

Het delegeren van zorgbeleid naar de afdeling

Het veranderingsproces in een psychogeriatrisch verpleeghuis

A. Nieuwenhuis*

Het is niet eenvoudig drie processen te combineren: het doorvoeren van horizontale differentiatie, het samenstellen van nieuwe afdelingsteams en het delegeren van de ontwikkeling van zorgbeleid naar multidisciplinaire teams op afdelingsniveau. Toch waagde men zich in psychogeriatrisch verpleeghuis 't Blauwbörgje in Groningen aan deze drieslag. Een beschrijving van de uitgangspunten, het veranderingsproces, de knelpunten en de eerste resultaten

Is een dergelijke drieslag wel te realiseren, en is het überhaupt verstandig? In september 1995 ging men in verpleeghuis 't Blauwbörgje, dat 180 psychogeriatrische bedden, 24 plaatsen voor dagbehandeling en zes bedden voor socialiserend wonen telt, daadwerkelijk aan de slag met dit veranderingsproces.

Met ondersteuning van organisatie-adviesbureau NOAG is er nu bijna een jaar aan gewerkt. De verandering is complex en heeft ingrijpende gevolgen voor alle medewerkers, bewoners en familieleden. Maar de resultaten die tot op heden zijn geboekt, zijn goed te noemen.

Uitgangspunten

Het overheidsbeleid, dat zich richt op substitutie en versterking van de thuiszorg, en het beddentekort in de regio leiden er toe dat de

verblijfsduur van bewoners in het verpleeghuis afneemt. Nieuwe bewoners komen binnen met een grotere zorgbehoefte dan voorheen en dienen bovendien sneller door te stromen naar een ander niveau van zorg.

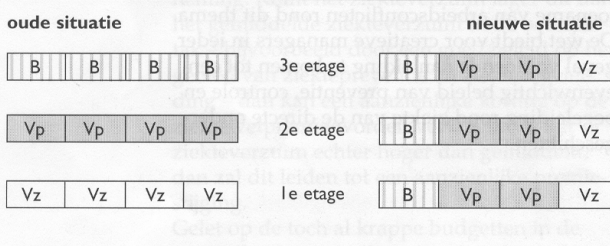
De korter wordende verblijfsduur staat op gespannen voet met de zorgvisie van het huis, namelijk: bewoners veiligheid en begrip aanbieden door het zoveel mogelijk creëren van een duurzame relatie tussen bewoners en personeel in termen van een huiselijke woonomgeving.

't Blauwbörgje kende voor haar zorggroepen verzorgings-, verplegings- en begeleidingsbehoefte een indeling naar verticale differentiatie, waarvan de effectiviteit al enige tijd ter discussie stond. Horizontale differentiatie wordt beschouwd als een deel van het antwoord op het overheidsbeleid. Horizontale differentiatie houdt in dat drie groepen met elk een verschillend niveau van zorgbehoefte op één afdeling worden geplaatst (zie figuur 1). Hierdoor kan de gewenste doorstroming voortaan binnen dezelfde afdeling plaatsvinden, zodat de zorgvisie gewaarborgd is.

Visie op de toekomst

Behalve op het overheidsbeleid wil het managementteam anticiperen op maatschappelijke ontwikkelingen en flexibel kunnen inspelen op de zorgvraag. Daarom is gekozen voor delegatie van het zorgbeleid van dienst naar afdelingsniveau. Tevens is de keuze gemaakt om, naast de bestaande multidisciplinaire benadering van individuele bewoners, ook op afdelingsniveau multidisciplinair te

Figuur 1. De oude situatie afgezet tegen de nieuwe (Vz = verzorging; Vp = verpleging; B = begeleiding).



* Drs. A. Nieuwenhuis is als trainer/adviseur verbonden aan Organisatie-adviesbureau NOAG bv te Groningen.

gaan werken. Het multidisciplinaire zorgbeleidsteam is verantwoordelijk voor het zorgbeleid op afdelingsniveau.

Horizontale differentiatie betekende voor 't Blauwbörge een interne reorganisatie. Afgezien van dagbehandeling en socialiserend wonen, zijn uit de bestaande twaalf units drie nieuwe afdelingen gevormd van elk zestig bedden. Een begeleidingsunit en een verzorgingsunit zijn omgezet in verplegingsunits, vanwege de toenemende vraag naar dit zorgniveau. Vervolgens zijn per afdeling multidisciplinaire zorgbeleidsteams samengesteld, elk bestaande uit het afdelingshoofd, vier teamcoördinatoren, de psycholoog, arts en maatschappelijk werkende.

Afdelingshoofd verantwoordelijk

In de nieuwe opzet is het zorgbeleidsteam de taak toebedeeld zorg te dragen voor het afdelingszorgbeleid, zowel ten aanzien van de ontwikkeling als de uitvoering. Opvallend in dit concept is de rol van het afdelingshoofd ten opzichte van de overige disciplines. Als voorzitter van de zorgbeleidsbespreking is het afdelingshoofd verantwoordelijk voor de totstandkoming van het beleid. Dit betekent dat het afdelingshoofd als 'initiator' leiding (sturing) geeft aan dit proces. De leden van het team zijn vanuit hun eigen taak- en deskundigheidsgebied verantwoordelijk voor de ontwikkeling en uitvoering van het beleid. Alle disciplines komen geïntegreerd samen in het beleid. Dit betekent samen maken en samen dragen. Het resultaat van het teamoverleg wordt ter goedkeuring aan het managementteam voorgelegd. Om de specifieke medische eindverantwoordelijkheid te waarborgen, wordt de presentatie en de rapportage aan het managementteam gezamenlijk verzorgd door het afdelingshoofd en de arts.

Gevolgen voor de afdelingen

De reorganisatie betekent voor iedereen een nieuwe samenstelling op afdelingsniveau, dit wil zeggen dat veel units moesten verhuizen van de ene naar de andere etage. De samenstelling van de units ten aanzien van medewerkers en bewoners bleef echter onveranderd.

In de nieuwe situatie komen bewoners van verschillend zorgniveau elkaar op de afdeling tegen en lopen bij elkaar binnen in de huiskamer. Bewoners worden binnen de afdeling overgeplaatst en kunnen daardoor in verwarring raken omtrent de unit waarop ze thuishoren.

Voor de medewerkers betekent dit dat ze moeten leren omgaan met bewoners van een ander zorgniveau. Daarom is het noodzakelijk dat ze

inzicht krijgen in de werkwijze van andere units ten aanzien van gedrag en omgang met bewoners. Eilandvorming is uit den boze. Medewerkers moeten leren zich verantwoordelijk te voelen voor zestig bewoners in plaats van de vijftien van hun eigen unit. Het is de taak van het zorgbeleidsteam dit proces aan te sturen. Dit team moet de voorwaarden scheppen. In de verschillende zorgbeleidsteams is dan ook gekozen voor integratie en samenwerking als eerste speerpunt.

Tegelijkertijd moet het team zelf leren multidisciplinair te denken en te handelen. Daarbij gaat het om een cultuuromslag. Het delegeren van zorgbeleid betekent primair ander gedrag van degene die verantwoordelijk wordt gesteld. Dit houdt nogal wat in, zeker in combinatie met het doel flexibel en adequaat te kunnen anticiperen op veranderingen. Het vereist primair een omslag van passief naar actief gedrag. Passief gedrag betekent uitvoeren wat je wordt opgedragen, en actief gedrag: bedenken wat je gaat doen en tevens uitvoeren.

Het veranderingsproces

In juni 1995 nam het managementteam het besluit de organisatiestructuur te wijzigen en het zorgbeleid te delegeren naar afdelingsniveau. De nieuwe situatie zou per 1 maart 1996 operationeel moeten zijn. De vraag was: hoe valt dit zo effectief mogelijk te realiseren? In samenwerking met NOAG werd een implementatieplan ontwikkeld.

Omdat in een veranderingsproces oude zekerheden verdwijnen, hebben mensen snel behoefte aan nieuwe zekerheden. Door hen in de gelegenheid te stellen zelf gestalte te geven aan de nieuwe werkwijze, creëren ze hun eigen nieuwe zekerheid. Een niet onbelangrijk neveneffect hiervan is, dat bestaande weerstanden worden gereduceerd.

Vanuit deze gedachtengang is besloten de zorgbeleidsteams vóór de invoering van de nieuwe situatie te trainen op hun nieuwe taak. Op deze wijze werden de teams goed voorbereid op hun nieuwe taak en waren ze in maart 1996 daadwerkelijk operationeel: men was een team, had werkafspraken gemaakt en beleidsprioriteiten gesteld. Om de tijdens de training

Hoofddoel

Het doel van het totale traject werd als volgt geformuleerd: Het ontwikkelen van multidisciplinaire teams die in staat zijn geaccepteerd afdelingszorgbeleid te formuleren met als concreet resultaat een jaarplan. Om dit doel te bereiken, is gekozen voor een drie-fasenstructuur:

- voortraject (september/oktober 1995);
 - trainingstraject (november/december 1995);
 - begeleidingstraject (maart-september 1996).
-

Het d
de af
gemaakte afspraken daadwerkelijk handen en voeten te geven, werd tevens gekozen voor begeleiding in het eerste halfjaar.

Voortraject

De functie van het voortraject was het verschil tussen de gewenste en de actuele situatie helder te krijgen. In kaart werd gebracht waar de mensen stonden ten aanzien van motivatie, randvoorwaarden en leerbehoeften.

Hieruit kwam naar voren dat de motivatie ten aanzien van de verandering varieerde van zeer positief tot duidelijke weerstand. De meeste deelnemers stonden er gematigd positief of neutraal tegenover, maar wel met de nodige vraagtekens bij de inhoudelijke invulling van de zorgbeleidsbespreking.

Wat betreft de randvoorwaarden bleek een sterke behoefte te bestaan aan een helder kader waarbinnen de zorgbeleidsbespreking opereert en aan richtlijnen voor de inhoudelijke invulling hiervan. Dit laatste bevestigt het uitgangspunt dat men behoefte heeft aan nieuwe zekerheden. In dit stadium stond men nog wat ambivalent tegenover enerzijds sturing van boven en anderzijds het zelf willen doen. Iemand zei heel treffend: 'We moeten volwassen worden'.

Op het punt van de leerbehoeften kwam naar voren dat mensen willen werken aan een cultuur die wat zakelijker van aard is: duidelijke communicatie, heldere afspraken en elkaar hierop aanspreken.

Trainingstraject

De gegevens uit het voortraject en het geformuleerde hoofddoel vormden samen het uitgangspunt voor de ontwikkeling en uitvoering van fase twee: het trainingstraject.

Uit het voortraject werd geconcludeerd dat het verstandig zou zijn de afdelingshoofden voorafgaand aan het trainingstraject apart te informeren over de genoemde randvoorwaarden en wat dit voor hun functie betekent.

Vervolgens zijn de drie verschillende teams getraind, waarbij de volgende leerdoelen centraal stonden:

- afdelingshoofden leren het zorgbeleidsteam aan te sturen op inhoud, proces en procedure;
- mensen vanuit verschillende disciplines leren effectief samen te werken;
- de teams leren zelfstandig problemen op te lossen;
- de teamleden leren elkaar feedback te geven;
- de teams leren draagvlak te creëren voor het nieuwe zorgbeleid.

Het resultaat van de training was dat de teams zodanig enthousiast werden, dat ze in januari

direct verdergingen met hun zorgbeleidsbespreking, terwijl dit pas vanaf maart van hen werd verlangd.

Begeleidingstraject

In de laatste fase van het traject lag het accent op het handen en voeten geven aan de afspraken uit de trainingdagen. Hierbij is gekozen voor een combinatie van teambegeleiding en individuele coaching. Bij de individuele coaching lag het zwaartepunt bij de afdelingshoofden, dus coaching van het sturingsproces. Ook individuele coaching van teamleden was een mogelijkheid.

Tijdens de trainingdagen hadden de teams besloten dat samenwerking en communicatie het speerpunt zou worden van het nieuwe beleid. Inhoudelijk beleid ten aanzien van bewoners en familie zou op de tweede plaats komen. In de begeleidingsfase is gewerkt aan het concretiseren van deze uitgangspunten. Dit leidde tot de volgende prioriteiten:

1. samenwerking binnen de zorgbeleidsteams;
2. samenwerking binnen de units;
3. samenwerking tussen de units;
4. units betrekken bij de beleidsvoorbereiding (draagvlak creëren);
5. beleidsbeslissingen nemen ten aanzien van bewoners en familie;
6. uitvoering van beslissingen zoveel mogelijk delegeren naar unitniveau.

Deze prioriteiten zijn wel te onderscheiden, maar in de praktijk niet te scheiden: alles heeft met alles te maken. Derhalve werd gestuurd op het nemen van beleidsbeslissingen (punt 5) als voertuig om de andere prioriteiten te realiseren. Tevens werd hiermee een sturingsinstrument gecreëerd voor het hanteren van de grote hoeveelheid ideeën en mogelijke activiteiten.

Knelpunten

Een nieuw team dat met elkaar voor de nieuwe taak staat beleid te formuleren moet nogal wat hobbels nemen. De belangrijkste worden kort genoemd.

Men had moeite met het aanbrengen van structuur in de brij van ideeën en activiteiten. Dit resulteerde nogal eens in het formuleren van losse activiteiten zonder samenbindende factor of onderliggende visie. Het formuleren van een eenvoudig en duidelijk beleidsplan was dan ook een proces van vallen en opstaan.

Mensen moesten tevens leren beleidsvorming en uitvoering van elkaar te scheiden. Deze zaken liepen in de vergaderingen nogal eens door elkaar, waardoor de discussie vertroebelde. Het laatste punt kan worden samengevat onder de noemer 'strategisch denken'. Een

Valkuilen

- geen gezamenlijk referentiekader;
- te weinig aandacht bij de leidinggeevenden voor het delegeren;
- de eindverantwoordelijkheid onderbrengen bij meerdere disciplines;
- te snel resultaten willen forceren;
- pas aandacht hebben voor de nieuwe vormen en het nieuwe gedrag na invoering van de nieuwe structuur;
- iedereen bezig voor zichzelf het wiel uit te vinden.

zorgbeleidsteam moet strategisch leren denken. Wat willen we bereiken? Hoe kunnen we dit zo effectief mogelijk realiseren, zodanig dat het gedragen wordt door de afdeling?

Dit soort knelpunten werd op basis van nieuwe ervaringen en een andere wijze van waarnemen langzaam maar zeker voor iedereen helder.

Eerste resultaten

Bij het schrijven van dit artikel verkeert de begeleiding nog in de eindfase. Toch is op dit moment al een aantal duidelijke resultaten te melden.

Zo werkte het coachen van de afdelingshoofden op het voorbereiden van de vergadering merkbaar effectief. Hetzelfde geldt voor de begeleiding van het team tijdens de vergadering en de feedback aan de hoofden direct na afloop ervan. De vergaderingen verliepen van maand tot maand gestructureerder en doelmatiger en de teams werden meer en meer een eenheid.

De teams zijn enthousiast bezig de beleidsplannen voor 1996 rond te krijgen. De eerder genoemde weerstanden zijn niet of nauwelijks meer aanwezig. De positieve resultaten rechtvaardigen de stelling dat het geformuleerde hoofddoel van het veranderingsproces voor een belangrijk deel is behaald.

We kunnen stellen dat 't Blauwbörge, hoewel het proces nog niet voltooid is, met de beschreven aanpak de goede weg is ingeslagen. Met name het anticiperen op de veranderingen door vroegtijdig trainen en begeleiden heeft een positieve uitwerking gehad en een fundament gelegd voor de toekomst.