrein succesvol te opereren en welke bijdrage de verschillende partijen in de keten hieraan zouden kunnen leveren. Deelnemers waren het erover eens dat hier een uitdaging ligt waar op organisatieniveau maar ook als samenleving geheel veel winst valt te behalen. Het belang van de inzet van mantelzorgers neemt toe, maar de manier waarop dat in een geïnstitutionaliseerde organisatie vorm moet krijgen is vaak niet helder.

Verzorgenden en familie kunnen veel aan elkaar hebben, was het centrale uitgangspunt van de deelnemers aan de werkconferentie. Toch is er weinig tijd en aandacht voor de familie en ontbreekt het aan goede communicatie. Aspecten die een rol spelen zijn tijdsdruk en regelgeving. Veel taken mogen familieleden niet uitoefenen, terwijl zij dat thuis wel mogen. Er is over het algemeen weinig informatie voor bewoners beschikbaar over de rol die zij na opname kunnen vervullen. In de intakefase zijn familieleden soms zo overbelast dat zij daar het gesprek ook niet over aangaan. Door wachtlijsten is er vaak sprake van een crisissituatie bij opname, tussenvoorzieningen zijn onbekend en te weinig beschikbaar. Tenslotte staan ook emotionele gevoeligheden een goede communicatie soms in de weg. “Familieleden worden geconfronteerd met een ontluisterend levenseinde van hun familielid en hebben te kampen met schuldgevoelens”. Ook van de kant van de verzorgenden kunnen er barrières zijn voor een open communicatie: “Verzorgenden vatten grote betrokken-

heid van de familie vaak als kritiek op. Er is moed voor nodig het contact ook daadwerkelijk aan te gaan”. Enkele suggesties die in de workshop werden gedaan die bijdragen aan kwaliteit en motivatie: betrek de cliëntenraad nauwer bij het contact met de mantelzorgers, investeer in scholing en intervisie waardoor communicatieve vaardigheden van verzorgenden kunnen verbeteren, laat de relatie tussen mantelzorgers en verzorgenden een standaard aandachtspunt in het teamoverleg zijn, maak tijd vrij voor persoonlijke ontmoetingen en voor professionele begeleiding van mantelzorgers.

Daarnaast zijn twee concrete suggesties gedaan voor vervolginiciatieven:

- Ontwerp typen van samenwerking tussen V&V enerzijds en familie anderzijds. Ieder kan dan kiezen, afhankelijk van fase, omstandigheid en financiën. Dit kan onderdeel uitmaken van het zorgleefplan.
- Onderzoek de toepassingsmogelijkheden van de eigen krachtconferentie in de ouderenzorg (zowel in situaties vóór opname als na opname in een verpleeghuis), om de zorgbehoefte en de betrokkenheid van de familie daarin vorm te geven.

De Eigen-kracht conferentie, is gericht op het organiseren van zorg en hulpverlening. De conferentie is een bijeenkomst van familieleden in de meest ruime zin. Sociaal netwerk en buurtverwantschap geven beter aan waarom het gaat, dan bijvoorbeeld het woord familie of gezin. De Eigen-kracht conferentie heeft vooralsnog vooral een plaats gekregen in de jeugdzorg maar ook daarbuiten groeit de belangstelling. www.eigen-kracht.nl

B. Relatie verzorgende - management

De afstand tussen managers en verzorgenden neemt toe. Managers staan onder druk van regelgeving die een bedreiging vormen voor de motivatie van zorgprofessionals. De druk om op managementniveau aan externe eisen te voldoen leidt af van de dienstverlening intern. Hoe krijg je de inhoud van het werk beter op het bureau van de manager?

In de beleving van veel professionals staat het managementdenk centraal en verdwijnt de inhoud uit het zicht. Zij verwijten managers het contact met de werkvloer en de klant te hebben verloren, te weinig oog te hebben voor het vak en de bij dat vak passende intrinsieke motivatie te ontberen. Managers zien in deze verwijten vooral een bevestiging van de wereldvreemdheid en de angst voor verandering onder professionals. En zo wordt een cyclus van wederzijds wantrouwen in gang gehouden, die het plezier in het werk vermindert en de kwaliteit van de dienstverlening bedreigt.

Deze tegenstelling is onvruchtbaar en onnodig. Beide partijen hebben immers hetzelfde doel: goede publieke dienstverlening tegen aanvaardbare kosten. De manager draagt hier indirect aan bij, de professional meestal direct. Beiden kunnen hun bijdrage alleen leveren vanuit betrokkenheid bij het primaire proces. Terwijl deze betrokkenheid voor de professional bijna niet te vermijden is, moet de manager daar actiever naar streven. De neiging is groot zich te concentreren op het managen. Te veel aandacht voor het primaire proces zou leiden tot micromanagement, belemmert de ontwikkeling van een strategische visie, en laat minder ruimte voor ingrijpende beslissingen. Dit risico is reëel, maar moet wel worden afgewogen tegen de risico's van een van de praktijk losgezongen managementstijl. Managers kunnen hun doelen immers alleen met professionals bereiken. Daarom is inzicht in het primaire proces ook voor managers onontbeerlijk. (Marlies Ott, bestuurslid van de NSvP).



De Eigen-kracht conferentie is een werkwijze om familie de verantwoordelijkheid te laten houden voor ingrijpende beslissingen bij problemen binnen de familie. Het stelt hun in de gelegenheid zelf een plan te maken met gebruikmaking van eigen mogelijkheden én ondersteuning van buiten te betrekken.



Voorbeelden van betrokkenheid van leden van Raden van Toezicht bij het primaire proces zijn de bezoeken aan bedrijfssonderdelen; de zogenaamde werkbezoeken van de Raad van Toezicht. Andere voorbeelden van 'best practices' zijn:

- Een instelling voor gehandicaptenzorg heeft eenmaal per jaar een overleg met ondernemingsraad, cliëntenraad, managementteam, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht over de verwachte ontwikkelingen. Gezamenlijk kijken zij naar de ontwikkelingen die op allerlei terrein spelen, hoe deze elkaar beïnvloeden en welke invloed er verwacht kan worden voor de organisatie. Daarna spreken zij over de gewenste richting voor de organisatie, dit geheel vormt de input voor het nieuwe jaarplan.
- Een Raad van Toezicht van verpleeg- en verzorgingshuizen bespreekt eenmaal per jaar met het managementteam het jaardocument en be vraagt de managers op de gevolgen voor goede en de juiste zorg. Daarna wordt er afgesproken welke lijnen er dan uitgezet worden voor het volgende jaar.
- Een Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van een grote groep verpleeg- en verzorgingshuizen met thuiszorg vergaderen eenmaal per jaar zonder de punten van de reguliere vergaderingen over de koers van de organisatie, dit in aanwezigheid van het managementteam.

Toe zien of bemoeien. Artikel voor E-zine. Marianne Waling-Huijsen van het bureau Met Waarden Helen.

Suggesties voor vervolginiciatieven:

- **Breng het onderwerp vakinhoudelijk leiding geven terug als managementcompetentie in de zorg.**
In Zorggroep Waterweg Noord wordt ervaring opgedaan met een cursus inhoudelijk leidinggeven voor managers om de kloof tussen manager en professional te verkleinen. De aanpak kan interessant zijn voor andere zorginstellingen en onderwijs instellingen voor managers in de zorg.
- **Maak (eind)verantwoordelijkheid voor de verschillende aspecten van de zorg (medische zorg, verzorging en welbevinden) duidelijk**, en bevorder samenwerking en afstemming tussen deze gebieden.
- **Ondersteun Raden van Bestuur en Raden van Toezicht** in het invullen van hun inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg.
- **Zorg voor communicatie tussen professionals/ verzorgenden en management:** onderzoek en beschrijf succesvolle manieren om "de kloof te overbruggen".

C. Relatie management-overheid

"Outputsturing ondermijnt de motivatie. Laten we stoppen met het mooier voordoen dan het is."

In de rondetafelgesprekken werd als belangrijk pijnpunt de "windowdressing" van management naar buiten toe genoemd, versus de werkelijke kwaliteit zoals die door verzorgenden in de dagelijkse praktijk wordt ervaren. Kun je als management eerlijk zijn naar buiten? Is er ruimte om ook de grenzen aan de kwaliteit van zorg aan te geven?

Tijdens de werkconferentie is duidelijk geworden dat met de invoering van prestatie-indicatoren ook veel ongewenste bij-effecten kunnen optreden. Het boven beschreven fenomeen van windowdressing is er één van, maar ook toenemende administratieve lasten zijn als voorbeelden genoemd. Tijdens de werkconferentie presenteerde Alies Struijs het pas verschenen rapport "Vertrouwen in verantwoorde zorg?: effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren". Duidelijk werd in de discussie die volgde dat prestatie-indicatoren naast een positieve kant ook een negatieve (achterdochtige) kant hebben. Zo is de regeldruk niet afgenomen, maar verplaatst van de overheid naar het veld zelf. Een illustratie hiervan is de

Kwaliteitswet Zorginstellingen die slechts vier pagina's bestrijkt, terwijl de uitwerking van de wet in kwaliteitssystemen, certificatie en prestatie-indicatoren laten zien dat daar een veelvoud van pagina's mee gemoeid is. Ook het probleem van de bestendigheid van de regels is verplaatst: de kwaliteitssystemen en prestatie-indicatoren zijn aan permanente verandering onderhevig. Volgens de aanwezige managers gaat het erom de indicatoren zo te benutten dat het de organisatie verder helpt. Wil Zajdenband, van Zorggroep Waterweg Noord pleitte voor een onorthodoxe manier om prestatie-indicatoren vanuit de organisatie te formuleren, geformuleerd vanuit het vakmanschap van de professional in de taal van de professional. "De taal van buiten voldoet niet, iedere professional heeft zijn eigen taal". Een andere vernieuwende suggestie die tijdens de workshop is gedaan: betrek ook de OR bij het formuleren van prestatie-indicatoren.

Suggesties voor vervolginiciatieven:

- **Versterk de communicatie tussen overheid en management**
over de effecten van regelgeving en outputsturing.
- **Doorbreek de stilte over de werkelijke kwaliteit in de verpleeghuiszorg:** verschillende verzorgenden zijn intern onder druk gezet om hun ervaring met de werkelijke kwaliteit van zorg niet naar buiten te brengen. Gesuggereerd is zowel intern als naar buiten toe te werken aan het management van verwachtingen: geef een reëel beeld van de te verwachten kwaliteit, daarmee verhoog je de tevredenheid van bewoners/familie en de motivatie van professionals.
- **Onderzoek, benut en versterk de invloed van de (georganiseerde)medezeggenschap op kwaliteit van zorg.**

Prestatiecijfers verbeteren de gezondheidszorg niet zonder meer.

Of het openbaar maken van prestatiecijfers de gezondheidszorg ook echt verbetert, is nog niet te zeggen. Uit de gegevens die er nu liggen, komt naar voren dat zorgverleners gevoelig zijn voor openbaarmaking van hun prestaties. Soms heeft dat de effecten die de overheid voor ogen heeft, maar soms ook niet. Zorgverleners kunnen ook strategisch gedrag gaan vertonen: het niet in behandeling nemen van patiënten met een hoog risico op complicaties, of het manipuleren van prestatiecijfers.

Publicatie van kwaliteitcijfers maakt zorgverleners bewuster van marktwerking, maar spreekt hen niet aan op hun intrinsieke motivatie om mensen goed te helpen. Zolang het één het ander aanvult, is dat geen probleem. Het wordt anders als die externe prikkels leiden tot ondermijning van de intrinsieke motivatie van de betrokkenen. Erosie daarvan betekent een maatschappelijk verlies dat niet gemakkelijk weer ongedaan te maken valt. Het beleidsuitgangspunt dat "kwaliteit meetbaar moet zijn" kan er toe leiden dat de betrekkelijkheid van prestatie-indicatoren uit het oog wordt verloren. Het is ook de vraag wat de nadruk op meetbaarheid betekent voor de waardering van minder meetbare grootheden zoals bejegening, verpleging en verzorging. Een zorgvuldige beleidsontwikkeling zou volgens de raden stapsgewijs moeten verlopen, met een voortdurende evaluatie en gedegen effectonderzoek. Verder is van belang dat de professionals en hun beroepsgroepen zelf bij de uitwerking worden betrokken en dat die aansluit bij bestaande interne kwaliteitssystemen.

(citaten uit Persbericht RVZ 23 juni 2006). Het signalement is opgesteld door de beide in het CEG samenwerkende adviesraden, de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zie ook: www.rvz.nl



4.4. Inspiratie in veranderingstrajecten

'Er zijn alternatieve aanpakken mogelijk om ingrijpende veranderingen succesvol te realiseren. Kern daarvan is dat de kennis, de ervaring en de ambities van de professionals serieus worden genomen. Door deze kennis samen te brengen ontstaat ruimte voor vernieuwing, verdwijnt de beklemming en kunnen veranderingen voortkomen uit betrokkenheid en passie.'

Jaap Boonstra

Zorgvernieuwing en organisatieveranderingen kunnen een bijdrage leveren aan kwaliteit en motivatie, maar vormen ook een grote bedreiging. "Niets is demotiverender dan de zoveelste vastgelopen verandering". Kleinschalige zorg, belevingsgerichte zorg en teamgericht werken hoeven op zich geen verbetering te brengen. Kwaliteitsverbetering komt pas tot stand als op de juiste wijze ruimte wordt gegeven aan de intrinsieke motivatie van verzorgenden.

Tijdens de werkconferentie is stilgestaan bij het vormgeven van inspiratie in veranderingsprojecten. Hoewel inspiratie moeilijk tastbaar te maken is, is tegelijkertijd helder dat de persoonlijke drive en inspiratie van mensen op alle niveaus een onmisbare motor vormt achter elke vernieuwing in de zorg. Om inspiratie blijvend de ruimte te geven is het van belang om binnen de instelling met elkaar een visie te ontwikkelen over de waarden

en normen die je met elkaar wilt behartigen. Werkvormen als het muziektheater kunnen veel losmaken en zorgen voor werkelijke betrokkenheid bij het veranderingsproces. Daarover moet je met elkaar in gesprek blijven, zodat de visie levend wordt, in alle 'instrumenten' die je als organisatie daarvoor hebt: in het werkoverleg, de functionerings-gesprekken, etc. Daarbij gaat het om tweezijdige communicatie. Hou als management oog voor de behoefte aan uitleg over en inspraak in de gewenste veranderingen bij de verzorgenden. Vraag jezelf als verzorgende of vertegenwoordiger van verzorgenden af: wat hebben wij nodig om de gewenste veranderingen te kunnen vormgeven? En: in de praktijk is het vaak een kwestie van inspirators de ruimte geven om de veranderingen vorm te geven in plaats van te veel energie te blijven stoppen in de 'remmers en duikers'. Een deelnemer merkte op: "Een werkconferentie als deze maakt dat ik de moed erin houd en geïnspireerd aan verandering blijf werken".

Suggesties voor vervolgactie:

- Ontwikkel een netwerk van veranderaars in de verpleeghuiszorg. Neem daarbij de brede betrokkenheid van alle verschillende schakels in de keten als uitgangspunt en houd de open dialoog vast die in dit traject op gang is gekomen. Om te zorgen dat pilotprojecten verder komen dan de experimentele fase en breed geïmplementeerd worden heb je inspiratie, draagvlak en betrokkenheid van mensen uit de hele keten nodig: (familie van) bewoners, verzorgenden, managers, mensen van Inspectie en VWS, beroepsverenigingen en brancheorganisaties. Zo'n netwerk zou daaraan kunnen bijdragen.

4.5. Maatschappelijk debat

In de verschillende rondetafelgesprekken is gebleken dat deelnemers op alle niveaus ervaren "in dezelfde klem" te zitten. Verandering in de verpleeghuiszorg is alleen te bereiken als er naast de verbeterpunten op de verschillende niveaus ook aandacht is voor maatschappelijk debat. "Schaken op twee borden" werd het genoemd. Binnen de huidige randvoorwaarden streven naar maximale zorg, maar tegelijkertijd een fundamentele discussie aangaan over de ontoereikendheid van de zorg. Aan deze fundamentele discussie ligt de noodzaak ten grondslag om in de samenleving en in de sector tot brede, duurzame oplossingen te komen voor de naderende vergrijzing en de explosieve toename van het aantal ouderen met dementie in de komende decennia.

De maatschappij lijkt met twee monden te spreken: als het aankomt op de kwaliteit verwacht de samenleving maximale zorg en vallen de media massaal over signalen die aangeven dat de kwaliteit van zorg achterblijft bij de verwachting. Tegelijkertijd vormen de stijgende kosten voor de zorg voor ouderen een argument voor steeds verdergaande efficiëncymaatregelen. De discussie over kostenreductie wordt echter niet in verband gebracht met een discussie over het gewenste kwaliteitsniveau. Onvoldoende (maatschappelijke en politieke) aandacht voor de vraag welke zorg haalbaar/aanvaardbaar is binnen de financiële mogelijkheden versterkt het gevoel van tekortschieten bij verzorgenden.

Naast het maximaliseren van de mogelijkheden binnen de gegeven kaders is er behoefte aan fundamentele vernieuwing van de zorg.

Als we de omvang van het probleem op ons in laten werken, (een verdubbeling van het aantal dementerenden in de komende 30 jaar) zullen we beseffen dat de ouderenzorg gebaat is bij experimenten die uitgaan van hele nieuwe kaders. Voorbeelden zijn vormen van zorgvernieuwing die zijn ontworpen en toegepast bij Humanitas in Rotterdam en Skewiel Trynwalden. Maar ook op andere plaatsen wordt over vernieuwing gedacht die verder gaat dan de aanpassingen vanuit de huidige situatie. Dit transitieproces start met een discussie over wensen en toekomstbeelden en het tot stand brengen van een brede coalitie van bij verandering betrokken personen en instanties.

Op de werkconferentie is een inventarisatie gemaakt van zaken die volgens de deelnemers vandaag nog zouden moeten veranderen in de ouderenzorg. Deze wensen zouden een start kunnen zijn voor een maatschappelijk debat gericht op ontwikkeling van de sector. Uitgangspunt is de vraag "hoe zien wij een kwetsbare oudere, en wat heeft hij nodig?". Kennelijk is er onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen, vraagsturing en belevingsgerichte zorg een verschuiving gaande in wat wij verwachten van de zorg voor de oudere kwetsbare mens. Deze discussie is al langer gaande, maar de context waarin die plaatsvindt is anders. Er blijkt bij velen duidelijk een wil om te veranderen maar de medische en wettelijke uitgangspunten zijn nog niet aangepast, de gebouwen zijn voor een belangrijk deel nog gebaseerd op grootschalige opvang en zorg; ook dat houdt veel verandering tegen. De wensen moeten in eerste instantie dan ook buiten de bestaande kaders worden geformuleerd en kunnen de basis vormen voor innovatieve experimenten.

Om het maatschappelijk debat en het transitieproces te ondersteunen is gesproken over mogelijke vervolgactie:

- Werk aan probleemherkenning door het voeren van actie/protest/manifestatie: maak politiek en samenleving bewust van de urgentie van het probleem.
- Zorg voor informele gesprekken tussen politici en Raden van Bestuur van verpleeghuizen om tot een gemeenschappelijke probleemherkenning te komen.
- Zorg voor een brede coalitie die zich richt op innovatie in de ouderenzorg.
- Zet een transitieproces in gang door beelden te verzamelen van de gewenste toekomst, die uit te werken in verschillende toekomstscenario's en die uit te testen in pilotprojecten.

Transitiemanagement

Meestal veranderen maatschappelijke systemen – zoals het energie- of zorgsysteem – slechts stapsgewijs. Doordat iedereen en alles in zo'n systeem van elkaar afhankelijk is, is er nauwelijks ruimte voor echte verandering. Ingesleten gewoontes, verouderde regelgeving, verstarde institutionele verhoudingen staan innovatie vaak in de weg en houden de systeemtoestand vaak in stand. Innocare is een project van Senternovem gericht op Innovatie in de Caresector. "Hoe ziet de zorg in 2015 eruit? Wat we in elk geval zeker weten is dat er méér mensen zijn die zorg nodig hebben. Deze mensen willen we dezelfde kwaliteit blijven leveren als nu. Duurzame vernieuwingen tot stand brengen in de zorg, dat is waarvoor we staan". Kenmerken van toekomstbeelden voor nieuwe zorgsystemen zijn volgens dit netwerk:

- alles draait om de cliënt, er zijn meer keuzes voor de cliënt, de cliënt staat centraal; de zorg is een nieuwe markt met nieuwe manieren van zorgverlening;
- de zorg ontwikkelt zich naar een dienstverlening;
- de cliënt wordt benaderd om wat hij kan, niet om wat hij niet kan;
- de zorg komt dicht bij de cliënt, zowel fysiek (extramuralisering van de zorg) als via elektronische toegang;
- sociale cohesie staat centraal in de maatschappij;
- participatie van de cliënt en de burger staan centraal;
- cliënten willen wonen in een veilige en sociale omgeving (o.a. domotica);
- zorgaanbieders bieden geïntegreerde zorg aan;
- kwaliteitssysteem zodat onderscheid tussen zorgaanbieders duidelijk wordt.

Voor meer informatie zie

www.senternovem.nl/InnoCare/, www.senternovem.nl/Transitienetwerk/
www.drift.nl

5. Samenvatting, conclusie en vervolgactie NSvP

Met het opstellen van dit werkplan ronden de NSvP en de Stichting Gezond Werk als initiatiefnemers dit traject in feite af. Dankzij de betrokkenheid van velen uit de sector zijn er twee belangrijke resultaten bereikt. Er is een veelheid van suggesties gedaan voor vervolginiciatieven en er is een netwerk ontstaan van mensen uit de hele keten die vanuit een grote persoonlijke betrokkenheid een bijdrage leveren aan kwaliteit en motivatie in de verpleeghuiszorg. Terugkijkend op het traject valt het ons als initiatiefnemers op hoe waardevol dit netwerk is voor de beoogde verandering. Het bijzondere aan dit netwerk is de heterogeniteit: het verbindt familie van bewoner, verzorgenden en andere professionals, management en overheid (beleid en inspectie). In dit traject is de overtuiging gegroeid dat de thematiek van kwaliteit en motivatie niet op één niveau in de keten kan worden opgelost. Het draait om het optimaliseren van de verbindingen in de keten en dat is nu juist wat het netwerk mogelijk maakt. Het netwerk bestaat bovendien uit veranderaars op alle niveaus, die geen genoegen nemen met de bestaande situatie. Dat motiveert hen de verbinding met de ander aan te gaan, die weliswaar vanuit een andere positie en een ander perspectief handelt, maar wel vanuit eenzelfde betrokkenheid. Die persoonlijke betrokkenheid maakt een wezenlijke bijdrage aan vernieuwing mogelijk.

De dialoog tussen de deelnemers heeft de volgende aandachtsgebieden en suggesties voor vervolgactie opgeleverd:

De Vereniging Het Zonnehuis wil de maatschappelijke aandacht voor de verbetering van kwaliteit en leven in de verpleeghuiszorg vergroten. In haar Eindejaarsbericht 2006 en op de website staat hierover: "De Vereniging Het Zonnehuis zet zich in voor mensen die door ouderdom of anderszins de regie hebben verloren en afhankelijk zijn van intensieve zorg. Dit wil zij bereiken door het vragen van maatschappelijke aandacht en het nemen van verantwoordelijkheid om zo bij te dragen aan verbetering van kwaliteit van zorg en leven. Dit alles onder het motto Inzet voor waardige zorg. Activiteiten zijn het subsidiëren van onderzoek en projecten, door het onderhouden van een centrum voor kennisoverdracht en scholing (Zonnehuis Academie). Daarnaast gaat de vereniging zich actief inzetten voor ledenwerving en het verkrijgen van fondsen om de ambities daadwerkelijk mogelijk te maken". Zie ook: www.vereniginghetzonnehuis.nl.

1. Organisatievisie

- Ontwikkel een organisatievisie op zorg waarin de behoeften van de bewoners centraal staat.
- Ontwikkel een visie op organisatie, leiderschap en HRM die hieraan gerelateerd is.

2. Professionalisering en emancipatie

- Mobiliseer de verzorgenden.
- Investeer in intervisie en opleiding.
- Versterk de positie van verzorgenden in organisaties door middel van een sterke OR en Verzorgende Adviesraden (VAR).
- Onderzoek de mogelijkheden van zelfsturende teams in de zorg.

3. Optimalisering van samenwerking in keten:

- Taakverdeling bewoner – familie - verzorgenden: (experimenteer met werkmethoden uit de gehandicapten-zorg zoals de eigenkrachtconferentie).
- Breng het onderwerp inhoudelijk leidinggeven terug als managementcompetentie in de zorg.
- Ondersteun Raden van Bestuur en Raden van Toezicht in het invullen van hun inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg.
- Zorg voor communicatie tussen professionals/verzorgenden en management: onderzoek en beschrijf succesvolle manieren om "de kloof te overbruggen".

4. Inspiratie in veranderingsprocessen:

- Ontwikkel een netwerk van veranderaars in de verpleeghuiszorg.

5. Maatschappelijk debat:

Er is behoefte aan een fundamentele discussie over de ervaren en dreigende ontoereikendheid van de verpleeghuiszorg. Doel is om tot brede, duurzame oplossingen te komen voor de naderende vergrijzing en de explosieve toename van het aantal ouderen met dementie in de komende decennia.

Met het opstellen van het werkplan geven wij de suggesties terug aan de sector in de hoop en verwachting dat deze door de verschillende betrokken partijen uitgewerkt zullen worden tot concrete initiatieven. We hopen met dit stuk het belang van het zoeken naar verbinding inzichtelijk te hebben gemaakt en daarmee een bijdrage te leveren aan verdere dialoog. Hoewel wij met de afronding van het werkplan een hoofdstuk afsluiten zal de NSvP op onderdelen van het vervolgtraject een faciliterende rol blijven spelen.

Vervolgactie NSvP

De NSvP is een onafhankelijk vermogensfonds dat zich richt op het optimaliseren van de afstemming tussen mens en werk. Motivatie in de publieke dienstverlening vormt een van de speerpunten waar zij via onderzoek en praktische projecten wil bijdrage aan verdere kennisopbouw en kennisverspreiding. Daarbij staan de professional en de arbeidsorganisatie centraal. Na de afronding van dit traject zal de NSvP op onderdelen een faciliterende rol blijven spelen. Duidelijk is dat de NSvP niet op alle gebieden die in het werkplan zijn beschreven activiteiten kan en wil ontwikkelen en evenmin in de positie is een trekkende rol te blijven spelen.

De focus van de NSvP zal liggen op:

1. Het financieren van vervolg initiatieven.
2. Het benutten van het ontstane netwerk, om nieuwe manieren van werken op de verschillende niveaus te ondersteunen en verder te brengen.
3. Het verdiepen van de kennis over motivatie en kwaliteit en het transformeren van deze inzichten naar andere delen van de publieke dienstverlening.

1. Financieren van vervolginiciatieven:

De NSvP richt zich op het optimaliseren van de afstemming tussen mens en werk. De vervolginiciatieven die in aanmerking komen voor financiering dienen daarom de professionals als uitgangspunt te nemen. Doel is het vergroten van de intrinsieke motivatie van professionals door middel van het vergroten van de kwaliteit van de zorg. Daarbij geeft de NSvP de voorkeur aan:

- initiatieven op de werkvloer en projecten die worden uitgevoerd binnen organisaties.
- projecten die zich richten op nieuwe manieren van werken die bijdrage aan motivatie van professionals en kwaliteit van zorg.
- projecten die leiden tot overdraagbare resultaten en de resultaten ook verspreiden op een voor de sector laagdrempelige toegankelijke manier.
- projecten waarbij sprake is van cofinanciering (ook andere partijen dragen bij aan de kosten van het project).



2. Benutten van het ontstane netwerk

Inmiddels zijn er verschillende projecten gestart met medefinanciering van de NSvP. De NSvP wil het ontstane netwerk uitnodigen om mee te denken met de opzet en uitvoering van deze projecten. Daarmee kan 'de ketenaanpak' mogelijk ook een rol blijven spelen in de vormgeving van vervolginiciatieven en de implementatie van veranderingen. Belangrijke vraag hierbij is wat nodig is op het niveau van uitvoering, management, overheid en maatschappij, om nieuwe manieren van werken verder te ondersteunen. De Stichting Gezond Werk zal mogelijk betrokken blijven bij de verdere vormgeving hiervan.

Het netwerk heeft daarmee in potentie drie belangrijke functies:

- het biedt een platform voor kennisuitwisseling over ontwikkelingen die op verschillende plaatsen rond dit thema plaatsvinden.
- het is een proeftuin voor een ketenaanpak: via dialoog met andere betrokkenen in de keten verkennen we wat nodig is op het niveau van uitvoering, management, overheid en maatschappij, om nieuwe manieren van werken verder te ondersteunen.
- het biedt inspiratie aan de deelnemers die elk op een ander niveau en in een andere organisatie met het thema kwaliteit en motivatie bezig zijn.

3. Het verdiepen van de kennis over motivatie en kwaliteit en het transformeren van deze inzichten naar andere delen van de publieke dienstverlening.

Intrinsieke motivatie vormt een belangrijke voorwaarde voor kwaliteit in de publieke dienstverlening. De NSvP hecht daarom waarde aan verdere kennisopbouw over het behouden en versterken van intrinsieke motivatie in het werk. De NSvP staat open voor onderzoek en projecten die de kennisopbouw ondersteunen en toepassing mogelijk maken in andere sectoren binnen de zorg en de publieke dienstverlening in het algemeen.



Betrokkenen bij het project "Kwaliteit en Motivatie in de verpleeghuiszorg"

Akker	K. van den	<i>Van Wijckerslooth</i>	Meyer	O.	<i>Stichting Gezond Werk</i>
Amerongen	Y.	<i>Vivium Zorggroep Hogewey</i>	Midden	G. van	<i>Xplore</i>
Bardelmeijer	J.		Middendorp	K.	<i>IGZ</i>
Baselmans	N.	<i>Ministerie van VWS</i>	Middendorp	J.	<i>'t Jagthuis</i>
Bauduin	D.	<i>Het Nieuwe Trivium</i>	Mierlo	H. van	<i>EU Rotterdam</i>
Boekholdt	M.	<i>Zonnehuisgroep</i>	Miesen	B.	<i>Haagse Hogeschool</i>
Boersma-Huytkar	B.	<i>Clientenraad</i>	Mintjes-de Groot	A.J.	<i>LEVV</i>
Borne	I. van den	<i>ZonMw</i>	Moes	D.	<i>IGZ</i>
Bos	J.H.	<i>IGZ</i>	Moonen	R.	<i>MTZ-Zorggroep</i>
Bosch	K.	<i>MTZ-Zorggroep</i>	Mootz	M.	<i>Adviesorgaan RMO</i>
Bouwmeester	H. den	<i>Zorgcentrum De Buitenhof</i>	Mulder	A.	<i>Actiz</i>
Brandwijk	M. van	<i>De ZorgRing</i>	Nennie	P.	<i>Verpleeghuis Zilver schoon</i>
Brummelen	G. van	<i>LEVV</i>	Neuteboom	J.	<i>Viatore</i>
Bunjes	A.M.	<i>Human Development International</i>	Oerle	N. van	
Burgt	A. van der	<i>Stichting BeroepsEer</i>	Oostendorp	E.	<i>Sting</i>
Bäckes-Kapteijn	M.A.	<i>Aveant</i>	Os	D. den	
Casse	A.	<i>Lisidunahof</i>	Oskam-Heutink	H.	<i>Intrazorgplus</i>
Copier	F.	<i>IGZ</i>	Ott	J.	<i>EU Rotterdam</i>
Corbijn	L.	<i>Verpleeghuis Zilver schoon</i>	Ott	E.M.	<i>IBMG</i>
Dool	R.		Ottens	V.	<i>Stichting Nieuwebrug</i>
Dalderup	J.	<i>IGZ</i>	Ouwkerk	M.	<i>Stichting Presentie</i>
Derks	M.	<i>Erasmus CMDz</i>	Peper	J.	<i>IGZ</i>
Dethmers	M.	<i>IGZ</i>	Petzoldt	M.	<i>Verpleeghuiszorg Zonnehoeve</i>
Dickhoff	T.C.		Portengen	J.	<i>Zorggroep Solis</i>
Dijk	J. van	<i>Intrazorgplus</i>	Putten	M. van der	<i>IGZ</i>
Duijf	E.	<i>Adviesgroep Terts</i>	Raaijmakers	Tamara A.J.	<i>Baart en Raaijmakers</i>
Elswijk	S. van		Reijs	A.	<i>Verpleeghuis Vita Nova</i>
Engels	J.A.	<i>Hogeschool Arnhem-Nijmegen</i>	Riele	H. te	<i>EU Rotterdam</i>
Faber-Zijlstra	E.	<i>Verzorgende</i>	Rietveld	T.	<i>PON</i>
Geerdink	W.	<i>IGZ</i>	Rietveld	S.	
Gilse	Y. van	<i>LOC</i>	Roelfsema	P.	<i>Ministerie van VWS</i>
Groot	E. de	<i>Zorggroep Sint Maarten</i>	Rooij	P. van	<i>Zorgverzekeraars Nederland</i>
Gundelach	N.		Ruijgh	K.	<i>Verzorgende</i>
Haeck	J.	<i>Bestuurslid Stichting Gezond Werk</i>	Ruissen	R.	<i>SVRZ</i>
Heijden	B. van der	<i>Open Universiteit Maastricht</i>	Rühl	A.	<i>V&VN</i>
Herngreen	J.J.		Schaik	D. van	<i>Intrazorgplus</i>
Hest	I. van	<i>RVVZ</i>	Schierreck	G.	<i>Ministerie van VWS</i>
Hinsberg	H. van	<i>Verpleeghuis Vita Nova</i>	Schonewille	J.	<i>Zorgverlening Het Baken</i>
Holleman	G.	<i>LEVV</i>	Schulte	T.	<i>Meander Medisch Centrum</i>
Huizenga	A.	<i>Florence</i>	Slotema	J.E.	<i>IGZ</i>
Hurk	M. van den		Smits	A.	<i>LOC</i>
Jagt	G.	<i>Sting</i>	Speksnijder	J.	<i>IGZ</i>
Janzen	W.		Sprecher	M.	<i>Zonnehuisgroep Amstelland</i>
Jong	F.J. de	<i>Skewiel Trynwalden</i>	Sprundel	T. van	<i>Actiz</i>
Jonge	J. de	<i>TU Eindhoven</i>	Stel	H.	<i>Xplore</i>
Jonkergouw	P.	<i>Zorggroep Zuid-Gelderland</i>	Stoelinga	B.	<i>Vilans</i>
Jonkers	A.M.M.	<i>Ministerie van VWS</i>	Struijs	A.	<i>RVZ</i>
Jurgens	A.	<i>Stichting Nieuwebrug</i>	Supèr	W.	<i>Muziektheater Plezant</i>
Kaljouw	M.	<i>CAMERA</i>	Swart	D.	<i>Zonnehuisgroep</i>
Kempen	T.J. van	<i>Stichting Zorgpalet</i>	Swinkels	M.	<i>PON</i>
Kersten	A.	<i>Ministerie van VWS</i>	Tanamal	G.	<i>Unie Zorg en Welzijn</i>
Kessels	J.	<i>Het Nieuwe Trivium</i>	The	A.	
Keukelaar	R.		Vaalburg	A.	<i>Sting</i>
Kirchner	M.C.	<i>Noorderbreedte</i>	Veen	J.A. van	<i>IGZ</i>
Klingeman	C.	<i>Kenniskring Transities in Zorg</i>	Veldhuizen	P.	<i>Stichtse Waranda</i>
Kleingeld	A.	<i>TU Eindhoven</i>	Verbeek	G.	<i>Artemea</i>
Kolk	N.	<i>V&VN</i>	Vermeer	A.	<i>Laurens</i>
Koning	N. de	<i>Lisidunahof</i>	Vink	W.J.C.	<i>Actiz</i>
Kooij	C. van der	<i>IMOZ</i>	Visser	E.	<i>PatientenAcademie</i>
Kouwenhoven	H.	<i>Actiz</i>	Vliet	M. van	<i>IGZ</i>
Kraaikamp	N.	<i>Xplore</i>	Vogel	N.	<i>De Leiboorn</i>
Kroes	K.	<i>Zorgverlening Het Baken</i>	Vrieze	H.	<i>V&VN</i>
Kruijk	G. de	<i>Plezier in Zorg</i>	Vroom	M.	
Kuijper	S.	<i>Ministerie van VWS</i>	Waalewijn	E.	<i>Lisidunahof</i>
Laan	E. van de	<i>De ZorgRing</i>	Waling-Huijsen	M.F.D.	<i>Met Waarden Helen</i>
Lenderink	M.		Willemsse	M.	<i>V&VN</i>
Linden	S. van der	<i>Zorgcirkel Waterland</i>	Wit	Ch. De	
Mast	J.	<i>Vilans</i>	Worst	L.	<i>Verpleeghuis Zilver schoon</i>
Meer	M. van der	<i>Van Wijckerslooth</i>	Zajdenband	E.W.	<i>Verpleeg- en reactiviteitscentrum</i>
Meulman	T.	<i>Muziektheater Plezant</i>	Zeeuw	H. de	<i>Hieke de Zeeuw Com. Advies</i>
			Zwarst	W.	<i>V&VN</i>

De NSvP maakt zich sterk voor mens en werk

De Nederlandse Stichting voor Psychotechniek wil bereiken dat mensen hun capaciteiten optimaal kunnen benutten in de beroepsarbeid. Daartoe subsidieert de NSvP innovatieve projecten die de afstemming tussen mens en werk optimaliseren. Daarnaast organiseert zij regelmatig werkconferenties, verzorgt publicaties en brengt een boekenreeks uit. Bovendien reikt de NSvP jaarlijks de David van Lennep Scriptieprijs uit.

Hoofdthema's

- arbeidstoeleiding van specifieke doelgroepen
- blijvende geschiktheid in het werk
- voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

NSvP
Rijnkade 88
6811 HD Arnhem

Telefoon
026 4457800

Fax
026 4439222

Website
www.nsvp.nl

E-mail
info@nsvp.nl



Colofon:

Auteur: Sonia Sjollema, directeur NSvP **Fotografie:** Willem Mes **Vormgeving en drukwerk:** Coers en Roest, Arnhem **Initiatiefnemers:** NSvP in samenwerking met StGW. **Projectmanagement:** Sonia Sjollema directeur NSvP, Odette Meyer directeur StGW **Begeleiding rondetafelgesprekken:** Nieuwe Trivium, Jos Kessels en Dorien Bauduin **Expert meeting:** Ir. Alex Bunjes, dr. Josephine Engels, Prof. dr. Beatrice van der Heijden, Prof.dr. Jan de Jonge, dr. Annet de Lange, drs. Sjaak van der Linden, dr. Marlies Ott, drs. Tamara Raaijmakers, Sonia Sjollema, Odette Meyer. **Organisatie werkconferentie:** Baart en Raaijmakers. **Begeleiding Open Space discussie:** Inge van der Borne, Thea Dickhoff, Hieke de Zeeuw, Paul Baart, Odette Meyer, Sonia Sjollema. **Workshopbegeleiding:** Jord Neuteboom, Yvonne van Gilse, Marlies Ott, Alies Struijs, Sonia Sjollema, Anne-Mei The, Josephine Engels, Odette Meyer, Erik de Groot en Harry te Riele. **Begeleidingscommissie:** Nicole de Koning, Annemiek Mulder, Alex Bunjes, Marlies Ott. **Met dank aan de deelnemers aan de rondetafelgesprekken, de expertmeeting en de werkconferentie.**