



Patiënt, cliënt, bewoner of toch gewoon 'mens'?

Gezamenlijke besluitvorming in een verpleeginstelling en de invloed van managers.



Datum: 16 september 2013

Opleiding: Master Bestuur & Beleid

Onderwijsinstelling: Universiteit Utrecht

Departement Bestuurs- & Organiseringswetenschap (USBO)

Auteur: Ruben van Esch

Studentnummer: 3532623

Begeleider: Sebastiaan Princen

Tweede lezer: Margo Trappenburg

Stageorganisatie: Centrum voor ethiek en gezondheid

Stagebegeleiders: Alies Struijs & Mirjam de Vos



Abstract

De zorg is een thema dat altijd veel politieke en maatschappelijke aandacht krijgt. In deze tijd van bezuinigingen staat de dure zorgsector onder druk. Er moet efficiënter en goedkoper gewerkt worden. Dit mag echter niet ten koste gaan van de zorgkwaliteit.

Recent komt in de maatschappij de discussie op omtrent 'doorbehandelen in de laatste levensfase'. De discussie die wordt gevoerd is of ernstige zieke ouderen nog wel onbeperkt medisch doorbehandeld moeten worden. De aanleiding voor deze discussie is het kostenargument. Er kunnen daarnaast, en misschien wel vooral, ook vraagtekens geplaatst worden bij de wenselijkheid van doorbehandelen van deze ouderen met het oog op hun welzijn, hun kwaliteit van leven. Dat kan ernstig te lijden hebben onder ingrijpende medische behandelingen.

Gezamenlijke besluitvorming is een medisch uitgangspunt dat positief zou moeten werken voor beide bovengenoemde punten. De voor dit onderzoeksrapport gebruikte definitie is:

"An approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to consider options, to achieve informed preferences" (Elwyn et al., 2012, p.1361).

Gezamenlijke besluitvorming is vooral gericht op het welzijn van de cliënt door de geleverde zorg aan te laten sluiten op diens wensen en waarden. Verscheidene wetenschappelijke auteurs zien echter ook een verband met kostenvermindering.

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) doet onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming. Het onderzoek dat u voor zich heeft dient als aanvulling hierop en richt zich op de toepassing van gezamenlijke besluitvorming in een verpleeginstelling. Op deze wijze ligt de focus op kwetsbare ouderen en daarmee het vraagstuk rond doorbehandelen. Daarnaast wordt een gat in de beschikbare kennis over dit onderwerp ingevuld door de rol van managers binnen de verpleeginstelling erbij te betrekken. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

"Welke invloed hebben managers in verpleeghuizen op de overwegingen rond, en toepassing van, gezamenlijke medische besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt?"

Voor dit onderzoek zijn verscheidene medewerkers van een verpleeginstelling geïnterviewd. Zowel managers als zorgverleners (medisch professionals). Aan de hand van de onderzoeksresultaten kan geconcludeerd worden dat er binnen de onderzochte instelling sprake is van een strikte scheiding tussen managers en zorgverleners op het vlak van medisch beleid. De beleidstaken van managers liggen op het organisatorisch vlak, denk hierbij aan zaken als financiën, HRM en huisvesting. Het medisch beleid wordt opgesteld en uitgevoerd door zorgverleners. Zowel officieel als officieus zijn managers hier nauwelijks bij betrokken. Dit wil niet zeggen dat zorgverleners helemaal hun gang kunnen gaan. Ze moeten binnen door managers vastgestelde budgetten blijven. Daarnaast bestaan er vele medische protocollen en richtlijnen, maar deze zijn door de zorgverleners zelf opgesteld. Enerzijds is het positief dat zorgverleners niet in hun professionele autonomie worden beperkt door managers. Anderzijds bestaat wel het risico op een kloof tussen beide partijen wat in de weg kan staan van een open organisatiecultuur.



Kijkend naar de toepassing van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt is er dan ook geen enkele vorm van invloed vanuit het management. Het is echt iets wat zich tussen zorgverlener en cliënt afspeelt. De zorgverleners geven aan gebruik te maken van gezamenlijke besluitvorming. Vooral bij het bepalen van behandelbeleid is er sprake van uitwisseling van informatie tussen zorgverlener en cliënt om tot een wederzijds gedragen besluit te komen. Uit de interviews blijkt echter dat er in de praktijk niet zozeer sprake is van informering door de zorgverlener maar van overtuiging. Alle respondenten, managers en zorgverleners, zijn van mening dat zware medische behandelingen veelal zeer negatieve effecten hebben op de kwaliteit van leven van de cliënt en derhalve onwenselijk zijn. Met name bij reanimatiebeleid is dit duidelijk. De instelling hanteert een 'ja tenzij' beleid, wat inhoudt dat gereanimeerd zal worden tenzij anders is afgesproken door zorgverlener en cliënt. In de praktijk overtuigen zorgverleners echter alle cliënten ervan om akkoord te gaan met een niet-reanimatiebeleid. De zorgverleners geven zelfs aan te zullen 'overrulen' als een cliënt vasthoudt aan diens reanimatiewens terwijl de zorgverlener het medisch zinloos acht. Zij doen dit vanuit oprechte overtuiging dat dit het beste is voor het welzijn van de cliënt. Er is op deze wijze echter niet zozeer sprake van gezamenlijke besluitvorming als wel van een klassiek paternalistisch professionele aanpak waarin de zorgverlener op basis van medische expertise beslist wat het beste is voor de cliënt. Dit is geen kritiek op de zorgverleners maar toont vooral de beperkingen en dilemma's aan van gezamenlijke besluitvorming als medisch uitgangspunt. Zorgverleners hebben nu eenmaal veel kennis en zullen, ongeacht de wens van de cliënt, begrijpelijkerwijs geen behandelingen willen uitvoeren als ze er zeker van zijn dat de kans op ernstige negatieve effecten zeer groot is. Zoals geconcludeerd hebben managers hier in ieder geval weinig invloed op.



Voorwoord

“Patiënt, cliënt, bewoner of toch gewoon mens?”

De titel van dit rapport schets één van de meest tekenende uitkomsten van dit onderzoek dat is uitgevoerd bij een verpleeginstelling. De focus van het onderzoek lag op twee onderwerpen. Enerzijds het medisch uitgangspunt ‘gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt’. En anderzijds de invloed van managers op zorgverleners omtrent de toepassing van gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming heeft als doel de geleverde zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de cliënt. Dit moet gebeuren door de cliënt een meer centrale rol in het medisch besluitvormingsproces te geven. Zo is het de bedoeling dat de zorgverlener zich verdiept in de wensen en waarden van de cliënt. Wat vindt de cliënt belangrijk in het leven? De zorgverlener moet aan de hand hiervan een beeld krijgen van de complete persoon achter de cliënt die tegenover hem zit. Juist het beeld van een mens met alle bijbehorende complexiteiten blijkt echter niet standaard te zijn binnen verpleeginstellingen. En dit werd al vroeg in het onderzoek duidelijk door iets simpels als de term waarmee respondenten de cliënt aanduidden. Enkele managers hadden het over ‘bewoners’. Specialisten ouderengeneeskunde (artsen) hadden het juist over ‘patiënten’. De meest voorkomende term, die werd gebruikt door voornamelijk verpleegkundigen en assistent-teammanagers, was ‘cliënt’. Dit is ook de term die in dit onderzoek wordt gebruikt, aangezien deze het best de lading dekt. Het gaat immers om mensen die inderdaad ziek zijn en in het verpleeghuis wonen. De termen patiënt en bewoner zijn vrij eenzijdig en doen daardoor denken dat sommige managers en zorgverleners er wellicht een wat eenzijdig beeld op nahouden.

Het doel van dit rapport is om een duidelijke situatieschets te geven van het medisch besluitvormingsproces in een verpleeginstelling. Hoe liggen de verhoudingen tussen alle betrokkenen en welke overwegingen liggen ten grondslag aan hun visie op en omgang met collega's en cliënten?

Dit onderzoeksrapport had niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking en/of ondersteuning van verscheidene mensen en organisaties. Allereerst wil ik het Centrum voor Ethiek en Gezondheid en dan met name Alies en Mirjam hartelijk bedanken voor de kans die zij mij geboden hebben om als afstudeerstagair ervaring op te mogen doen binnen de organisatie en met een voor mij geheel nieuw onderwerp. Bedankt voor de ondersteuning in het proces in voor jullie beiden soms niet makkelijke persoonlijke omstandigheden. Ook dank aan Margo Trappenburg voor het contact leggen met het CEG.

Verder een groot woord van dank voor Pieter van Foreest zorginstellingen Delft en alle respondenten aldaar die hun medewerking aan dit onderzoek hebben verleend. Het hele rapport is gebaseerd op het empirisch onderzoek dat ik bij hun organisatie heb mogen uitvoeren. Hartelijk dank!

Zeker niet onvermeld mogen blijven: Maurits, Daphne, Eric en Heleen voor hun ondersteuning tijdens het schrijven van het rapport. Mijn dank is groot.

Het laatste maar zeker niet minste dankwoord is voor mijn scriptiebegeleider Sebastiaan Princen. De gehele onderzoeks- en schrijfperiode heeft hij steeds goede ondersteuning geboden waardoor ik tot dit eindresultaat heb kunnen komen.

Voor u ligt nu het rapport dat het resultaat is van een lange periode van onderzoek en schrijven. Ik hoop dat het interessant bevonden wordt en wens u veel leesplezier.



Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1. Aanleiding.....	7
1.2. Specificatie onderzoeksrichting.....	8
1.3. Probleemstelling.....	11
1.4. Doelstelling en relevantie.....	12
1.5. Leeswijzer.....	13
2. Theoretisch kader	14
2.1. Professionalisme.....	15
2.2. Professionalisme en de professionele organisatie.....	16
2.3. Managers en medisch professionals in een organisatorische context.....	17
2.4. Gezamenlijke besluitvorming.....	24
2.5. Gezamenlijke besluitvorming in organisatorische context.....	25
3. Methodologie	28
3.1. Type onderzoek.....	28
3.2. Onderzoeksstrategie en -methoden.....	29
3.3. Selectie van specifiek behandelbesluit.....	30
3.4. Selectie van instelling.....	30
3.5. Selectie van respondenten.....	31
3.6. Interviewopzet.....	32
3.7. Validiteit en betrouwbaarheid.....	33
4. Contextueel kader	35
5. Onderzoeksresultaten	40
5.1. Persoonlijke visie van respondenten op het werk.....	41
5.2. (Gezamenlijke) medische besluitvorming.....	45
5.3. Invloed van managers.....	52
6. Conclusie	62
7. Literatuurlijst	70



1. Inleiding

“Patiënten willen zorg die aansluit bij hun persoonlijke situatie en voorkeuren. Maatschappelijk gezien is doelmatigheid in de zorg van groot belang. Brede toepassing van gezamenlijke besluitvorming en gedeelde uitvoering in en buiten de spreekkamer verhoogt zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van zorg. Dat stelt de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg in zijn advies 'De participerende patiënt' dat op donderdag 20 juni 2013 is aangeboden aan drs. Leon van Halder, Directeur Generaal Curatieve Zorg van het ministerie van VWS” (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2013).

Bovenstaande passage vormt de kern van het adviesrapport dat de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) in de eerste helft van 2013 heeft geschreven over het vraagstuk rond deelname van cliënten¹ in het medische besluitvormingsproces (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2013). Tegelijkertijd heeft het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), een samenwerkingsverband tussen de RVZ en de Gezondheidsraad, een achtergrondstudie uitgebracht. *“Deze studie beschrijft de normatieve achtergrond van het concept ‘gezamenlijke besluitvorming’; een begrip dat centraal staat in het genoemde RVZ-advies. We belichten hier een aantal impliciete en expliciete uitgangspunten, waarden, normen en opvattingen die ten grondslag liggen aan dit beleidsconcept”* (Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2013). Het CEG zal op een later moment nog een apart signalement uitbrengen waarin dieper op deze zaken ingegaan zal worden. Het begrip gezamenlijke besluitvorming, op medisch vlak, wordt in de hierop volgende paragraaf 1.1, de onderzoeksaanleiding, nader besproken.

Het rapport dat voor u ligt is een verdere toevoeging op bovenstaande rapporten. Het is geschreven in het kader van mijn afstudeerstage bij het CEG gedurende de eerste helft van 2013.

Dit rapport is geschreven voor de masteropleiding 'Bestuur & Beleid' van het departement Bestuurs- & Organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht. Vanuit dit kader is onderzoek gedaan naar organisatorische en bestuurlijke processen die in de praktijk van de gezondheidszorg spelen omtrent de toepassing van gezamenlijke besluitvorming.²

¹ Waar vaak de term patiënt wordt gebruikt hanteert dit rapport voornamelijk de term cliënt. Enkel in het theoretisch kader wordt hoofdzakelijk de term patiënt gebruikt aangezien de daar aangehaalde wetenschappers dat ook doen. In aanvulling hierop is, met uitzondering van het theoretisch kader, in plaats van de term arts voornamelijk voor de bredere term zorgverlener gekozen. Zowel de term cliënt als zorgverlener omvatten beter de complexe groepen die in dit onderzoek behandeld worden. Een cliënt van een verpleeghuis is niet enkel een patiënt. Sterker, in dit onderzoek vallen naasten/vertegenwoordigers van wilsonbekwame cliënten ook onder de term cliënt. Verder zijn er bij het medisch besluitvormingsproces meer zorgverleners betrokken dan enkel artsen (bijvoorbeeld ook fysiotherapeuten en verpleegkundigen). Af en toe zullen de verschillende termen enigszins door elkaar lopen door gebruik van citaten en verwijzingen daarnaar.

² Voor een goed begrip van dit onderzoeksrapport is het van belang duidelijk het onderscheid te zien tussen enerzijds het brede proces van medische besluitvorming en anderzijds ‘gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt’ als medisch uitgangspunt. ‘Gezamenlijke besluitvorming’ vindt plaats tussen zorgverlener en cliënt en heeft als hoofddoel de medische besluiten beter aan te laten sluiten op de wensen en waarden van de cliënt. Het is dus onderdeel van het brede medische besluitvormingsproces met als doel dat proces te verbeteren.



1.1. Aanleiding

'Allereerst willen wij de kwaliteit van de geleverde zorg verder verbeteren. We doen dit door het inzicht in de geleverde kwaliteit te verbeteren, praktijkvariatie te verminderen en zinloos medisch handelen tegen te gaan. Kwaliteitsverhoging gaat in de zorg gelukkig vaak samen met kostenverlaging; daar ligt een tweede prioriteit. Wij drukken de stijging van de kosten door de hoeveelheid geleverde zorg beter te beheersen, overbehandeling tegen te gaan, stringent pakketbeheer in te voeren, overcapaciteit te verminderen en verspilling te bestrijden.' (VVD-PvdA, 2012, p.20).

Deze passage uit het regeerakkoord van het kabinet Rutte II legt een belangrijk verband tussen enerzijds kwaliteitsverhoging en anderzijds kostenvermindering aan de hand van terugdringing van zinloos medisch handelen. Dit onderwerp verscheen onder de noemer 'doorbehandelen' voor het eerst op de politieke debatagenda bij de campagne voor de Tweede Kamerverkiezingen van 2012. Van doorbehandelen is sprake wanneer medische behandelingen bij een patiënt uitgevoerd (blijven) worden terwijl, cru gezegd, de kosten/baten analyse niet meer positief uitvalt. Hierbij gaat het nadrukkelijk niet (alleen) over financiële kosten. Onderwerpen als 'kwaliteit van zorg' en 'kwaliteit van leven' spelen eveneens een rol, met name voor zorgverleners en cliënten. Is de cliënt nog wel gebaat bij verdere behandelingen, wat zijn de kosten en baten op het gebied van kwaliteit van leven?

De lijsttrekkers van de verschillende politieke partijen, inclusief de heren Samsom van de PvdA en Rutte van de VVD, gaven destijds aan dat beslissingen hierin wat hen betreft 'een zaak tussen arts en patiënt is en moet blijven'. Het regeerakkoord toont aan dat in de kabinetsvisie vanzelfsprekend ook de overheid een speler is in zorgvraagstukken. Uiteraard spraken de politici zich uit over één specifiek zorgvraagstuk, namelijk het doorbehandelen (van patiënten). De tegenstelling tussen kabinetsvisie en de gedane uitspraken doen een interessante vraag oprijzen, namelijk waarom op dat specifieke punt plotseling de overheid (en mogelijk andere betrokken partijen) buiten de deur gehouden zouden moeten worden ten faveure van de autonome besluitvorming tussen arts en patiënt. De opening van het hoofdstuk over zorg in het regeerakkoord zegt namelijk: *'Goede zorg en, nog belangrijker, goede gezondheid is niet alleen een zaak van de overheid. Succes boeken we alleen door samen te werken'* (VVD-PvdA, 2012, p.20).

Twee punten vallen op. Allereerst dat het kabinet zegt dat zorg en gezondheid niet *alleen* een zaak van de overheid is. Daaruit valt af te lezen dat in de ogen van het kabinet de overheid een belangrijke speler is op het gebied van zorg. Een interessante constatering is dat er door politici op het vlak van 'doorbehandelen' een andere visie werd geuit. Het tweede punt dat opvalt in het citaat is de nadruk op samenwerking: *'Alleen op die wijze is succes te boeken.'* *Samenwerken* tussen verschillende partijen is, op een lager niveau dan de overheid, de insteek van dit onderzoek. Namelijk in de vorm van 'gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt' in de praktijk van de zorg.



Een gerenommeerde wetenschapper op het gebied van gezamenlijke besluitvorming, Glyn Elwyn, geeft de volgende definitie van gezamenlijke besluitvorming: *“Shared Decision Making [de Engelse term] has been defined as: ‘an approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to consider options, to achieve informed preferences’”* (Elwyn et al., 2012, p.1361). Het betreft dus een besluitvormingsproces tussen zorgverlener en cliënt. Het doel hiervan is om de kwaliteit van de geleverde zorg te verhogen door deze beter aan te laten sluiten op de wensen en waarden van de individuele cliënt. *“The literature on patient centeredness has demonstrated that satisfaction increases when clinicians focus on patient perspectives and take their ideas, concerns and expectations into account”* (Elwyn, 2001, p.11). Daarmee zou gezamenlijke besluitvorming dus kunnen bijdragen aan het kabinetsstreven naar kwaliteitsverhoging in de zorg. Als de aannames van het kabinet in het regeerakkoord klopt zal dit ook moeten leiden tot kostenbesparingen (*‘Kwaliteitsverhoging gaat in de zorg gelukkig vaak samen met kostenverlaging’*), waarmee twee vliegen in één klap geslagen zouden worden. Over dit laatste punt zegt Elwyn *“Although most studies have demonstrated positive healthcare outcomes and reductions in health service utilization, this effect is not large and has not been without equivocation”* (2001, p.11). Dit is echter al een twaalf jaar oud citaat. De RVZ zegt in zijn recent uitgebrachte advies dat gezamenlijke besluitvorming zowel de kwaliteit als de doelmatigheid, ofwel de efficiëntie, van de zorg zal verhogen.

Om meer en betere toepassing van gezamenlijke besluitvorming te bereiken adviseert de RVZ onder andere dat:

- keuzemogelijkheden en opties worden geïmplementeerd in de praktijkrichtlijnen van zorgverleners,
- dat de informatievoorziening aan patiënten wordt verbeterd én
- de organisatie van de zorg hierop beter wordt ingericht (2013, p.3).

Het bovenstaande advies van de RVZ is waar dit onderzoeksrapport zich op richt. Hoe wordt gezamenlijke besluitvorming gefaciliteerd in de dagelijkse praktijk? Waar RVZ en CEG zich sterk richten op de verhouding tussen zorgverlener en patiënt, ligt de focus van dit onderzoeksrapport vooral op de organisatorische verhoudingen. Denk hierbij aan de verschillende medische disciplines maar ook aan managers en beleidsmedewerkers. Omdat dit onderzoek een eerste blik in deze dagelijkse organisatorische praktijk biedt, is er voor gekozen het onderzoek te beperken tot één specifieke instelling. In de nu volgende paragraaf 1.2 en in hoofdstuk 3, de methodologie, wordt de selectie van deze instelling nader belicht.

1.2. Specificatie onderzoeksrichting

Gezien de zeer grote omvang van het maatschappelijke zorgvraagstuk is een vergaande specificatie van het onderzoek noodzakelijk. Deze specificaties leiden tot de onderzoeksvragen die in paragraaf 1.3 besproken zullen worden. De gemaakte keuzes hierin zullen nu benoemd worden en verderop uitvoeriger worden onderbouwd. In paragraaf 1.4 voor wat betreft de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie en in hoofdstuk 3 waar het gaat om de gebruikte onderzoeksmethoden.



De eerste specificatie is hierboven reeds ingeleid: gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt. Dit betreft een onderdeel van het bredere medische besluitvormingsproces. Het is een medisch uitgangspunt dat aansluit op de zorgvraagstukken op zowel het gebied van zorgkwaliteit (aansluiting op individu) als zorgkosten (het levert besparingen op aldus Elwyn en het Nederlandse kabinet). Naast deze inhoudelijke argumentatie ligt de directe aanleiding voor deze onderzoekskeuze in mijn functie als stagiair bij het CEG op het moment dat zij werkten aan de genoemde achtergrondstudie bij het RVZ-advies en het later uit te brengen signalement over gezamenlijke besluitvorming.

De volgende specificatie in het onderzoek wordt aangebracht door de focus te leggen op de invloed van managers binnen een zorginstelling op de toepassing van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt en de daaraan ten grondslag liggende overwegingen. Zoals in deze inleiding reeds is gebleken speelt er zich in de zorgsector veel af buiten de spreekkamer. Er zijn grote maatschappelijke vraagstukken waarvan het maar de vraag is of de zorgverlener deze buiten de spreekkamer kan (en zou moeten mogen) houden. De RVZ stelt dat er richtlijnen moeten komen en organisaties zo moeten worden ingericht dat de rol van patiënten verstevigd wordt. Hierin lijkt dus een duidelijke taak weggelegd voor bestuurders en managers in zorginstellingen. De mate waarin en wijze waarop dit gebeurt komt in dit onderzoeksrapport aan de orde. Hierbij zal ook aandacht besteed worden aan mogelijke spanningsvelden tussen managers en zorgverleners die wellicht voort zouden kunnen komen uit verschillende doelen die zij nastreven. De aanname is dat zorgverleners vooral oog zullen hebben voor het welzijn van de patiënt, maar geldt dit ook voor de bestuurders van zorginstellingen? Gezamenlijke besluitvorming is iets wat in ieder geval in de ervaring van de patiënt een positief effect zal kunnen hebben op de zorgkwaliteit. De geleverde zorg zal immers beter aansluiten op de waarden en wensen van de patiënt.

De tot dusver onbehandelde vraag is in hoeverre organisatorische invloeden en/of maatschappelijke tendensen een rol spelen bij de gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt. De dichtstbijzijnde niet-medisch-professionele invloed zou uitgeoefend kunnen worden door bestuurders en managers van medische instellingen. Via hen zou ook overheidsbeleid mogelijk aan zorgverleners opgelegd kunnen worden. Een kernvraagstuk hierin is of zorgverleners dit überhaupt wel zullen toelaten. De zorgverleners vormen een professionele beroepsgroep. Zij zijn degenen met de medische expertise en zij zijn degenen die tegenover de individuele cliënt zitten die van hen afhankelijk is. De overheid en/of bestuurders en managers van instellingen kunnen nog met zulke mooie doelstellingen en plannen komen. Als zorgverleners simpelweg deze inbreuk op hun professionele autonomie niet accepteren zal er dan uiteindelijk weinig van terecht komen of kunnen ze er min of meer toe worden gedwongen?

De botsing tussen beleidsvraagstukken op maatschappelijk niveau en de beste zorg op individueel niveau wordt onderschreven door Edwards & Elwyn: *"Many of the ethical issues occur when clinicians or society have clear treatment preferences and where a choice contemplated by the patient may therefore come to be conceptualized as 'wrong'"* (2009, p.59). Dit brengt de zorgverlener in een lastig parket. Er ontstaan allerlei lastige afwegingen die zich niet langer beperken tot achter de deur van de spreekkamer. Op deze afwegingen en de steeds sterker wordende externe invloeden, in dit geval in de vorm van 'bemoeienis' door managers binnen instellingen zal dit onderzoek zich in belangrijke mate richten.



Een derde specificatie die aangebracht moet worden is die van de te onderzoeken zorgsector. Het RVZ-advies richt zich op de curatieve zorg, oftewel de cure-sector. De RVZ gaat in op het medisch uitgangspunt dat in deze sector wordt gehanteerd: het 'medische model'. *"In het medische model wordt ziekte gezien als een afwijking aan de weefsels of organen. 'Goede zorg' bestaat in deze zin uit het genezen of herstellen van deze afwijking. Het is een medische benadering die uitgaat van het zieke orgaansysteem en niet vanuit de klacht of behoefte waarmee de patiënt bij de dokter komt. De persoon achter de ziekte, met zijn voorkeuren en waarden, dreigt naar de achtergrond te raken."* (RVZ, 2013, p.22). Dit is een belangrijke opmerking in het kader van gezamenlijke besluitvorming. Juist de persoon, met zijn individuele wensen en waarden, vormt daar immers de kern van. Het uitgangspunt van het medisch model en dat van gezamenlijke besluitvorming lijken dus sterk van elkaar te verschillen. *"Dit medische model is decennia lang gepaard gegaan met paternalisme: de arts bepaalde eenzijdig wat goed is voor de patiënt. Hoewel dit paternalistische model plaats maakt voor een meer interactieve arts-patiënt relatie, gaan de ontwikkelingen langzaam"* (RVZ, 2013, p.22).

Wat betreft dit onderzoek heeft de RVZ nog een belangrijke opmerking. *"De mate waarin het medische model gehanteerd wordt verschilt overigens per specialisme: vooral in de medisch-specialistische zorg en minder in de huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde"* (RVZ, 2013, p.22).

In het RVZ-advies wordt gesteld dat het medische model, waarin vooral wordt gekeken naar de ziekte en niet naar de persoon erachter, in mindere mate wordt toegepast in verpleeghuizen (in de care-sector). Hieruit kan de voorzichtige conclusie getrokken worden dat er in verpleeghuizen meer sprake zal zijn van gezamenlijke besluitvorming aangezien een onderdeel daarvan is dat er rekening gehouden wordt met persoonlijke waarden en wensen van een patiënt. Zowel overheid als RVZ willen dat gezamenlijke besluitvorming meer toegepast gaat worden in de gehele zorg. Een verpleeghuis lijkt dus een locatie die goed geschikt is voor onderzoek naar de huidige toepassing hiervan. Waarom wordt het hier schijnbaar meer toegepast, hoe gaat dit er in de praktijk aan toe en welke voor- en nadelen brengt dit met zich mee? Door een instelling uit de care-sector zo in kaart te brengen kan dit rapport wellicht lessen bevatten voor de brede zorgsector, waar gezamenlijke besluitvorming blijkbaar nog niet voldoende wordt toegepast.

De laatste specificatie binnen het onderzoek moet worden aangebracht in de patiëntenpopulatie. Immers, bij verschillende soorten ziekten en aandoeningen zal op verschillende wijze gehandeld worden in, en gedacht worden over, de besluitvorming. Zo is het aannemelijk dat er binnen de cure-sector meer van het door de RVZ beschreven medische model gebruik wordt gemaakt omdat er nu eenmaal sprake is van meer 'simpele' gevallen, bijvoorbeeld een jong en kerngezond iemand die binnenkomt met een gebroken been. De vraag is in hoeverre daar 'de persoon achter het gebroken been' van belang is bij het kiezen van de beste behandelmethode.

In verpleeghuizen is er echter spraken van een veel complexere patiëntenpopulatie. Als mensen ouder worden krijgen zij in veel gevallen last van steeds meer chronische ziektes en aandoeningen. Dit staat bekend onder de medische term 'multimorbiditeit'. Al deze chronische ziektes kunnen aanleiding zijn voor een schier oneindige lijst aan medische behandelingen. Dit kan vanzelfsprekend hoge kosten met zich meebrengen en tegelijkertijd ook een zware last zijn voor de betreffende patiënt. Gezamenlijke besluitvorming kan hierin van waarde zijn voor het welzijn van de patiënt, daarmee de geleverde zorgkwaliteit en daarnaast ook kostenbesparingen opleveren. Goede toepassing van gezamenlijke besluitvorming kost echter tijd, iets wat juist niet in ruime mate voorhanden is in verpleeghuizen.



Een vergelijking tussen verpleeghuizen naar de organisatorische omgang hiermee lijkt dan ook absoluut belangrijk voor inzicht in de (geleverde en ervaren) zorgkwaliteit. Immers, zoals de RVZ ook al stelt, de zorgverleners moeten binnen de kaders van het instellingsbeleid wel de ruimte krijgen voor het goed toepassen van gezamenlijke besluitvorming.

1.3. Probleemstelling

Bovenstaande leidt tot de volgende onderzoeksvragen.

Hoofdvraag

"Welke invloed hebben managers in verpleeghuizen op de overwegingen rond, en toepassing van, gezamenlijke medische besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt?"

Deelvragen

- Wat is de organisatorische context van een verpleeginstelling waarbinnen gezamenlijke medische besluitvorming plaatsvindt?

Deze deelvraag dient als doel om de interne en externe omgeving, structuur en cultuur van de onderzoeksorganisatie helder te krijgen. Hoe is de organisatie opgebouwd en welke disciplines en functies zijn er?

Dit deel van de vraag, over de organisatiestructuur, zal voornamelijk behandeld worden in het contextueel kader. Vervolgens is het vooral ook van belang om te weten hoe dit alles in de praktijk uitwerkt. Hoe is de taakverdeling binnen de medische besluitvorming geregeld? Hierop wordt ingegaan in het resultatenhoofdstuk.

- Hoe vindt gezamenlijke medische besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt plaats binnen de context van een verpleeginstelling en welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag?

De meer individuele en persoonlijke kant van medische besluitvorming wordt bij deze deelvraag behandeld. Op basis waarvan komen besluiten tot stand en welke inspraak heeft de cliënt hierin? Individuen vormen dus een belangrijke factor in deze vraag. Welke persoonlijke visies houden zij erop na en in hoeverre speelt dit een rol in het medisch besluitvormingsproces omtrent een cliënt?

- Wat is de taak van managers en op welke manier werkt dit door op het handelen en de overwegingen van zorgverleners in het medisch besluitvormingsproces?

De rol van de managers binnen de instelling en hun verhouding met, en invloed op, de zorgverleners komt aan de hand van deze deelvraag aan de orde. Op welke wijze vindt er verticale sturing plaats binnen de organisatie en welke effecten heeft dit?



1.4. Doelstelling en relevantie

De Nederlandse zorgsector staat al lange tijd vol in de schijnwerpers. Naast de problematische financiële houdbaarheid van het stelsel blijft er sprake van steeds verder stijgende verwachtingen en doelstellingen op het gebied van zorgkwaliteit. Cliënten worden steeds mondiger en veeleisender.

Het principe van gezamenlijke besluitvorming heeft als hoofddoel de medische besluiten beter aan te laten sluiten op de wensen en waarden van de patiënt. Hierdoor kan het van grote waarde zijn in het nastreven van een zo hoog mogelijke zorgkwaliteit. Aangezien de zorg een dienstverlenende sector is vormt de 'klanttevredenheid' een kernonderdeel van de zorgkwaliteit. Hier kan gezamenlijke besluitvorming dus in belangrijke mate aan bijdragen.

Naar gezamenlijke besluitvorming binnen de 'cure-sector' (ziekenhuizen) is reeds veel, wetenschappelijk, onderzoek gedaan. Binnen de 'care-sector' (verpleging en verzorging) is dit niet het geval. Uit informele gesprekken met nauw betrokkenen is gebleken dat daar wel behoefte aan is. Wordt er, zoals de RVZ in haar rapport stelt, in het care-beleid meer rekening gehouden met de wensen en waarden van de cliënt? Op welke wijze gebeurt dit dan en welke overwegingen liggen eraan ten grondslag? Door gebrek aan wetenschappelijk onderzoek binnen de care-sector zijn dit soort vragen moeilijk te beantwoorden. Dit onderzoek voorziet dan ook in een behoefte binnen zowel de zorgsector als de wetenschappelijke wereld. Daarnaast dient dit onderzoek tot doel om onderlinge verhoudingen tussen de verschillende disciplines in de praktijk van de care-sector, een verpleeghuis in dit geval, helder te krijgen. Welke rol spelen zij in het medisch besluitvormingsproces en wat heeft dit voor effect op de toepassing van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt? Hierbij is speciale aandacht voor het management- en beleidsmatige aspect binnen de organisatie. Over de verhoudingen tussen managers en medisch professionals is veel theoretisch materiaal beschikbaar, maar dan voornamelijk met betrekking tot de cure-sector. Een casusonderzoek bij een organisatie in de praktijk, met name in de care-sector, vult een behoorlijk gat in het wetenschappelijke materiaal in. In hoeverre sluit de theorie aan op deze praktijksituatie?

De heer Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde en lid van de stuurgroep 'Passende zorg in de laatste levensfase: kwaliteit van leven en sterven', bestempelde in een informeel gesprek de rol van managers en bestuurders in verpleeghuizen zelfs als kernprobleem van de care-sector. Zo zouden hoge managers meer met hun eigen reputatie en aanzien bezig zijn, dan met de zorgkwaliteit binnen hun instelling. Grote reorganisaties worden opgezet en uitgevoerd, enkel om niet onder te hoeven doen voor dergelijke prestaties van collega's. Dit sluit nauw aan bij de theorie van Trappenburg over dit onderwerp (2009). Zie hiervoor paragraaf 2.3 van het theoretisch kader. Aangezien het praktijkonderzoek is uitgevoerd bij een instelling die zeer recent van bestuur is gewisseld door onenigheid over de te volgen koers, is het interessant om te zien of deze theorie over managers in professionele zorginstellingen in de praktijk ook bij deze verpleeginstelling speelt of heeft gespeeld.

Concluderend heeft dit onderzoek als doel om een eerste beeld te schetsen van de praktijksituatie in de Nederlandse care-sector waar het gaat om gezamenlijke medische besluitvorming in de organisatorische context van een verpleeginstelling.



1.5. Leeswijzer

Hoofdstuk 2, het theoretisch kader, wordt de literatuur met betrekking tot de onderwerpen van dit onderzoek behandeld.

In hoofdstuk 3 wordt de gebruikte onderzoeksmethodologie besproken. Dit betreft de gemaakte keuzes in het proces en de wijze waarop de verschillende onderdelen van het onderzoek doen en het schrijven van het onderzoeksrapport zijn aangepakt.

Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de interne en externe context van de onderzoeksorganisatie geschetst. Hoe ziet de organisatiestructuur eruit en met welke externe factoren heeft de organisatie te maken?

Hoofdstuk 5 bevat de empirische resultaten die het onderzoek heeft opgeleverd.

Daarop aansluitend vormt hoofdstuk 6 de conclusie in de vorm van beantwoording van hoofd- en deelvragen.

Hoofdstuk 7 tenslotte omvat de literatuurlijst waarin alle gebruikte literaire en populaire bronnen worden weergegeven.



2. Theoretisch kader

“The growth among professionals has been mainly among salaried rather than independent professionals, reflecting declining opportunities for self-employment in certain professions and the increased direct dependency of professionals on the financial and institutional resources of corporations and the state” (Derber, 1983, p.309).

De doelstelling van dit hoofdstuk is om de lezer een theoretisch handvat te bieden en mee te voeren in het onderwerp. Deze theorie zal vervolgens in combinatie met de resultaten van het empirisch onderzoek gebruikt worden om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het zwaartepunt zal in dit theoretisch kader liggen op de rol van enerzijds de medewerkers met voornamelijk management- en beleidstaken (managers) en anderzijds de medewerkers met voornamelijk medische taken (zorgverleners, ofwel medisch professionals). Een kernbegrip bij onderzoeken als deze is ‘professionalisme’. Zorgverleners vormen immers een groep professionals, hetgeen wordt onderschreven door elke auteur op het gebied van professionalisme. Zo zegt Wilensky dat ‘medicine’ één van de oudste professies is (1964, p.138). Op de vraag wat professionaliteit precies inhoudt en waarom dit zo van belang is voor dit onderzoek, wordt verder ingegaan in paragraaf 2.1.

Zoals socioloog Derber al aangeeft in het openingscitaat van dit hoofdstuk zijn er veranderingen gaande binnen de professionele wereld. Over de onderzoeken naar professionaliteit zegt Noordegraaf, hoogleraar publiek management, het volgende. *“When professionalism is studied, it is common to focus on connections – or in fact, disconnects – between professions and organizations inside formal organizations. [...] With the more recent rise and spread of managerialism it has become normal to study the regulation of professional behaviour by performance systems, [...] contrasting bureaucratic and professional logics, conflicts between managers and professionals [...], and professionals responses to managerial control”* (2011, p.466). Deze ontwikkelingen waar Derber en Noordegraaf op duiden krijgen aandacht in paragraaf 2.2. Het betreft dan vooral het toenemende belang van een organisatorische context voor professionals en de vraag hoe organisatorische en professionele principes zich in deze situatie tot elkaar verhouden. Zoals Noordegraaf al aangeeft is er, in samenhang met de opkomst van de professional als medewerker binnen een organisatie, sprake van toenemende invloed van managers op de professionals. Regulering van het professionele werk is een belangrijke manier waarop de managers controle uitoefenen op de professionals die bij de organisatie in dienst zijn. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de vorm van richtlijnen en protocollen en zal diepgaander worden behandeld in paragraaf 2.3. Naast managers krijgen ook patiënten steeds meer invloed op het professioneel handelen van zorgverleners. Dit is goed herkenbaar in het principe van gezamenlijke besluitvorming dat wordt gehanteerd door onder andere de RVZ. De theoretische en organisatorische kant hiervan zal worden besproken in paragrafen 2.4 en 2.5.



2.1. Professionalisme

Professionalisme is een begrip dat uitgebreid onderzocht is en waar zeer veel over is geschreven. Deze theoretische paragraaf zal zich dan ook beperken tot een korte analyse van wat het begrip professionalisme inhoudt.

De meest algemeen gehanteerde visie op professionalisme komt van Freidson (1994, 2001).

"Traditionally, professions can be seen as groups of workers who control themselves." Het is hierbij van belang enkele termen voor het voetlicht te brengen. Freidson heeft het over 'professions', 'professies' in het Nederlands. Een professie is in dit kader het beroep dat door *professionals* wordt uitgeoefend. Een dergelijke professie onderscheidt zich van andere beroepen door het *professionalisme* van de professionals.

Volgens Freidson was er bij traditionele professies dus sprake van zelfregulering. Dit staat ook wel bekend onder de term professionele autonomie. Wilensky (1964) legt mooi uit hoe professies deze zelfregulering in de praktijk brengen. *"Professions determine who may legitimately act as 'professional' members and they regulate professional behavior. By investing in associations, education and codes, professions secure the technical content or 'base' of professional work as well as its 'service ethic'"* (in Noordegraaf en Schinkel, 2011, p98). In andere woorden, professies bepalen wie zich professional mag noemen en reguleren de professionele beroepsuitoefening, waarbij een belangrijke, zo niet vitale, rol is weggelegd voor de dienstbaarheid aan de klant. *"The service ideal is the pivot around which the moral claim to professional status revolves"* (Wilensky, 1964, p.140). Wilensky brengt hier twee kernpunten naar voren. Het tweede kernpunt, het verlenen van diensten als de kern van professionalisme, sluit mooi aan op het principe van gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt. Als de dienstverlening aan de patiënt centraal staat en we nemen de stelling van de RVZ in ogenschouw dat gezamenlijke besluitvorming in het belang is van de patiënt, dan zou de medische professie gezamenlijke besluitvorming stadaard onderdeel van het professioneel handelen moeten laten zijn. Hier zitten uiteraard de nodige haken en ogen aan, waarover meer in paragrafen 3.4 en 3.5.

Het andere (eerste) kernpunt van Wilensky is dat professies professionalisme reguleren. Dit is een belangrijk punt met het oog op dit onderzoek dat zich richt op het nog redelijk onbekende gebied van professionalisme in de care-sector. Andersen (2009) gaat in op deze regulering van de individuele professional door de professie, de beroepsgroep. *"[...] the claim is that the norms will lead professionals from the same occupation to behave and perform similarly, regardless of their sector and incentives"* (p.80). Als dit klopt zou er dus weinig verschil moeten bestaan tussen medisch professionals in de cure-sector en in de care-sector. Dit is van waarde voor dit onderzoeksrapport, aangezien de beschikbare literatuur die in dit theoretisch kader wordt besproken zich met name focust op de cure-sector, waar het empirisch onderzoek binnen de care-sector is uitgevoerd. Als deze stelling van Wilensky correct is zouden theorie over de 'cure' en empirie over de 'care' desondanks goed op elkaar moeten aansluiten. Het is wel van belang om in de gaten te houden dat Wilensky dit heeft geschreven in 1964. Zoals Noordegraaf al aangaf is er sprake van grote veranderingen in professionalisme door de jaren heen. In de nu volgende paragraaf wordt hier een nader beeld van geschetst.



2.2. Professionalisme en de professionele organisatie

Freidson (2001) omschrijft professionalisme als een 'third logic', naast de markt en de organisatie. Ook Noordegraaf plaatst deze (pure) vorm van professies buiten de markt en bijbehorende organisaties: *"In the sea of seemingly self-interested economic exchanges, professions are islands of cultural and social exchange that materialize social services, guard expertise and craftsmanship [and] symbolize the 'goodness' of service provision"* (2011, p.98). Er wordt hier een heel mooi, welhaast idealistisch, beeld van professionalisme geschetst, het occupational professionalism zoals Andersen het noemt. Dit zal wellicht gegolden hebben en heel misschien nog steeds gelden, voor zelfstandige artsen met een eigen individuele praktijk, zoals dit vroeger vaak het geval was. Wilensky geeft echter aan dat deze omschrijving van professionalisme *"is missing some aspects of the mixed forms of control now emerging among salaried professionals"* (1964, p.138).

In navolging hierop beschrijft Evetts een nieuwe 'key actor' in de professionele praktijk die hier sterk van invloed op is geweest: de 'employing organization'. Zij geeft hier de term 'new professionalism' of 'organizational professionalism' aan. *"A shift from notions of partnership, collegiality, discretion and trust to increasing levels of managerialism, bureaucracy, standardization, assessment and performance review. [...] It seems that professionalism is no longer a distinctive 'third logic' since the exercise of professionalism is now organizationally defined and includes the logics of the organization and the market: managerialism and commercialism"* (Evetts, 2011, pp.407). Volgens Wilensky en Evetts is er dus geen sprake meer van een zuivere en losse 'third logic' wanneer het gaat om professionalisme. Alle drie de 'logics', 'professionalisme', 'organisatie' en 'markt', zijn min of meer samengesmolten in de vorm van grote medische instellingen.

Dit houdt in dat zowel van 'bovenaf', managers binnen instellingen, als van 'onderaf', patiënten in de rol van consumenten en klanten, medische professionals steeds minder worden vrijgelaten in hun handelen. Dit onderzoek draait dan ook om enerzijds het ingrijpen door managers in een hoog professionele omgeving bevolkt door zorgverleners en anderzijds om de toenemende invloed van patiënten op medische besluiten omtrent hun gezondheidssituatie. *"When practitioners become organizational employees then the traditional relationship of employer-professional trust is changed to one necessitating supervision, assessment and audit. Relationships between professionals and clients are also being converted into customer relations through the establishment of quasi-markets, customer satisfaction surveys and evaluations as well as quality and target measurements and payment by results"* (Evetts, 2011, p.416).

Managers zijn vooral verantwoordelijk voor de sturing van de organisatie die Evetts noemt. Omdat zeker professionals moeilijk te sturen zijn door de aard van hun werk is het voor een manager van belang zoveel mogelijk grip te krijgen op de processen in de organisatie. Om dit te bereiken streven zij in veel gevallen standaardisatie, formalisatie en uniformering na (Stoter, 2007, p.150). De mate waarin dit gebeurt is afhankelijk van veel factoren die samen te vatten zijn onder de noemer 'organisatiecultuur'. Stoter geeft twee overkoepelende typologieën van dergelijke culturen: enerzijds de *supportieve* of *open* organisatiecultuur en anderzijds de *defensieve* of *gesloten* cultuur (2007, p.73). Bij een supportieve cultuur kan er *"[...] in openheid gesproken worden over wederzijdse gevoelens, bedenkingen en argumenten voor bepaalde standpunten of beslissingen. Hierdoor kan er veel van elkaar geleerd worden.*



Een defensieve cultuur daarentegen komt voort uit een gevoel van bedreiging. Het belemmert de perceptie van andermans motieven, emoties en waarden” (p.73). Uiteraard betreft het hier twee uitersten en zijn er allerlei tussenvormen mogelijk.

Andersen gaat in op de twee verhoudingen die binnen een organisatie spelen, die van zorgverleners met zowel managers als patiënten. *“Some services require specialized expertise, which creates asymmetry in the information between the providers and users of this service” (2009, p.82). Op deze informatie asymmetrie tussen arts en patiënt wordt dieper ingegaan in paragraaf 2.4 over gezamenlijke besluitvorming. Andersen haalt vervolgens Freidson aan die stelt dat met name handelingen op basis van specialistische theoretische kennis zeer moeilijk te controleren zijn. De enigen die deze controle kunnen uitoefenen zijn de zorgverleners zelf. Om deze reden sluit de samenleving “[...] an implicit contract with the occupation” af waarmee die professionele status wordt verleend en de beoefenaars in ruil daarvoor “[...] promise to keep their house in order” (Andersen, 2009, p.82). Dit is de traditionele vorm van professionalisme. Eigen verantwoordelijkheid zonder externe bemoeienis dus. De vraag is echter of dit voldoende is als garantie voor de kwaliteit en juistheid van handelen door professionals. “Particularly when significant externalities are involved in the transactions, broader social constraints on the behaviour of the relevant occupation are warranted” (Roberts and Dietrich, 1999, p.989).*

Dit is echter gemakkelijker gezegd dan gedaan. Ten eerste door de reeds genoemde moeilijkheid van controle op geprofessionaliseerd en derhalve gespecialiseerd werk. De medische beroepsgroep is zoals gezegd sterk geprofessionaliseerd. Zorgverleners hebben medische expertise, wat hen binnen een medische instelling een sterke machtspositie geeft ten opzichte van managers die deze medische expertise ontberen. *“This fact reflects a common dilemma in organizational life: the simultaneous necessity of giving autonomy to highly trained specialists and yet giving some occupations the authority to co-ordinate the specialists” (Wilensky, 1964, p.156). Dit is het vraagstuk waar men in een professionele instelling uit moet zien te komen. In de nu volgende paragraaf komt dit uitgebreid aan bod.*

2.3. Managers en medisch professionals in een organisatorische context

Belangen van professionals

Artsen hechten over het algemeen groot belang aan hun professionele autonomie. Inperking hiervan door ‘leken’, zoals managers, zonder gelijkwaardige medische expertise zal dan mogelijk ook niet zonder slag of stoot worden geaccepteerd. (Verderop in deze paragraaf zal worden ingegaan op de effecten van managers met een medische achtergrond.) Trommel zegt over professionele autonomie: *“één visie op professies is dat streven naar status en macht het belangrijkste is en autonomie dan ook het belangrijkste kenmerk van de professie vormt. ‘Waar sprake is van een geslaagde poging de eigen beroepsactiviteiten te beheersen [...] daar tekent zich simpelweg een professie af’ “ (RVZ, 2007, p.14).*

De andere visie op professies die Trommel noemt is daarnaast ook van groot belang, zeker omdat deze volgens de RVZ de enige visie zal zijn die professionals naar buiten toe zullen uitdragen. Dit is de visie *“[...] waarin een ‘professionele essentie’ centraal staat, bestaande uit onbaatzuchtige dienstverlening, persoonsgerichte ethiek en wetenschappelijkheid. Autonomie moet in deze benadering worden opgevat als een aanzienlijke mate van handelingsvrijheid, [...] ten dienste van de klant, niet de professional” (RVZ, 2007, p.14).*



In andere woorden *“de arts wil zelf kunnen beslissen over de diagnose en behandeling van zijn patiënten”* (RVZ, 2007, p.7). Hij claimt autonomie op basis van de stelling dat hij handelt in het belang van de patiënt. Welke van de twee visies op professionele autonomie er ook speelt (of wellicht beide), in ieder geval zal het aanleiding zijn voor de professional, in dit geval de arts, om zich te verzetten tegen al te grote beperkingen van zijn autonomie. Dit laatste punt wordt onderschreven door Dwarswaard et al.: *“Professionals (and medical doctors are archetypal professionals) are devoted to a transcendent value, such as the health of the patient (which is not the same as fulfilling the patient’s wishes)”* (2011, p.389). Waarbij dus meteen een zeer interessante opmerking wordt gemaakt met het oog op gezamenlijke besluitvorming. De wensen van de patiënt zouden weleens kunnen verschillen met de professionele opinie van de arts. Hoe wordt daar op individuele basis, maar ook op instellingsniveau en mogelijk ook op het niveau van de beroepsgroep, over gedacht? Bestaan er richtlijnen voor? En zo ja, hoe denken artsen daarover? Hierover meer in paragraaf 2.4 en 2.5.

Hoe dan ook, externe controle op een professie is niet gemakkelijk. *“When the ability to define and standardize the nature of the work process is limited and the definition of the outputs of the work (and what constitutes success) is problematic then such service work would seem to be unsuitable for both market and organizational controls”* (Evetts, 2011, p.415). Dit is een belangrijk punt; hoe kun je resultaten van medische professionals meetbaar maken? Hetgeen, zoals Stoter (2007) in de vorige paragraaf al aangaf, voor managers van groot belang is. Vooral wanneer er sprake is van een beweging in de richting van patiëntgerichtheid, door middel van onder andere gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt, zijn er nauwelijks meer algemeen toepasbare normen te stellen waaraan de uitkomsten van een medisch behandeltraject van een patiënt zouden moeten voldoen.

Een strategie die wel wordt toegepast is het creëren van Evetts' 'New Professionalism'. Dit kan gezien worden als het integreren van externe belangen in de professie. *“When service sector professionals have proved enduringly difficult to manage and resistant to change, then an important part of the strategy became to recreate professionals as managers. [...] Thus, managerial demands for quality control and audit, target setting and performance review become reinterpreted as the promotion of professionalism”* (Evetts, 2011, p.412). De kwaliteit van het presteren van de professionals wordt direct gekoppeld aan het presteren van de organisatie. Een professional kan toch niets tegen het streven naar kwaliteit hebben? *“The occupational values of professionalism are used to promote the efficient management of the organization”* (Evetts, 2011, p.413). Fournier heeft het in dit kader over professionalisme als 'disciplinary mechanism' (1999). Controle op afstand wordt mogelijk gemaakt door het van bovenaf creëren van een 'gepaste' professionele identiteit en bijbehorend gedrag (p.281). Als artsen daar dan niet naar handelen kunnen ze worden aangesproken op hun 'onprofessionele gedrag', wat veel effect zou moeten sorteren. Daartoe worden dus de meer recente externe invloeden vanuit organisatie, economie en politiek ingebouwd in de kernwaarden van de professie.

Als de beroepsgroep zelf reguleert, zoals dat het geval is in een klassieke professie zonder externe invloeden, is het dan wel nodig dat managers zich ermee bemoeien? Het antwoord hierop is onder meer afhankelijk van de vraag waar artsen zich door laten leiden: *“economic incentives, public service motivation and/or professional norms”* (Andersen, 2009, p.80). Met economic incentives wordt bedoeld op financiële beloning voor artsen. Zoals eerder gezegd laten we dat hier buiten beschouwing.



De overige twee zijn echter erg belangrijk om de gestelde vraag over de noodzaak van managementbemoeyenis te kunnen beantwoorden. 'Public service motivation' is een wat ambigue term die nadere bestudering verdient. Andersen omschrijft het als *"a general, altruistic motivation to serve the interests of a community of people, a state, a nation, or mankind"* (2009, p.80). Dit is andermaal het idealistische beeld van de klassieke professional als weldoener, wat eerder ook al door Noordegraaf werd benoemd. Hoewel deze altruïstische motivatie zeker, ook nu nog, een rol kan en zal spelen bij medische professionals laat de omschrijving van ontwikkelingen in de praktijk duidelijk zien dat er vele factoren spelen die het onmogelijk maken enkel en alleen nog op basis van een dergelijke intrinsieke motivatie het medische beroep uit te oefenen. Iets wat Andersen ook onderschrijft in haar conclusie *"Professionalism and public service motivation are clearly not the same, [but they appear to be related in ways that have not yet been fully analysed]"* (2009, p.95).

Bovendien kunnen de 'interests of a community of people, a state, a nation, or mankind' onderling verschillen en zelfs botsen. De klassieke professionele arts zal voornamelijk het belang van de individuele patiënt voor ogen hebben. Maar met name op het gebied van financiën kunnen de belangen van deze patiënt negatief uitpakken voor de belangen van de samenleving als geheel. Medische behandelingen zijn duur en elke euro kan maar één keer worden uitgegeven. Dit is precies het argument op basis waarvan professionals steeds meer onder de invloed van managers worden gebracht. Managers worden geacht het grote geheel in het oog te houden. Dit is een externe invloed die onvermijdelijk lijkt en ervoor zorgt dat de klassieke professe zonder externe invloeden welhaast een utopie lijkt. Het zou een goede verklaring vormen voor de veranderingen in professionalisme.

De derde motivatie die Andersen noemt zijn professionele normen. Als artsen zich (voornamelijk) door professionele normen laten leiden is het de vraag of door managers opgelegde normen wel de gewenste uitwerking zullen hebben. Zullen artsen dergelijke normen ook volgen? Op deze wijze geschetst is er sprake van een conflict tussen professionals enerzijds en managers anderzijds. Dit is een wijze van framing waar zowel Evetts als Noordegraaf diep(er) op ingaan. *"One possibility is to see professions as being severely challenged and threatened by organizations. Professions as passive victims who are relatively powerless against demands for regulation, increased bureaucracy, transparency and accountability"* (Evetts, 2011, p.408).

Belangen van managers

Een belangrijke insteek vanuit het oogpunt van professionaliteit zit hem in het verschil tussen artsen en managers. Trappenburg gaat in haar lezing voor het jubileumcongres van Divosa (2009), een vereniging voor managers van sociale diensten, in op de vraag of managers ook een professionele beroepsgroep vormen. Zij geeft drie opties van groepen waar managers het meest op lijken: *"Drie waardencomplexen. Dat van de professional die toegewijd is aan een bepaald publiek belang: de volksgezondheid, of de rechtsstaat. Dat van de markt of de private sector, waar het draait om vraag en aanbod en winst en verlies. En dat van de ambtenarij waar het primair gaat om dienstbaarheid aan de politiek"* (p.4). Als managers het meest op professionals lijken zouden zorgmanagers dezelfde ethiek moeten nastreven als artsen, *"mensen beter maken en de volksgezondheid bevorderen"* (p.5). Dit is volgens Trappenburg echter zelden het geval. Zij stelt dat er sprake is van *"[...] een geperverteerde ambtelijke loyaliteit, gecombineerd met marktwaarden"* (p.7).



Managers willen de politieke wil uitvoeren en hier zelfs vooraf al op anticiperen 'om de boot niet te missen'. Daarnaast is een gezonde financiële huishouding een belangrijke doelstelling. *"Managers in de zorg proberen hun artsen tegenwoordig bij te brengen dat zij zich vooral niet teveel moeten laten leiden door het gezondheidsbelang van hun patiënt"* (p.6). Iets wat wordt onderschreven door Evetts: *"Solutions to client problems and difficulties are defined by the organization (rather than the ethical codes of the professional institution) and limited by financial constraints"* (2011, p.416).

Dit sluit goed aan op de opmerking bij het stuk over 'Public Service Motivation' van Andersen, dat altruïstisch professioneel handelen puur gericht op het belang van iedere individuele patiënt vanuit financiële motieven niet meer gewenst wordt geacht en managers worden ingezet om dit te reguleren. Zonder er een oordeel over uit te spreken is een tegenstrijdiger principe met zowel de klassieke professionele zorgethiek als gezamenlijke besluitvorming haast niet denkbaar. Wanneer een patiënt te horen krijgt dat de best mogelijke behandeling hem of haar onthouden wordt omdat het te duur is, kan er niet echt meer gesproken worden over de beste dienstverlening aan de individuele patiënt. Hoe terecht en realistisch de te maken financiële afwegingen wellicht ook zijn. Tenslotte constateert Trappenburg een Machiavellistische mentaliteit bij managers. Een streven om toch vooral zoveel mogelijk invloed uit te oefenen op de organisatie en deze liefst helemaal te hervormen (p.7). Ook Van der Meulen (2009) behandelt deze visie. *"Managers zouden alleen zijn geïnteresseerd in efficiencyverbetering, kostenbeheersing, [...] kwaliteitssystemen, transparantievereisten en prestatiecriteria. De managers hebben onvoldoende oog voor de patiënten en de zorgverlenende professionals"* (p.105).

Verhouding tussen belangen van managers en professionals

Als deze visie op waarheid berust zou het aannemelijk zijn dat er binnen zorginstellingen op zijn minst conflicten moeten bestaan tussen de medische professionals en de instellingsmanagers. Dit lijkt niet ondenkbaar gezien het feit dat de nauw betrokken heer Lavrijssen de botsing tussen artsen en management als hoofdprobleem van de zorgsector benoemde. Zeker als het door Trappenbrug geschetste scenario de werkelijkheid dicht benadert, lijkt het voor de patiënt van groot belang dat er voldoende ruimte bestaat voor gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt met zo min mogelijk externe bemoeienis.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gaat ook kort op dit vraagstuk in, maar benadert het vraagstuk met meer nuance. *"De druk van de markt wordt uitgeoefend door patiënten en verzekeraars, maar ook door de directies van instellingen [...]. Zij willen informatie over kwaliteit, kosten en resultaten van de professional en vragen verantwoording over diens besluiten en daden. Professionals moeten hiermee in hun beroepsuitoefening rekening houden en sommigen ervaren dit als een inperking van hun professionele autonomie"* (RVZ, 2007, p.9). Een risico dat hieraan vastzit is dat het werk van de arts eronder zou kunnen lijden. *"The standardization of work procedures, perhaps using software programs, is an important check on the underachieving practitioner but can be a disincentive to the creative, innovative and inspirational professional"* (Evetts, 2011, p.415).



Verschillende auteurs noemen deze visies over botsingen tussen managers en professionals 'de oude manier van denken' over professionalisme. Dat er vroeger op deze wijze over werd gedacht kan in ieder geval onderschreven worden door Wilensky (1964) aan te halen die het min of meer als een 'zero sum situatie' omschrijft. *"It seems clear that ancillary medical occupations will arrive at an autonomy befitting professional status only at the expense of control now in the hands of board members who will not readily yield"* (p.156). Van der Meulen geeft aan dat ook nu nog veel sprake is van dit 'zero sum' denken, waarin het manager-professional conflict als een onoverbrugbare tegenstelling, met de managers als de 'schuldigen', wordt gezien. (2009, p.125). Als eerste aanzet voor een oplossing noemt Wilensky *"the emergence from existing professions of policy-minded staff experts"* (1964, p.158). Waarmee hij doelt op zorgverleners die managementvaardigheden opdoen. Iets wat door Fournier als onwaarschijnlijk wordt gezien: *"Others such as medical doctors are seeking to protect their professionalism by distancing themselves from managerialism"* (1999, p.288).

Tegenwoordig wordt er met een veel breder perspectief naar het vraagstuk rond de verhouding tussen managers en professionals gekeken. Numerato et.al (2012) hebben hier een groot literatuuronderzoek naar gedaan. Aan de hand van vele bestaande wetenschappelijke publicaties zijn zij tot een overzicht gekomen van de meest voorkomende theorieën over hoe de verhouding tussen management en professionalisme zich ontvouwt.

Als reden voor de toename van management in de zorgsector geven zij onder andere de effecten van de crisis op de verzorgingsstaat, patiënten die steeds meer kennis hebben en mondiger worden. *"These developments have contributed to an increased implementation of management systems that have been employed by healthcare organizations to govern professional practices, such as auditing, clinical guidelines, knowledge managements systems, protocols and standards [...]"* (p.627). Dat management inmiddels een grote invloed heeft op de medische professie staat dus buiten kijf. Maar de vraag blijft op welke manier dit zich dan precies uit, of kan uiten. Op basis van hun literatuuronderzoek concluderen Numerato et. al hier het volgende over: *"the dynamics between management and professionalism can result in five different outcomes: (1) managerial hegemony; (2) co-optation; (3) negotiation; (4) strategic adaptation; and (5) professional opposition"* (2012, p.628).

Bij *managerial hegemony* is er sprake van managers die complete controle uitoefenen ondermeer via rationalisatie en standaardisatie van het medisch proces, professionals worden 'gekolonialiseerd', al hun handelen dient volledig in dienst van de door de organisatiemanagers gestelde doelen te staan en mag geen ander (hoger) doel dienen. Deze doelen zijn in het kader van managerialisme over het algemeen financieel-organisatorisch van aard. Professionals worden zelf een soort managers gemaakt en verliezen volledig hun professionele medische autonomie. In andere woorden, er zou in deze situatie een verschuiving ontstaan van het service-ideaal naar een financieel ideaal. *"Clinicians focus on the individual patient [...] with little attention to cost control; however, addressing managerial and sustainability issues requires a vision that is oriented toward the entire population [...] and cost control"* (Lega et.al, 2013, p.46). Iets wat in ieder geval niet erg goed aansluit op het principe van gezamenlijke besluitvorming waarbij de belangen, wensen en waarden van de individuele patiënt juist een grotere rol moeten krijgen. Bij *co-optation* zien professionals sommige managersmiddelen en -doelen als een nuttige toevoeging aan hun professie en nemen dit over, onderwijl geven ze zo min mogelijk aandacht aan managers.



Er bestaat een duidelijke scheiding tussen management en professionals en beiden beperken zich voor het overgrote deel tot hun eigen taak in de organisatie. Deze scheiding wordt doorbroken bij *negotiation*. Medisch professionals worden parttime of fulltime manager. Een soort nieuwe vorm van zelfregulering door de vereiste management taken uit te voeren zonder dat daar externe (echte) managers zonder medische achtergrond aan te pas hoeven te komen. Uit onderzoek blijkt dat dergelijke managers, met een medisch professionele achtergrond, betere resultaten kunnen overleggen dan hun collega's zonder medische achtergrond (Lega, 2013, p.48). De *strategic adaptation* heeft qua resultaat veel weg van *co-optation*. Slechts enkele oppervlakkige managementzaken worden ingevoerd in de professie, bijvoorbeeld strakkere administratie, terwijl de kern van het professionele werk onaangetast blijft. Het verschil tussen de twee posities zit hem in de redenatie achter het handelen van de professionals. Bij *co-optation* wordt het professioneel handelen uitgebreid met managementmiddelen omdat de professionals van mening zijn dat de uitbreiding van het takenpakket met managementmiddelen als nuttig kan worden beschouwd. Bij *strategic adaptation* willen de professionals de managers het idee geven dat ze meewerken aan de veranderingen, terwijl ze onderwijl de kern van hun professie onaangetast trachten te houden. De *professional opposition* positie voert dit laatste tenslotte nog verder door. Het is het tegenovergestelde van *managerial hegemony*. Er wordt in deze positie juist gesteld dat managers zelden enige invloed hebben (gehad) op professionals. Medische normen en ethiek geven professionals een voldoende stevige basis om eisen van managers te negeren en dit doen ze dan ook. Dit is vooral van toepassing waar het management geen medische achtergrond heeft. Door gebrek aan professionele medische kennis is het voor hen moeilijk de macht van de professionals in het uitoefenen van hun professie te doorbreken. Dit zou dan ook een goede verklaring kunnen zijn voor het gegeven dat organisaties met managers met een medische achtergrond beter presteren. Zij hebben immers wel medische expertise en hierdoor zullen zij wellicht minder tegenover de professionals binnen de organisatie staan, maar meer als één van hen worden beschouwd. Iets wat spreekt voor de *negotiation* positie. Het is een interessante gedachte om in het achterhoofd te houden voor wat betreft de resultaten van het empirisch onderzoek. Is er inderdaad sprake van meer samenwerking en minder botsing tussen managers en professionals, *negotiation*, wanneer een instelling managers met een medische achtergrond in dienst hebben? En wanneer er managers zonder medische achtergrond werkzaam zijn, is er dan wellicht eerder sprake van één van de andere posities van Numerato et. al?

Zeer recent wordt in de wetenschap steeds meer het frame toegepast waarin professies en organisaties, professionals en managers, niet elkaars tegenpolen zijn, zoals de *managerial hegemony* en *professional opposition* posities stellen, maar elkaar kunnen versterken (Evetts, 2011 en Noordegraaf, 2011). Er zou dan geen sprake zijn van een defensieve maar van een supportieve organisatiecultuur (Stoter, 2007, p.73-75). Van der Meulen onderschrijft de voorspelling van Wilensky over de opkomst binnen professies van 'policy-minded staff experts'. "[...] zoals praktiserende artsen met managementverantwoordelijkheden. [...] De tegenstelling tussen zorgmanagers en zorgprofessionals is lang niet altijd zo helder als in vele discussies over zorgproblemen wordt gesuggereerd" (2009, p.106). Dit sluit dus inderdaad nauw aan op de *negotiation* positie waarin medisch professionals zich opwerken tot manager.



Samenwerken in plaats van langs elkaar heen je eigen taak uitvoeren is sowieso een belangrijke factor in de huidige medische sector. *"More market pressures often lead to more community-based practices such as multidisciplinary teams and cooperative working which are consistent with occupational forms of professionalism"* (Evetts, 2011, p.413). Ook Noordegraaf gaat in op de opkomst van multidisciplinair werken door moderne professionals: *"professionals face new cases, which are difficult to categorize and call for well-organized multi-professional acts"* (2011, p.1349). Belangrijk is de nadruk die Noordegraaf legt op de noodzaak voor goede organisatie van het multidisciplinair werken. In de medische sector speelt deze manier van werken ook sterk. Denk aan huisarts, chirurg, anesthesist, verpleging, etc. In de denkwijze van Evetts en Noordegraaf zou je dit ook door kunnen trekken tot de betrokkenheid van managers in samenwerking met de medische professionals.

Richtlijnen en protocollen

Zoals Numerato (2012) reeds aangaf zijn richtlijnen en protocollen een belangrijk instrument voor managers om het handelen van professionals te sturen. Er bestaan medische protocollen voor van alles en nog wat en ze worden zowel intern, bijvoorbeeld binnen de verpleeginstelling, als extern, bijvoorbeeld door de professionele beroepsgroep of door overheden, opgesteld. Juist omdat er zo veel protocollen bestaan is het ondoenlijk generaliserende uitspraken te doen over de uitwerkingen ervan. Daarnaast is er weinig literatuur over beschikbaar. Wel worden interessante inzichten geboden door twee artikelen over het effect van twee specifieke medische protocollen. Een protocol ter bevordering van multidisciplinaire samenwerking (Ricketts et.al, 2003) en een protocol voor het handelen van zorgverleners in direct contact met cliënten (Luk, 2009). Het protocol ter bevordering van multidisciplinaire samenwerking werd opgesteld door het management in samenwerking met de zorgverleners. Het protocol werd qua inhoud als positief ervaren door de betrokkenen. Het was helder opgesteld en bevatte de juiste gegevens. Echter, na implementatie van het protocol was er nauwelijks sprake van verandering in het handelen van de zorgverleners. De conclusie van het onderzoek bevat een interessante opmerking: *"There was a commonly reported concern regarding the use of the term protocol, with a view that it is restrictive and therefore has questionable relevance in clinical settings"* (Ricketts, et.al, 2003, p.381). Er wordt geconcludeerd dat implementatie van protocollen succesvoller is wanneer het vooral dient als ondersteuning van zorgverleners in hun dagelijks handelen. Hiervoor zou de term 'richtlijn' ook beter geschikt zijn dan 'protocol'. Hierin lijkt duidelijk sprake van medisch professionals die niet makkelijk te sturen zijn door managers. De inhoud van het protocol wordt als positief beoordeeld, wat niet vreemd is aangezien de betrokkenen hebben bijgedragen aan het opstellen ervan. In de praktijk blijkt men echter weinig met het protocol te doen. De betrokkenen lijken vast te houden aan hun professionele autonomie. Er komt echter een ander beeld naar voren uit het onderzoek naar de effecten van het protocol voor het handelen van zorgverleners in direct contact met cliënten. De resultaten hiervan blijken onverdeeld positief. Ook dit protocol is opgesteld door managers in samenwerking met zorgverleners. Na implementatie is er hier echter sprake van een aanzienlijke verandering in de wijze van handelen door de zorgverleners richting cliënten. Het protocol wordt daadwerkelijk gehanteerd en zowel zorgverleners als cliënten zijn van mening dat dit de kwaliteit van de zorgverlening ten goede is gekomen. *"the caring protocol is supported to be an effective tool to enhance professional caring and should be rolled out to other hospitals for cultivating a caring culture"* (Luk, 2009, p.315).



Concluderend lijkt er sprake van tegenstrijdige resultaten waar het gaat om effectiviteit van protocollen. Dit zou te maken kunnen hebben met het gegeven dat het om verschillende protocollen over verschillende onderwerpen gaat. Hieruit blijkt dan ook dat het ondoenlijk is om generaliserende uitspraken te doen over de effectiviteit van protocollen in het algemeen. Vandaar dat er voor dit onderzoek gekozen is om een enkel protocol (reanimatiebeleid) te hanteren als voorbeeld van een sturingsmiddel voor het management van een instelling.

2.4. Gezamenlijke besluitvorming

Uit de vorige paragrafen is gebleken dat de (medisch) professional steeds meer externe invloeden toelaat of moet toelaten in haar domein. Veel aandacht is besteed aan de toenemende invloed van managers van medische organisaties. Een andere toenemende invloed, die reeds enkele malen zijdelings is benoemd, is die van de patiënt. Dit uit zich onder andere in de toepassing van Shared Decision Making (SDM), ofwel gezamenlijke besluitvorming, tussen arts en patiënt. *"SDM has been defined as: 'an approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to consider options, to achieve informed preferences'"* (Elwyn et al., 2012, p.1361). Dit is een gangbare maar nogal rationele benadering van gezamenlijke besluitvorming. Het wordt gepresenteerd als een strikte rolverdeling tussen arts en patiënt, waarbij de arts de patiënt voorziet van de benodigde medische informatie en de patiënt de arts inlicht over persoonlijke omstandigheden, wensen en waarden, waarna zij in gezamenlijkheid tot een besluit zullen komen wat in het best mogelijke belang van de patiënt is. Eenzelfde visie op de inhoud van gezamenlijke besluitvorming kwam ook reeds naar voren in Elwyn zijn proefschrift uit 2001: *"Sharing information and sharing decisions are not synonymous. They are separate goals within the consultation and require different skills. Shared decision making cannot occur unless preceded by the sharing of information"* (p.29). Het is opvallend dat in twaalf jaar tijd, waarin Elwyn zeer veel publicaties over het onderwerp SDM heeft uitgebracht, zijn definitie ervan niet veel lijkt te zijn veranderd. In de rapporten van RVZ en CEG (2013) wordt de rol van de patiënt nadrukkelijker onderstreept dan door Elwyn. Volgens RVZ en CEG draait het vooral ook om de waarden en wensen van de patiënt. Hoe staat hij of zij in het leven, welke waarden heeft hij/zij, wat wordt er (nog) belangrijk gevonden in het leven en wat wil men nog graag doen? Waarschijnlijk doelt Elwyn hierop wanneer hij het heeft over 'sharing evidence' en komen tot 'informed preferences'. Het wederzijds delen van informatie om tot een *geïnformeerd* besluit te komen. Expliciet benoemt hij het echter niet, terwijl het toch een vitaal onderdeel van gezamenlijke besluitvorming is volgens zowel RVZ als CEG. Het gaat om kennisdeling, dat moet geen eenrichtingsverkeer zijn vanuit de arts richting de patiënt. Immers kan de arts alleen juiste ondersteuning bieden bij de te maken keuze(s) als hij goed op de hoogte is van wat belangrijk is voor de patiënt. Anders kan evengoed de klassieke paternalistische besluitvormingsmethode worden gehanteerd waarin de arts op basis van zijn medische expertise de beslissing neemt. Dit is de ouderwetse manier van handelen door medisch professionals. Zo doet Wilensky soms ook uitspraken die erop duiden dat gezamenlijke besluitvorming destijds nog niet haar intrede had gedaan: *"Norms covering client relations dictate that the professional be impersonal and objective (limit the relationship to the technical task at hand, avoid emotional involvement)"* (1964, p.140). Inmiddels lijkt er in de praktijk het nodige te zijn veranderd, maar in de theorie is dit nog niet even vergaand zichtbaar.



Ook Fournier gaat indirect in op het belang van het aansluiten bij wensen en waarden van de patiënt wanneer het gaat om professionaliteit. *"This reputation may depend more upon conformity with local customs and beliefs than on professional criteria"* (1999, p.286). Wat niet alleen zou betekenen dat professionals rekening moeten houden met de individuele cliënt. Maar ook dat onder een goed medisch professional wellicht in de ene cultuur wat anders wordt verstaan dan in de andere. In een multicultureel land als Nederland is ook dit een interessant gegeven wat sturing op resultaat nog minder haalbaar maakt. Hetgeen er dan ook toe leidt dat, ondanks alle besproken veranderingen, een karakteristieke eigenschap van professionals blijft dat het vertrouwen van de patiënt vooral op hen persoonlijk, de expertise, gebaseerd zal zijn en niet op controlemechanismen vanuit het management (Fournier, 1999, p.288).

2.5. Gezamenlijke besluitvorming in organisatorische context

Het hoofddoel van de opkomst van gezamenlijk besluitvorming is de te leveren zorg beter aan te laten sluiten op de wensen en waarden van de individuele patiënt. Gezamenlijke besluitvorming richt zich op het proces tussen arts en patiënt. Zoals inmiddels wel duidelijk is, zijn er echter vele externe invloeden op de arts - patiënt relatie. *"De hulpverlener ontmoet in zijn beroepsuitoefening niet alleen de soms meer, soms minder mondige patiënt, maar tevens vele andere partijen die het medisch handelen bepalen of beïnvloeden: denk aan de overheid, de verzekeraars, het instellingsmanagement als werkgever, en beroeps- en wetenschappelijke verenigingen"* (Hilhorst, 1999, p.3). In Nederland is sinds geruime tijd de professionele bureaucratie de standaard organisatievorm waarin het merendeel van de medisch professionals functioneert. Denk hierbij aan ziekenhuizen en verpleeghuizen. Dit is een interessante constatering gezien een opmerking van Wilensky die stelt dat, naast de destijds algemene aanname dat organisaties botsen met professies, er ook een aanname bestaat dat cliënt- of klantgerichtheid niet samengaat met professionalisme (1964, p.146). Wilensky is van mening dat in beide aannames waarheid schuilt, al dienen ze kritisch te worden beoordeeld. Zo zegt hij *"In all hospitals, patients come to feel that much of what goes on is dictated by non-medical considerations. The feeling is strongest where the disease is chronic and the stay in the hospital is long. [...] [Organizations] organize their work in ways that protect the income, security and well-being of their most valued personnel. [...] Where comfortable organizational routines take command, the salaried professional may lose sight of client needs"* (1964, p.148). Dit sluit aan bij de genoemde theorie dat professionals vooral oog zouden hebben voor hun eigen belangen, maar is juist tegenstrijdig met het eerder behandelde principe dat het 'service ideal' ten grondslag zou liggen aan professionalisme.

Zoals besproken wordt er vanuit de hoek van het management getracht organisatorische doelen en principes onderdeel uit te laten maken van de medische professie. Hieronder valt bijvoorbeeld het streven naar kwaliteit en klantgerichtheid. Gezamenlijke besluitvorming zou hier een duidelijke rol in kunnen vervullen. *"The literature on patient centeredness has demonstrated that satisfaction increases when clinicians focus on patient perspectives and take their ideas, concerns and expectations into account"* (Elwyn, 2001, p.11).



Deze visie van Elwyn wordt gedeeltelijk onderschreven door Fournier: *“Quality is thus defined in terms of giving customers what they want. Yet at the same time traditional methods of control are too overtly oppressive, too alienating and too inflexible to encourage employees to behave in the subtle ways which customers define as indicating quality service. Many of which – subtleties of facial expression, nuances of verbal tone, or type of eye contact – are difficult to enforce through rules, particularly when the employee is out of sight of any supervisor”* (1999, p.292). Precies de subtiele en persoonlijke manier van handelen die hier wordt beschreven is zo van belang bij gezamenlijke besluitvorming over medische zaken in de spreekkamer. Juist omdat de patiënt in een kwetsbare en afhankelijke positie zit is het belangrijk dat hij zich op zijn gemak voelt en vertrouwen krijgt in de arts. *“The involvement of patients in clinical options [...] occurs in situations that are often emotionally charged”* (Elwyn, 2001, p.15). Labrie zegt hierover dat met name managers moeite hebben om in al hun rationaliteit rekening te houden met het belang van gevoelens. Professionals beseffen het belang hiervan beter maar hebben vaak ook moeite hiernaar te handelen. (2011, p.110). Dit kan mogelijk verklaard worden door een gebrek aan aandacht hiervoor gedurende de opleiding. (Thistlethwaite, 2004, p.150).

Het vertrouwen van een patiënt zal toch vooral gebaseerd zijn op de *kwaliteit* van zorg, of toch in ieder geval de perceptie hiervan. Krijgt de patiënt wat hij wil, maar tegelijkertijd ook wat hij nodig heeft en wat het beste aansluit bij hem of haar als persoon? Dit is iets wat enkel bepaald kan worden in een zorgvuldig samenspel tussen arts en patiënt. Een manager kan daar in individuele gevallen weinig aan sturen. Maar aangezien gezamenlijke besluitvorming dus zo nauw aansluit bij kwaliteit, bij klantgerichtheid, zaken die bij uitstek passen bij een organisatorische context, kan hij er wel naar streven de medisch professional op deze wijze te laten handelen. Zoals Fournier zegt, door de professional aan te spreken op zijn professionaliteit en door niet te veel strakke protocollen te hanteren, ruimte te bieden voor een zekere mate van autonomie en voor zelfontplooiing in het leren omgaan met enerzijds de organisatie en anderzijds de patiënt in een meer gelijkwaardige relatie (1999, p.299). *“Wil een organisatie aansluiten bij de diversiteit [onder patiënten], dan moeten professionals en managers zich ervan bewust zijn dat goede, passende hulp aan hen nooit eenzijdig kan worden geleverd, maar altijd in samenspraak met degene die de hulp ontvangt. Hierbij wordt uitgegaan van een symmetrische zorgrelatie”* (Labrie, 2011, p.104). De vraag is echter in hoeverre hier in de praktijk ook sprake van is. Met name het punt van Fournier over niet teveel strakke protocollen als noodzakelijke voorwaarde voor een goede toepassing van gezamenlijke besluitvorming zou de sturingsmogelijkheden van managers behoorlijk inperken. De vraag is dan ook of zij hiermee zullen instemmen. Hier komt het in eerdere paragrafen uitgebreid behandelde verschil tussen managers en medisch professionals om de hoek kijken waar het gaat om de ruimte voor gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt. Als zij onderling autonome besluiten mogen nemen dan kunnen ze gemakkelijk de genoemde externe invloeden buiten beschouwing laten. Het is de taak van de manager om deze externe zaken wel erbij te betrekken. Maar aangezien managers moeilijk bij elk gesprek tussen arts en patiënt aanwezig kunnen zijn en dit waarschijnlijk zelfs op de nodige privacywetgeving botst, zijn zij dus aangewezen op bijvoorbeeld het opleggen van protocollen aan de arts. Dit is echter problematisch aangezien individuele patiënten nooit in algemene protocollen te vatten zullen zijn. *“Het betreft deze bepaalde patiënt met deze bepaalde hulpvraag in deze bepaalde omstandigheden”* (Hilhorst, 1999, p.71). Hilhorst geeft dan ook aan dat het om die reden niet anders zal kunnen dan dat medische protocollen, ook binnen organisaties, een meer ondersteunende functie zullen hebben. Zo kan bijvoorbeeld de door de arts aan patiënten te geven informatie worden vastgelegd (p.77).



Financiële en ethische afwegingen

Financiële motieven kunnen een rol spelen in de te maken afwegingen. Daarnaast gaat het echter juist ook over morele en ethische afwegingen. Zo zou er over patiënten van verpleeginstellingen snel gezegd kunnen worden dat zij te oud zijn om nog dure medische behandelingen bij uit te voeren, hoe graag de patiënt, en wellicht ook de arts, dit ook zou willen. Patiënten in verpleeghuizen bevinden zich in hun laatste levensfase. Er is geen sprake meer van medische behandelingen met het oog op 'cure' maar enkel nog met het oog op 'care'. In hoeverre mag een financieel perspectief op hun situatie echter invloed hebben op het medisch besluitvormingsproces? *"Zelfs waar 'uitbehandeld' lijkt te zijn en de dood op termijn onvermijdelijk, benadrukken wij vandaag niettemin het belang van de patiënt om te weten en zelf keuzes te maken, omdat wij gewoonlijk een onvermijdelijke laatste levensfase graag zelf vorm willen geven"* (Hilhorst, 1999, p.23). En juist hierin zit een belangrijk normatief aspect, waar elke medisch professional te allen tijde mee te maken heeft, zoals Hilhorst zelf ook al aangeeft. *"In een medisch oordeel ligt ook altijd een normatief oordeel verscholen. Om een voorbeeld te noemen, zelfs de constatering dat iemand dood is wanneer hij hersendood is bergt een opvatting in zich van wat (nog menselijk) leven is"* (p.84). Zo heeft bij gezamenlijke besluitvorming de arts dus vooral een informerende en adviserende rol, maar bij dit informeren en adviseren speelt een groot risico op persoonlijke normatieve invloeden vanuit de arts zijn of haar eigen mening. Hierin ziet Hilhorst een belangrijke rol weggelegd voor richtlijnen en protocollen. Hij stelt dat dergelijke morele discussies prima gevoerd kunnen en zouden moeten worden, zowel in de organisatie als tussen de arts en de patiënt. *"Vervolgens zal op het niveau van beleid in de gezondheidszorg meer aandacht gegeven moeten worden aan deze morele kwaliteit van het overleg. [...] Daarbij is het nodig te erkennen dat er in onze samenleving een pluraliteit van waarden en normen bestaat, en dat er ruimte moet zijn voor een variëteit van (gevraagde en aangeboden) dienstverlening in de zorg"* (p.87). Hilhorst sluit dan juist weer af met de opmerking dat het faciliteren hiervan niet louter kan worden vastgelegd in termen van regulering, afspraken, protocollen of standaards. Vitaal is ook de ruimte die wordt geboden aan artsen om samen met de patiënt, rekening houdende met al het genoemde, tot een medisch besluit te komen. Kortom, er is een rol weggelegd voor zowel managers als voor artsen, waarbij Hilhorst de voorkeur lijkt te geven aan managers in een ondersteunende en faciliterende rol voor de artsen. Managers en medische professionals die niet elkaars opponenten zijn maar elkaar versterken.



3. Methodologie

3.1. Type onderzoek

Dit onderzoek richt zich op een nog redelijk onontgonnen gebied. Er is behoorlijk wat theoretische literatuur beschikbaar over de verhouding tussen managers en (medische) professionals.

Praktijkonderzoek is echter dun gezaaid. Zeker waar het de zogenoemde 'care-sector', verzorging en verpleging, betreft. Om die reden is het onderzoek zo opgezet dat het een eerste, maar behoorlijk diepgaande, blik biedt in deze praktijk. Derhalve is er gekozen voor een zogenoemde casestudy (Van Thiel, 2010, p.99-116). Er is sprake van een soort eerste wetenschappelijke trektocht de nog onbekende verpleegsector in. Met name door het unieke karakter van de combinatie tussen enerzijds de medisch ethische benadering vanuit het Centrum voor Ethiek en Gezondheid, en anderzijds de achtergrond van de onderzoeker als Bestuurs- & Organisationswetenschapper.

De focus is gelegd op één verpleeginstelling, te weten Pieter van Foreest in Delft. Hierover later meer in de paragrafen over de selectie van instelling en respondenten. Om toch niet alleen de diepte maar ook een stukje de breedte in te gaan, is er onderzoek gedaan bij twee locaties binnen Pieter van Foreest. *“Door de unieke context van de casus [...] is het vaak moeilijk – zo niet onmogelijk – om de bevindingen van de onderzochte situatie te generaliseren naar andere situaties, vanwege de uniciteit van het geval en/of de contextgebondenheid van de bevindingen”* (Van Thiel, 2010, p.100). De doelstelling is dan ook voornamelijk om de situatie binnen deze specifieke verpleeginstelling helder in kaart te brengen. Door in deze casestudy reeds twee locaties te betrekken wordt het risico op gebrekkige interne validiteit, de waarde voor de verpleeginstelling en niet alleen één locatie, gedeeltelijk opgevangen. Een gebrekkige externe validiteit, de waarde voor de gehele care-sector, is inherent aan doen van een case-study en is dan ook niet het hoofddoel van dit onderzoek. Wat voor Pieter van Foreest geldt hoeft niet voor andere instellingen te gelden. De sector kan echter wel baat hebben bij dit onderzoek door de beschreven situatie bij Pieter van Foreest te gebruiken als basis voor kennisverbreding en mogelijke verbeteringen in de gehele care-sector waar zaken die bij Pieter van Foreest naar voren komen ook blijken te spelen bij andere instellingen.

Hiernaast zal een deel van de focus worden gelegd op de betekenisgeving van lokale betrokkenen. Wetenschapsfilosofisch gezien zal ik hierbij gebruik maken van de interpretatieve benadering. Ik ga onderzoeken hoe de direct betrokkenen bij iedere organisatie omgaan met het fenomeen gezamenlijke besluitvorming en de verhouding tussen managers en professionals en welke visies zij erop hebben (Deetz, 1996). Het draait hierbij in belangrijke mate om de professionele identiteit van artsen. Welke invloed heeft enerzijds de toepassing van gezamenlijke besluitvorming, en dus meer invloed voor de patiënt, en anderzijds sturing hierin door bestuurders op deze professionele identiteit? Interpretatief onderzoek leent zich bij uitstek hiervoor.



Deetz stelt wat betreft het zoeken naar 'de waarheid en/of de werkelijkheid', dat een interpretatief onderzoeker voornamelijk zoekt naar 'lokale waarheden'. Waarheden die dus niet gemakkelijk gegeneraliseerd kunnen worden omdat ze sterk afhankelijk zijn van lokale factoren, van lokale werkelijkheden. Dit is een epistemologische positie (Van Thiel, 2010, p.40) waarin gesteld wordt dat er wel een lokale werkelijkheid kan bestaan, maar dat deze niet door iedereen op dezelfde wijze hoeft te worden ervaren, een probleem waar de sociale wetenschappen veel mee te maken hebben. De ontologische positie (Van Thiel, 2010, p.40) is dat er een lokale werkelijkheid bestaat. Deze zou voor wat betreft de niet menselijke factoren objectief weergegeven moeten kunnen worden. De ervaringen en betekenisgeving van mensen in deze lokale werkelijkheid is echter moeilijk objectief te onderzoeken, en daarvoor wordt dus de interpretatieve methode gebruikt.

3.2. Onderzoeksstrategie en -methoden

Voor onderzoek volgens de interpretatieve benadering dient de focus te liggen op de betekenis die mensen geven aan hun omgeving en daarin voorkomende situaties. Derhalve vormen de afgenomen interviews de belangrijkste bron van informatie. Dit is immers een geschikte methode voor het verzamelen van niet-feitelijke informatie zoals meningen, percepties en onderlinge relaties. De interviews zijn semigestructureerd ingestoken. Op deze wijze komen bepaalde kernonderwerpen altijd ter sprake terwijl er ook ruimte wordt geboden aan de respondent voor eigen inbreng, wat met het oog op de interpretatieve natuur van het onderzoek belangrijke inzichten kan opleveren.

In deze interviews is de respondenten gevraagd naar cases die zij zelf mee hebben gemaakt waarin gezamenlijke besluitvorming een belangrijke rol speelde (zij het dat er goed gebruik van werd gemaakt of dat er problemen ontstonden). In de interviews zijn er fictieve cases voorgelegd en is gevraagd hoe de respondent daarin zou handelen. Dit is de ideale methode om tot een goed overzicht te komen van de gehele organisatie en mogelijke overeenkomsten en verschillen daarbinnen. Het zou ook kunnen dat de organisatie bepaalde protocollen hanteert voor specifieke situaties, maar dat uit de antwoorden van de respondent blijkt dat hij of zij in de praktijk anders handelt. Dit is informatie die enkel door middel van interviews of observatie te verkrijgen is. Bij observaties kan gedacht worden aan het aanwezig zijn bij officiële of officieuze gesprekken tussen betrokkenen, zoals een arts of een verpleegkundige met een cliënt of met een manager. Ook zou een observatie van een zogenoemd multidisciplinair overleg interessant kunnen zijn. Helaas bleek het erg lastig toestemming te verkrijgen voor observatie waardoor dit geen onderdeel heeft uitgemaakt van dit onderzoek. Meer specifieke informatie over de inhoud van de interviews is terug te vinden in de paragraaf 'interviewopzet'.

Naast deze voornamelijk interpretatieve onderzoeksmethode is er ook gebruik gemaakt van instellingsdocumentatie. Ook bij de analyse van deze documentatie komt enige interpretatie kijken, wat is bijvoorbeeld de achterliggende gedachte van het document, welke visies spreken eruit? Het naast elkaar leggen van interviewresultaten en documentatie dient als doel om de interpretaties van de praktijk door de respondenten en door mij als onderzoeker te kunnen vergelijken met bijvoorbeeld officiële richtlijnen en protocollen binnen de organisatie. Zijn hier overeenkomsten of wellicht juist ook verschillen in te ontdekken? Op deze wijze kan dus onderzocht worden of en in hoeverre bestaande richtlijnen aansluiten, en/of invloed hebben op, de dagelijkse praktijk.



3.3. Selectie van specifiek behandelbesluit

Om te voorkomen dat het onderzoek en de interviews blijven hangen in algemeenheden zonder concreet te worden is besloten een specifiek medisch behandelbesluit te kiezen aan de hand waarvan handelingsvoorbeelden uit de praktijk kunnen worden besproken met de respondenten.

Er is gekozen voor de besluitvorming en het beleid rondom reanimatie. Dit sluit mooi aan op het brede onderwerp 'doorbehandelen'. Reanimatie zorgt namelijk in veel gevallen, zeker bij kwetsbare ouderen, voor een grote achteruitgang in de gezondheidstoestand van de cliënt (ten opzichte van de situatie voor de hartstilstand). Hierdoor zullen veel medische behandelingen nodig zijn om de kwaliteit van leven enigszins acceptabel te houden, als dat al mogelijk is. Daarnaast staat reanimatie binnen de care-sector momenteel in de aandacht doordat Verenso, de vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde, in maart 2013 een vernieuwde reanimatierichtlijn heeft uitgebracht. De respondent van Verenso gaf overigens in een vroeg stadium van dit onderzoek aan dat zij bij het maken van de richtlijn in ieder geval verschillen van mening zijn tegengekomen tussen managers en professionals en dat ze derhalve benieuwd was naar de resultaten van dit onderzoek.

Het reanimatiebeleid zal onderdeel uitmaken van de interviews. Allereerst door de respondenten te vragen of zij op de hoogte zijn van de reanimatieprotocollen binnen de instelling en of zij hier ook naar handelen. Daarnaast zal een fictieve casus worden voorgelegd waarin op het moment van het interview een cliënt van de instelling buiten op de gang een hartstilstand krijgt. Hoe zal de respondent in zo'n geval handelen en komt dit overeen met de protocollen? Verder zullen voor het onderzoek ook de instellingsprotocollen met betrekking tot reanimatie naast de landelijke richtlijn van Verenso worden gelegd met als doel de overeenkomsten en verschillen op een rijtje te kunnen zetten.

3.4. Selectie van instelling

Voor een casestudy is de selectie van een 'casus', in dit geval een verpleeghuis om onderzoek bij te doen, uiteraard van vitaal belang. Hoe gaat het er op de werkvloer aan toe? Hoe verloopt het contact tussen managers en het medisch personeel waar het gaat om medische besluitvorming? Om dit te kunnen onderzoeken zal er dus praktijkonderzoek gedaan moeten worden bij een verpleeginstelling.

Het onderzoek is beperkt tot één instelling. Dit hoofdstuk opende met het gegeven dat er weinig bekend is over de verhouding tussen management en professionals in de praktijk van de care-sector. Door de focus te leggen op één instelling is de mogelijkheid geschapen om goed de diepte in te gaan en zo de praktijksituatie goed helder te krijgen. Dit brengt wel het risico met zich mee dat *"het onderscheid tussen de casus [invloed van managers op gezamenlijke medische besluitvorming] en de eenheid [de verpleeginstelling] vertroebelt, en dat zaken die specifiek zijn voor de eenheid, toegeschreven worden aan de casus"* (Van Thiel, 2010, p.103). In andere woorden, er moet opgepast worden voor onterechte generalisatie van onderzoeksresultaten. Wat voor deze instelling geldt hoeft immers niet van toepassing te zijn op andere instellingen. Hiervoor zal aanvullend onderzoek nodig zijn. Wel is geprobeerd al in dit onderzoek een iets breder beeld te schetsen door het onderzoek bij twee verschillende locaties uit te voeren.



De keuze is uiteindelijk gevallen op zorg- en verpleeginstelling Pieter van Foreest uit Delft. Allereerst is er een eerste selectie van acht Nederlandse zorginstellingen gemaakt. Deze acht instellingen zijn geselecteerd aan de hand van hun specifieke kenmerken die te vinden zijn op verschillende websites voor Nederlandse zorgconsumenten. Hierbij moet met name gedacht worden aan de grootte van de organisatie: voor het onderzoek is gezocht naar grote koepelinstellingen met meerdere locaties. Het vermoeden was dat dergelijke organisaties veel 'lagen' zouden hebben waardoor er wellicht een grotere scheiding zou bestaan tussen de verschillende disciplines zoals verpleegkundige, arts en manager. Daarnaast moesten de instellingen beschikken over een grote hoeveelheid 'verpleegplekken' en zich niet in te grote mate beperken tot verzorging. Veel van dergelijke grote instellingen omvatten namelijk zowel verzorgings- als verpleeghuizen of combinaties van beide. Aan de hand van inventariserende korte telefonische interviews met beleidsmedewerkers van de acht instellingen is een inventarisatie gemaakt van de meest geschikte instellingen voor dit onderzoek. Te weten, instellingen waar in ruime mate aandacht lijkt te zijn voor gezamenlijke besluitvorming. Bij Pieter van Foreest bleek men in een situatie te verkeren waarin veel aandacht werd besteed aan het creëren van een cultuur waarin de cliënt boven alles centraal staat. Daarmee behoorde Pieter van Foreest tot één van de geschikte instellingen voor dit onderzoek. Uiteindelijk was Pieter van Foreest de enige van de vier benaderde geschikte instellingen die bereid bleek haar medewerking aan het onderzoek te verlenen.

3.5. Selectie van respondenten

De respondenten zijn geselecteerd aan de hand van hun functies binnen de instelling. Er is getracht een zo compleet mogelijk beeld van de instelling te verkrijgen door een zo breed mogelijk spectrum aan betrokkenen te interviewen. Dat heeft geleid tot het volgende rijtje respondenten:

Locatie A

- 1: Specialist Ouderengeneeskunde. Medisch eindverantwoordelijke met beleidsmatige taken.
- 2: Specialist Ouderengeneeskunde
- 3: Specialist Ouderengeneeskunde
- 4: Verpleegkundige
- 5: Assistent teammanager
- 6: Locatiemanager
- 7: Paramedicus: fysiotherapeut

Locatie B

- 8: Specialist Ouderengeneeskunde
- 9: Locatiemanager
- 10: Teammanager

Pieter van Foreest overkoepelend

- 11: Beleidsmedewerker kwaliteit

Verenso.

- 12: Expert. Senior beleidsmedewerker. Projectleider en hoofdredacteur reanimatierichtlijn.



Er is een breed spectrum aan verschillende disciplines binnen de instelling geïnterviewd. Waarbij het zwaartepunt ligt bij de specialisten ouderengeneeskunde aangezien zij, als zijnde artsen, tot de groep medisch professionals behoren. De respondenten zijn niet evenredig verspreid over de locaties. Hier liggen puur pragmatische oorzaken aan ten grondslag. Ik was sterk afhankelijk van eerdere respondenten voor het leggen van contacten met nieuwe respondenten. Aangezien locatie A de eerste locatie was waar ik voor interviews terecht kon zorgde dit ervoor dat ik daar de meeste respondenten van verschillende disciplines heb gesproken. Om het onderzoek behapbaar te houden heb ik besloten me te beperken tot 12 interviews en dus niet in locatie B ook alle disciplines te benaderen. Al met al is er sprake van een goed overzicht van de verpleeginstelling Pieter van Foreest. Enkel de hoogste bestuurders en zorgdirecteuren heb ik niet kunnen spreken. Zij gaven aan het te druk te hebben. Dit is nadelig voor het schetsen van een totaalplaatje van de instelling en de wijze waarop beleid tot stand komt. Echter, in het Pieter van Foreest jaardocument 2012 staat het volgende: *“Zorgmanagers (locatie- en teammanagers) en ondersteunende diensten dragen proactief bij aan de organisatiestrategie en realiseren deze binnen de eigen locatie, regio of discipline. Zorgmanagers inventariseren markt- en cliëntwensen en kansen om de dienstverlening hierop optimaal af te stemmen. Zij dragen zorg voor de effectieve en efficiënte uitvoering van (zorg)processen binnen het eigen organisatieonderdeel”* (Zorginstellingen Pieter van Foreest, 2013, p.16). Aangezien de focus van het onderzoek toch al op de het locatieniveau lag lijkt met het interviewen van locatiemanagers, plus daarnaast een overkoepelende beleidsmedewerker zorgkwaliteit, de beleidskant van de organisatie voldoende gedekt. Door het ontbreken van hun visie in dit onderzoek vormen bestuurders in ieder geval interessante respondenten voor mogelijk vervolgonderzoek.

3.6. Interviewopzet

Elk interview is gestart met een korte uitleg over de inhoud en doel van het onderzoek. Vervolgens is de respondent de gelegenheid geboden om zich voor te stellen en in te gaan op de inhoud van zijn of haar functie binnen de organisatie. Het vervolg van het interview is afhankelijk van de functie van de respondent. Een belangrijk deel van het interview met een respondent met een medische taak, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundigen, is gewijd aan de wijze waarop medische besluitvorming rondom individuele cliënten plaatsvindt. Hiervoor is de respondent steeds gevraagd te reageren aan de hand van concrete voorbeelden.

Ter concretisering van het gesprek is gebruik gemaakt van reanimatiebeleid als specifiek behandelbesluit en daarnaast grotendeels van eigen voorbeelden van behandelbeslissingen uit de praktijkervaring van de respondenten.

Daarbij is gezocht naar voorbeelden waarin sprake was van moeilijke situaties. Denk hierbij aan een situatie waarin er sprake is van een groot verschil van inzicht tussen zorgverlener en cliënt met betrekking tot de te verkiezen medische handelwijze. Of waarin het officiële instellingsbeleid, of de visie van een manager, niet strookt met de professionele opinie van de zorgverlener. Hoe gaat de respondent, maar ook de instelling als geheel, hiermee om? Tijdens het bespreken van de voorbeelden is zoveel mogelijk doorgevraagd naar de overwegingen die destijds speelden in het hoofd van de respondent en de wijze waarop hij of zij hierin afwegingen heeft gemaakt.



Een belangrijk punt om door middel van de interviews te onderzoeken was ook de mate en wijze van controle door managers op zorgverleners. Een logische hypothese zou zijn dat naarmate er meer controle van bovenaf is binnen de instelling, bijvoorbeeld door vele strikte protocollen, de invloed van managers op de zorgverleners hun denken en handelen ook groter zal zijn. Instellingsbeleid zonder goede controlemechanismen zou heel goed een tandeloos beest kunnen blijken.

De interviews zijn letterlijk getranscribeerd. Analyse door middel van codering van deze transcripties heeft vervolgens verscheidene veel voorkomende thema's opgeleverd die de kern van de resultaten vormen.

3.7. Validiteit en betrouwbaarheid

Om te voorkomen dat respondenten blijven hangen in algemeenheden is hen zoals gezegd verzocht waar mogelijk te spreken aan de hand van waargebeurde cases (Van Thiel, 2010, p.61). Om de betrouwbaarheid van de interviewresultaten te verhogen zijn deze naast de beschikbare officiële documentatie van de instelling gelegd. Op die manier zijn opvallende inconsistenties eruit gehaald. Indien van toepassing zijn deze inconsistenties in een later stadium nog aan de respondent voorgelegd om een reactie erop te krijgen, waarom handelt hij of zij anders dan de protocollen voorschrijven? Daarnaast zal het individueel afnemen van de interviews en het verlenen van anonimiteit de validiteit en betrouwbaarheid verhogen aangezien dit de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleint. Immers, alleen de interviewer weet wie de uitspraken heeft gedaan. Een mogelijk risico daarbij is wel dat men binnen een wat kleiner verpleeghuis van elkaar op de hoogte is dat er aan een interview is meegewerkt. Bovendien kan er bijvoorbeeld van een bepaalde functie zoals locatiemanager maar één zijn, wat de anonimiteit onder druk zet. De betreffende respondenten hebben echter aangegeven hier geen problemen mee te hebben.

Aangezien dit onderzoek zich richt op een gevoelig onderwerp, de wijze waarop zorgverleners omgaan met hun cliënten en hun professionele autonomie binnen een zorginstelling, is een vertrouwde interviewomgeving van groot belang. Vanwege het gevoelige, normatieve en ethische onderwerp is de wijze van vragen stellen ook zeer belangrijk om zoveel mogelijk informatie van de respondent te verkrijgen. Directe vragen als 'volgt u altijd het instellingsbeleid omtrent gezamenlijke besluitvorming?' zijn minder geschikt omdat het risico op sociaal wenselijke antwoorden hoog is. De manier waarop hiermee is omgegaan is de respondent simpelweg te laten vertellen over zijn of haar dagelijkse ervaringen in het werk. Vervolgens zijn hier door middel van interpretatie conclusies met betrekking tot het onderzoeksonderwerp aan verbonden.

Doordat er binnen een organisatie onderzoek wordt gedaan dient er ook aandacht te worden besteed aan het effect dat de onderzoeker zelf op deze organisatie kan hebben. De onderzoeker zal zich gedurende het onderzoek immers binnen de organisatie begeven en kan daarmee invloed uitoefenen op onder andere de respondenten. Een bekend gegeven is dat respondenten, zeker wanneer er gebruik gemaakt wordt van opnameapparatuur zoals bij dit onderzoek, in interviews sociaal wenselijke antwoorden zullen geven in plaats van de (hun) waarheid te vertellen (Van Thiel, 2010, p.61). Bij enkele respondenten leek er ook sprake van enige zenuwen voorafgaand aan het interview.



Een manier waarop is geprobeerd deze mogelijk problematische zaken bij dit onderzoek zo min mogelijk te laten spelen is door alle respondenten te laten weten dat de resultaten anoniem verwerkt zullen worden, waardoor bijvoorbeeld bepaalde citaten minder makkelijk te herleiden zullen zijn tot een specifiek persoon. Daarnaast heeft de interviewer zich zo neutraal mogelijk opgesteld om daarmee de respondenten het gevoel te geven dat er geen 'goede' of 'foute' antwoorden zijn. Tenslotte zijn de interviews per respondent individueel afgenomen wat de kans op sociaal wenselijke antwoorden, in verband met aanwezigheid van collega's, verder moest verkleinen.

Dit onderzoek is *nadrukkelijk* niet bedoeld om op basis van de resultaten tot generalisatie voor de gehele sector over te gaan. Daarvoor is kwalitatief onderzoek sowieso niet de meest geschikte onderzoeksvorm. In veel gevallen is de groep respondenten te klein om van generaliseerbare resultaten uit te kunnen gaan. Bovendien beperkt dit onderzoek zich tot één instelling. Het doel is om een lokale werkelijkheid te schetsen die mogelijk als basis voor verder begrip van de sector kan dienen. Bij andere instellingen kan de lokale werkelijkheid echter weer geheel anders zijn. Het doel van dit onderzoek is dan ook het bieden van een eerste inzicht in de praktijk van gezamenlijke besluitvorming in de verpleegsector. Waarbij de focus eens niet ligt op de zorgverlener en cliënt, maar op de zorgverlener en de manager(s). Waar het van toepassing is zouden de onderzoeksresultaten aanleiding kunnen vormen voor verder onderzoek naar, invoering van, of verbetering van specifieke onderdelen binnen instellingen in deze sector. Bovendien is er verdere duidelijkheid ontstaan over hoe er door direct betrokkenen in een instelling in de care-sector tegen gezamenlijke besluitvorming wordt aangekeken. Tenslotte is er steeds na een interview zo snel mogelijk aan de analyse begonnen. Dit bood de mogelijkheid om, terwijl er nog interviews op stapel stonden, reeds te analyseren en de uitkomsten daarvan mee te nemen in verdere interviews (Silverman, 2010, p.280).



4. Contextueel kader

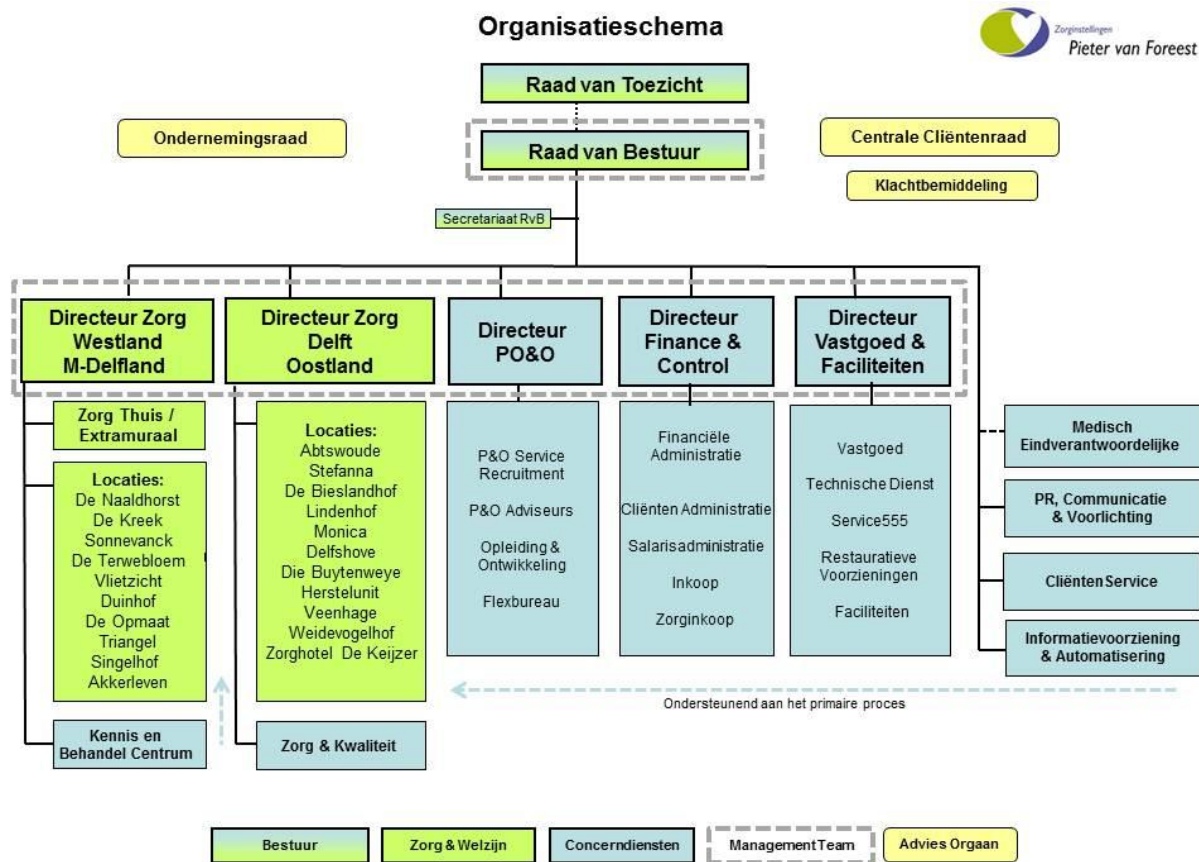
In dit hoofdstuk wordt de nodige achtergrondinformatie gegeven over de omgeving waarin het onderzoek is uitgevoerd. Allereerst wordt kort toegelicht waar de care-sector precies uit bestaat. Vervolgens wordt ingegaan op de organisatorische context van Pieter van Foreest zorginstellingen. Het contextueel kader wordt afgesloten met een bespreking van de reanimatierichtlijn van Verenso, aangezien reanimatiebeleid de casus is die aan de respondenten is voorgelegd om de toepassing van gezamenlijke besluitvorming helder te krijgen.

Care-sector

Zoals besproken is de zorgsector grofweg in te delen in twee sectoren. De care en de cure. De cure-sector bevat simpel gezegd de ziekenhuizen waar het hoofddoel is om mensen van ziektes te genezen. De care-sector heeft niet als doel om te genezen maar om te verzorgen. Voor het goede begrip van het empirisch onderzoek is het van belang om een onderscheid binnen de care-sector te maken. Er is namelijk sprake van verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. Cliënten van verzorgingstehuizen kunnen niet goed meer voor zichzelf zorgen maar zijn niet ernstig ziek. Bij cliënten van verpleeghuizen is er sprake van een zeer slechte gezondheidstoestand, in de meeste gevallen ook van multimorbiditeit. Dit onderscheid is van belang omdat er hierdoor een voor dit onderzoek essentieel verschil bestaat tussen de medewerkersbestanden van dergelijke instellingen. Bij verzorgingstehuizen zijn vrijwel uitsluitend verzorgenden in dienst. Verpleeghuizen daarentegen hebben veel medisch professionals in vaste dienst, van verpleegkundigen (hoger opgeleid dan verzorgenden) tot artsen (specialisten ouderengeneeskunde). Binnen een verpleeghuis is dan ook sprake van veel medisch behandelbeleid. Daarmee is een verpleeghuis, in tegenstelling tot een verzorgingstehuis, dus een geschikte organisatie om dit onderzoek bij uit te voeren.

Organisatiestructuur Pieter van Foreest

Hier wordt aandacht besteed aan hoe de specifieke onderzoeksorganisatie is opgebouwd. Welke disciplines en functies zijn er en hoe is de taakverdeling geregeld? Aangezien het onderzoek zich volledig op één verpleeginstelling richt is het van groot belang om de specifieke kenmerken van deze instelling weer te geven. Hierdoor kan er bij eventueel vervolgonderzoek gekeken worden welke kenmerken ook van toepassing zijn op andere instellingen en welke tot Pieter van Foreest, of wellicht zelfs een individuele locatie, beperkt blijven.



©Pieter van Foreest januari 2013

Figuur 1

Pieter van Foreest is een grote instelling met een totaal van 25 locaties, 3400 medewerkers en daarnaast nog zo'n 2400 vrijwilligers (pietervanforeest,2013). In het bovenstaande organogram van de overkoepelende zorginstelling is te zien dat er sprake is van veel verschillende organisatielijnen. Dit onderzoek heeft zich echter voornamelijk gericht op het locatieniveau. Bestuur en directies van de overkoepelende instelling blijven grotendeels buiten beschouwing. Daarbij richt dit onderzoek zich voornamelijk op medisch beleid. Eén van de belangrijkste personen binnen de organisatie op dit vlak is de medisch eindverantwoordelijke, die ook deel uitmaakt van het overkoepelende managementteam, en zij heeft haar medewerking aan dit onderzoek verleend. Met betrekking tot medische kennis geeft zij aan dat de zorgdirecteuren geen medische achtergrond hebben, en dat dit 'oppassen geblazen' is waar het gaat om medisch beleid door simpelweg een gebrekkige medische kennis (interview 1). Dit lijkt dus door de organisatie te worden opgevangen door de functie 'medisch eindverantwoordelijke', waardoor een medisch specialist deel uitmaakt van het managementteam. Meer over het specifieke punt van medische kennis bij managers volgt in paragraaf 5.3.



Wat betreft de instellingsbrede organisatie, zoals die in figuur 1 wordt getoond, is er een belangrijke recente ontwikkeling bij Pieter van Foreest. Op 19 januari 2013 verscheen er een artikel in het Algemeen Dagblad waarin medewerkers van Pieter van Foreest anoniem kritiek uitten op “[..] de harde manier van leiding geven, het tekort aan personeel en de lage kwaliteit van zorg. De zorg die zij wilden leveren, was niet meer mogelijk” (Dorrestein, 2013). Op 31 januari werd door de Raad van Toezicht van Pieter van Foreest besloten afscheid te nemen van de toenmalige bestuursvoorzitter. Momenteel is er een interim bestuurder aangesteld.

In het organogram in figuur 1 komen de meeste respondenten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt niet terug. Dat komt doordat de onderste laag in dat organogram de locaties zijn. De locaties zelf zijn echter ook zeer complex met meerdere lagen en lijnen. Voordat we ingaan op het organogram van deze locaties eerst wat algemene informatie voor de beeldvorming. Locatie A is een grote locatie binnen Pieter van Foreest. Er zijn 322 plaatsen waarvan 102 voor kortdurende zorg en 220 voor langdurende. Uniek hier is dat er ook revalidatie dagbehandeling wordt geboden. Dit is de oorzaak van het grote aantal specialisten ouderengeneeskunde op deze locatie omdat dit intensieve behandeling vraagt en door de grote doorstroming van revalidatiecliënten er ook veel administratieve werkzaamheden bij komen kijken.

Locatie B heeft ongeveer 250 plaatsen waarvan 132 zorgplekken, vergelijkbaar met die bij locatie A. De overige plekken zijn voornamelijk aanleunwoningen waar thuiszorg wordt verleend.



Figuur 2

Figuur 2 geeft een versimpeld beeld van de organisatiestructuur binnen de locaties van Pieter van Foreest. In de praktijk is hetgeen het ingewikkeld maakt niet alleen de overkoepelende organisatie van Pieter van Foreest, die in het eerste organogram is terug te zien, maar ook de vele verschillende afdelingen binnen de locaties zelf. Deze afdelingen, met al hun verpleegkundig en verzorgend personeel hebben elk een eigen assistent teammanager voor de dagelijkse leiding. Een groep van gewoonlijk vier tot acht assistent teammanagers valt onder leiding van één teammanager die in de lijn direct onder de locatiemanager staat.



“Teammanagers zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken binnen de eigen locatie en rapporteren aan de zorgmanager [locatiemanager]” (Zorginstellingen Pieter van Foreest, 2013, p.16). Op locatie A zijn er vier teammanagers en zo'n 20 tot 25 assistent teammanagers (interview 5), op locatie B is er één teammanager met daaronder zeven assistent teammanagers (interview 10). Er is dus een behoorlijk verschil in grootte tussen de twee locaties. Dit heeft vooral te maken met het meer gevarieerde zorgaanbod van locatie A, wat voor veel verschillende afdelingen met bijbehorende (assistent-) teammanagers zorgt. Daarnaast zijn er nog de medisch en paramedisch specialisten (fysiotherapeuten, diëtisten, etc.). Zij vallen per locatie onder een teammanager, maar ook onder de overkoepelende verantwoordelijkheid van de medisch eindverantwoordelijke, die daarnaast zelf ook een specialist ouderengeneeskunde op locatie A is.

De locatiemanager is de eindverantwoordelijke voor het locatiebeleid. Een belangrijk onderdeel hiervan is het financieel beleid. Een kerntaak op dit vlak is de aanvraag van zogenoemde ZZP's, zorgzwaartepakketten. Dit zijn overheidssubsidies die worden toegekend per individuele cliënt. Er zijn verschillende niveau's ZZP's. Hoe ernstiger de gezondheidstoestand is van een cliënt hoe hoger niveau ZZP de locatiemanager voor deze cliënt kan aanvragen. Voor deze informatie is de locatiemanager dus ook sterk afhankelijk van zorgverleners die dagelijks met de cliënten in contact zijn.

De communicatie tussen alle verschillende organisatorische lagen en medische disciplines is uiteraard van vitaal belang voor het functioneren van de organisatie. De voornamelijk horizontale communicatie tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij het medische besluitvormingsproces rond een cliënt vindt voornamelijk plaats in het zogeheten 'multidisciplinair overleg', kortweg MDO. Dit zal met name aandacht krijgen in paragraaf 5.2. De verticale communicatie tussen de verschillende organisatielagen, met een belangrijke rol voor de verschillende managers, zoals te zien in de organogrammen, wordt vooral besproken in paragraaf 5.3.

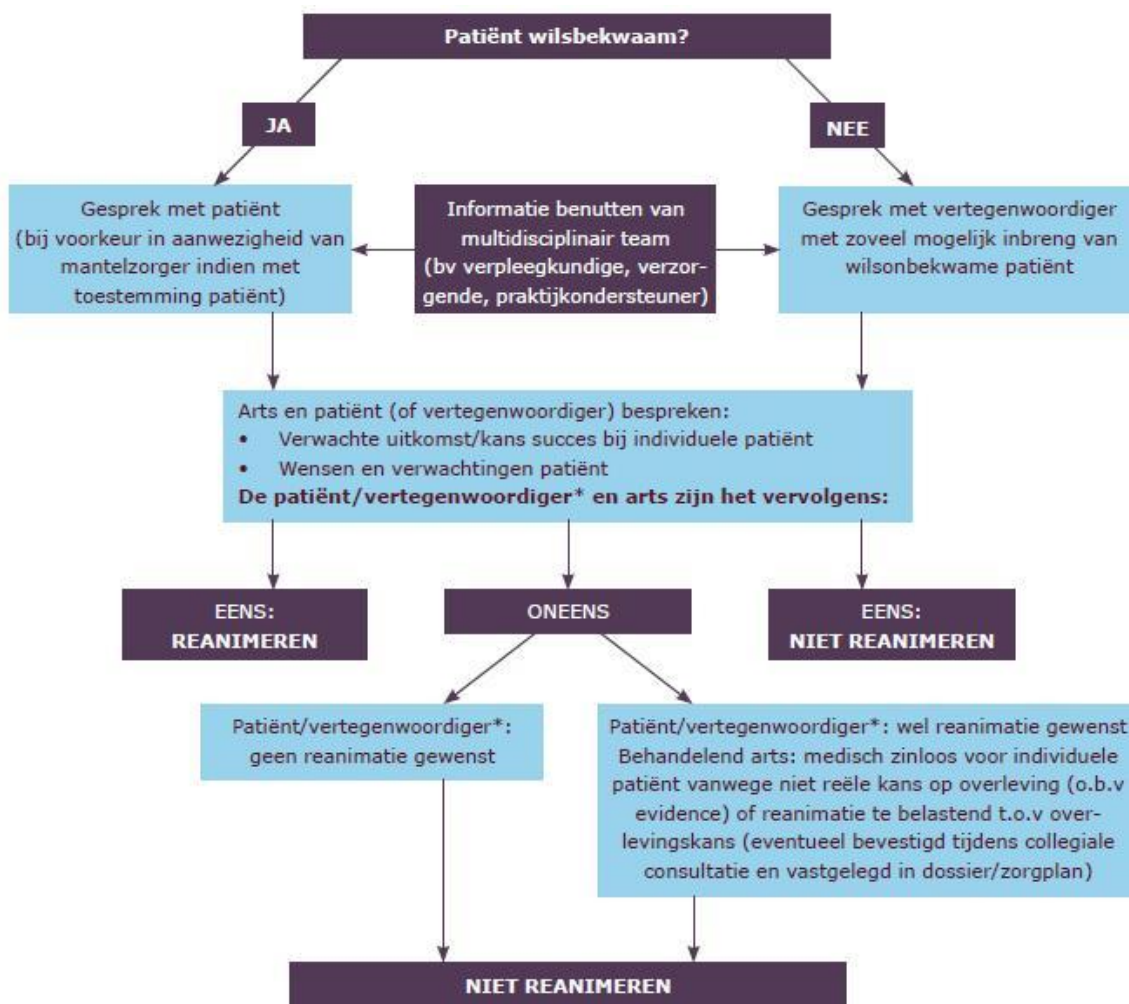
Reanimatierichtlijn Verenso

In april 2013 heeft Verenso (voorheen NVVA), de Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde, een nieuwe reanimatierichtlijn uitgebracht. Deze volgde de oude NVVA richtlijn op die stamde uit 2000. De richtlijn dient vooral als leidraad voor specialisten ouderengeneeskunde bij het bepalen van het te voeren reanimatiebeleid voor individuele cliënten. De oude richtlijn adviseerde een zogenoemd 'nee tenzij' beleid te hanteren. Dit houdt in dat cliënten in principe niet worden gereanimeerd, tenzij zij in samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde anders hebben beslist. Dit beleid werd door ten minste één instelling in Amersfoort ook daadwerkelijk gehanteerd. Hier is in 2008 maatschappelijke ophef over ontstaan, tot Kamervragen aan toe. Staatssecretaris Bussemaker heeft in reactie daarop gezegd dat er een eenduidige richtlijn zou moeten komen voor de gehele care-sector, maar dat dit wel de verantwoordelijkheid is van de medische beroepsgroep (Zorgwelzijn, 2008).

In april 2013 heeft Verenso de nieuwe richtlijn uitgebracht. Deze hanteert in tegenstelling tot zijn voorganger een 'ja tenzij' beleidsadvies. Oftewel, cliënten dienen standaard te worden gereanimeerd, tenzij in samenspraak tussen cliënt en specialist ouderengeneeskunde is besloten dit niet te doen. Dit is een opvallende verandering. De reanimatiecijfers ('evidence') die in de richtlijn worden besproken zijn namelijk allerm minst rooskleurig. Van de reanimatiepogingen bij 70-plussers is slechts acht procent succesvol en daarvan houdt de helft er ernstige neurologische schade aan over (Verenso, 2013, p.10). Bij slechts vier procent kan er dus gesproken worden van een onverdeeld succesvolle reanimatie.



Verenso onderkent dit in de richtlijn en gaat dan ook uitgebreid in op de gezamenlijke besluitvorming die op dit gebied toegepast moet worden tussen specialist ouderengeneeskunde en cliënt. Dit wordt schematisch weergegeven in figuur 3. In de richtlijn wordt geadviseerd de beschikbare evidence heel duidelijk met de cliënt te bespreken, indien nodig ook aan de hand van voorbeelden van personen bij wie reanimatie is uitgevoerd. Een specifiek voorbeeld wordt niet genoemd in de richtlijn, maar te denken valt aan situaties van mensen die een 'kasplantje' zijn geworden na de reanimatie zoals bijvoorbeeld prins Friso. De richtlijn is er duidelijk op gericht om gezamenlijk met de cliënt tot een besluit te komen, maar dan wel het liefst een besluit tot een niet-reanimatiebeleid. Indien men er gezamenlijk niet uitkomt leidt dit automatisch tot een niet-reanimatiebeleid, zoals in figuur 3 zichtbaar is. Dit is gebaseerd op de aanname dat een specialist ouderengeneeskunde enkel pertinent tegen reanimeren zal zijn als hij dit bij de betreffende cliënt medisch zinloos acht. Een besluit om wel te reanimeren kan dus alleen met instemming van de zorgverlener tot stand komen. Daarmee is er inhoudelijk uiteindelijk weinig verschil tussen de huidige 'ja tenzij' richtlijn en de oude 'nee tenzij' richtlijn, die immers ook de ruimte bood voor specialist ouderengeneeskunde en cliënt om gezamenlijk tot wel reanimeren te besluiten. *Figuur 3*



** De vertegenwoordiger kan toestemming geven voor een behandeling of deze weigeren. De zorgverlener gaat op dezelfde manier om met de beslissing van de vertegenwoordiger als die van de patiënt. Hij respecteert de beslissing tenzij het medisch zinloos is, schade toebrengt aan de gezondheidstoestand van de patiënt of deze strijdig is met de professionele standaard.*

Figuur 3



5. Onderzoeksresultaten

De resultaten die het praktijkonderzoek heeft opgeleverd, de uitkomsten van de interviews en documentanalyse, zijn ingedeeld onder enkele hoofdthema's die nauw aansluiten op de onderzoeksvragen. In dit hoofdstuk zullen de resultaten per thema behandeld worden.

- Paragraaf 5.1: Persoonlijke visie van respondenten op het werk.

Welke doelen streeft de respondent na in zijn of haar werk en binnen de organisatie en welke waarden liggen hieraan ten grondslag? Is er sprake van eigen autonome invulling van deze doelen of spelen andere partijen hierin ook een rol? Tenslotte wordt ingegaan op de obstakels die respondenten ervaren in het streven naar deze doelen.

- Paragraaf 5.2: (Gezamenlijke) medische besluitvorming.

Dit thema gaat in op de wijze waarop medische besluiten in de verpleeginstelling tot stand komen. Het thema omvat de twee te onderscheiden onderdelen van het medisch besluitvormingsproces binnen een verpleeginstelling. Enerzijds betreft dit het brede besluitvormingsproces met als kernpunt de multidisciplinaire communicatie tussen de verschillende betrokken zorgverleners.

Anderzijds gaat het om het uitgangspunt van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt. Welke inspraak heeft de cliënt en welke rol spelen zijn of haar wensen en waarden?

- Paragraaf 5.3: Invloed van managers.

De rol van de managers binnen de instelling en hun verhouding met, en invloed op, de zorgverleners komt onder dit thema aan de orde. Een belangrijk subthema is 'richtlijnen en protocollen'. Dit is een manier waarop er verticale sturing plaatsvindt binnen de organisatie. Vanuit management richting zorgverleners.

Bij het lezen van de resultaten is het van belang om goed het onderscheid te blijven zien tussen de drie betrokken groepen binnen de verpleeginstelling waar het gaat om het medisch besluitvormingsproces. Dit betreft de cliënten, de zorgverleners als professionals, en de managers. Alle drie de groepen spelen een belangrijke rol in het proces. Welke onderlinge contacten en invloeden tussen deze groepen bestaan en hoe die verlopen is de kern van dit onderzoek.

Naast de genoemde thema's is het resultatenhoofdstuk tenslotte op twee pijlers gebaseerd. Dit betreft twee onderwerpen die regelmatig terugkomen in het gehele hoofdstuk. De eerste pijler betreft communicatiecultuur. Wanneer het gaat om onderlinge invloeden tussen de drie groepen is de wijze waarop het contact tussen deze groepen plaatsvindt, en de inhoud van deze contacten, van groot belang. De tweede pijler betreft het gebruik van richtlijnen en protocollen, met name die betreffende reanimatiebeleid. Deze protocollen en richtlijnen vormen een belangrijk onderdeel van de dagelijkse praktijk in de verpleeginstelling en aan de hand hiervan wordt veel duidelijk over de verhouding tussen de drie groepen van betrokkenen. Het reanimatiebeleid, waar dus een protocol en richtlijn voor bestaan, wordt dan ook als terugkerend voorbeeld gebruikt in dit resultatenhoofdstuk.



5.1 Persoonlijke visie van respondenten op het werk

In deze paragraaf wordt besproken welke invulling de respondenten geven aan hun respectievelijke functies. Welke doelen streven zij na en welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag? Voor alle respondenten blijkt de cliënt een centrale rol te spelen in de doelen die zij in hun werk nastreven. Zij willen de cliënt een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven bieden. De meningen verschillen over hoe dit het beste bereikt kan worden. De grootste verschillen in denken zijn zichtbaar wanneer het gaat om het belang van enerzijds medische en anderzijds organisatorische zaken die kunnen bijdragen aan kwaliteit van leven. Tenslotte zal er ingegaan worden op enkele obstakels die respondenten ervaren in het streven naar hun gestelde doelen.

Kwaliteit van leven

Gevraagd naar de visie van de respondenten op wat volgens hen het hoofddoel, het hoofdstreven in hun werk is of zou moeten zijn, is er opvallende eensgezindheid zichtbaar. Een term die in de meeste gevallen terugkomt is 'kwaliteit'. Dit werd ook in het expertinterview bij Verenso reeds benoemd: *"ik denk dat artsen wel heel centraal hebben staan 'wat is kwaliteit van leven? Wat wil de patiënt daarin, en is dat ook nog mogelijk?"* (Interview 12). De expert betreft de wens van de cliënt dus direct bij het vraagstuk rond kwaliteit van leven. Dit geldt ook voor vrijwel alle overige respondenten. De wens van de cliënt is een centraal onderdeel van gezamenlijke medische besluitvorming en zal dan ook uitgebreid worden behandeld in paragraaf 5.3. De waarde die er door de respondenten aan wordt gehecht is echter dermate groot dat het ook in deze paragraaf een belangrijk onderwerp is. Zo reageert de assistent teammanager op de vraag wat hij als hoofddoel ziet van zijn werk als volgt. *"De kwaliteit van zorg behouden. En daarop de cliënt centraal stellen. [...] En de kwaliteit van zorg kan je dus splitsen in hoe je die qua organisatie geeft en hoe je die als verpleegkundige geeft"* (interview 5). Met deze laatste zin betreft de assistent teammanager dus de gehele organisatie in de definitie van kwalitatieve zorg. Dit wordt onderschreven door onder meer een specialist ouderengeneeskunde. Haar hoofddoel is *"Mensen een zo aangenaam mogelijke laatste levensfase bieden. En dat is dan zo breed als het maar kan"* (Interview 8). Hiermee verwijst zij, zo blijkt uit de context van het gesprek, ook naar de gehele organisatie. Het gegeven dat respondenten de organisatie, naast de individuele medewerkers, een belangrijke rol toedichten sluit prima aan op de instellingsdocumentatie van Pieter van Foreest. Men maakt gebruik van het nieuwe landelijke kwaliteitsdocument voor de zorg dat in 2012 is uitgebracht door verschillende partijen, waaronder Zorgverzekeraars Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. *"Hierin staat de cliënt nog nadrukkelijker centraal. Er wordt niet langer gesproken over verantwoorde zorg maar over 'door goede zorg de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren'"* (Zorginstellingen Pieter van Foreest, 2013, p.18).

De vraag die nu beantwoord dient te worden is wat er met het erg brede begrip 'kwaliteit van leven' wordt bedoeld door de instelling en door de respondenten. De Assistent Teammanager concretiseert de organisatorische doelen aan de hand van de zogenoemde 'vier domeinen': woonleefomstandigheden, participatie, lichamelijk- en geestelijk welbevinden (interview 5). Ook deze zijn terug te vinden in verschillende instellingsdocumentatie, zoals het jaarverslag en informatie op de website, en vormen de kern van het kwaliteitsbeleid binnen de instelling.



Recent is er dus sprake van een omslag van een focus op 'verantwoorde zorg' naar een focus op 'kwaliteit van leven van de cliënt'. Deze omslag valt, toevallig of niet, samen met de wisseling van bestuur bij Pieter van Foreest. De respondenten wisten weinig, of lieten weinig los, over deze bestuurswissel. Meer achtergrondinformatie hierover is reeds gegeven in het contextueel kader van dit onderzoeksrapport.

De beleidsmedewerker zegt hierover: *"Mijn gevoel is dat de focus voorheen wat minder op de zorg lag en meer op gebouwen, financiën. Maar dat is het verleden. De zorg is nu iets waar de focus op moet liggen"* (Interview 11). Aangezien het hier een gevoel van de respondent betreft is het niet de bedoeling er al te veel achter te zoeken. Er kan immers niet uitgesloten worden dat er hier sprake is van een sociaal wenselijk antwoord. Met dit in het achterhoofd zou er desondanks wel een mooi verband kunnen worden gelegd tussen de bestuurswissel en de genoemde focusomslag. Verantwoorde zorg kan gemakkelijk naar iets als risicomijding worden gestuurd. Op medisch vlak is dit vanzelfsprekend goed voor het welzijn van de cliënt, denk aan het vermijden van medische missers. Maar risicomijding kan ook in sterke mate worden betrokken op de zaken die de beleidsmedewerker noemt, zo veilig mogelijke gebouwen en zo verantwoord mogelijke financiën. Daarmee is uiteraard niet gezegd dat daar iets mis mee is, in tegendeel, maar het is wel duidelijk anders dan de huidige focus op de zorg met de cliënt centraal zoals uit de documentatie en interviews blijkt.

Een afweging die gemaakt moet worden omtrent het 'kwaliteit van leven' vraagstuk hangt samen met het gegeven dat het hier over de care-sector gaat. De fysiotherapeut beschrijft dit mooi door aan te geven dat er een groot verschil zit tussen het behandelen van mensen op de revalidatie-afdeling en mensen op de verpleegafdeling. Bij revalidatie heeft men in veel gevallen als doel om iemand weer beter te maken, cure dus. Bij de verpleegafdeling is er sprake van chronische ziekten in de laatste levensfase en is het doel derhalve niet om te genezen, maar om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te bereiken, oftewel; care.

Medische versus organisatorische doelen

Een belangrijke constatering is dat bij de interviews met de locatie- en teammanagers de medische kant van de zorg aan cliënten een aanzienlijk minder centrale rol had dan bij de zorgverleners. Dit viel bijvoorbeeld op wanneer de respondenten eigen voorbeelden aanhaalden of ingingen op hun visie op de verpleegzorg. Zo zegt een locatiemanager: *"Ik ben van mening, dat is ook een soort inzicht dat ik gaandeweg krijg, dat hier veel te veel gemedicaliseerd, gehospitaliseerd is. Ik vind dat, behalve bij de revalidatie, dat je hier komt om te wonen en je kunt best nog wel wat dingen zelf"* (Interview 6). Dit hangt dan ook nauw samen met een constatering naar aanleiding van de verschillende interviews. Namelijk de term die de respondenten gebruiken voor de cliënten. Er zijn drie verschillende termen naar voren gekomen in de interviews met de respondenten. Patiënt, cliënt en bewoner. De term cliënt is ruimschoots de meest gebruikte onder de respondenten. Enkel twee specialisten ouderengeneeskunde van locatie A hebben het over patiënten en twee managers van locatie B hebben het over bewoners. Dit zou geïnterpreteerd kunnen worden als een teken van een strikte rolverdeling tussen de disciplines die weinig invloed op elkaar uitoefenen.



Artsen zien cliënten voornamelijk als patiënt, managers zien cliënten vooral als bewoner, cliënt is de tussenweg voor een verpleegkundige die met beide delen te maken heeft, en de tussenweg die in dit rapport gebruikt is. Bovendien kan het ook in veel gevallen om familieleden gaan met wie het eerste contact plaatsvindt, en dat zijn dan geen patiënten, noch bewoners, maar kunnen wel onder de term cliënten gevat worden.

Voorgaande sluit opvallend goed aan op de verschillende visies op het werk. Zoals gezegd kwam uit de interviews naar voren dat managers de medische kant van de zorg niet centraal plaatsen waar het gaat om kwaliteit van leven voor de cliënt. Denk hierbij aan een opmerking zoals van de teammanager, die zegt over haar hoofddoel in haar werk: *"Ik probeer voor elkaar te krijgen dat de mensen die hier wonen hier prettig wonen en zich thuis voelen"* (Interview 10). Iets wat wordt onderschreven door haar locatiemanager: *"Ik wil zorgen dat bewoners hier gelukkig wonen. Als zij een glimlach op hun gezicht hebben vind ik het prima"* (Interview 9).

De specialisten ouderengeneeskunde plaatsen de medische kant van de zorg in het verpleeghuis duidelijk wel centraal, wat ook blijkt uit het gebruik van de term 'patiënt' door twee van deze respondenten. Dit is ook begrijpelijk aangezien zij nu eenmaal een functie hebben die vrijwel geheel om de fysieke gezondheidstoestand van de cliënt draait. Eerder werd verwezen naar de beleidsmedewerker die aangaf dat voorafgaand aan de bestuurswissel de klemtoon binnen de organisatie wellicht wat teveel op gebouwen en financiën lag in plaats van op de zorg. Eén van de specialisten ouderengeneeskunde zegt min of meer hetzelfde met één tekenend verschil. Zij heeft het niet over de 'zorg' maar over de 'medische zorg', die meer aandacht zou moeten krijgen boven eerder genoemde zaken (Interview 8). Tegelijkertijd geven de specialisten ouderengeneeskunde echter wel aan dat ze ook een recente omslag in het denken over de medische zorg constateren. Iets wat sowieso al door de overige respondenten wordt gezegd. De medisch eindverantwoordelijke zegt het als volgt: *"Er begint wel een beetje een switch te komen, dat er steeds minder naar operaties wordt gegrepen"* (Interview 1). De respondenten geven stuk voor stuk aan dat zijzelf van mening zijn dat oud worden bij cliënten van verpleeghuizen dermate veel problemen heeft opgeleverd dat er de nodige vraagtekens geplaatst kunnen worden bij de kwaliteit van leven. *"Hoe langer ik hier werk hoe meer ik ervan overtuigd ben dat oud worden helemaal niet zo leuk is. Dus dan is kwaliteit veel belangrijker. Als mensen een kort maar heel fijn leven hebben is dat denk ik te verkiezen boven een lang maar zwaar leven. Dus dan ben ik geneigd om levensrekkende dingen gauw te laten zitten"* (interview 4). Vandaar dat de meeste respondenten vooral belang hechten aan de bredere zorg; de woonomgeving, de omgang met de cliënten en zorgen dat ze het leuk hebben, in plaats van aan de medische zorg. Zoals de medisch eindverantwoordelijke al zegt, er wordt minder naar operaties gegrepen. In andere woorden, er wordt in de verpleegsector nog meer de nadruk gelegd op care en minder op cure. Eén specialist ouderengeneeskunde maakt hierbij de stap naar het kostenaspect binnen de gezondheidszorg in Nederland. Ze meent dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg altijd zoekt naar kostenbesparingen. *"Ik denk dat je binnen de care-sector meer kunt besparen door minder ziekenhuisbezoeken voor onze cliënten en minder onderzoeken en behandelingen daar, dan door minder personeel op de afdelingen hier"* (Interview 8).



Obstakels

Dit kostenaspect is iets wat in één of andere vorm regelmatig terugkomt in de gesprekken met de respondenten. Het is een belangrijk thema dat wordt benoemd wanneer het gaat om de obstakels die ze ervaren in hun werk, met name waar het gaat om hun streven naar het bieden van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de cliënten. Het punt van financiën komt bij de verschillende respondenten op twee manieren naar voren. De hogere managers noemen het beestje direct bij de naam. Zo zegt een locatiemanager: *“Financiën, daar begin je altijd mee. Dat is echt het grootste obstakel. Dat je te weinig medewerkers kunt inzetten, te weinig budget hebt om goede zorg te verlenen”* (Interview 9). En precies het punt van te weinig medewerkers in kunnen zetten leidt naar het obstakel dat door de respondenten van lager in de organisatie wordt benoemd: drukte en bijbehorend tijdgebrek. Zo is de verpleegkundige van mening dat er vanuit financiële motieven steeds minder medewerkers worden ingezet op de afdelingen. *“Vroeger startten we altijd met z'n zessen. Nu met z'n tweeën, maximaal met z'n drieën. En ik wil echt niet zeggen dat die zes mensen per se nodig waren. Maar het werk was wel veel leuker, en dat voelen cliënten ook. Je krijgt het simpelweg drukker, je hebt bijna geen tijd meer om bijvoorbeeld een gesprek met iemand te voeren. Je gaat snel door, hup, de volgende”* (Interview 4).

De werkdruk en gebrek aan tijd om te besteden aan cliënten wordt ook door de specialisten ouderengeneeskunde en de assistent teammanager benoemd. Zij vinden echter dat in hun geval niet een te lage bezetting hier de oorzaak van is. Zij wijzen naar de vele administratieve taken die moeten worden uitgevoerd. *“Ik ben niet opgeleid om administratief werk te doen. Ik ben er van overtuigd dat een secretaresse dat bijvoorbeeld veel beter en sneller kan. Waardoor ik veel meer tijd heb voor andere dingen en de directe zorg aan de cliënten”* (Interview 5).

Een laatste punt met betrekking tot de financiën dat door verscheidene respondenten wordt aangedragen betreft de kwaliteit van de medewerkers. De beleidsmedewerker bestempelt dit als kernprobleem van de sector. Ze is van mening dat het niveau van de medewerkers niet mee is gestegen met de toegenomen complexiteit van de zorg. De teammanager gaat nog een stapje verder door te stellen dat het niveau zelfs is gedaald. *“Door bezuinigingen worden er steeds meer verzorgenden aangenomen in plaats van verpleegkundigen. Dat zijn mensen met een niveau drie opleiding in plaats van niveau vier. De theoretische en organisatorische kennis van een verzorgende is gewoon lager, waardoor de kwaliteit van de zorg zakt”* (Interview 10).

Tenslotte is er nog een punt dat door enkele respondenten wordt bestempeld als obstakel in hun streven naar het leveren van goede zorg. Dit punt betreft de cliënten zelf en dan met name wanneer het gaat om naasten van cliënten met dementie. De teammanager geeft een sprekend voorbeeld van regelrechte botsingen met naasten die het niet eens zijn met de zorg die aan bijvoorbeeld hun demente vader wordt gegeven. *“Wij willen dat de bewoners zoveel mogelijk zelf doen. Maar dan wil de familie dat voor vader gewoon zijn brood wordt gesmeerd. En als ze weggaan na een bezoek roepen ze keihard door de zaal ‘Daaaag!’ Maar als je dat doet in een zaal vol dementerenden, dan denken die allemaal dat zij zelf wegmoeten. Dat veroorzaakt nogal wat onrust. Maar je krijgt het die familieleden niet aan het verstand. En dat heeft met niveau te maken, hoe ze zijn opgevoed, met waarden en normen”* (Interview 10).

Deze problemen in omgang tussen cliënt/naasten en de zorgverleners vormen een mooie brug naar de volgende paragraaf waarin ‘gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt’ centraal staat, zei het meer gericht op de medische kant.



5.2 (Gezamenlijke) medische besluitvorming

Na bovenstaande paragraaf waarin aandacht is besteed aan de persoonlijke visies op, en doelen van, het werk binnen de verpleeginstelling bevatten de komende twee paragrafen een analyse van de inhoudelijke werkzaamheden. Het draait hier om medische beslissingen omtrent cliënten. Wanneer het gaat over het nemen van besluiten die direct een cliënt aangaan kan het vele onderwerpen betreffen. Zoals in de vorige paragraaf is gebleken hebben managers vooral veel aandacht voor organisatorische zaken die de woonomstandigheden van cliënten betreffen. Voor dit rapport is echter gekozen voor een focus op de medische besluitvorming.

Het is van belang goed onderscheid te maken tussen twee vormen van medische besluitvorming. Ten eerste het proces van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt. Daarnaast het proces van horizontale contacten tussen verschillende zorgverleners (arts, verpleegkundige, fysiotherapeut, psycholoog, etc.) waar ook geregeld sprake is van een besluitvormingsproces, maar wat dus niet onder de term gezamenlijke besluitvorming valt.

Allereerst zal in deze paragraaf ingegaan worden op het horizontale proces tussen zorgverleners onderling waar het gaat om het nemen van medische beslissingen. Belangrijk hierbij is het multidisciplinair overleg (MDO).

Vervolgens komt de toepassing van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt aan de orde. Het belangrijkste moment dat respondenten hierbij benoemen is het intakegesprek op de dag van opname. Dit gesprek wordt door de specialisten ouderengeneeskunde als een essentieel onderdeel gezien van gezamenlijke besluitvorming met de cliënt. Een interessante discussie die momenteel speelt wordt in deze paragraaf ook behandeld. Vanuit de bestuurslaag van Pieter van Foreest, en ook vanuit Verenso, bestaat het idee om externe huisartsen delen van dit intakegesprek reeds voor de opname te laten doen. De specialisten ouderengeneeskunde, in hun rol als medisch professional, zijn het hier niet mee eens. Dit is een mooi voorbeeld van verschillen van mening tussen bestuur/management en professionals en wordt derhalve hier besproken. Bij het verticale contact tussen zorgverleners en managers zal in paragraaf 5.3 uitgebreid stil worden gestaan.

Deze paragraaf wordt afgesloten met een beschrijving van de toepassing van gezamenlijke besluitvorming in de praktijk aan de hand van het voorbeeld van reanimatiebeleid. Hieruit zal blijken dat er de nodige vraagtekens geplaatst kunnen worden bij de evenwichtige verhouding tussen zorgverlener en cliënt. De zorgverleners houden er namelijk vrij sterke meningen op na waar het gaat om kwaliteit van leven na reanimatie en schromen niet de cliënten van hun mening te overtuigen. Een belangrijke opmerking hierbij is dat dit een neutrale constatering is, voortkomend uit de onderzoeksresultaten, en er in dit hoofdstuk geen normatief oordeel over geveld zal worden. In de conclusie van het onderzoek zal er in voorzichtigte bewoordingen wel een meer normatieve analyse van de situatie gegeven worden.



Horizontale contacten tussen zorgverleners.

In de verpleegzorg is het vrijwel altijd zo dat een cliënt met veel verschillende zorgverleners in contact is en door hen behandeld wordt. Allen hebben zij verschillende specialisaties maar ze zijn wel met dezelfde cliënten bezig. Het hieruit voortkomende belang van samenwerking tussen deze verschillende zorgverleners wordt sterk benadrukt door de expert van Verenso. *“Het is het meest bepalende eigenlijk. Als je een huis laat verbouwen heb je ook eerst een gesprek met de aannemer over wat je wilt. Maar in de gezondheidszorg gebeurt dit eigenlijk niet. Alles is helemaal uitgesplitst. Maar het heeft weinig samenhang meer met de doelen van iemand. En kwetsbare ouderen hebben vaak multimorbiditeit [twee of meer aandoeningen]. Dan is het dus niet meer zinnig om een gesprek te hebben over slechts 1 van die aandoeningen. Er lopen als het ware allemaal mensen door je huis, zijn tegelijkertijd bezig, maar overleggen niet met elkaar. De een boort in de muur waar de ander net een leiding heeft aangelegd”* (interview 12).

Dit citaat van de expert bevat twee belangrijke punten. Allereerst geeft ze aan dat er sprake is van gebrekkige samenwerking tussen zorgverleners, men werkt langs elkaar heen. Het tweede punt dat ze noemt is dat er te weinig aandacht is voor de wensen en doelen van de cliënt. Ze benoemt dus beide onderwerpen die in deze paragraaf behandeld worden, besluitvorming tussen zorgverleners en *gezamenlijke besluitvorming* (tussen zorgverlener en cliënt).

Uit het onderzoek ‘Samenwerking Zorgverleners’ (Lekkerkerk, 2012) blijkt dat er inderdaad het één en ander schort aan de samenwerking in de zorgverlening. *“Ongeveer 40% van de mensen met een chronische aandoening heeft wel eens de indruk dat de medische gegevens niet goed worden uitgewisseld. Bij mensen met twee of meer aandoeningen is dit meer dan de helft”* (p.13). Dit onderzoek heeft zich echter voornamelijk gericht op ziekenhuizen, de cure-sector dus. Uit het onderzoek bij Pieter van Foreest blijkt dat er in ieder geval bij deze care-instelling standaard gebruik wordt gemaakt van multidisciplinair overleg. Deze MDO's vinden wekelijks plaats en hier zijn alle verschillende zorgverleners bij aanwezig, of een vertegenwoordiger wanneer het de verpleegkundigen betreft die vanwege hun grote aantal uiteraard niet allemaal bij het MDO aanwezig kunnen zijn. Er vindt hier veel onderling contact tussen de verschillende zorgverleners plaats. De assistent teammanager omschrijft het als volgt: *“je bent samen een team en je maakt samen het plaatje compleet. Wij doen onze observatie vanuit onze verpleegkundig en verzorgende kant, de arts doet het vanuit zijn kant, de fysio vanuit zijn kant”* (interview 5). Een MDO lijkt dan ook een duidelijke aanwijzing voor een open en supportieve communicatiecultuur, waarbij het in gelijkwaardigheid komen tot coöperatieve oplossingen centraal staat (Stoter, 2007, p.74). De fysiotherapeut geeft een sprekend voorbeeld van een praktijksituatie. Ze vertelt over een cliënt met multimorbiditeit. De betreffende vrouw heeft een, zoveelste, operatie achter de rug. De operatie is geslaagd en het is de bedoeling dat de cliënt hiervan gaat revalideren. Zij heeft er echter geen behoefte meer aan. *“Ze heeft besloten ‘laat mij maar in bed liggen’. Maar wij hebben de opdracht; ze moet uit bed en oefeningen doen. We willen haar weer terug naar huis. Zij denkt daar toch anders over en dan is het de vraag in hoeverre je daarin meegaat. Zo’n dame wordt besproken op een MDO en daarin wordt van elke discipline weergegeven wat er met deze dame aan de hand is, wat de mogelijkheden zijn en waar je tegenaan loopt. Dan wordt er een algemeen besluit genomen door de arts. Die is eindverantwoordelijke”* (interview 7). Toch sluit de fysiotherapeut dit voorbeeld af met de opmerking dat het zwaartepunt niet bij het MDO, en dus de zorgverleners, ligt maar bij de cliënt zelf. *“Haar eigen wens weegt altijd het zwaarst. Zij heeft regie over haar eigen leven. Ik kan alleen maar adviseren.”*



Intakegesprek

Tijdens een MDO worden een aantal, over het algemeen drie tot vijf, cliënten per keer besproken. Centraal hierin staat nog een zeer belangrijk punt wanneer het gaat om multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners, namelijk het 'zorg-leefplan'. Bij Pieter van Foreest wordt dit per cliënt opgesteld, grotendeels in het intakegesprek dat op de dag van opname plaatsvindt en dan jaarlijks in beperkte vorm wordt herhaald (interview 1). De expert bracht het intakegesprek tijdens het interview met haar ook reeds naar voren. *"Wat tot nu toe gebeurde is dat het opnamegesprek gevoerd werd door een niet-arts. Die vroeg bijvoorbeeld 'wilt u wel of niet gereanimeerd worden'? Wij [Verenso] zeggen, dat moet je nu net niet doen. Dit is een medisch besluit, er moet tijd genomen worden voor zo'n gesprek, het is ook confronterend, met het levenseinde. Daar komen gevoelens en emoties bij. Dus laat ze zo snel mogelijk een gesprek hebben met een echte arts over de hele zorg. En haal dan ook de evidence erbij. Want de opvatting van het algemeen publiek over de kans op overleving is veel te hoog."*

Wat de expert hier zegt sluit prima aan bij het principe van gezamenlijke besluitvorming. Bij gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt spelen enerzijds de professionele expertise van de zorgverlener en anderzijds de wensen en waarden van de cliënt een kernrol. Hiertoe dient er wederzijdse informatie-uitwisseling plaats te vinden. Op basis daarvan moeten er dan wederzijds gedragen besluiten worden genomen die volgens beide partijen het meest in het belang van de cliënt zijn (Elwyn, 2012). Deze ideaalvisie wordt dus gedeeld door zowel Elwyn als Verenso. De vraag is nu of het in de praktijk ook zo werkt. De medisch eindverantwoordelijke van Pieter van Foreest zegt hier het volgende over: *"Bij opname doorloop je als arts de hele ziektegeschiedenis, het huidige functioneren. Multi-interpretabel, multifunctioneel, multidisciplinair, op alle domeinen. En daarbij hoort ook de perspectieven voor de toekomst. Wat wilt u dat er gebeurt als u een longontsteking heeft, en wat als uw hart stilstaat? Dat gaat specifiek genoemd worden"* (interview 1). Op basis hiervan wordt het zorg-leefplan opgesteld met daarin alle informatie over de cliënt zijn situatie, wensen en waarden en over de wederzijds genomen beslissingen omtrent het te voeren medisch beleid.

Hoewel de beleidsmedewerker van Pieter van Foreest aangeeft dat er voorheen wel door verzorgenden naar dingen als reanimatiewensen werd gevraagd worden de intakegesprekken, inclusief al dit soort thema's, tegenwoordig altijd door een arts, een specialist ouderengeneeskunde, gedaan. Omdat men van mening is dat zij alleen voldoende gekwalificeerd zijn om hier op juiste wijze gezamenlijke besluitvorming toe te passen, dus wederzijds informeren. Dit voldoet dus reeds aan de visie van de expert. Bovendien komt gezamenlijke besluitvorming in bovenstaand citaat duidelijk naar voren in deze intakegesprekken. Gevraagd naar eigen voorbeelden van genomen medische beslissingen in samenspraak met de cliënt wordt ook vaak door de verschillende respondenten naar dit intakegesprek verwezen. Dit is duidelijk het moment waarop de belangrijkste afspraken worden vastgelegd. *"Daarom is het intakegesprek, ook wel medisch beleidsbeslissing gesprek genoemd, heel erg belangrijk. Omdat je daarmee vastlegt wat iemand nog van waarde vindt"* (Interview 1).



Opvallend is dat de expert nog een ander doel van Verenso noemt omtrent het intakegesprek. *“Waar wij voor pleiten is dat voorafgaand aan opname in een verpleeghuis de huisarts al een gesprek heeft gehad met de patiënt over zijn wensen en doelen”* (interview 12). Belangrijk om te weten is dat de beleidsmedewerker van Pieter van Foreest dit doel van Verenso onderschrijft. Dit is een interessant vraagstuk voor dit onderzoek aangezien het hier een beleidsbeslissing zou betreffen met aanzienlijke gevolgen voor de inhoudelijke werkzaamheden van de specialisten ouderengeneeskunde. Zij hechten immers erg veel waarde aan het intakegesprek als onderdeel van hun professionele functie en zien het als een voorwaarde om cliënten van goede zorg te kunnen voorzien. Eén van de argumenten van de expert voor het doel om huisartsen een deel van het intakegesprek te laten overnemen, is dat de opname in een verpleeghuis voor een cliënt al behoorlijk stressvol is. Zo'n zwaar medisch intakegesprek komt daar dan nog bovenop. Een niet door de expert genoemde reden om de huisarts al delen van het intakegesprek te laten doen, bijvoorbeeld wat betreft het te voeren reanimatiebeleid, houdt verband met de uitkomsten van het onderzoek 'samenwerking zorgverleners'.

Het probleem van gebrekkige gegevensuitwisseling tussen zorgverleners over mensen met chronische multimorbiditeit zou wellicht ook deels bestreden kunnen worden met de nieuwe rol voor de huisarts. In de verpleeghuizen van Pieter van Foreest wordt gebruik gemaakt van de zorg-leefplannen bij elke cliënt. En deze zorg-leefplannen dienen als basis voor de wekelijkse MDO's. Buiten verpleeghuizen, bijvoorbeeld in de cure-sector, zou een dergelijk, door een huisarts opgesteld, zorg-leefplan ook zeer nuttig kunnen zijn. Mits deze toegankelijk is voor alle betrokken zorgverleners. Een probleem dat de expert aan dit plan ziet is de tijd die erin zal gaan zitten voor de huisarts: *“Hier zou 15 tot 20 minuten voor uitgetrokken moeten worden. Voor de huisarts is dat al lang”* (interview 12). Toch valt deze verwachte tijdsbesteding mee in vergelijking met de tijd die door de specialisten ouderengeneeskunde voor de intakegesprekken wordt uitgetrokken: anderhalf uur. Twee van de specialisten ouderengeneeskunde geven expliciet aan dat deze tijd echt nodig is. Ze ontvangen vooraf wel een medisch dossier, maar dat is voor hen niet voldoende. Het hoofddoel voor hen is om de cliënt zelf te leren kennen. Dit is ook gelijk een belangrijk kritiekpunt dat één van heeft op het idee om huisartsen voortaan verantwoordelijk te maken voor het zorg-leefplan, waarmee een belangrijk deel van het intakegesprek binnen de verpleeginstelling niet meer nodig zou zijn. *“Het is een onmisbaar onderdeel van een band opbouwen, iemand leren kennen. Je begeleidt iemand wel in zijn laatste levensfase”* (interview 3). Het belang van een cliënt leren kennen wordt door vrijwel alle respondenten onderschreven, dus het verplaatsen van, delen van, het intakegesprek van specialist ouderengeneeskunde naar huisarts geniet zeker niet hun voorkeur. Deze specialist ouderengeneeskunde geeft nog wel aan dat het opstellen van een zorg-leefplan door huisartsen wel heel waardevol is in haar ogen, maar dat moet losstaan van een eventuele opname in een verpleeghuis. Inderdaad dus meer als oplossing voor de gebrekkige gegevensuitwisseling waar in het rapport 'samenwerking zorgverleners' melding van werd gemaakt. Wanneer de mening van de specialisten ouderengeneeskunde aan haar wordt voorgelegd reageert de beleidsmedewerker van Pieter van Foreest als volgt: *“Ik vind dat bijzonder. Je gaat toch uit van de professionaliteit van je collega's? Daar moet je ook vanuit gaan, ook bij huisartsen als die deze taak op zich zouden nemen. Het draait om vertrouwen”* (interview 11).



Daarentegen geeft de geïnterviewde verpleegkundige, zoals de meeste zorgverleners die direct betrokken zijn bij de cliënten, echter ook aan hoe belangrijk het persoonlijk kennen van een cliënt is bij het nemen van medische beslissingen. *“Er is een belangrijk gevoelsstuk. Je hebt natuurlijk je medische expertise, de kennis die je geleerd hebt. Maar daarnaast moet je het ook gewoon kunnen zien. Je kent iemand, je weet of iets nog net binnen normaal valt of niet, dat is je gevoel”* (interview 4). Dit gevoelsstuk zou dus volgens verschillende respondenten lijden onder minder persoonlijk contact met de cliënt.

Overige inspraak van cliënt

De intakegesprekken worden dus jaarlijks herhaald. Dit is zeker in een verpleeghuis van groot belang. Het betreft daar immers zeer kwetsbare en vaak zwakke ouderen bij wie de gezondheidstoestand in een jaar tijd enorm kan veranderen. Vaak in negatieve zin, maar de verpleegkundige geeft aan dat het ook voorkomt dat iemand voldoende opknapt om, in onderling overleg (vaak dus met naasten), te besluiten dat zo iemand weer thuis kan gaan wonen. In beide gevallen van verandering, positief of negatief, is het van groot belang dat het zorg-leefplan wordt bijgesteld. Deze fysieke veranderingen kunnen immers voor een totaal ander beeld zorgen dan toen het zorg-leefplan werd opgesteld. Daarbij kan iemand ook helemaal los van fysieke omstandigheden van mening of wens veranderen. Zoals één van de specialisten ouderengeneeskunde het omschrijft: *“Kijk, als ze ooit hebben gezegd ‘ik wil dit niet meer. Niet meer doorbehandeld worden voor longontsteking, niet meer naar het ziekenhuis, niet meer gereanimeerd worden’, en dat is in het zorg-leefplan opgenomen. Dan kan je denken dat die gewoon niets meer wil, dat je daar dus niet meer naar hoeft te vragen. Maar het kan ook bijgesteld zijn. Dat iemand destijds een beetje down was, depressief. Dus daar moet je een beetje mee opletten”* (interview 1). Hier speelt het MDO, multidisciplinair overleg, ook een belangrijke rol in. Dit is als het ware de wijze waarop constant de situatie van iedere cliënt en mogelijke veranderingen daarin in de gaten worden gehouden.

In de vorm van regelmatige familiegesprekken wordt er officieel ruimte gemaakt voor inspraak van cliënten en naasten omtrent de geleverde zorg. Op het moment dat een specifieke cliënt besproken gaat worden in een MDO wordt er van tevoren een familiegesprek ingepland. *“Voor het multidisciplinair overleg hebben de mensen altijd een gesprek met de familieleden. ‘Hoe vindt u dat het gaat? Bent u tevreden over de zorg. Hebt u een gesprek nodig met een therapeut, met de arts?’ Dan kan ook gevraagd worden of men het nog met het beleid eens is”* (interview 1).

Overigens zijn er daarnaast ook nog huiskamergesprekken op de afdelingen. Deze worden door een teammanager gevoerd en gaan vooral over niet-medische zaken zoals beleid en procedures waarover cliënten en naasten dan hun mening kunnen geven (interview 10). Deze ruime mate van inspraak in het medisch en niet-medisch beleid, zowel tussen zorgverleners onderling, als tussen zorgverleners en cliënten als tussen managers en cliënten, lijkt een open communicatiecultuur tussen deze groepen weer te geven. Of dit ook het geval is in de communicatie tussen managers en zorgverleners is een vraag die behandeld zal worden in paragraaf 5.3.



Reanimatiebeleid

Wat betreft de gesprekken op medisch vlak is het uiteraard interessant om te zien hoe dit precies in z'n werk gaat bij een besluit over een specifieke behandeling. Op de vraag wat voor lastige medische beslissingen er het meest genomen dienen te worden antwoorden de specialisten ouderengeneeskunde allemaal dat het dan gaat om het wel of niet uitvoeren van een behandeling of ingreep. Dan kan het bijvoorbeeld gaan om medicatie, antibiotica wordt genoemd, of wel of niet nog naar het ziekenhuis gaan. Maar juist omdat dit zulke lastige beslissingen zijn wordt er binnen de verpleeginstelling veel belang gehecht aan het van tevoren vastleggen van deze zaken, in het intakegesprek dus. Het voorbeeld dat hiervoor is gebruikt in het onderzoek is het te voeren reanimatiebeleid bij elke individuele cliënt. Zoals in het contextueel kader is besproken is reanimatie een zware ingreep. Bij geslaagde reanimatie is er bovendien, zeker bij kwetsbare ouderen, in verreweg de meeste gevallen sprake van neurologische schade. Slechts vier procent van de 70-plussers bij wie een reanimatiepoging is gedaan overleeft zonder er ernstige neurologische schade aan over te houden (Verenso, 2013, p.10). Bij de kwetsbare cliënten van verpleeghuizen zal dit nog minder zijn. De expert gaf reeds aan dat het algemeen publiek een te positief beeld over reanimatie heeft. Zij vindt het de taak van artsen om hier 'evidence based' informatie over te geven, precies wat hun taak ook volgens het principe van gezamenlijke besluitvorming zou moeten zijn. Het te voeren reanimatiebeleid is dus inderdaad één van de onderdelen van het intakegesprek bij Pieter van Foreest. Het bespreken van dit punt wordt door de specialisten ouderengeneeskunde gedaan, aangezien zij het intakegesprek voeren. Uit de interviews blijkt dat zij het ieder op een persoonlijke manier invullen maar op het eerste gezicht wel allemaal het principe van gezamenlijke besluitvorming toe lijken te passen. Zij proberen de wensen en waarden van de cliënt helder te krijgen en geven zelf de cliënt de beschikbare informatie over reanimatie.

De respondenten zijn stuk voor stuk redelijk tot goed op de hoogte van de cijfers over reanimatie bij kwetsbare ouderen zoals die onder andere in de Reanimatierichtlijn van Verenso worden genoemd. De specialisten ouderengeneeskunde schetsen dan ook geen mooier beeld dan de werkelijkheid aan cliënten. Toch is er sprake van een bijzondere situatie binnen het verpleeghuis als het gaat om gezamenlijke besluitvorming omtrent reanimatiebeleid. Alle respondenten zijn er min of meer van overtuigd dat reanimatie bij cliënten van verpleeghuizen eigenlijk zelden nog zinvol, of zelfs gewenst, is. *"De kans op schade is zo groot, dat moet je niet willen. Dan zal ik een dringender advies uitbrengen"* (interview 1). Ze geven aan dat ze dit heel helder communiceren aan cliënten en dat die in de meeste gevallen akkoord gaan met een niet-reanimatiebeleid. Er lijkt hier sprake van een situatie waarin meer gewicht wordt toegekend aan de medische expertise van de zorgverlener dan aan de persoonlijke wensen en waarden van de cliënt. Toch doet dit niet per definitie geweld aan het principe van gezamenlijke besluitvorming. De bedoeling daarvan is immers om tot *'informed preferences'* te komen. Het is de taak van de zorgverlener, de professional, om de cliënt van alle informatie te voorzien waarmee die zich een realistisch beeld kan vormen van de gevolgen van een reanimatie. Als de cliënt zijn wensen naar aanleiding hiervan aanpast is er sprake van een gezamenlijk genomen besluit. Pas als dit niet gebeurt ontstaat er een problematische situatie waarin professionele expertise en persoonlijke wensen en waarden met elkaar botsen. Hierover straks meer. Wel is het zo dat de cliënt door informatieasymmetrie in een afhankelijke positie verkeerd en de zorgverlener de mogelijkheid heeft sturende, selecte en overtuigende informatie te geven.



Interessant is dat de respondenten een recente ontwikkeling constateren waarin steeds meer cliënten al uit zichzelf aangeven niet gereanimeerd te willen worden of andere grote behandelingen te krijgen. Een ontwikkeling die de respondenten toeschrijven aan de toegenomen maatschappelijke aandacht rondom 'doorbehandelen'. Anderzijds blijft het vaak voorkomen dat cliënten in eerste instantie wel gereanimeerd willen worden. *"Ja, dat komt heel veel voor. Mensen hebben vaak geen goed beeld en kennen de cijfers niet. Uiteindelijk zie je dat mensen, nadat ik ze het heb uitgelegd, makkelijk kunnen omslaan. Bijvoorbeeld aan de hand van het voorbeeld van prins Friso"* (Interview 2). Het aanhalen van prins Friso, als voorbeeld van iemand die is gereanimeerd en er zeer slecht uit is gekomen (en anderhalf jaar later alsnog is overleden), is sprekend en vrij heftig. Het is één van de dingen die aantoont dat de respondenten behoorlijk stevig staan in het liever niet willen reanimeren. De term 'overrulen' valt zelfs. Eén specialist ouderengeneeskunde zegt: *"Als ik het medisch echt niet zinvol acht en het juist schade berokkent dan zou je dat kunnen overrulen. Maar ik probeer het wel altijd in overleg te bereiken"* (interview 3). En een ander: *"Tuurlijk, als ik denk dat het medisch niet verantwoord of zinloos is, dan overrule ik dat. Ten eerste moet iemand dan een hartstilstand krijgen, dat het daadwerkelijk plaatsvindt. Dan zijn er meerdere opties: of je start en stopt heel snel. Een optie is ook om op dat moment te zeggen dit is nu niet verantwoord of zinvol. Dat je het op dat moment overruled"* (interview 2). Deze respondent laat haar medische expertise dus pas gelden boven de wens van de cliënt op het moment van uitvoering, niet al bij het besluit over het te voeren reanimatiebeleid. Verscheidene respondenten geven aan dat hier hetzelfde principe wordt gebruikt als in de Reanimatierichtlijn van Verenso. Namelijk dat er in zo'n geval in het zorg-leefplan wordt opgenomen bij reanimatie: 'wens cliënt: ja. Medisch zinvol: nee'. Waarna dus in de uitvoer inderdaad de medische expertise de bovenhand zal voeren. *"Een niet-reanimatiebesluit van de arts is leidend want een reanimatiepoging heeft dan geen reële slagingskansen of de belasting van de reanimatietechnieken en mogelijke complicaties/schade wegen niet op tegen de kans op overleving"* (Verenso, 2013, p.5). Hier kunnen vanuit het principe van gezamenlijke besluitvorming de nodige vraagtekens bij geplaatst worden. Echter toont het vooral de beperkingen van gezamenlijke besluitvorming op zich aan. Indien zorgverlener en cliënt er gezamenlijk niet uit komen zal er uiteindelijk toch een besluit genomen moeten worden. Daar komt de discussie om de hoek kijken over de vraag of zorgverleners geacht moeten worden hun eigen expertise en waarden opzij te zetten ten faveure van de wensen en waarden van de cliënt. Een vraagstuk wat bijvoorbeeld ook sterk speelt bij euthanasie. Dit is echter een ander onderwerp en zal hier verder niet behandeld worden. Alles wat in dit onderzoek geconstateerd kan worden is dat de respondenten van deze verpleeginstelling duidelijk van mening zijn dat medische expertise uiteindelijk het zwaarst zou moeten wegen, omdat dit volgens hen immers onderbouwde kennis betreft en er wel volledig in het belang van de cliënt zou worden gedacht. Een dergelijke analyse van de situatie zou echter ook moeiteloos onder het in het theoretisch kader besproken paternalistische 'medisch model' uit het klassieke professionalisme kunnen worden geschaard. Zoals in het theoretisch kader is geconstateerd zit er een groot verschil tussen dit klassieke denken over medisch professionalisme enerzijds en het moderne uitgangspunt van gezamenlijke besluitvorming anderzijds.



Een dergelijk verschil van mening tussen zorgverlener en cliënt komt volgens de respondenten echter niet vaak voor. Als het gebeurt heeft het meestal te maken met een strenge geloofsovertuiging van de cliënt. (interviews 1, 3 & 8). Een belangrijke en intrigerende slotopmerking is dat een daadwerkelijke situatie waarbij reanimatie toegepast zou kunnen worden zelden tot nooit voorkomt, in ieder geval niet bij Pieter van Foreest. *"Ik heb het hier in die 33 jaar nog niet meegemaakt"* (interview 1). Ook de verpleegkundige geeft aan in acht jaar tijd nog nooit een dergelijke situatie te hebben meegemaakt. Mocht het zich echter voordoen dan geeft ze aan niet te zullen reanimeren. *"Mensen die dement zijn kunnen wel zeggen dat ze gereanimeerd willen worden, maar dan is het medisch helemaal niet zinvol. De kwaliteit van leven is dan niet meer voldoende"* (interview 4). Alleen als er door een zorgverlener en cliënt gezamenlijk is aangegeven dat er wel gereanimeerd dient te worden zal deze verpleegkundige dat ook doen. Ze geeft aan net een reanimatiecursus te hebben gedaan, maar dat ze één van de weinige medewerkers is binnen de instelling die daarin gediplomeerd is. Ze geeft aan dat dit niet raar is, omdat het dus zelden tot nooit voorkomt.

Als het zo zeldzaam is doet dat de vraag rijzen waarom er dan wel zoveel aandacht aan wordt besteed. Waarom het onderdeel uitmaakt van de intakegesprekken direct op de dag van opname. Waarom het in het zorg-leefplan wordt opgenomen en het steeds up to date moet worden gehouden. Respondenten geven zelf aan dat het punt van reanimatie echt anders is dan de vragen rondom het standaard behandelbeleid (Interview 2). Botbreuken of een longontsteking komen veel voor en de kansen op goed herstel zijn aanzienlijk beter dan bij reanimatie na een hartstilstand. Via gezamenlijke besluitvorming tot behandelbeleid komen is voor dergelijke zaken dus daadwerkelijk nuttig. Waarom het reanimatiebeleid ook zo strikt behandeld wordt in het intakegesprek is echter een stuk minder vanzelfsprekend. Reanimatiesituaties komen in de praktijk immers vrijwel nooit voor. Bovendien stappen de zorgverleners het gesprek over reanimatie ook nog eens behoorlijk standvastig in, er moet een niet-reanimatiebesluit uitkomen. Waarom is het dan toch een vast onderdeel van het intakegesprek voor de zorgverleners? Het antwoord hierop is dat de zorgverleners hier simpelweg toe verplicht zijn door het bestaan van vele protocollen binnen de instelling. Dit is een kernpunt dat zal worden behandeld in de volgende paragraaf over de invloed van managers op het functioneren van de verpleeginstelling.

5.3 Invloed van managers

In paragraaf 5.2 lag de focus op de horizontale verhouding tussen de verschillende zorgverleners in een verpleeghuis en op de verhouding tussen zorgverlener en cliënt. Daarmee is er nog één groep onderbelicht gebleven; de managers. Hieronder vallen in dit onderzoek de locatiemanagers, de teammanagers en de assistent-teammanagers. Daarnaast vervult ook de medisch eindverantwoordelijke, naast haar taken als specialist ouderengeneeskunde, bepaalde managementtaken en is zij onderdeel van het instellingsbrede, overkoepelende, managementteam. Tenslotte is er, naast de medisch eindverantwoordelijke, op dit niveau binnen de organisatie gesproken met een beleidsmedewerker, wat inzicht heeft geboden in bepaalde besluitvormingsprocessen op instellingsbreed niveau.



De vragen die onder dit thema behandeld zullen worden betreffen de rol van managers in het medische besluitvormingsproces. Welke vorm van contact hebben zij met zowel de zorgverleners als de cliënten, is er daarbij sprake van invloed op medische besluiten en zo ja, hoe? Er zal hierbij ook ingegaan worden op specifieke praktijkvoorbeelden waarin er sprake is van verschil van inzicht tussen zorgverleners en managers. Dit heeft als doel de praktijksituatie van verticale contacten binnen de organisatie tastbaar te maken en niet te blijven hangen in algemene omschrijvingen.

Richtlijnen en protocollen vormen tenslotte het uitgebreide slot van deze paragraaf en van dit hoofdstuk. Hoe komen protocollen tot stand, hoe wordt er in de praktijk gebruik van gemaakt en welke controle vindt hierop plaats? Uiteraard komt ook aan de orde welke rol hierin is weggelegd voor de managers enerzijds en de zorgverleners anderzijds.

Doelen van managers

Een tekenend gegeven aangaande dit onderwerp is reeds eerder ter sprake gekomen in dit resultatenhoofdstuk. De meeste zorgverleners gebruiken de termen cliënt of patiënt. Enkele managers hebben het echter, als enigen, over bewoners. En sowieso gebruikt geen van hen de term patiënt. Dit heeft te maken met de inhoud van hun functie. Specialisten ouderengeneeskunde hebben als hoofdtaak het bevorderen van de lichamelijke gezondheid van de cliënten, derhalve is het logisch voor hen om over patiënten te praten. Het takenpakket van verpleegkundigen en assistent-teammanagers bevat ook medische zaken, denk bijvoorbeeld aan medicijnen toedienen en het inbrengen van klysmas. Daarnaast dienen zij zich ook bezig te houden met niet-medische taken als verzorging (wassen, aankleden) en meer algemene dingen ter bevordering van het welbevinden van de cliënt, zoals een wandeling maken of het organiseren van groepsactiviteiten voor de afdeling. Teammanagers en locatiemanagers tenslotte, hebben niet of nauwelijks officiële medische taken. *"Ik heb de eindverantwoordelijkheid voor het niet-medische deel. Dat gaat over budgetten, ondersteuning en aansturing van processen en personeel"* (Locatiemanager A, interview 6). De locatiemanager van locatie B zegt iets vergelijkbaars. *"Mijn taak is beleidscontrole en -implementatie. Het maximale uit je medewerkers halen. Zorgen dat je kwaliteit levert, dat zowel bewoners als medewerkers gelukkig zijn"* (Interview 9).

Er bestaat een interessant verschil in achtergrond tussen beide locatiemanagers bij Pieter van Foreest. De locatiemanager van locatie B heeft een achtergrond als ziekenverzorgende en is van daaruit, op verzoek van leidinggevenden, doorgegroeid naar een managementfunctie. De locatiemanager van locatie A heeft de studie 'Beleid & Management Gezondheidszorg' gedaan en heeft daarna gewerkt als manager in de cure-sector. In tegenstelling tot de locatiemanager van locatie B heeft zij geen achtergrond als zorgverlener. In het theoretisch kader van dit onderzoeksrapport is besproken hoe dit zou kunnen leiden tot problematische werksituaties waarin zorgverleners minder open staan voor hun manager die geen ervaring in de zorgverlening heeft, anders dan zorgmanagementervaring. Voorzichtigheid is geboden wanneer het gaat om het trekken van conclusies op basis van dit onderzoek. Daarvoor is ten eerste het aantal respondenten op beide locaties te klein.



Bovendien is het van belang te weten dat de locatiemanager van locatie A, degene zonder zorgverleningachtergrond, pas sinds september 2012 in dienst is bij Pieter van Foreest. De locatiemanager van locatie B is al enkele tientallen jaren in de verpleegzorg actief en haar huidige functie bekleed ze ook reeds enkele jaren. Hierdoor valt niet goed te zeggen of mogelijke verschillen tussen hun functioneren en aanpak op hun locatie komt door wel of geen praktijkervaring als zorgverlener of simpelweg door een verschil in ervaring, zowel binnen de instelling als op het brede vlak van 'care-management'. Wel kan het, met het oog op de theorie hierover, interessant zijn voor de lezer om dit verschil tussen beide locatiemanagers in gedachten te houden tijdens het lezen.

Verticale contacten en verhoudingen

Het is niet de bedoeling van dit onderzoek om de twee onderzochte locaties diepgaand met elkaar te vergelijken. Toch vallen er een aantal zaken op die het benoemen waard zijn. Om te beginnen is er een duidelijk verschil merkbaar tussen de twee locaties waar het gaat om het contact tussen locatiemanager en zorgverleners.

De locatiemanager van locatie B geeft aan dat zij dagelijks op de verschillende afdelingen komt en daar met zowel medewerkers als cliënten spreekt. *"Weinig contact tussen mij en medewerkers en cliënten zou fout zijn. Dat geeft dan het idee dat iemand op afstand vanachter een bureau dingen bepaald. Dat hoort niet, ik hoor er middenin te staan"* (Interview 9). Deze stelling wordt volledig onderschreven door de locatiemanager van locatie A: *"Ik denk dat medewerkers het prettig vinden als ik op de afdelingen kom en voor mezelf helpt het ook. Dat je iedereen kent en weet wat er speelt"* (Interview 6). In dit ideaal dat wordt geschetst is de 'team-stijl' van Blake & Mouton herkenbaar, met aandacht voor zowel de taak als ondersteuning van medewerkers (Stoter, 2007, p.126). Ook al zijn beide locatiemanagers het hier met elkaar eens, toch blijkt er een verschil te zijn in de mate waarin zij ook daadwerkelijk op de afdelingen terug te vinden zijn. De locatiemanager van locatie B geeft aan elke dag op de afdelingen te vinden te zijn, elke medewerker te kennen en bijna elke cliënt. Zij past het zogenoemde 'management by walking around' principe toe, een mensgerichte managementstijl (Stoter, 2007, p.130). De locatiemanager van locatie A daarentegen geeft toe dat ze er niet voldoende aan toe komt. *"Ik had me in het begin voorgenomen ik ga elke week, al is het maar een uur, even helpen op een afdeling. Of even iets leuks doen met een bewoner, even door de tuin of een boekje lezen. Al doe je het maar één keer in de twee weken of één keer in de maand. Alle kantoormensen, hup naar die ouderen. Het is ook een beetje versloft, maar het is toch erg. Kom op, je kan toch wel een uurtje missen!"* (interview 6). Hiermee richt zij zich dus vooral op het contact met cliënten. Dit is voor haar echt een kernpunt, en dan vooral ook de manier waarop het contact plaatsvindt: *"Als ik er bij cliënten naar vraag geven zij aan dat de zorgverleners wel lief voor hen zijn, maar dat het ook allemaal nogal oppervlakkig is: 'het is wel mooi weer vandaag he?' 'Lekker geslapen?'. Vraag nou eens even hoe het echt met iemand is."* (Interview 6). Ook het contact met medewerkers op de afdelingen acht ze belangrijk, maar voor hen staat haar deur altijd open. Iets wat ook het geval is bij haar collega-locatiemanager van locatie B. Dit zou voor een open verticale communicatiesfeer moeten zorgen. Met name bij locatie B lijkt dit ook in sterke mate het geval te zijn. De locatiemanager hecht er bijzonder veel waarde aan: *"We zijn eigenlijk een heel groot gezin, en ik ben dan de moeder"* (Interview 9). De overige respondenten van locatie B bevestigen dit beeld in zekere mate door te stellen dat zij zeer tevreden zijn over de communicatiecultuur en altijd bij de locatiemanager binnen kunnen lopen. Bij locatie A lijkt dit momenteel wat minder goed uit de verf te komen, maar dat kan dus goed te maken hebben met twee belangrijke verschillen tussen beide locaties en hun managers.



Ten eerste de grootte van de locaties. Locatie A is op alle vlakken aanzienlijk groter dan locatie B wat er uiteraard voor zorgt dat de locatiemanager minder makkelijk een nauwe band met alle medewerkers en cliënten op kan bouwen, omdat het er simpelweg veel meer zijn. Dit verschil is in de interviews met beide locatiemanagers ook duidelijk merkbaar. De locatiemanager van de grote locatie A zet veel meer in op officiële inspraakkanalen voor medewerkers en cliënten dan de locatiemanager van de kleinere locatie B, die veel meer inzet op officieuze contacten 'als in een gezin'. Zo zegt de locatiemanager van locatie A: *"Ik heb een alles omvattend verbeterplan gemaakt voor de hele locatie, dat heet 'de droom'. En een heel slimme move van mezelf is dat ik de cliëntenraad mede-eigenaar heb gemaakt van die droom. Op die manier sluit het echt goed aan bij hun wensen"* (interview 6).

Ten tweede is de locatiemanager van locatie A pas recent aangetreden en heeft zij dus minder tijd gehad om contacten op de afdelingen op te bouwen. Ook uit reacties op dit onderwerp van andere respondenten komen de door beide locatiemanagers geschetste beelden naar voren. Zo zegt de fysiotherapeut, werkzaam op locatie A, dat zij de locatiemanager enkel tijdens twee officiële vergaderingen heeft ontmoet. Op de vraag of dit haar stoort antwoordt ze: *"Nee, omdat ik wel weet dat ik bij haar kan binnenlopen. In tegenstelling tot andere managers die ik heb meegemaakt heeft zij ook altijd haar deur open."* Ze heeft echter ook nog een kritische noot te kraken. *"Ik zie haar nooit op de afdeling. Ik denk dat als ze echt een goed beeld wil hebben van de organisatie en hoe wij werken dat het wel goed zou zijn om eens met ons mee te lopen"* (interview 7). Dit sluit naadloos aan op de woorden van de locatiemanager zelf. Ze heeft haar deur open voor iedereen, maar beseft ook het belang van regelmatig op de afdelingen aanwezig zijn, en waar de locatiemanager van locatie B dit heel actief doet geeft de locatiemanager van locatie A aan dat ze het heeft laten 'versloffen'. Dit wordt nog het sterkst onderschreven door de verpleegkundige van locatie A die is geïnterviewd voor dit onderzoek. Zij heeft de locatiemanager nog nooit ontmoet, kent haar enkel van naam. Zij geeft aan dat ze hier een dubbel gevoel bij heeft. Enerzijds onderschrijft ze het principe dat hiermee een bepaalde afstand ontstaat tussen manager en zorgverlenende medewerkers. De regelmatige aanwezigheid van de locatiemanager op de afdelingen kan dus zeker waarde hebben. Zo geeft ze aan dat medewerkers zoals zijzelf bepaalde waardevolle kennis en ideeën hebben over de praktijk op de afdeling die van belang zouden kunnen zijn voor de locatiemanager bij de beleidsbepaling, denk aan kennis over de werkdruk en de daarmee samenhangende inzet van medewerkers. Anderzijds heeft deze verpleegkundige zelf een managementachtergrond. Van daaruit zegt ze: *"Ik vind dat iedereen z'n eigen werk moet doen, ik ga er helemaal vanuit dat zij haar werk goed doet met de kennis die zij heeft. Dat zij haar functie goed uitoefent, daar heb ik alle vertrouwen in"* (Interview 4). Ze legt uit dat het in haar ogen geen zin heeft, zelfs contraproductief is, als alle medewerkers zich maar met het werk van de locatiemanager gaan bemoeien. Als iemand iets kwijt wil op het vlak van beleid moet dat volgens haar via de gewone lijn lopen. Dus van verpleegkundige naar assistent teammanager, naar teammanager, naar locatiemanager. Deze wijze van communicatie hanteert zijzelf dan ook, bijvoorbeeld op het vlak van de werkdruk die ze momenteel te hoog vindt omdat ze niet meer toekomt aan echt diepgaand contact met cliënten. Een interessante constatering is dat de locatiemanager zelf ook al aangaf dat volgens haar het contact tussen zorgverlener en cliënt te oppervlakkig is. Op de vraag of dit wellicht een gevolg is van een te hoge werkdruk antwoordt zij echter ontkennend. *"Nee, ik denk echt dat dit gewoon zo gegroeid is. Ik geef genoeg ruimte in tijd, meer dan we formeel nodig hebben"* (Interview 6). Dat is een opvallende afwijkende mening ten opzichte van de verpleegkundige.



De verpleegkundige is hierin echter geheel afhankelijk van de locatiemanager die de verantwoordelijkheid heeft voor de financiën. En zoals gezegd heeft de verpleegkundige daar vrede mee omdat ze er alle vertrouwen in heeft dat een ieder zijn of haar functie naar beste kunnen uitvoert. De communicatie in de grote locatie A vindt dus vooral via de lijn plaats. Verpleegkundigen en paramedici als de fysiotherapeut hebben enkel contact met hun respectievelijke assistent teammanagers en zelden met een hogere manager in de organisatie. Hoewel die optie er dus wel is met het open-deur-beleid van deze managers, wat goed past binnen een open communicatiecultuur. Qua verticale communicatie lijkt dit echter beter te werken in een kleinschalige omgeving.

Tussen de verpleegkundige en de locatiemanager lijkt er in ieder geval sprake van een verschil van inzicht. Dit is wellicht een gevolg van de verschillende doelen die zij nastreven. In principe geven alle respondenten aan dat het hoogste doel is om de cliënten van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te voorzien. Echter, hoe je het ook went of keert, de locatiemanagers hebben nog een ander belangrijk doel, namelijk het op orde houden van de financiën. Meer medewerkers kost meer geld en dat is er natuurlijk niet onbeperkt. Dit is overigens iets wat de verpleegkundige ook beseft, maar volgens haar zorgt dit er dus wel voor dat de persoonlijke aandacht voor cliënten, die de locatiemanager graag zou willen zien, niet mogelijk is.

Hier is een uitspraak van de expert van Verenso nuttig om aan te halen. Waar het gaat om hetgeen managers en zorgverleners nastreven: *"Ik ben niet op voorhand van mening dat hier een botsing is. Dat ze lijnrecht tegenover elkaar staan. Al hebben ze wel verschillende belangen"* (Interview 12). Waarmee zij doelt op het grotere plaatje dat de manager in de gaten moet houden bij het nastreven van het gedeelde doel: goede zorg voor de cliënt. Aan de ene kant zou dus gezegd kunnen worden dat een manager hier meer grenzen aan stelt, bijvoorbeeld met het oog op financiën, dan een zorgverlener. Echter, de locatiemanager van locatie A haalt nog een voorbeeld aan waar juist weer een ander beeld uit naar voren komt: *"Het kwam mij ter ore dat cliënten [naasten] graag bij MDO's aanwezig zouden willen zijn. Ik verbaasde me erover dat dit blijkbaar niet mocht. Ik vind dat de familie daarbij moet kunnen zijn. Daar hebben we een hele discussie over"* (Interview 6). Deze locatiemanager was één van de laatste respondenten waar een interview mee is gehouden. Derhalve was er helaas geen gelegenheid meer om andere respondenten hiernaar te vragen. Latere navraag leverde helaas geen reactie op. Uit de eerdere interviews met hen en de woorden van de locatiemanager valt echter wel met enige zekerheid af te leiden dat momenteel cliënten (en/of naasten) niet bij MDO's aanwezig mogen zijn. Er is in de interviews bijvoorbeeld geregeld gevraagd wie er onderdeel uitmaken van het MDO, en cliënten zijn daar nooit bij genoemd. Bovendien geeft de locatiemanager aan dat de discussie hierover nog loopt. Dit is dus een situatie waarin de manager voor meer inspraak van cliënten lijkt te zijn dan de zorgverleners. Het is nu gissen wat hier de oorzaak van is, maar het zou natuurlijk zo kunnen zijn dat de zorgverleners de aanwezigheid van een cliënt bij een MDO als belemmerend ervaren voor de open uitwisseling van multidisciplinaire gegevens en ervaringen met de cliënt. Daarmee zouden zij het ook als een beperking van hun professionele autonomie kunnen zien: het MDO als plek voor medisch professionals onder elkaar. Dat er nu nog geen sprake is van aanwezigheid van cliënten bij het MDO toont in ieder geval aan dat de locatiemanager niet haar zin heeft doorgedrukt. Dit zou te maken kunnen hebben met het gegeven dat deze discussie vooral van medische aard is.



Zoals eerder in dit hoofdstuk is gebleken zijn team- en locatiemanagers van mening dat bemoeienis met het medische deel van de organisatie niet tot hun takenpakket behoort. *“Dat loopt gewoon”* (Interview 10). Dit zal ook blijken in het nu volgende laatste deel van deze paragraaf.

Eén van de locatiemanagers geeft nog wel een voorbeeld waarin er sprake was van een frontale botsing tussen haar en een specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde was van mening dat cliënten van de verpleegzorg nooit de afdeling mogen verlaten. Zij was van mening dat dit het beste was voor hun eigen welzijn en baseerde dit op haar medische expertise en haar werkervaring. De locatiemanager was het hier echter absoluut niet mee eens. De specialist ouderengeneeskunde heeft echter de eindverantwoordelijkheid voor dergelijk beleid op haar afdeling en onderling kwamen ze er niet uit. Derhalve is de locatiemanager naar het bestuur van Pieter van Foreest gestapt en niet lang daarna werd de betreffende specialist ouderengeneeskunde vervangen. Uit dit voorbeeld blijkt dat zodra het om meer algemeen beleid gaat, en dus niet over individuele cliënten, managers en zorgverleners wel in elkaars vaarwater kunnen komen. Dit hoeft uiteraard niet problematisch te zijn, maar het kan wel. En in het gegeven voorbeeld is de conclusie dat de specialist ouderengeneeskunde, de professional, uiteindelijk aan het kortste eind trok (Interview 9).

Binnen het grotere plaatje van een manager, waar de expert het over had, valt dan ook, naast de financiën, het werken conform bepaalde standaarden. Dit heeft onder andere als doel om zekerheid in te bouwen, zowel voor managers, als voor medewerkers, als voor cliënten. Binnen een organisatie als een verpleeginstelling wordt dit vooral nagestreefd door richtlijnen en protocollen. Zoals geconstateerd is er in de dagelijkse uitvoerende praktijk weinig contact tussen de hogere en lagere lagen van de organisatie. Er is echter een belangrijke uitzondering hierop, namelijk de omgang met protocollen.

Richtlijnen en Protocollen

Richtlijnen en protocollen zijn bij uitstek een manier om medewerkers binnen een organisatie volgens één algemene en gedeelde standaard te laten werken. Het is een samenkomst van de besturende verbindingsprocessen die Stoter noemt: standaardisatie, formalisatie en uniformering (2007, p.150). Op deze wijze is het voor iedereen duidelijk wat er gedaan moet worden en op welke wijze. Dit dient verschillende doelen. Het is van belang voor zowel management, als zorgverleners, als cliënten. Voor de managers is het protocol een manier om de zorgverlenende professionals, zoals die in het theoretisch kader zijn omschreven, toch te kunnen sturen en controleren in hun werk. Immers, als de professional geacht wordt zich aan een protocol te houden houdt dit automatisch een beperking van zijn of haar professionele autonomie in. Voor de zorgverleners zelf kunnen de protocollen ook een waardevolle rol vervullen. Zij kunnen hier bij lastige gevallen op terugvallen wat de kans op 'medische blunders' moet verkleinen. Zolang de zorgverleners handelen volgens de protocollen verschuift bovendien een deel van de verantwoordelijkheid van de zorgverleners naar de organisatie, het management, dat immers de protocollen heeft geaccordeerd. Voor de cliënten tenslotte is het prettig te weten dat er op een breed gedragen standaard wijze wordt gehandeld door elke zorgverlener. Het is geen kwestie van het geluk hebben bij een goede zorgverlener terecht te komen.



Een richtlijn die in dit rapport reeds is besproken is natuurlijk de reanimatierichtlijn van Verenso. Voor een instelling als Pieter van Foreest is dit dus een externe richtlijn. Zij hebben zelf ook vele interne richtlijnen en protocollen. Verscheidene respondenten geven aan dat er protocollen bestaan voor 'bijna alles'. Dit betreft dus zowel medische als niet-medische zaken. Aangezien de focus van dit onderzoek ligt op de medische zaken zal nu kort een beeld geschetst worden van de gang van zaken rondom het opstellen, uitvoeren en controleren van de interne protocollen in het algemeen. Vervolgens zal dit voor wat betreft het protocol omtrent reanimatiebeleid nogmaals apart behandeld worden als praktijkvoorbeeld.

Ten eerste is het nuttig om te zien wat de expert van Verenso zegt over het doel van hun reanimatierichtlijn: *"Wij helpen hen [specialisten ouderengeneeskunde] met het creëren van randvoorwaarden om goede zorg te leveren. Door het ontwikkelen van richtlijnen, handreikingen, etc."* (Interview 12). De reanimatierichtlijn van Verenso dient dus ter ondersteuning van zorgverleners.

Naast dergelijke externe richtlijnen bestaan er bij Pieter van Foreest instellingsbrede protocollen en interne locatiemanager protocollen. De wijze waarop deze protocollen worden opgesteld zijn vergelijkbaar met elkaar. Locatiemanagers hebben een kernrol in het schrijven van protocollen voor hun eigen locatie. Zij zijn degenen die de meeste protocollen schrijven, voornamelijk in overleg met het managementteam binnen de locatie. Dit geldt echter alleen voor organisatorische, niet-medische, protocollen (Interview 9). Deze protocollen legt de locatiemanager vervolgens voor aan nauw betrokken medewerkers, vaak een assistent-teammanager. Indien dat nuttig wordt geacht kan het vervolgens ook in het regio-overleg tussen alle locatiemanagers voorgelegd worden als optie voor een instellingsbreed protocol. Het opstellen van protocollen is beleidswerk in haar zuiverste vorm. Binnen Pieter van Foreest zijn er verschillende teams die zich met protocollen bezighouden. *"Consultatieteams hebben zich gespecialiseerd in een specifiek terrein, bijvoorbeeld mondzorg of incontinentie. Daarnaast heb je ook kennisteam, dat gaat over Parkinson, dementie, etc. Die moeten kennis binnenhalen van buiten en dat omzetten in protocollen"* (Interview 1). De medisch eindverantwoordelijke heeft het hier dus echt over medische protocollen. Voor de beleidsmedewerker is betrokkenheid bij de instellingsbrede protocollen één van haar kerntaken. Zij vervult een ondersteunende rol voor genoemde teams.

Gevraagd naar wie er zoal deel uitmaken van de teams die zij ondersteunt antwoordt ze: *"Dat zijn vaak zorgverleners, bijna altijd, maar niet altijd. Er is diversiteit voor een breed ondersteund protocol. Wat ik zou willen, wat ik eigenlijk een voorwaarde vind, is dat een locatiemanager de voorzitter is. Dus dat het echt in een lijn ligt. Dat is niet altijd zo waardoor je eerder kans hebt dat het niet doorgevoerd wordt. Dat het niet geborgd wordt. Als je alleen maar teammanagers hebt, of ondersteunende diensten, dan heb je daarna een hele klus bij de implementatie"* (Interview 11). De beleidsmedewerker heeft dus de ervaring dat de betrokkenheid van een locatiemanager bij het opstellen van een medisch protocol van groot belang is voor de borging ervan. Uit de interviews met de overige respondenten komt echter kristalhelder naar voren dat er sprake is van een strikte scheiding tussen management en zorgverleners waar het gaat om medische, zorginhoudelijke, zaken. *"Nee, de teammanager is absoluut niet bij de medische behandeling van cliënten betrokken. Dus echt alleen organisatorisch"* (Interview 7). Deze strikte scheiding tussen management- en medische taken wordt bevestigd door een locatiemanager wanneer het gaat over gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt: *"Dat is altijd medische verantwoordelijkheid. Daar ga ik helemaal niet over en dat moet ik ook niet willen"* (Interview 6).



De vraag is dan ook of de benodigde borging voor medische protocollen, waar de beleidsmedewerker het over heeft, daadwerkelijk een probleem is. Als de managers zich op dit vlak zo schikken naar de medisch professionals zouden ze ook hun protocollen zonder probleem moeten steunen. Wellicht, en dat is wel wat de beleidsmedewerker laat doorschemeren, zit het probleem hem meer in de hoogste bestuurslaag. Het bestuur zou betrokkenheid van een locatiemanager wenselijk kunnen achten om inderdaad zonder probleem de eigen steun aan het eindproduct te kunnen geven.

Dat deze scheiding op medisch vlak tussen management en zorgverleners wel problemen op kan leveren wordt niet alleen door de beleidsmedewerker onderschreven maar ook door de medisch eindverantwoordelijke. Zij stipt het punt aan van de grootte van de instelling waardoor sinds kort alle toeleverende diensten, waaronder de bestuurders en beleidsmakers, op een aparte locatie zitten. Ze benoemt het risico dat diegenen, die vaak geen medische achtergrond hebben, nu ook niet meer in een medische omgeving zitten terwijl er wel beleid gevoerd moet worden (Interview 1). Het is wellicht geen toeval dat dit twee respondenten betreft met zowel een zorginhoudelijke als beleidsmatige portefeuille. Zij zien dagelijks beide kanten van de medaille en zijn van mening dat er sprake is van een wederzijdse afhankelijkheid tussen management en zorgverleners.

De protocollen binnen de instelling zijn er onder meer voor bedoeld een vaste standaard te creëren. Het nut hiervan is ook dat dit beter valt te controleren, wat altijd een probleem is voor managers met professionals als medewerkers. De managers bij Pieter van Foreest lijken zich echter ook op het vlak van controle niet sterk te bemoeien met de medische taken binnen de instelling. Een specialist ouderengeneeskunde geeft aan dat er vooral sprake is van onderlinge controle tussen de zorgverleners. Als er iets fout gaat valt dat op en spreekt men elkaar erop aan dat er niet is gehandeld volgens het protocol, wat immers bedoeld is om fouten te voorkomen (Interview 2). Echte controle wordt verder door verschillende externe partijen uitgeoefend. De medisch eindverantwoordelijke stipt hier behoorlijke problemen aan: *“Ze verzinnen steeds meer om je het leven zuur te maken. Het zorgkantoor, de inspectie en de accreditatiebureaus waar je gecertificeerd kan worden, hebben allemaal eigen richtlijnen. Die komen niet altijd overeen. Wat je dan dus doet is je eigen gezonde verstand gebruiken. Daar komt het uiteindelijk wel op neer”* (Interview 1). De medisch eindverantwoordelijke verkondigt iets vergelijkbaars wanneer het gaat om de interne protocollen. Ze vindt het nuttige leidraden om op terug te kunnen vallen maar geeft wel aan dat ze zich in haar functie als specialist ouderengeneeskunde duidelijk meer baseert op haar eigen medische expertise dan op protocollen (Interview 1).

Protocol voor reanimatiebeleid

De locatiemanager van locatie A zegt, gevraagd naar het reanimatiebeleid van de instelling: *“Ja, dat is op zich een stukje op het medisch gebied, dus dat moet je eigenlijk met de artsen bespreken”* (Interview 6). Dit is min of meer de kern van het gevoerde beleid bij locatie A. De strikte scheiding tussen management en medische zaken wordt hier duidelijk gehanteerd. Het protocol omtrent reanimatie is ook opgesteld door met name de specialisten ouderengeneeskunde en uiteindelijk geaccordeerd door het management (interview 2).



Op locatie B wordt hetzelfde protocol gehanteerd, maar de locatiemanager daar houdt zich een stuk actiever bezig met het reanimatiebeleid. Het 'ja tenzij' beleid staat vast, en dat onderschrijft zij ook. Ze staat echter negatief tegenover reanimatie, vanwege de vaak ernstige gevolgen ervan. Om die reden benadrukt ze binnen de locatie actief het belang van het dragen van een 'niet reanimeren medaillon'. Dit voorkomt dat er begonnen wordt met reanimeren terwijl het zorgdossier wordt gecheckt op de wensen van de betreffende cliënt op dit vlak. Door het dragen van een medaillon zal er in het geheel geen reanimatie plaatsvinden en de locatiemanager is ervan overtuigd dat dit het beste is voor cliënten omdat het veel onnodig leed bespaart. De reanimatiehandeling zelf is immers ook al een heftige ingreep, waarbij met veel kracht op de borstkas wordt gedrukt. Met de daadwerkelijke beslissing, gedurende het intakegesprek, over het te voeren reanimatiebeleid bemoeit ook deze locatiemanager zich echter niet (Interview 9).

De nieuwe reanimatierichtlijn van Verenso, zoals besproken in het contextueel kader, adviseert instellingen een 'ja tenzij' beleid te hanteren. Het reanimatieprotocol van Pieter van Foreest hanteert deze zelfde insteek van het reanimatiebeleid. *"Dit houdt in dat in de verpleeg- en verzorgingshuizen van Pieter van Foreest binnen de mogelijkheden in principe wel gereanimeerd wordt, tenzij de cliënt heeft aangegeven dit niet te willen en/of tenzij de behandelend arts dit niet zinvol acht"* (Pieter van Foreest, reanimatiebeleid, p.1). Pieter van Foreest stelt dit 'ja tenzij' beleid altijd al te hebben gehanteerd. Dit houdt in dat zij dan jarenlang niet hebben aangesloten op de oude Verenso reanimatierichtlijn die immers een 'nee tenzij' advies gaf. Geen van de respondenten heeft hier iets over op te merken. Tussen de regels door valt echter wel het één en ander op. Allereerst is het van belang dat zowel het protocol van Pieter van Foreest als de richtlijn van Verenso de optie openlaten dat er niet gereanimeerd wordt indien de behandelend arts het niet zinvol acht. Dit is dus ongeacht de wens van de cliënt. De mogelijkheid tot het in de vorige paragraaf besproken 'overrulen' is dus ook in de officiële richtlijn en het officiële protocol voor reanimatie terug te vinden. Geen van de respondenten doet hier ook geheimzinnig over. *"Ik vind dat je het besproken moet hebben met mensen en er dan zo snel mogelijk niet reanimeren van moet maken. Bij mij zou het 'nee, tenzij' zijn. Maar als ik het niet besproken heb vind ik niet dat je het zomaar niet kunt doen"* (Interview 8). Verscheidene opmerkingen als deze tonen aan dat reanimatie van cliënten als ronduit onwenselijk wordt gezien door de respondenten. Het 'ja tenzij' lijkt dan ook vooral een laagje vernis te zijn voor een inhoud die in de praktijk neerkomt op 'niet reanimeren'. Het is wat dat betreft ook tekenend dat de instelling geen reanimatiecursussen aanbiedt of vergoedt (Interview 4).

De expert geeft aan dat de feiten en cijfers waarop de nieuwe Verenso reanimatierichtlijn is gebaseerd niet rooskleurig zijn, maar dat de heroverweging ten opzichte van de vorige richtlijn komt doordat dat het nu onwenselijk wordt geacht om een *collectieve* niet-reanimatienorm te hanteren in verpleeghuizen. De cijfers zijn gemiddelden en daarom moet er per individueel geval een besluit genomen worden. Er is wel degelijk een overlevingskans en dus moet je de optie van reanimatie wel aanbieden en niet al bij voorbaat uitsluiten (Interview 12). Toch lijkt er in de praktijk dus sprake van een 'niet-reanimatiecultuur', waar het 'ja tenzij' protocol ook alle ruimte voor biedt. Een verklaring voor de constatering dat er een 'ja tenzij' protocol wordt gehanteerd, terwijl er in de praktijk zeer gericht op de 'tenzij', en dus niet reanimeren, wordt gestuurd zou kunnen komen door het beeld dat men naar de maatschappij wil uitdragen.



Enige jaren terug is er de nodige maatschappelijke ophef ontstaan toen bekend werd dat verscheidene verpleeg- en verzorgingstehuizen een 'nee tenzij' reanimatiebeleid hanteerden, en daarmee dus aansloten bij de oude reanimatierichtlijn van Verenso. Het beeld ontstond dat ouderen naar deze instellingen gingen om te overlijden, dat er niet meer goed voor ze gezorgd zou worden. *"Anders is het zo stigmatiserend, je komt in een verpleeghuis en dus wordt je niet meer gereanimeerd, terwijl dat er buiten nog wel zou gebeuren"* (Interview 3). Zeker vanuit het oogpunt van managers zou het echter wel goed voorstelbaar kunnen zijn dat een 'nee tenzij' beleid zo'n negatief beeld oproept over de instelling dat men ervoor kiest om alleen voor de uitstraling het in 'ja tenzij' te veranderen. De beleidsinhoud is echter medisch van aard en aangezien zij zich daar dus verre van lijken te houden verandert er in de praktijk weinig. Het 'ja tenzij' beleid houdt overigens wel in dat de meeste respondenten aangeven wel degelijk te zullen beginnen met reanimeren wanneer zij niet zeker zijn van de wensen van de betreffende persoon. Er wordt daarbij ook aangegeven dat dit een belangrijk argument is om voor een 'ja tenzij' beleid te kiezen, omdat er ook altijd veel bezoekers in het pand aanwezig zijn. Een 'nee tenzij' beleid zou risicovol kunnen zijn voor hen als ze per ongeluk voor een cliënt worden aangezien (Interview 3). Voor cliënten zijn de vooruitzichten na een reanimatie uiterst negatief vanwege hun zwakke gezondheid, maar voor niet-clieënten gelden andere vooruitzichten vanwege een betere gezondheidstoestand en zij moeten dus wel gereanimeerd worden in het geval van een hartstilstand.

Concluderend kan dus gesteld worden dat er een duidelijke scheiding bestaat tussen het organisatorische beleid van managers enerzijds en het medisch beleid van zorgverlenende professionals anderzijds. Er bestaan wel vele protocollen en richtlijnen voor het medisch beleid, maar deze worden vrijwel allemaal door teams bestaande uit zorgverleners opgesteld. Managers houden zich hier ook bewust voor het merendeel afzijdig van. De enige momenten waarop managers betrokken kunnen worden bij medisch beleid is wanneer er zich problematische uitzonderingssituaties voordoen. Over de normale medische gang van zaken zeggen de managers "het loopt gewoon", "dat is een zaak van de arts" en "daar moet ik me niet mee willen bemoeien".



6. Conclusie

Aan de hand van het theoretisch kader en de onderzoeksresultaten zullen in dit hoofdstuk de onderzoeksvragen worden beantwoord, te beginnen met de deelvragen om het rapport vervolgens af te sluiten met de beantwoording van de hoofdvraag.

Voorafgaand aan de conclusie (nogmaals) de opmerking dat er voorzichtig omgegaan dient te worden met eventuele generalisatie van deze uitkomsten. Er is hier één organisatie onderzocht met als doel een eerste blik te bieden in de praktijk van de verpleegzorg, waar het gaat om gezamenlijke besluitvorming en de verhouding tussen managers en zorgverleners. Wat voor Pieter van Foreest geldt hoeft niet perse voor andere verpleeginstellingen te gelden. Ook voor de instelling zelf moet worden opgepast met generaliseren van de onderzoeksresultaten en conclusies. Bijna alle betrokken disciplines binnen de instelling zijn geïnterviewd, maar van verscheidene disciplines is slechts één respondent gesproken. Zeker bij grote disciplines als de verpleging en, in mindere mate, de assistent teammanagers kunnen de resultaten van het interview met deze ene respondent niet worden ggeneraliseerd voor de gehele discipline. In andere woorden, er wordt in dit onderzoek een eerste beeld geschetst van de situatie bij Pieter van Foreest zoals die door de respondenten wordt ervaren.

Deelvragen

- ***Wat is de organisatorische context van een verpleeginstelling waarbinnen gezamenlijke medische besluitvorming plaatsvindt?***

De interne en externe omgeving van verpleeginstellingen is complex. De uitgebreide analyse ervan is terug te vinden in het contextueel kader. In het kort kan geconcludeerd worden dat de verpleeginstelling Pieter van Foreest de standaard organisatiestructuur hanteert van Mintzberg (1979). Op het terrein van managers is er sprake van een strategische top (instellingsbestuur), middenmanagement (locatiemanagers, teammanagers en de medisch eindverantwoordelijke) en een uitvoerende kern (assistent teammanagers) (in Stoter, 2007).

De uitvoerende kern is onderste managementlaag en zit direct boven de zorgverleners. Zij maakt daar ook gedeeltelijk deel van uit door middel van enkele medische taken. De zorgverleners en assistent teammanagers werken nauw samen wat voornamelijk gebeurt in verscheidene overleggen. Er is een grote verscheidenheid aan zorgverleners werkzaam binnen de instelling, van verzorgenden en verpleegkundigen tot fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde. Het medisch beleid aangaande specifieke cliënten wordt besproken in multidisciplinaire overleggen tussen de zorgverleners, MDO's. Er zijn daarnaast nog andere overlegteams die gaan over meer algemeen beleid, medisch en organisatorisch, waar ook managers deel van uitmaken.

De zorginstelling Pieter van Foreest bevindt zich in de zorgsector. Daarmee is er automatisch sprake van veel externe invloeden. Hierbij valt te denken aan de politiek, voornamelijk merkbaar in de vorm van bezuinigingen op de zorg.



- **Hoe vindt gezamenlijke medische besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt plaats binnen de context van een verpleeginstelling en welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag?**

Het antwoord op deze deelvraag beslaat meerdere lagen. Allereerst is er het proces tussen zorgverlener en cliënt. De zorgverlener is in een verpleeginstelling echter niet één individu. Er zijn vele verschillende medische disciplines vertegenwoordigd in een verpleeginstelling. Door de veelal met multimorbiditeit kampende cliënten zijn er vrijwel altijd meerdere zorgverleners betrokken bij een cliënt. De communicatie hierover vindt plaats in het multidisciplinair overleg. Het bestaan van een dergelijke multidisciplinaire aanpak sluit nauw aan op de in het theoretisch kader gegeven beschrijving van Noordegraaf over ontwikkelingen in de professionele wereld: *“professionals face new cases, which are difficult to categorize and call for well-organized multi-professional acts”* (2011, p.1349). Dat zorgverleners in verpleeghuizen met moeilijk classificeerbare cliënten te maken hebben staat buiten kijf. Een oorzaak hiervan is dat mensen steeds ouder worden, hoe ouder het lichaam, hoe brozer. Derhalve is er sprake van toenemende multimorbiditeit. Een opeenstapeling van verschillende ziektes en kwalen. De multidisciplinaire aanpak is hierdoor volgens Noordegraaf een vereiste en daar is dus inderdaad sprake van bij Pieter van Foreest.

De cliënt is echter niet aanwezig bij het MDO. De gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt kan dus niet plaatsvinden met alle zorgverleners tegelijk. De kernwijze waarop besluitvorming in samenspraak met de cliënt wordt toegepast in de verpleeginstelling is door gesprekken tussen de behandelend specialist ouderengeneeskunde en de cliënt. Het belangrijkste moment waarop dit gebeurt is bij het intakegesprek op de dag van opname. Het wordt echter minimaal jaarlijks herhaald. Dit intakegesprek is het moment waarop het behandelbeleid wordt bepaald en zou dan ook het moment moeten zijn waarop er sprake is van gezamenlijke besluitvorming.

De literatuur over gezamenlijke besluitvorming is vooral gericht op de cure-sector. Dit onderzoek in de care-sector heeft dan ook interessante inzichten opgeleverd. Zoals gezegd is er sprake van ernstig zieke en verzwakte cliënten bij wie cure niet echt meer aan de orde is, tenzij er zaken als een longontsteking bij komen. Deze bijzondere situatie toont nieuwe kanten van het principe van gezamenlijke besluitvorming. De zorgverleners die hebben meegewerkt aan dit onderzoek passen het wel toe, maar geven zichzelf wel een wellicht wat meer centrale rol dan de theorie strikt genomen voorschrijft. Zeker op het gebied van reanimatiebeleid is er namelijk niet meer zozeer sprake van informeren maar van overtuigen van de cliënt door de zorgverlener. Er wordt wel gevraagd naar waarden en wensen. Het wordt ook van groot belang geacht om de cliënt te leren kennen om zo de zorg op hem of haar af te kunnen stemmen. Zodra het echter om zwaarwegende medische beslissingen gaat weegt de medische expertise van de zorgverlener toch duidelijk het zwaarst. Deze insteek zorgt ervoor dat vrijwel elke cliënt akkoord gaat met een niet-reanimatiebeleid. Bij degenen die vanwege zwaarwegende waarden, meestal op religieuze basis, echt gereanimeerd willen worden is er zelfs sprake van 'overrulen' door de zorgverlener. De zorgverlener doet dit door reanimatie bij de betreffende cliënt te bestempelen als 'medisch zinloos'. Uiteraard alleen als dit in de opinie van de zorgverlener ook daadwerkelijk het geval is.



In eerste instantie lijkt dit dus niet aan te sluiten op het theoretische principe van gezamenlijke besluitvorming. Dat hoeft echter niet zo te zijn. Gezamenlijke besluitvorming wil immers niet zeggen dat gedaan moet worden wat de cliënt wil. Het doel is om tot een gezamenlijk gedragen besluit te komen. Daarbij gaat het er ook om dat het besluit in het belang van de cliënt is. *"Professionals are devoted to a transcendent value, such as the health of the patient (which is not the same as fulfilling the patient's wishes)"* (Dwarswaard et. al, 2011, p.389). De respondenten zijn duidelijk van mening dat reanimatie en in mindere mate ook zware medische behandelingen waarvoor hospitalisatie nodig is, niet in het belang van de cliënt zijn. De kwaliteit van leven zal er te sterk door achteruit gaan.

Toch is een dergelijke houding van de zorgverleners niet zonder risico. *"In een medisch oordeel ligt ook altijd een normatief oordeel verscholen. Om een voorbeeld te noemen, zelfs de constatering dat iemand dood is wanneer hij hersendood is bergt een opvatting in zich over wat (nog menselijk) leven is"* (Hilhorst, 1999, p.84). Dit normatieve oordeel is duidelijk zichtbaar bij de respondenten. Daar wordt ook in het geheel niet geheimzinnig over gedaan. Dit toont wel een beperking of dilemma binnen het uitgangspunt van gezamenlijke besluitvorming aan. Iets wat ook al door Edwards & Elwyn (2009) werd geconstateerd: *"Many of the ethical issues occur when clinicians or society have clear treatment preferences and where a choice contemplated by the patient may therefore come to be conceptualized as 'wrong'"* (p.59). In de praktijk van het verpleeghuis blijkt dat de professionele opinie van de zorgverlener dan toch de boventoon voert. Er wordt heel veel aandacht en tijd besteed aan overleg met de cliënt. De zorgverleners stappen dat overleg echter wel in met het uitgangspunt om zo min mogelijk ingrijpende medische behandelingen uit te voeren. Als de cliënt toch heel graag een bepaalde behandeling wil ondergaan kan de zorgverlener daar wel akkoord mee gaan, maar enkel indien hij of zij daar ook nog een zeker medisch nut in ziet. Als de zorgverlener van mening is dat een bepaalde behandeling 'medisch zinloos' is, lijkt er bijzonder weinig ruimte te bestaan voor een afwijkend besluit. Dit zou in de ogen van de zorgverlener immers niet in het belang van de cliënt zijn.

Hilhorst is van mening dat ook in extreme situaties zoals bij cliënten in verpleeghuizen toch de wensen van de cliënt bovenaan moeten staan. *"Zelfs waar 'uitbehandeld' lijkt te zijn en de dood op termijn onvermijdelijk, benadrukken wij vandaag niettemin het belang van de patiënt om te weten en zelf keuzes te maken, omdat wij gewoonlijk een onvermijdelijke laatste levensfase graag zelf vorm willen geven"* (Hilhorst, 1999, p.23). In tegenstelling tot een individuele cliënt, zien zorgverleners dit alles, de laatste levensfase van mensen, dag in dag uit. Het maakt deel uit van hun medische expertise. Houdt dat dan niet automatisch in dat zij daadwerkelijk beter kunnen inschatten wat wenselijk is voor iemand en wat niet? Anderzijds is er wel sprake van een sterk aanwezige normatieve mening onder de zorgverleners. Het feit dat het reanimatiebeleid standaard onderdeel uitmaakt van het reanimatiegesprek, terwijl reanimatiegevallen in de praktijk vrijwel nooit voorkomen, lijkt haast een principiële kwestie voor de zorgverleners. Alsof ze door de cliënt te overtuigen van de vaak zeer negatieve effecten van reanimatie direct de toon willen zetten voor een 'kwaliteit boven kwantiteit' behandelbeleid. Deze instelling lijkt wel voort te komen uit een oprechte wens de cliënt een zo waardig mogelijk bestaan in het verpleeghuis te bieden, een zo waardig mogelijke laatste levensfase. Zorgverleners geven hier invulling aan door een sterk overtuigende informering van de cliënt over de consequenties van medisch ingrijpen en behandelingen.



- **Wat is de taak van managers en op welke manier werkt dit door op het handelen en de overwegingen van zorgverleners in het medisch besluitvormingsproces?**

Binnen de verpleeginstelling Pieter van Foreest is er sprake van een zeer duidelijke taakverdeling tussen managers en professionele zorgverleners. Het management, uitgezonderd de assistent teammanagers en de medisch eindverantwoordelijke, hebben geen medische taken. Zij hebben een puur organisatorisch takenpakket. Deze scheiding is dermate strikt dat de locatie- en teammanagers officieel ook geen enkele rol spelen in het medisch beleid noch de dagelijkse medische praktijk. Hierin is de typologie 'co-optation' van Numerato et. al (2012) zeer goed herkenbaar. Gezien de besproken literatuur in het theoretisch kader is deze strikte scheiding wel een opvallende conclusie. Er werd immers door vele auteurs gesproken over de grote invloed van managers op (medisch) professionals en de botsingen die dit tot gevolg zou hebben. Op medisch vlak lijkt hier nauwelijks sprake van. Anderzijds is het wel zo dat het verschil in na te streven doelen tussen managers en zorgverleners voor onenigheid kan zorgen. Zo werd door de Raad van Toezicht besloten "[...] de samenwerking met de vorige bestuurder van Pieter van Foreest te beëindigen naar aanleiding van een verschil van inzicht over het te voeren beleid" (Pieter van Foreest, 2013). Naar het schijnt was men van mening dat de betreffende bestuurder teveel gericht was op organisatorische doelstellingen (nieuwbouw met name) en te weinig aandacht had voor het belang van de individuele cliënt. Opvallend om te zien is dat de visies van Trappenburg en Lavrijsen nog wel in zekere zin herkenbaar zijn in de locatiemanager zonder medische achtergrond. Zo zegt zij: *"het is mijn heilige missie hier het verschil te gaan maken. De woon- en leefomstandigheden moeten verbeterd worden. Ik vind de meubels oud, het huis is oud, verwarming en luchtbehandeling kloppen niet. Ik kan het huis niet zomaar verbouwen, maar er moet hier een heleboel. En dat zal veranderen, al kan ik het niet alleen"* (Interview 6). Dit zou geschaard kunnen worden onder de persoonlijke doelen van managers, waar Trappenburg het over heeft, die niet perse in het belang van de organisatie en alle betrokkenen hoeven te zijn. Daarentegen blijkt uit het interview met deze locatiemanager dat zij, net als alle andere respondenten, wel oprecht het belang van de cliënt centraal lijkt te hebben staan. De scheiding tussen managers en zorgverleners waar het gaat om medisch beleid biedt echter wel de ruimte aan managers om te weinig aandacht aan dat beleidsdeel te besteden. Wat ook zichtbaar is in de reden achter het opzeggen van de samenwerking met de vorige bestuursvoorzitter.

De meest recente literatuur, met name van Noordegraaf, besprak echter al een andere visie. Er zou geen sprake zijn van botsingen maar meer van een vorm van samenwerking en/of elkaar aanvullen. Dit is bij Pieter van Foreest duidelijk zichtbaar. De scheiding tussen management en zorgverleners is ook zeker niet alomvattend. Er is wel degelijk sprake van sturing binnen de organisatie. De klassieke professional, met volledige professionele autonomie, bestaat niet binnen de verpleeginstelling. Het sturingsmiddel dat wordt gebruikt is 'het protocol'. Er zijn protocollen voor van alles en nog wat, op zowel medisch als organisatorisch vlak. Er is hier echter weer een belangrijke constatering. De medische protocollen worden ontwikkeld door de zorgverleners zelf. Er worden hier teams voor opgericht bestaande uit zorgverleners. Uiteindelijk moet het protocol enkel nog goedgekeurd worden door een manager. Maar als die manager zelf geen uitgebreide medische kennis heeft is die hierin geheel afhankelijk van zijn vertrouwen in de betreffende zorgverleners. Hiermee is gelijk een interessant punt uit het theoretisch kader aangestipt: de medische kennis van managers. Lega (2013) beschreef hoe medisch professionals eerder sturing zullen accepteren van een manager met een medische achtergrond.



Dit is in het empirisch onderzoek niet duidelijk geworden. Wel is het interessant om te zien dat de locatiemanager met een achtergrond als zorgverlener informeel meer aandacht besteedt aan medische zaken dan haar collega zonder dergelijke achtergrond.

Bovendien is er in de structuur van Pieter van Foreest op dit vlak ook een opvallende zet gedaan door de organisatie. In het managementteam van de instelling is een specialist ouderengeneeskunde opgenomen, in de rol van medisch eindverantwoordelijke. Zo heeft het managementteam dus direct een grote hoeveelheid medische kennis in huis. Aangezien de medisch eindverantwoordelijke, de naam zegt het al, eindverantwoordelijk is voor het medisch beleid zal dit getuige de theorie dan ook geen acceptatieproblemen onder de zorgverleners moeten opleveren. Er is dan ook veel meer sprake van een samenwerking en aanvulling dan van een strijd, hetgeen aansluit bij de typologie 'negotiation' van Numerato et. al (2012). Wat betreft de protocollen binnen de organisatie is er een overwegend positief geluid hoorbaar. Mits het niet te verstikkend wordt gehandhaafd zijn de protocollen voor zorgverleners iets om op terug te kunnen vallen in lastige situaties. Voor managers is dit *het* instrument dat voor enige sturing en standaardisatie zorgt.

Zoals gezegd is er echter geen absolute strikte scheiding tussen management en zorgverleners of tussen organisatorisch en medisch beleid. Trappenburg (2009) en Evetts (2011) zeiden al dat managers andere doelstellingen hebben dan professionals. De belangrijkste van deze doelen betreft de financiën. En hoewel er geen sprake is van grote conflicten binnen de organisatie tussen management en zorgverleners is dit wel degelijk een punt waarop ontevredenheid en meningsverschillen zichtbaar werden. Het levert voor zover zichtbaar geen grote problemen op omdat iedereen beseft dat er nu eenmaal financiële grenzen zijn. De locatiemanagers zijn verantwoordelijk voor de budgetten. Dit is grotendeels gebaseerd op het zorgzwaartepakket (ZZP). Dat levert de beschikbare financiële ruimte op waarbinnen de organisatie met al haar medewerkers zal moeten manoeuvreren. Ondanks het breed gedragen begrip hiervoor wordt door enkele respondenten bediscussieerd waar het best op te bezuinigen valt. Verscheidene zorgverleners bekritisieren de bezuinigingen op personeel, zowel op kwantiteit (aantal medewerkers per afdeling) als kwaliteit (opleidingsniveau). Meer geld zou te halen zijn bij het verminderen van behandelingen, met name die in het ziekenhuis plaats moeten vinden. Dit is een kernpunt van het empirisch onderzoek. Maar het kostenaspect wordt niet, of hoogstens als bijkomend effect, genoemd. Het draait allemaal om kwaliteit van leven. De kern van kritiek op het beleid in de verpleeginstelling is ook niet voor niets dat er te weinig mankracht ingezet wordt op de afdelingen. Wegens tijdgebrek zou het bieden van uitgebreide aandacht aan cliënten in de verdrinking raken. Dit is wellicht de meest opvallende afwijkende mening die is gevonden tussen managers en zorgverleners. De locatiemanagers zijn namelijk van mening dat ze, binnen de mogelijkheden, wel degelijk genoeg ruimte creëren voor de zorgverleners in hun omgang met de cliënten, ook voor uitgebreider contact. Het feit dat dit te weinig gebeurt wordt door iedereen geconstateerd. Maar de schuld ervan wordt bij de andere partij gelegd. Dit sluit dus goed aan bij de literatuur die stelt dat er verschil van inzicht zal bestaan tussen professionals en managers wanneer het gaat om financiën. Op het gebied van medisch behandelbeleid lijkt dit echter niet het geval. Opvallend is wel dat de zorgverleners zeggen dat het geld beter gehaald kan worden bij minder hospitalisatie en zware behandelingen, maar dat zij zelf degenen zijn die hierover gaan, zij het in overleg met de cliënt. De managers lijken daar in ieder geval zeer weinig mee te maken te hebben.



Kortom, managers bij Pieter van Foreest laten de zorgverleners grotendeels vrij in het medisch beleid en het dagelijks medisch handelen. Alleen als er dingen mis gaan wat niet door de protocollen gedekt wordt kan er tussenkomst of ondersteuning van managers nodig zijn.

Hoofdvraag

- ***"Welke invloed hebben managers in verpleeghuizen op de overwegingen rond, en toepassing van, gezamenlijke medische besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt?"***

Dit onderzoek heeft zich gericht op twee brede onderwerpen met elk hun eigen resultaten en conclusies. Het eerste deelonderwerp betreft de praktijk van gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en cliënt binnen een verpleeginstelling. Het tweede deelonderwerp gaat over de invloed van managers op de zorgverleners binnen deze instelling. De conclusies over deze twee onderwerpen zijn reeds gegeven in de beantwoording van de deelvragen. De toegevoegde waarde van de beantwoording van deze hoofdvraag is dan ook voornamelijk de toevoeging van enige normatieve analyse van de gevonden resultaten en het geven van enkele aanbevelingen.

Gezamenlijke besluitvorming

Cliënten van verpleeginstellingen hebben te kampen met een slechte en vaak zeer complexe gezondheidstoestand. Hierdoor is er een groot netwerk van zorgverleners uit verschillende disciplines die allen bij de behandeling en verzorging van individuele cliënten betrokken zijn. Bij de verpleeginstelling Pieter van Foreest is er hierdoor sprake van een sterke mate van interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgverleners. De belangrijkste wijze waarop dit vormgegeven wordt is het multidisciplinair overleg (MDO). Bij deze MDO's is de cliënt echter niet aanwezig. Er wordt hier dus *over* de cliënt gesproken en niet *met*. Op deze wijze is er geen sprake van het uitgangspunt *gezamenlijke besluitvorming*. Dit moet immers plaats vinden tussen zorgverlener en cliënt. Dit gebeurt ook, maar op andere wijze en andere momenten. Het belangrijkste moment waarvan respondenten aangeven dat er dan gebruik gemaakt wordt van gezamenlijke besluitvorming is het intakegesprek op de dag van opname. Dit gesprek wordt gevoerd door een specialist ouderengeneeskunde met de cliënt. Er wordt ruimschoots de tijd genomen om enerzijds de cliënt en diens waarden en wensen te leren kennen en anderzijds de cliënt te informeren over belangrijke zaken die zullen of kunnen gaan spelen in de komende periode van verblijf in het verpleeghuis. Het belangrijkste resultaat van dit gesprek moet zijn dat men tot wederzijds gedragen besluiten is gekomen over te voeren medisch beleid. Dit lijkt in eerste instantie dus prima aan te sluiten op het principe van gezamenlijke besluitvorming zoals Elwyn (2012) dat definieert: *"an approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to consider options, to achieve informed preferences"* (p.1361). Toch komt uit de interviewresultaten duidelijk naar voren dat dit een ideaalbeeld betreft waar in werkelijkheid de nodige haken en ogen aan zitten.



De informatieasymmetrie tussen zorgverlener en cliënt is aanzienlijk. De cliënt belandt in een complexe situatie waar de zorgverlener uitgebreide expertise over heeft. De zorgverlener weet hoe ernstig en heftig de situatie van cliënten in verpleeghuizen is. Uit de interviewresultaten blijkt dat zij er een duidelijke opinie op na houden waar het gaat om wat 'kwaliteit van leven' is. Wanneer zware medische ingrepen, zoals reanimatie, ter sprake komen zijn uitspraken als 'dat moet je een cliënt niet meer aandoen' veel voorkomend.

In gesprekken over behandelbeleid lijkt er dan ook sprake te zijn van een meer overtuigende dan informerende rol van de zorgverleners. Ze geven ook aan dat uiteindelijk vrijwel elke cliënt instemt met in ieder geval een niet-reanimatiebeleid. In het uitzonderlijke geval dat een cliënt toch vasthoudt aan diens wens wel gereanimeerd te willen worden geven enkele zorgverleners zelfs aan dan niet te schromen over te gaan tot 'overrulen' door de wens van de cliënt aan te merken als 'medisch zinloos'.

Bovenstaande klinkt wellicht alsof de zorgverleners hun eigen zin doordrijven zonder rekening te houden met de cliënt. Uit de interviews blijkt echter dat zij dit oprecht doen met het oog op het belang van de cliënt, diens kwaliteit van leven. Dit valt echter wel onder de klassieke omschrijving van paternalistisch professionalisme. Dat is een grote tegenstelling met het uitgangspunt van gezamenlijke besluitvorming. Toch is mijn conclusie dat dit voornamelijk de beperkingen en dilemma's aantoont van gezamenlijke besluitvorming als uitgangspunt. Het is immers een gegeven dat de kennis en ervaring van zorgverleners veel groter is dan die van een cliënt. De zorgverleners zien de cliënten dag in dag uit en weten wat de vaak ernstige gevolgen zijn van ingrijpende medische behandelingen bij dergelijke kwetsbare ouderen. Zij kunnen aan de hand van gezamenlijke besluitvorming de cliënt hierover informeren. Maar denkende aan de in veel gevallen zeer ernstige gevolgen van iets als reanimatie, zoals bij Prins Friso is gebeurd, lijkt het niet meer dan logisch dat de zorgverleners cliënten zullen overtuigen te kiezen voor een niet-reanimatiebeleid. Aangezien ook gezamenlijke besluitvorming uiteindelijk als doel heeft om tot een wederzijds gedragen besluit te komen dat in het belang van de cliënt is, lijkt de overtuigende in plaats van informerende aanpak van zorgverleners in verpleeghuizen zelfs in het kader van gezamenlijke besluitvorming verdedigbaar. De beschikbare 'evidence', zoals in de reanimatierichtlijn van Verenso, toont aan dat dit echt in het belang van de cliënt is.

Management en organisatie

Het MDO en de intakegesprekken zijn een voorbeeld van organisatorisch beleid. Er bestaan hier protocollen voor binnen de instelling. Deze protocollen dienen door een manager te worden ondertekend zodat er sprake is van borging vanuit de top laag van de organisatie. Wanneer het om medische protocollen gaat is er echter weinig sprake van betrokkenheid van managers bij het opstellen en ontwikkelen ervan. Dit is tekenend voor de taakverdeling binnen de instelling. Er is sprake van een zeer strikte officiële scheiding tussen managers en zorgverleners waar het gaat om medisch beleid. Dit lijkt begrijpelijk omdat managers nu eenmaal niet dezelfde professionele medische kennis hebben als zorgverleners. Het wordt gezien als een kwestie van 'schoenmaker blijf bij je leest'. Als gevolg hiervan is er weinig sprake van beperking van professionele autonomie van zorgverleners door managers. Zo houden managers zich ook in het geheel niet bezig met individueel behandelbeleid van cliënten. De verplichte toepassing van gezamenlijke besluitvorming (wederzijdse informering tussen zorgverlener en cliënt) is wel vastgelegd in een protocol, maar ook dat protocol is door zorgverleners opgesteld.



Het antwoord op de hoofdvraag over welke invloed managers hebben op de toepassing van gezamenlijke besluitvorming kan dan ook heel kort beantwoord worden met: geen. Met als achterliggende overweging het 'schoenmaker blijf bij je leest' principe.

De geïnterviewde beleidsmedewerker stipt echter wel een mogelijk probleem hiervan aan. Juist door deze strikte scheiding bestaat het risico op te weinig onderlinge betrokkenheid. Zoals Stoter (2007) in het theoretisch kader al aangaf is voor een supportieve organisatiecultuur veel en open communicatie nodig tussen alle lagen en onderdelen van de organisatie. De beleidsmedewerker zou dan ook graag zien dat er altijd een manager onderdeel uitmaakt van de taakgroepen die zich bezig houden met de ontwikkeling van een nieuw protocol. Dit lijkt inderdaad aan te bevelen. Het verloop van de interviews voor dit onderzoek toont aan dat er aanzienlijke verschillen bestaan in de wijze waarop managers en zorgverleners naar de instelling en de cliënten kijken. Iets wat duidelijk zichtbaar is in het gegeven dat managers vaak praten over 'bewoners' en meerdere zorgverleners het hebben over 'patiënten'. Ook al is er dan weinig tot geen beïnvloeding door managers op het medisch handelen van zorgverleners, toch blijft het een feit dat zij wel het instellings- en locatiebrede beleid bepalen. Onder andere de financiën vallen onder hun verantwoordelijkheid. Hierdoor verkeren de zorgverleners wel in een afhankelijke positie. Het risico bestaat dat managers te weinig aandacht besteden aan het belang van medisch beleid binnen de instelling en zich teveel richten op hun eigen taken die meer liggen op het organisatorisch vlak. Pieter van Foreest vangt dit al enigszins op door het bestaan van de functie 'medisch eindverantwoordelijke'. Een specialist ouderengeneeskunde die onderdeel uitmaakt van het managementteam. Desondanks verdient het een aanbeveling om de scheiding tussen de verschillende lagen in de organisatie iets te verkleinen. Dit moet dan niet leiden tot beperking van de professionele autonomie van zorgverleners maar eerder tot meer onderling begrip en kennis over wat de ander zoal doet.

Aanvullend onderzoek

Zoals het wetenschappelijk onderzoek betaamt zijn er ook nieuwe vragen gerezen die voor een beantwoording aanvullend onderzoek vereisen. Allereerst zijn cliënten niet als respondenten in dit onderzoek opgenomen. Het zou interessant zijn om aanvullend onderzoek te doen naar hun ervaringen met gezamenlijke besluitvorming binnen een verpleeginstelling. Ervaren zij ook de in dit onderzoek geconstateerde *overtuigende* informering door de zorgverlener?

Verder ontbreken zoals bekend de hoogste bestuurders van de instelling als respondent. Aanvullend onderzoek hiernaar zou op dezelfde wijze als dit onderzoek ingericht kunnen worden om tot een breder beeld van de organisatie te komen.

Verder onderzoek bij andere verpleeginstellingen is sowieso noodzakelijk. Door uitkomsten daarvan naast dit onderzoeksrapport te leggen zal er sprake zijn van steeds beter generaliseerbare resultaten. Tenslotte zou een vergelijking met instellingen binnen de cure-sector ook nuttige inzichten op kunnen leveren. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid is reeds bezig met een signalement over gezamenlijke besluitvorming waarvoor onderzoek is gedaan binnen de cure-sector. Een vergelijking tussen deze twee onderzoeksrapporten zal dan ook zeker interessant zijn.



7. Literatuurlijst

- Andersen, L.B., (2009). What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences*, 75(1), p.79-97.
- Callahan, D., (1987). *Setting Limits. Medical goals in an aging society*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Centrum voor ethiek en gezondheid, (2013). *Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt – normatieve achtergrond*. Den Haag.
- Deetz, S. (1996). Describing differences in approaches tot organization science: Rethinking Burrell and Morgan and their legacy. *Organization Science*, 7(2), p.191-207.
- Derber, C., (1983). Managing professionals. *Theory and Society*, (12), p.309-341. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V..
- Dorrestein, M. van, (2013). *Pieter van Foreest neemt afscheid van bestuurder*. Zorgvisie.nl, 4 februari 2013: <http://www.zorgvisie.nl/Personeel/Nieuws/2013/2/Pieter-van-Foreest-neemt-afschied-van-bestuurder-1164536W/>
- Dwarswaard, J., Hilhorst, M. en Trappenburg, M., (2011). The doctor and the market: about the influence of market reforms on the professional medical ethics of surgeons and general practitioners in The Netherlands. *Health Care Anal*, 19(1), p.388-402.
- Edwards, A. en Elwyn, G., (2009). *Shared decision-making in health care: achieving evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press.
- Elwyn, G., (2001). *Shared decision making. Patient involvement in clinical practice*. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Elwyn, G., et.al., (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10): p.1361-1367.
- Evetts, J., (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), p.406-422.
- Fournier, V., (1999). The appeal to 'professionalism' as a disciplinary mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), p.280-307.



- Freidson, E., (1994). *Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, E., (2001). *Professionalism, the third logic: on the practice of knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hilhorst, M., (1999). *Er dokter bij blijven. Medisch-ethisch handelen in veranderende omstandigheden*. Assen: Van Gorcum.
- Labrie, N., (2011). Ruimte of kloof? Over afstemming tussen managers en professionals. *Journal of Social Intervention*, 20(1), p.100-117.
- Lega, F., (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value in Health*, 16, p.46-51. Elsevier Inc.
- Lekkerkerk, T., (2012). *Meldactie Samenwerking tussen zorgverleners*. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.
- Luk, A., (2009). The effectiveness of a caring protocol: an evaluation study. *Journal of Research in Nursing*, 14(4), p.303-316.
- Meulen, M.J. van der, (2009). *Achter de schermen: vakontwikkeling en professionalisering van publieke managers in de zorg en bij de politie*. Delft: Eburon.
- Noordegraaf, M., (2011). Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations. *Current Sociology*, 59(4), p.465-488.
- Noordegraaf, M., (2011). Risky Business: how professionals and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization Studies*, 32(10), p.1349-1371.
- Noordegraaf, M. en Schinkel, W., (2011). Professional capital contested: a bourdieusian analysis of conflicts between professionals and managers. *Comparative Sociology*, 10(1), p.97-125.
- Numerato, D., Salvatore, D. en Fattore, G., (2012). The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociology of health and illness*, 34(4), p.626-644.
- Pieter van Foreest, (2013). *Over ons*. <http://pietervanforeest.nl/over-ons/>, geraadpleegd op 29 juli 2013.
- Pieter van Foreest, (februari 2013). *Vertrek voorzitter Raad van Bestuur*. <http://pietervanforeest.nl/nieuws/vertrek-voorzitter-raad-van-bestuur/>, geraadpleegd op 10 april 2013.



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, (20 juni 2013). *Arts en patiënt samen voor goede zorg*. <http://rvz.net/pers/bericht/arts-en-patient-samen-voor-goede-zorg>, geraadpleegd op 2 juli 2013.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, (2007). *Vertrouwen in de arts*. Den Haag.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, (2013). *Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer / De participerende patiënt*. Den Haag.

Ricketts, T., et.al, (2003). Evaluating the development, implementation and impact of protocols between primary care and specialist mental health services. *Journal of Mental Health*, 12(4), p.369-383.

Roberts, J. en Dietrich, J., (1999). Conceptualizing Professionalism: Why Economics needs Sociology. *American Journal of Economics and Sociology*, 58, p.977-998.

Silverman, D., (2010). *Doing qualitative research*. Londen: Sage.

Stoter, A., (2007). *De communicerende organisatie. Communicatie in relatie tot organisatieverandering*. Den Haag: Boom onderwijs.

Thiel, S. van, (2010). *Bestuurskundig onderzoek: Een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Thistlethwaite, J.E., (2004). *Informed shared decision making and medical education*. Universiteit Maastricht.

Trappenburg, M., (2009). *Ethiek voor managers*. Utrecht.

Verenso, (2013). *Multidisciplinaire richtlijn. Besluitvorming over reanimatie*. Utrecht.

Wilensky, H.L., (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), p.137-158.

Zorginstellingen Pieter van Foreest, (2013). *Jaardocument maatschappelijke verantwoording 2012*. Delft.

Zorgwelzijn, (4 september 2008). *Eenduidige reanimatierichtlijn voor verpleging en verzorging*. <http://www.zorgwelzijn.nl/Ouderenzorg/Nieuws/2008/9/Eenduidige-reanimatierichtlijn-voor-verpleging-en-verzorging-ZWZ010267W/>, geraadpleegd op 15 mei 2013.