

MEER DAN DE SOM DER DELEN?

**Een samendenken van
menslievende zorg en
Lean denken, met als casus
de maatschappelijke opvang.**

Masterthesis Zorg, Ethiek en Beleid
Universiteit van Tilburg

Caroline Zielhorst
Juli 2012

Thesisbegeleider: Dr. G.J. Olthuis
Tweede lezer: Dr. J.M.N.E. Jans

Inhoudsopgave

VOORWOORD	v
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	1
1.1 <i>Probleemstelling</i>	1
1.2 <i>Onderzoeksopzet</i>	3
1.2.1 <i>Vraagstelling</i>	3
1.2.2 <i>Doelstelling</i>	4
1.2.3 <i>Onderzoeksmethode</i>	4
HOOFDSTUK 2 WONEN BINNEN DE MAATSCHAPPELIJKE OPVANG	6
2.1 <i>De woonvoorziening</i>	7
2.1.1 <i>De locatie</i>	7
2.1.2 <i>De bewoners</i>	9
2.2 <i>Wonen in de woonvoorziening</i>	13
2.3 <i>Werken in de woonvoorziening</i>	16
2.4 <i>Een zorgproces in de Gaarshof</i>	17
HOOFDSTUK 3 MENS LIEVENDE ZORG	20
3.1 <i>Menslievende zorg</i>	21
3.1.1 <i>Menslievende zorg in het St. Elisabeth Ziekenhuis</i>	24
3.2 <i>Erkenning</i>	26
3.2.1 <i>Erkenning van cliënten</i>	30
3.2.2 <i>Erkenning van professionals</i>	31
3.3 <i>Menslievende zorg in de Gaarshof</i>	32
3.4 <i>Om mee te nemen</i>	35
HOOFDSTUK 4 LEAN DENKEN	36
4.1 <i>Theorie van Lean</i>	36
4.1.1 <i>Lean in twee delen</i>	38
4.1.2 <i>Basisprincipes van Lean</i>	40
4.1.3 <i>Lean-gereedschapskist</i>	43
4.2 <i>Lean denken in de zorg en wetenschappelijk onderzoek</i>	45
4.3 <i>Om mee te nemen</i>	49
HOOFDSTUK 5 DE SOM DER DELEN	50
5.1 <i>Overeenkomsten tussen menslievende zorg en Lean denken</i>	52
5.1.1 <i>Erkenning van professionals</i>	53
5.1.2 <i>De cliënt centraal</i>	54

5.2	<i>Verschillen tussen menslievende zorg en Lean denken</i>	55
5.2.1	Morele waarde vs. waarde als <i>nut</i>	55
5.2.2	Waarde in zich hebben vs. waarde toevoegen	57
5.2.3	Inhoudelijk vs. procesmatig	58
5.3	<i>Tegenstrijdigheden tussen menslievende zorg en Lean denken</i>	60
5.3.1	Scharrelruimte	61
5.3.2	Presentie	61
5.3.3	Reciprociteit	63
5.4	<i>Een zorgproces in de Gaarshof</i>	65
HOOFDSTUK 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN		69
6.1	<i>Beantwoording onderzoeksvragen</i>	69
6.1.1	Deelvraag 1	69
6.1.2	Deelvraag 2	70
6.1.3	Hoofdvraag	71
6.2	Aanbevelingen	73
SAMENVATTING		75
GERAADPLEEGDE LITERATUUR		77
Bijlage 1	Persoonlijk profiel	80
Bijlage 2	Persoonlijk plan	82
DANKWOORD		83

VOORWOORD

Gedurende het grootste deel van de premaster en master Zorg, Ethiek en Beleid was ik werkzaam als middenmanager binnen de Stichting Maatschappelijke Opvang Breda e.o.

Iemand vroeg mij tijdens mijn studie eens hoe ik de aansluiting ervoer van de opleiding op het werk. Ik heb daarop geantwoord dat het leek of ik me in twee parallelle werelden bevond: het filosoferen en praten over goede zorg op de opleiding en het werken binnen de maatschappelijke opvang. Twee werelden die zich wel in dezelfde *ruimte* bevinden, maar die elkaar niet raken.

Ik werd regelmatig in verwarring gebracht door wat op de opleiding aan bod kwam. Enerzijds voelde ik me aangetrokken tot (en kon ik me erg vinden in) de theorieën over goede zorg, anderzijds zag de invulling van mijn werk er heel anders uit dan ik vanuit die goede-zorg-gedachte mogelijk wilde.

Doorheen de hele opleiding puzzelde dat mij enorm: hoe kon het zo zijn dat ik die twee werelden niet wist te verenigen?

Ik ben er (nog) niet aan uit, en het vraagstuk puzzelt me nog steeds. Inmiddels ben ik binnen de organisatie doorgegroeid naar de staffunctie Kwaliteit en mag ik me op allerlei manieren bezighouden met kwaliteitsvraagstukken. Het denken over goede zorg krijgt daarmee meer een plaats in mijn werkzame leven.

Tijdens de master ging een van de colleges over het inzetten van Lean denken in de zorg. Dat pakte mij en heeft me niet meer losgelaten: ik vind het een erg spannende gedachte dat een methodiek vanuit een productieomgeving overgezet wordt naar de zorg. Sterk tegen een maakbaarheid gekant als ik ben, kon ik me haast niet voorstellen dat goede zorg daarmee nog vorm gaat krijgen. Die interesse heeft de basis gevormd voor het onderwerp van mijn masterthesis.

Het zoeken naar een balans van instrumenteel denken en filosoferen was voor een praktisch ingesteld mens als ik soms een hele uitdaging. Me verdiepen in de verschillende onderwerpen en het sparren over mijn bevindingen en gedachten heeft mijn denken nog meer gescherpt. Het onderwerp heeft mij erg geïnspireerd en dat heeft het uiteindelijk ook heel leuk gemaakt; ik ging mijn eigen thesis namelijk heel interessant vinden.

Ik wens mijn lezer een vergelijkbaar genoegen.

In de zorg is de laatste jaren de ontwikkeling zichtbaar dat Lean denken¹ (afkomstig van Toyota) wordt ingezet als verbeterinstrument om o.a. te werken aan de efficiency van werkprocessen en het reduceren van verspilling. Het uitgangspunt in Lean denken is steeds de waarde van de klant, waaruit verbetermaatregelen als continu gestaag verbeteren en het minimaliseren van verspilling, logischerwijs volgen. Lean denken is afkomstig uit de auto-industrie en ademt een zekere maakbaarheid uit. Niet alleen is er sprake van een lineair proces (zoals we in deze thesis zullen zien), maar dat proces kan ook helemaal *lean* gemaakt worden: het kan worden ontdaan van alle verspilling.

Menslievende zorg benadert (zorg)processen heel anders. Menswaardigheid staat dan centraal, en erkenning van de cliënt en de professional. Het denkt na over goede zorg, niet op een instrumentele manier (zoals in Lean denken het geval is), maar door te verdiepen, door de zorg te bezien vanuit een relatie.

Is het mogelijk om de twee te combineren? Kunnen menslievende zorg en Lean denken elkaar mogelijk aanvullen in het denken over goede zorg? Of staan ze haaks op elkaar en zijn beide theorieën niet met elkaar te verenigen? In deze thesis ga ik op zoek naar een antwoord op die vragen.

De vraag die in deze thesis centraal zal staan, is de volgende. Kan Lean denken, in combinatie met menslievende zorg, een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de woonvoorzieningen van de maatschappelijke opvang?

Er wordt binnen de Stichting Maatschappelijke Opvang Breda e.o. (waar ik werkzaam ben) gesproken over 'waardecreatie voor de cliënt' als doelstelling, in verschillende visie- en koersdocumenten. Het belang van cliënten komt binnen de organisatie steeds meer voorop te staan in de (ontwikkeling en verbetering van de) zorg of dienstverlening die aan de cliënten geleverd wordt.

Lean denken lijkt aan te sluiten bij wat SMO Breda e.o. zichzelf als doel heeft gesteld; het optimaliseren van zorg- en dienstverlening aan cliënten, daarbij aansluitend op de wensen en behoeften van de cliënt. Ik zal in deze thesis laten zien dat een combinatie van Lean denken met menslievende zorg zeer goed mogelijk is. Dat gaat gepaard met een zekere spanning, maar dat is een goede relatie vaker het geval. Ik zal bepleiten dat het een wenselijke combinatie is in het denken over goede zorg.

1.1 *Probleemstelling*

"Lean denken is een ontwikkelmodel dat gericht is op gestaag, continu

¹ Lean wordt in de literatuur wisselend met en zonder hoofdletter geschreven. Omdat ik in deze thesis met *Lean* verwijs naar het gedachtegoed van Womack & Jones (2003) en daarmee dus een bredere invulling van het begrip bedoel dan het woord lean, heb ik ervoor gekozen Lean met een hoofdletter te schrijven.

*verbeteren in kleine stappen, die recht doen aan de complexiteit van de zorg (...) dat is gebaseerd op de principes die ten grondslag liggen aan het gerenommeerde productiesysteem van autofabrikant Toyota.*²

Lean stelt medewerkers heel centraal in de verbeterprocessen, zij worden als kostbare resource beschouwd.³ Het betekent dat mensen in het proces worden betrokken en ze zodanig worden uitgerust dat ze hun processen en de manier waarop ze werken kunnen uitdagen en verbeteren, en ook het gevoel hebben dat zij het kunnen.⁴

Van Heijst (2008b) komt op een vergelijkbaar punt in *Iemand zien staan*, als ze het heeft over de erkenning van de professionals. Maar daar waar in Lean denken de nadruk vooral ligt op de kracht van de medewerker als professional en als mogelijk bijdragend aan het verbeteren van het werkproces, besteedt Van Heijst ook aandacht aan de noden en behoeften van de individuele medewerker, als mens, niet per se als professional in een organisatie. De betrekking van mens tot mens staat dan centraal, meer dan wat de professionele mens kan bijdragen aan het proces of het product.

Lean denken richt zich op het in beeld brengen van werkprocessen, teneinde ze, vanuit het creëren van waarde voor de cliënt, te optimaliseren en verspilling te reduceren.

Zorginstellingen zien zich voor de uitdaging gesteld goede zorg te leveren met weinig middelen, dat is binnen woonvoorzieningen (binnen de maatschappelijke opvang) niet anders. Wonen in een woonvoorziening brengt allerlei gevolgen met zich mee voor de cliënt: van de ene op de andere dag terecht komen op een vreemde plek, samen moeten wonen met onbekenden, zich aan moeten passen aan een nieuwe en onbekende instellingscultuur, begeleid worden door professionele medewerkers die zeggenschap hebben over de huisregels en de dagindeling en die zich met het leven van de bewoner bemoeien.⁵

De kwaliteit van leven hangt samen met de mate waarin iemand in staat is een volwaardig leven te leiden, en wat dat volwaardige leven inhoudt, is afhankelijk van hoe een persoon daar zelf over denkt. Een volwaardig leven leiden binnen een woonvoorziening betekent tevreden zijn over je leven en zo min mogelijk professionele hulp krijgen.⁶

Hoewel Lean denken vaak als hulpmiddel wordt beschouwd om de zorg efficiënter te kunnen laten verlopen (om zo te kunnen bezuinigen), is dit niet het uitgangspunt van Lean denken. Lean is gebaseerd op het creëren van waarde voor de klant (waarbij het begrip klant breed gedefinieerd kan worden) en dat is uitgangspunt in de verbeteracties die in de Lean-methode zijn beschreven. De waarden die belangrijk zijn voor de cliënt, zijn individueel bepaald. In de zorgethiek is daar ook veel aandacht voor: het gaat om het erkennen van de hele mens, als individu, met noden en behoeften. Niet alleen gericht zijn op dat wat niet in orde is, maar de cliënt als mens, als persoon in beeld krijgen en afstemmen op diens behoeften. Annelies van

² Benders, J., Rouppe van der Voort, M. & Berden, B., *Lean denken en doen in de zorg. Acht verhalen uit de praktijk*, Den Haag: Lemma (2010), achterflap

³ Sayer, N. & Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2011), p. 36

⁴ Morgan, J., & Brenig-Jones, M., *Lean six sigma voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2009), p. 11

⁵ Wolfshöfer, C. en Bröer, C., 'Opvang en resocialisatie', in: *Sociologie*, vol. 5, nr. 4 (2009), p. 462

⁶ Bosch, A. & Dorrestein, A., *Meer dan bed, bad en brood*, Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant (2005), p. 17

Heijst beschrijft dat in haar boeken *Menslievende zorg* (2008a) en *Iemand zien staan* (2008b). Lean denken sluit daarop aan in het erkennen van de waarde van de klant. Maar hoewel Lean denken over waarde spreekt, wordt aan dat begrip weinig invulling gegeven; het gaat om de waarde van de klant, die leidt tot een zekere tevredenheid. Van Heijst bespreekt in haar boeken echter helder welke waarden van belang zijn; zij heeft het over een benadering van de cliënt als mens die in zijn geheel in beeld moet komen, en stelt de betrekking van mens tot mens, maar ook van professional tot zorgvrager, centraal. Daarin wordt een wederkerigheid beschreven die essentieel is voor de zorgrelatie, waarin beide mensen tot uitdrukking kunnen komen. Lean richt zich op het verbeteren van het werkproces, met als beoogd doel het overhouden van dat wat van waarde is, maar er wordt in Lean niet beschreven wat die waarde is. De zorgethische theorieën van Van Heijst kunnen daar mogelijk aanvullen wat Lean ontbeert voor de zorg.

Hoogbergen (2010) heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om Lean en lief (als afgeleide van menslievende zorg) met elkaar te verenigen. Hij wijst op het gevaar in de implementatie van Lean dat men doorschiet in het doorvoeren van efficiëncymaatregelen waardoor de waarde van de klant juist in het gedrang komt.⁷ Maar hij laat ook zien dat Lean en lief met elkaar te verenigen zijn, in het bijzonder daar waar het gaat om het centraal stellen van de vraag van de klant.⁸ Ik zal daar op doorgaan en onderzoeken of Lean en menslievende zorg mogelijk in elkaars verlengde liggen, en of Lean, gecombineerd met menslievende zorg, een instrument kan vormen om kwaliteit van zorg in woonvoorzieningen binnen de maatschappelijke opvang te verbeteren.

1.2 Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk beschrijf ik hoe het onderzoek, dat in deze thesis is uitgewerkt, eruit ziet. Allereerst geef ik de hoofd- en deelvragen weer, die centraal staan in deze thesis. In het tweede deel beschrijf ik wat het doel is van dit onderzoek. In de laatste paragraaf beschrijf ik op welke manier het onderzoek is uitgevoerd.

1.2.1 Vraagstelling

De centrale vraag in deze thesis is de volgende:

Hoe verhouden Lean denken en menslievende zorg zich, als het gaat om het verbeteren van kwaliteit van zorg binnen de woonvoorzieningen van de maatschappelijke opvang?

Om deze hoofdvraag goed te kunnen beantwoorden, maak ik gebruik van twee deelvragen:

⁷ Hoogbergen, J., *Lean thinking en menslievende zorg: naar een efficiënter en moreler ziekenhuis?* (2010) p. 54

⁸ Idem, p. 63

- *Hoe verhouden de principes van Lean denken zich tot de zorgethische theorie van Annelies van Heijst?*

Zoals ik in de probleemstelling kort heb aangestipt, werkt Annelies van Heijst in haar boeken het begrip menslievende zorg (*Menslievende zorg*, 2008a) nader uit, evenals erkenning (*Iemand zien staan*, 2008b). Deze zorgethische invalshoek vormt de basis van het kijken naar de zorg binnen de woonvoorziening, en het onderzoeken wat Lean kan betekenen in het verbeteren van deze zorg.

- *Hoe zijn de Lean-principes tot nog toe vertaald naar zorgpraktijken en wat kunnen woonvoorzieningen daaruit leren?*

Zorg die ook *wonen* omvat, gaat om andere dingen dan zorg waarbij sprake is van tijdelijk verblijf. Er zijn andere aspecten en aandachtspunten van belang. Als het gaat om wonen, dan gaat het ook om wat het betekent voor cliënten om niet te kunnen wonen waar je dat misschien eigenlijk graag zou doen. Om wat het betekent om je huis te moeten delen met 20 of zelfs 90 andere mensen, die je niet zelf hebt uitgekozen maar die je steeds tegenkomt, waar je steeds je leven mee deelt. Om wat het betekent dat je niet altijd vrij bent om zelf te bepalen hoe de dingen gaan, maar dat je in je 'eigen huis' gebonden bent aan regels die door een 'leiding' worden opgelegd, en waar je je aan te houden hebt. Deze vorm van zorg vormt het kader waarbinnen ik de zorgethische theorie van Van Heijst en de principes van Lean denken, met elkaar zal verbinden.

1.2.2 Doelstelling

De doelstelling van deze literatuurstudie is meer inzicht krijgen in hoe Lean en de zorgethische theorie van menslievende zorg zich verhouden, met betrekking tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan (en daarmee de kwaliteit van leven van) cliënten in een woonvoorziening van de maatschappelijke opvang.

Deze masterthesis is geschreven als afsluiting van de opleiding Zorg, Ethiek en Beleid aan de Universiteit van Tilburg.

1.2.3 Onderzoeksmethode

Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie, gericht op het wonen in een woonvoorziening, menslievende zorg (waarin ook erkenning wordt begrepen) en Lean denken.

In het voorbereiden en uitwerken van deze literatuurstudie heb ik een aantal stappen gezet.

Allereerst ben ik op zoek gegaan naar literatuur met betrekking tot wonen in een woonvoorziening voor dak- en/of thuislozen, Lean denken en menslievende zorg. Deze literatuur heb ik bestudeerd en uitgewerkt. In eerste instantie richtte mijn zoeken naar literatuur zich op Nederlandse bronnen. Ik heb dat later uitgebreid met buitenlandse bronnen, om daarmee wat meer verdieping te vinden in de uitwerking van de verschillende onderwerpen.

Ik heb een casus gekozen en deze uitgewerkt om de theorie in deze thesis aanschouwelijk te maken. Ik heb gesproken met de locatiemanager van de betreffende woonvoorziening, de Gaarshof te Baarle-Nassau. Ik heb met haar gesproken over mogelijke processen die voor de locatie interessant zijn om te bezien

vanuit de combinatie van menslievende zorg en Lean denken. Ik heb zelf een keuze gemaakt voor een bepaald zorgproces en dit beschreven.

Als laatste heb ik op basis van de besproken theorieën, een oefening uitgevoerd in het samendenken van menslievende zorg en Lean denken, en vanuit dit samendenken heb ik het beschreven zorgproces opnieuw gezien.

Gedurende de literatuurstudie en de uitwerking ervan, heb ik verschillende gesprekken gevoerd met mijn thesisbegeleider om mijn voortgang te toetsen en te sparren over het bestudeerde.

Bij het zoeken naar literatuur heb ik gebruik gemaakt van een aantal verschillende zoekmachines, waaronder de website van de bibliotheek van de Universiteit van Tilburg, Google Scholar en PubMed. Daarnaast heb ik een aantal artikelen gekregen van mijn thesisbegeleider.

De zoektermen die ik heb gebruikt zijn ondermeer (combinaties van) dakloosheid, wonen, woonvoorziening, homeless, shelter, living, homeless care, hospitalization, menslievende zorg, welzijn, zorg, ethics, ethics of care, nursing ethics, Lean denken, Lean thinking, Lean, welfare.

Ik heb gekozen voor een literatuurstudie, omdat mijn interesse uitging naar het onderzoeken hoe beide theorieën zich tot elkaar verhouden. Ik wilde niet onderzoeken hoe in de praktijk aan beide theorieën vorm en inhoud wordt gegeven, dus onderzoek in de praktijk leek mij niet op z'n plaats. Ik heb een denkoefening willen uitvoeren om twee – ogenschijnlijk zeer verschillende – theorieën met elkaar te verbinden. Een literatuurstudie leek mij daartoe de geschikte onderzoeksmethode.

Voor de beschrijving van de theorie van menslievende zorg vormt in deze thesis de literatuur van Annelies van Heijst, te weten *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* (2008a) en *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning* (2008b), de basis. Daarnaast heb ik geput uit recente, buitenlandse literatuur uit de zorgethiek.

HOOFDSTUK 2 WONEN BINNEN DE MAATSCHAPPELIJKE OPVANG¹

“De maatschappelijke opvang richt zich op kwetsbare mensen, die door een combinatie van problemen (gedwongen) de thuissituatie hebben verlaten of dreigen te verlaten en die (tijdelijk) niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Maatschappelijke opvang omvat preventie, asiel (bed, bad en brood), handhaving en herstel (bevordering zelfredzaamheid en zelfstandigheid) van kwetsbare mensen. Tot de doelgroep worden gerekend dak- en thuislozen, mensen in acute crisissituaties en mishandelde vrouwen.”²

Voorzieningen voor dak- en thuislozen zijn gericht op de opvang, verzorging en begeleiding van dak- en thuisloze mensen. Het doel van de hulpverlening kan variëren van uitsluitend onderdak bieden tot bijdragen aan het zo zelfstandig mogelijk functioneren van de cliënt. De hulpverlening kan van korte duur zijn, maar kan ook min of meer permanent zijn.³ Stichting Maatschappelijke Opvang Breda e.o. biedt hulpverlening en/of zorg aan dak- en/of thuisloze cliënten. Deze cliënten zijn kwetsbare mensen, die te kampen hebben met meestal een veelheid aan problemen. Zij “voelen zich vaak in de steek gelaten, ervaren over het algemeen weinig binding meer met de samenleving en beschouwen zichzelf als buitenstaanders.”⁴ Een aantal van deze kwetsbare mensen is (gedurende kortere of langere tijd) niet in staat zelfstandig te wonen en verblijft daarom in een woonvoorziening waar 24 uur per dag zorg en begeleiding kan worden geboden. In deze thesis staan menslievende zorg en Lean denken centraal en ik zal het samendenken van de twee aanschouwelijk maken aan de hand van een casus. In dit eerste hoofdstuk zal ik die casus uitwerken. Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In de eerste paragraaf komt de voorziening aan bod. Ik zal het gebouw omschrijven en de omgeving, maar ik laat u ook kennis maken met de bewoners die binnen deze woonvoorziening verblijven. In de tweede paragraaf beschrijf ik hoe het wonen binnen een woonvoorziening ingrijpt in het leven van cliënten. Ik zal laten zien wat het betekent om opgenomen te zijn in een (grote) woonvoorziening. In de derde paragraaf zal ik kort uitwerken wat het werken binnen de woonvoorziening inhoudt. In de laatste paragraaf, tenslotte, zal ik een beschrijving geven van een proces binnen de woonvoorziening, dat ik door de bril van Lean in combinatie met menslievende zorg wil gaan bezien.

Hans (1)

Hans is een (fictieve) bewoner van de Gaarshof. Hij is 54 en heeft sinds zijn 31^e op straat geleefd. Hans is gediagnosticeerd met een bipolaire stoornis (manisch-depressief) en is verslaafd aan cocaïne, wiet en alcohol. Hans vertelt over zijn leven op de Gaarshof.

¹ In dit hoofdstuk leest u in de groenomrande kadertekstjes het verhaal van Hans, een fictieve bewoner van de Gaarshof. Zijn verhaal illustreert de theorie die ik in dit hoofdstuk uitwerk.

² Land, H. van 't, Vrugink, J., & Wolf, J., *Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden*, Utrecht: Trimbos-Instituut (2003), p. 15

³ Dam, C. van, Ploegmakers, M., Smet, J. de, Wiebes, P. & Wisselink, I., *Zicht op zorg en welzijn. Beleid en voorzieningen*, Utrecht: NIZW (2000), p.348

⁴ Wolf, J., *Herstelwerk. Een krachtgerichte basismethodiek voor kwetsbare mensen*, Nijmegen: UMC St Radboud (2012), p. 23

2.1 De woonvoorziening

In deze paragraaf neem ik u mee naar de Gaarshof, een 24-uurs woonvoorziening voor dak- en/of thuislozen. In het eerste deel laat ik u kennis maken met de locatie zelf, in het tweede deel stel ik u voor aan de cliënten die binnen de voorziening wonen.

2.1.1 De locatie

De woonvoorziening die ik in deze thesis als casus gebruik, is de Gaarshof, een grootschalige intramurale woonvoorziening gelegen in een landelijke omgeving. Ze biedt onderdak, begeleiding en zorg aan maximaal 94 dak- en/of thuisloze personen waarbij sprake is van meervoudige, complexe, veelal chronische problematiek (zie ook 2.1.2). Het is gehuisvest in een voormalig klooster, wat in de opzet van het gebouw nog herkenbaar is;

er zijn lange gangen waar de kamers van de bewoners aan gelegen zijn. Er is een restaurant waar de cliënten gezamenlijk de maaltijden gebruiken en een recreatieruimte die overdag en 's avonds te bezoeken is en waar gezamenlijke activiteiten kunnen worden georganiseerd. Op het terrein bevinden zich ook een dagactiviteitencentrum en een arbeidstrainingscentrum waar cliënten van de voorziening of van andere locaties van de organisatie een dagbesteding hebben, 5 kleine woningen waar 5 cliënten kunnen wonen die wat zelfstandiger zijn en een tuin.



Afb. 2.1 – Kapel (achterzijde Gaarshof)

Intramurale woonvoorzieningen zoals de Gaarshof, zijn er vele, en op verschillende plaatsen, zowel binnen als buiten de stad. Iedere voorziening heeft zo zijn eigen karakteristieken, die de woonvoorziening voor bepaalde cliënten meer of minder aantrekkelijk maken. De Gaarshof kenmerkt zich door de omvang (zie kader 2.1) en de afgelegenheid van de verleidingen en verlokkingen van de stad; in vakantieperiodes rijdt de bus er in beide richtingen slechts eenmaal per uur en de afstand tot de nabijgelegen dorpen is redelijk groot. Dat maakt dat cliënten die gevoelig zijn voor deze verleidingen en verlokkingen, hier minder makkelijk aan toegeven. Het maakt het bijvoorbeeld voor drugsverslaafde cliënten wat gemakkelijker (bij gebrek aan een beter woord) om abtinent te

In 2010 hebben 55.230 mensen een beroep gedaan op organisaties binnen de Maatschappelijke Opvang. 25% van deze mensen verbleef in een 24-uurs woonvoorziening.

In totaal beschikt de Maatschappelijke Opvang in Nederland over 4373 plaatsen in een 24-uurs woonvoorziening. Dat is 24,4% van de totale capaciteit binnen de Maatschappelijke Opvang.

Bron: Branchebeeld 2010, Federatie Opvang (2012)

Bijna alle voorzieningen die een intramurale erkenning hebben, vallen onder de AWBZ regelgeving 'kleinschalige woonvoorzieningen'. Die mogen niet meer dan 25 bewoners huisvesten per postcode van 4 cijfers en 2 letters en niet meer dan 6 mensen per woning.

Bron: e-mailcontact met medewerker van de Federatie Opvang.

Exacte cijfers over het aantal intramurale woonvoorzieningen, kan de federatie niet geven.

Kader 2.1 – Opvang in Nederland

blijven. Immers, een misstap is in de stad, waar drugs gemakkelijk voorhanden zijn, zo gemaakt. Voor een cliënt op Gaarshof betekent het dat als hij⁵ last heeft van 'craving', het een tijd duurt voordat hij beschikt over drugs, al is het maar doordat het een tijd duurt vooraleer hij in de stad of een dorp geraakt waar hij drugs kan kopen. Hoe langer die tijd, hoe groter de kans dat een cliënt zich realiseert wat hij op het spel zet met gebruik: niet alleen de terugval in zijn verslaving, maar ook mogelijke consequenties voor het verblijf binnen de woonvoorziening, aangezien gebruik niet is toegestaan.

Cliënten hebben een eigen slaapkamer die ingericht is met een bed, een kledingkast



en een bureau en mogen zelf hun kamer persoonlijker maken door iets aan de muren te hangen of door eigen meubeltjes in de kamer te zetten, maar dat gaat in overleg met de begeleider die erop toeziet dat de kamer leefbaar blijft en schoon. Huisdieren worden in principe niet toegestaan, tenzij daarvoor toestemming is verleend door de locatiemanager. Het sanitair waar cliënten gebruik van maken, wordt gedeeld met anderen.

Afb. 2.2 – “De Villa”, voorheen Centraal Bureau van SMO Breda e.o.

Er is een aparte zorgafdeling binnen de woonvoorziening, waar cliënten wonen die zorg nodig hebben. Op deze afdeling zijn naast begeleiders ook verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam.

Alle cliënten hebben een persoonlijk begeleider (Sociaal Pedagogisch Werker) die hen ondersteunt de doelen te bereiken die de cliënt zichzelf stelt gedurende het begeleidingstraject. Deze doelen worden geordend en vastgelegd in een plan (zie ook kader Hans (2)), wat met regelmaat geëvalueerd wordt.

Er wordt gewerkt vanuit een herstelgerichte benadering, Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Deze integrale rehabilitatiebenadering is een dynamisch model, waarin “de hulpverlening voortdurend zoekt naar aansluiting bij de motivatie en mogelijkheden van een cliënt om zijn kwaliteit van

Hans (2)

Ik woon hier nu zo'n drie maanden. Daarvoor zat ik op de dag- en nachtopvang. Daar maakte ik samen met mijn begeleider een persoonlijk plan en daar had ik in gezet dat ik graag ergens een eigen plek wilde hebben. Mijn begeleider vroeg of ik dan wilde doorstromen naar de Gaarshof. Ik wist niet dat ik daar naartoe kon. Maar omdat ik niet meer gebruik, kon ik wel een plaatsje krijgen. Mijn casemanager heeft een indicatie aangevraagd en toen die binnen was, kon ik verhuizen, er was al een plekje voor me vrij.

⁵ Vanwege de leesbaarheid is gekozen voor hij, maar uiteraard kan waar 'hij' staat, ook 'zij' gelezen worden

leven zo groot mogelijk te laten zijn.”⁶ In deze benadering gaan de medewerkers uit van de mogelijkheden en krachten van de cliënten, meer dan aandacht te besteden aan dat wat mankeert of niet goed gaat. Door deze herstelgerichte benadering wordt de cliënt gestimuleerd op zoek te gaan naar eigenschappen, vaardigheden en bronnen in zijn omgeving die hem kunnen helpen de doelen te verwezenlijken die hij zichzelf stelt. Het is daarin de taak van de persoonlijk begeleider hem te ondersteunen en te helpen waar nodig. Deze doet dat onder andere door met de cliënt in kaart te brengen over welke (vroegere) krachten en mogelijkheden de cliënt beschikt en wat in de omgeving van de cliënt (het netwerk) te vinden is. Dit wordt door de cliënt en de begeleider samen vastgelegd in een persoonlijk profiel (zie bijlage 1). Daaraan gekoppeld is het persoonlijke plan van de cliënt (zie bijlage 2), waarin hij de doelen vastlegt en de acties beschrijft die de cliënt (zo nodig met hulp van een ander, onderneemt teneinde het doel te kunnen bereiken.

Een casemanager (Hbo’er) houdt op wat grotere afstand het gehele traject in de gaten en bespreekt en beoordeelt samen met de persoonlijk begeleider en de cliënt de voortgang van het traject.

Werken aan herstel is binnen de maatschappelijke opvang *care* en niet *cure*; binnen de woonvoorziening maakt behandeling geen deel uit van het aanbod. Wel bestaat de mogelijkheid dat een cliënt tijdens zijn traject elders psychiatrisch of somatisch behandeld wordt. De begeleiding, ondersteuning en zorg binnen de woonvoorziening zijn gericht op “het vinden van een bevredigende verhouding tussen het persoonlijke leven en de maatschappij, het gedeeltelijk of geheel overnemen van de regie van het leven, ontwikkelen of stabilisatie van vaardigheden en het naar tevredenheid wonen in een gestructureerde, voor de cliënt overzichtelijke woongemeenschap.”⁷



Afb. 2.3 – Woonvleugel van de Gaarshof

Nu ik heb beschreven hoe u zich de woonvoorziening voor moet stellen, wil ik u laten kennismaken met de cliënten die binnen de Gaarshof wonen.

2.1.2 De bewoners

Cliënten binnen de maatschappelijke opvang zijn dak- en/of thuislozen. Dakloos betekent dat iemand tijdelijk of structureel geen reguliere huisvesting heeft. Dakloosheid kan een onderdeel zijn van de problemen van een thuisloze en is “vaak deel van een complex van problemen, zoals verslavingen, gezondheidsklachten, psychische of psychiatrische stoornissen, relationele problemen en financiële moeilijkheden.”⁸ Het begrip thuisloos is breder: het houdt gemis in van een emotionele binding met de woonomgeving en betreft zowel een persoonlijke als een maatschappelijke situatie die het resultaat is van een proces van aftakeling van

⁶ Wilken, J.P., & Hollander, D. den, *Psychosociale Rehabilitatie, een integrale benadering*, Amsterdam: SWP (2009), p. 26

⁷ http://www.smobreda.nl/handbook.php?page_id=18, geraadpleegd op 18 april 2012

⁸ Wolfshöfer, C. & Bröer, C., ‘Opvang en resocialisatie. Hoe daklozen leven in de maatschappelijke opvang’, In: *Sociologie*, vol. 5, nr. 4 (2009), p. 466

materiële levensvoorwaarden, sociale verbanden, gezondheid en persoon. Of zoals de *Monitor maatschappelijke opvang* thuisloosheid omschrijft: “een ernstige toestand van maatschappelijke, persoonlijke en relationele kwetsbaarheid, waardoor gangbare functionele en medemenselijke relaties niet of nauwelijks mogelijk zijn.”⁹

Ook de term *kwetsbare mensen* wordt gebruikt om de doelgroep van de maatschappelijke opvang te beschrijven. Sociaal kwetsbare mensen zijn “mensen die:

- Niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien: dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, etc.;
- Meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waaronder bijvoorbeeld tekortschietende zelfverzorging, sociaal isolement, vervuiling van woonruimte en/of woonomgeving, gebrek aan vaste of stabiele woonplaats, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen;
- Vanuit de optiek van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven;
- Geen op de reguliere hulpverlening passende hulpvraag hebben – familie, burens en omstanders vragen meestal om hulp – waardoor vaak sprake is van ongevraagde bemoeienis of hulpverlening.

Alle vier aspecten moeten aanwezig zijn wil er sprake zijn van sociale kwetsbaarheid.”¹⁰

In deze thesis zal ik spreken over cliënten. Ik kies daarvoor vanwege de leesbaarheid en vanwege het feit dat dit de gebruikelijke terminologie is binnen SMO Breda e.o.

Hans (3)

Vroeger had ik gewoon een leuke baan en een eigen flatje. Maar toen mijn vriendin wegging, ging het helemaal mis met de centen. Ik ben daar nooit zo goed in geweest, dat deed zij altijd. En toen kwam de coke en daar ging alles aan op. Ik raakte mijn baan en mijn flat kwijt en kwam op straat. Nu leef ik al jaren van een uitkering. Ik probeerde elke keer wel clean te worden maar dat lukte niet en ze hielpen me ook niet echt. Er golden in die klinieken altijd allerlei regels... een grote bende was het. Dus ging ik maar weer de straat op. Soms kwam ik wel bij de dag- en nachtopvang, dan sliep ik weer eens lekker, maar ik had geen zin in dat gezeur, dus na een paar nachten ging ik dan weer mijn eigen gang.

De meeste cliënten van de maatschappelijke opvang zijn mannen van 30 jaar of ouder, maar er worden steeds meer cliënten van jonger dan 30 jaar en steeds meer vrouwen opgevangen.¹¹ Ook binnen de Gaarshof bestaat de populatie cliënten uit meer mannen dan vrouwen: er wonen 87 mannen en 6 vrouwen die, op 2 mannen na, allen ouder zijn dan 30 jaar.¹² Bij het merendeel van deze mannen en vrouwen is sprake van een dubbele diagnose (bijvoorbeeld verslaving in combinatie met een psychiatrische aandoening). In het algemeen geldt voor deze mensen (*dak- en/of thuislozen bij wie sprake is van dubbele diagnostiek*) dat ze geen effectief sociaal steunsysteem hebben, dat ze veel contact met politie en justitie hebben en geen bestendige relatie met zorgsystemen. Ze hebben vaak niet de motivatie om hun dubbele (*of soms driedubbele*) problematiek te erkennen of eraan te werken (...). Bovendien hebben deze dubbel gediagnosticeerde mensen een negatief zelfbeeld

⁹ Versteeg, W., *Dit is geen dakloze*, Rotterdam: Lemniscaat (2008), p. 31

¹⁰ Bransen, E., Hulsbosch, L., & Wolf, J., *Samenwerkingprojecten Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen*, Utrecht: Trimbos-Instituut (2002), p. 16-17

¹¹ Tuijnman, M. & Planije, M., *Monitor Maatschappelijke Opvang, jaarbericht 2010*, Utrecht: Trimbos-instituut (2011), p.5

¹² Gemeten op 24 april 2012

en hechten ze veel waarde aan autonomie, vergelijkbaar met andere dak- en/of thuislozen.¹³

Een groot deel van de dak- en thuislozen blijft dak- en thuisloos als gevolg van hun wantrouwen in het systeem dat hen heeft laten vallen, of doordat de voorkeur gegeven wordt aan de relatieve onafhankelijkheid van het leven op straat, boven restrictieve woonprogramma's¹⁴ (zie ook kader Hans (3)).

Daar waar het gaat om demografische gegevens van de doelgroep van de maatschappelijke opvang, wordt onderscheid gemaakt tussen feitelijk dakloze mensen (die voor hun overnachting vooral zijn aangewezen op straat of op een kortdurend verblijf in laagdrempelige opvangvoorzieningen of bij familie, vrienden of kennissen), residentieel dakloze mensen (die een min of meer permanente verblijfplaats hebben in woonvoorzieningen en pensions binnen en buiten de maatschappelijke opvang) en marginaal gehuisveste mensen (verkommerden en verloederden¹⁵ met een eigen woonruimte (met woonbestemming) waarvoor zij huur of hypotheek betalen en verkommerden en verloederden die (min of meer) permanent inwonen bij familie en daar deel uitmaken van het huishouden).¹⁶ De doelgroep in deze casus bestaat uit residentieel dakloze mensen.

Om aanspraak te kunnen maken op een plaats in een intramuraal woonvoorziening, heeft een cliënt een AWBZ-indicatie¹⁷ nodig voor wonen, een ZorgZwaartePakket (ZZP). Deze indicatie wordt aangevraagd bij en afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), een onafhankelijk orgaan dat belast is met de indicatiestelling binnen de AWBZ. Cliënten kunnen zelf een indicatie aanvragen, maar doorgaans vraagt een zorgaanbieder de indicatie namens de cliënt aan. Dit gebeurt altijd met toestemming van de cliënt. Een cliënt komt in aanmerking voor een

Hans (4)

Op mijn gang wonen nog 15 anderen. Iedereen heeft zijn eigen kamer. Mijn buurman heeft een parkiet, dat beest fluit de hele dag. Om gek van te worden! Hij is verstandelijk niet helemaal goed dus ik laat 'm maar een beetje. In het begin had ik wel vaak ruzie met hem, maar hij begrijpt heel veel niet, dus ik laat hem maar gewoon met rust. Dan valt hij mij ook niet lastig. Ik heb ook wel een paar mensen met wie ik wel optrek, dan gaan we samen bijlarten of een kaartje leggen. Als we tenminste niet aan het werk zijn in de tuin of de werkplaats. En in het weekend gaan we wel eens naar het dorp met een paar man, op een terrasje zitten.

¹³ Blankertz, L. & Cnaan, R., 'Serving the dually diagnosed homeless: Program development and Interventions', In: *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, (summer 1993), cursief van schrijfster

¹⁴ Gulcur, L., Stefanic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S.N., 'Housing, Hospitalization and Cost Outcomes for Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities Participating in Continuum of Care and Housing First Programmes', In: *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13 (2003) p. 172

¹⁵ Verkommerde en verloederde mensen worden omschreven als een diffuse groep die om wat voor reden dan ook ontoereikende zorg krijgt en/of niet of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kan voorzien. Het gaat niet alleen om een zichtbare groep op straat, maar ook om de onzichtbare groep mensen die in hun woning een marginaal bestaan leidt. (zie 15)

¹⁶ Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S., Bakel, H. Van, Reinking, D. & Leiden, I. Van, *Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*, Utrecht: Trimbos-Instituut (2002), p.12

¹⁷ De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vergoedt langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking door een handicap, chronische ziekte of ouderdom.
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/vraag-en-antwoord/welke-zorg-valt-onder-de-algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz.html>, geraadpleegd op 1 april 2012

ZZP als er niet alleen sprake is van een chronische aandoening (verstandelijke of lichamelijke beperking, psychiatrische of somatische problematiek), maar ook als aangetoond wordt (door middel van een aanvraagformulier waarop de beperkingen van de cliënt in beeld worden gebracht) dat een cliënt (tijdelijk) niet zelfstandig kan wonen. De indicatie die afgegeven wordt, bepaalt de hoeveelheid zorg waar een cliënt recht op heeft, vastgelegd in een zorgpakket. De samenstelling van dat zorgpakket varieert al naar gelang de aard van de aandoening (de grondslag van de indicatie) en de benodigde zorg. In de aanvraag kan een zorgaanbieder van voorkeur worden aangegeven. Wordt dat niet gedaan, dan wordt de zorgaanbieder bepaald door het zorgkantoor.

Binnen de Gaarshof verblijven cliënten op indicaties met verschillende grondslagen. Er wonen vooral cliënten met psychiatrische aandoeningen (waaronder verslaving), maar ook cliënten met lichte verstandelijke beperkingen, lichamelijke beperkingen of chronische somatische aandoeningen. Daarnaast wonen binnen de Gaarshof cliënten die onder TBS-regelingen vallen (in de laatste fase van de TBS worden cliënten soms uit de TBS-instelling geplaatst in een intramurale voorziening). Het komt ook voor dat cliënten in de laatste levensfase nog bij de Gaarshof komen of tot hun overlijden op Gaarshof wonen. Bij het merendeel van de cliënten is sprake van meervoudige, complexe problematiek en de verblijfsduur beslaat over het algemeen meerdere jaren. Cliënten kunnen in principe op de Gaarshof blijven wonen zolang de indicatie geldig is. Gezien het feit dat de meeste cliënten aangewezen zijn op langdurige zorg, is de begeleiding niet expliciet gericht op doorstroom of uitstroom. Cliënten met een verscheidenheid aan problematiek wonen dus samen in één woonvoorziening, er is geen sprake van clustering van bepaalde groepen cliënten (anders dan de eerder genoemde zorgafdeling). Dat gaat meestal goed, er is nauwelijks sprake van incidenten (zie ook kader Hans (4)). De oorzaak van dat succes is moeilijk te duiden. In ieder geval is het zo dat er voor cliënten niet alleen ruimte is om zich aan te sluiten bij anderen, maar het is ook mogelijk (daar leent het gebouw zich ook voor) om zich te onttrekken aan anderen. De locatie biedt rust en structuur en personeel weet deze rust en structuur goed te bewaren door zowel groepsgericht te denken als cliënten individueel te benaderen. Binnen de organisatie wordt over het succesvolle samenleven van deze grote groep mensen met een verscheidenheid aan problematiek gezegd, dat er binnen de Gaarshof sprake is van een *magic mix*; het houdt elkaar in evenwicht.

De bewonersgroep van de Gaarshof is een groep kwetsbare mensen, die zorgzaamheid nodig heeft. Zoals Annelies Van Heijst betoogt, is de passende respons op ontredering, ontferming.¹⁸ Mogelijk vinden cliënten dat binnen de Gaarshof.

We hebben kennis gemaakt met de bewoners van de Gaarshof. In de nu volgende paragrafen zal ik beschrijven wat het feitelijk betekent in iemands leven, om te wonen in een woonvoorziening als de Gaarshof. Zo kunnen we later bezien op welke manier menslievende zorg en Lean denken te vinden of toe te passen zijn binnen de Gaarshof.

¹⁸ Heijst, A. van, *Ontferming voor dummies. Zorgverhoudingen in een religieus verleden en een pluriform heden*, Tilburg: Prisma Print (2011), p. 28

2.2 Wonen in de woonvoorziening

“A house is not a home”¹⁹

Cliënten die worden opgenomen in de Gaarshof, moeten hun woonplek, hun ‘huis’ delen met maximaal 93 anderen. Men is niet langer *dakloos*, maar cliënten binnen de Gaarshof kunnen zeker nog *thuisloos* zijn. In deze paragraaf zal ik dat aantonen en zal ik de impact duiden van het wonen in een woonvoorziening.

Er wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen de ‘harde’ aspecten van huisvesting (zoals de materiële zaken) en de ‘zachte’ dimensies (het subjectieve gevoel van *thuis* zijn). Bij het laatste hoort ‘ontologische zekerheid’: een gevoel van welbevinden dat voortkomt uit een ervaren constantheid in iemands sociale en materiële omgeving die een veilig platform vormt voor ontwikkeling van de eigen identiteit en zelfverwezenlijking.²⁰ Deze ontologische zekerheid zou ontleend kunnen worden aan het hebben van een thuis, waar men zijn dagelijkse routine uitvoert en waar men het gevoel kan hebben heer en meester te zijn, weg van de buitenwereld. Ontologische zekerheid wordt bereikt als aan vier voorwaarden kan worden voldaan:

1. Thuis is een constante in de materiële en sociale omgeving
2. Thuis kan de dagelijkse routine van het menselijk leven worden uitgevoerd
3. Thuis heeft men het gevoel controle te hebben over het leven en voelt men zich vrij van het toezicht dat het leven elders kenmerkt
4. Thuis is een veilige haven waar de identiteit kan worden gevormd.²¹

Volgens Padgett (2007) is een alledaagse, dagelijkse routine niet mogelijk als men maaltijden en sanitaire voorzieningen moet delen met anderen. Bovendien is er in woonvoorzieningen sprake van continu toezicht en gebrek aan privacy en moet men genoeg nemen met gezamenlijk leven, toezicht van de medewerkers en medicatieverstrekking om in de voorziening te mogen verblijven. Zij pleit dan ook voor een *Housing first*-programma, waarin cliënten onmiddellijke toegang krijgen tot huisvesting, zonder beperkingen of bewijs dat iemand daar klaar voor is. In dat geval is huisvesting een belangrijke stap op weg naar ontologische zekerheid.

Hans (5)

Het valt niet mee om hier je draai te vinden, want je bent al zo lang gewend om je eigen dingen te doen. Nu moet ik ineens weer rekening houden met iedereen. Je kunt ook niet zo maar doen waar je zin in hebt. Bijvoorbeeld het eten, dat gebeurt op vaste tijden. Als ik tussendoor zin heb in een boterham, heb ik mooi pech. Dat is wel eens lastig. En je moet elkaar een beetje leren kennen natuurlijk. Er wonen hier zoveel mensen, ik weet van de helft nog niet eens hun naam, laat staan dat ik weet hoe ze zijn.

Thuis wordt op vele manieren gedefinieerd. Een van de definities die aansluit bij de zorgethiek en de erkenningstheorie van Annelies van Heijst (zie hoofdstuk 3), is de definitie van Hammer (2006), die thuis definieert als “geleefde ruimte die waarde heeft en van betekenis is voor een individu... een ruimte waar iemand het meest waarachtig zichzelf kan zijn” (zie ook kader Hans (5)). Thuis is waar individuen ruimte delen met hun vrienden

¹⁹ Burt Bacharach (1964)

²⁰ Padgett, D.K., ‘There’s no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States’, In: *Social Science & Medicine*, vol. 64, nr. 9 (2007), via ScienceDirect.com

²¹ Idem

en naasten die hen vertellen wie ze zijn. Dit spiegelen van zichzelf helpt om hun identiteit en verhalen te begrijpen. Het gevoel van persoonlijke en culturele identiteit is nauw verbonden met iemands gevoel van plaats-identiteit.²² Heliker & Scholler-Jaquish (2006) stellen de overgang naar een voorziening zoals de Gaarshof (waar langdurig zorg en/of begeleiding wordt geboden) voor als het overgaan van een drempel waar bekende verhalen niet langer werken en nieuwe verhalen nog niet bestaan. Een van de belangrijkste onderdelen van gesetteld raken in de nieuwe omgeving, zo stellen zij, is het bekend worden met en bij de anderen om je heen. Daar ligt mogelijk een taak voor de medewerkers van de voorziening. Andere facetten van het settelen zijn het leren van de regels en, na enkele maanden, het creëren van een eigen plek. Daarbij speelt ook *het beste ervan maken* een rol.²³ Van den Berg (2002) maakt gewag van de verlieservaringen die gepaard gaan met een dergelijke situatie; verlies van de eigen woning, de eigen leefstijl, de buurt of het dorp, het eigen dagritme, het ongezien op jezelf kunnen zijn, meer de baas zijn over je eigen territorium.²⁴

Hans (6)

Ze houden je wel in de gaten, want er zitten ook een paar TBS'ers en die mogen natuurlijk niet weg blijven 's avonds. Ik heb daar andere afspraken over gemaakt met mijn begeleider. Dat is wel een aardige vent, maar er zijn er ook die ik niet zo moet. Ik ga gewoon een beetje mijn eigen gang. Hou me gewoon aan de regels en doe verder mijn ding. Er zijn er wel die toch proberen te gebruiken, maar daar heb je uiteindelijk alleen jezelf mee. Ze hebben je toch wel door, dat heb ik al wel gezien. En dan vlieg je er mooi uit. Laatst nog, iemand van een gang hieronder, die moest weg omdat hij had gedeald. Ja, dat kunnen ze natuurlijk niet hebben, dan zit zo de hele tent weer aan de pijp.

Schutt, Goldfinger & Penk (1997) deden onderzoek naar de tevredenheid met betrekking tot huisvesting en met betrekking tot leven. Zij concludeerden dat het verkrijgen van onderdak en het type onderdak dat verkregen wordt, de tevredenheid met huisvesting wel beïnvloeden, maar niet de tevredenheid met het leven. Die laatste hangt in grotere mate samen met de aard van de persoon dan met een reactie op een bepaalde dienst of huisvestingsomstandigheden.²⁵ Desalniettemin is het een ingrijpende verandering van leven op straat of in de opvang (of bij vrienden of familie) naar het leven in een intramurale woonvoorziening, waar het leven sterk gereguleerd wordt door een dagstructuur die onder meer bepaald wordt door etenstijden, koffietijden, financiële spreekuren en zakgelduitgave, mentorgesprekken, kamercontroles of de openingstijden van de

gemeenschapsruimte.²⁶ Ook wordt met cliënten gewerkt aan een gestructureerde daginvulling, bij voorkeur in het dagactiviteitencentrum of het arbeidstrainingscentrum. Degenen die betaald of vrijwilligerswerk doen, hebben hun dagbesteding buitenshuis. Niet voor alle cliënten is een dergelijke dagbesteding haalbaar en er is dan ook

²² Hammer, in: Heliker, D. en Scholler-Jaquish, A., 'Transition of New Residents to Long-Term Care', In: *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 32, nr. 9 (2006), p. 37

²³ Idem, p. 37 - 40

²⁴ Berg, M. van den, 'In een verpleeghuis wonen', In: *Speling: Tijdschrift voor bezinning*, vol. 54, nr. 1, (2002), p. 66

²⁵ Schutt, R.K., Goldfinger, S.M. & Penk, W.E., 'Satisfaction with residence and with life: When homeless mentally ill persons are housed', In: *Evaluation Program Planning*, vol. 20, nr. 2 (1997), p. 192

²⁶ Wolfshöfer, C. & Bröer, C., 'Opvang en resocialisatie. Hoe daklozen leven in de maatschappelijke opvang', In: *Sociologie*, vol. 5, nr. 4 (2009), p. 467

ruimte voor cliënten om stapsgewijs tot een daginvulling te komen, in samenspraak met de begeleider.

Doorgaans bepaalt het personeel de regels en wordt van de cliënten verwacht dat zij deze voorschriften opvolgen²⁷ (zie ook kader Hans (6)). Wolfshöfer & Bröer (2009) beschrijven in hun artikel uitgebreid hoe gedrag van bewoners bepaald wordt door de dynamiek in de woonvoorziening. Zo zouden verschillende strategieën te ontwaren zijn binnen de bewonersgroep, gebaseerd op interactiestrategieën van Goffman. Een combinatie van de genoemde strategieën is 'ontwijken-waar-het-kan' en 'aanpassen-waar-het-moet'. Zo wordt aan de ene kant zoveel mogelijk de individuele begeleiding ontlopen, en aan de andere kant in grote lijnen de meest belangrijke huisregels toch nageleefd, waarmee de gedragsverandering aan de oppervlakte blijft: het handelen wordt aangepast en de eigen identiteit wordt beschermd tegen de invloeden van het personeel. Een groot deel van de aandacht richt zich dan op het verwerven van tactieken, vaardigheden en trucs die noodzakelijk zijn om zich aan de begeleiding en machtsuitoefening op de woonvoorziening te onttrekken, waarmee de bekwaamheden die essentieel zijn voor het leven in de buitenwereld, op de achtergrond treden.²⁸ Dit zou ertoe leiden dat het grootste deel van de cliënten niet uitstroomt uit de woonvoorziening.

Wolfshöfer & Bröer stellen dat de begeleidingsgesprekken die gevoerd worden (over de financiële situatie van de bewoner, daginvulling, zelfzorg, lichamelijke en geestelijke gezondheid, sociaal functioneren en praktische vaardigheden), leidt tot een nadelige ongelijkheid tussen de bewoner en de begeleider, omdat de begeleider over kennis van intieme zaken van de cliënt beschikt.²⁹ Deze ongelijkheid wordt door Annelies van Heijst eveneens beschreven, zij noemt dat asymmetrie in de zorgbetrekking of behoefte³⁰ (zie ook hoofdstuk 3). Zij werkt uit dat behoefte in een zorgsituatie asymmetrisch is omdat de situatie "ontspringt aan de zich opdringende realiteit van wat iemand zichzelf niet (meer) kan verschaffen."³¹ Zij maakt daarbij onderscheid in de oppervlaktestructuur en de dieptestructuur van die ongelijke behoefte: aan de oppervlakte ligt de nood van de zorgvrager en het professionele aanbod als antwoord op die nood. In de dieptestructuur gaat het om dat wat de zorgvrager en zorgverlener gemeen hebben. "Niet alleen heeft de zorgsituatie hen, institutioneel bemiddeld door de professionele setting, bijeengebracht. Ook behoeven ze in die situatie over en weer iets van elkaar als elkanders medemens; dat gebeurt weliswaar binnen het raamwerk van de beroepsuitoefening maar overstijgt dat kader ook."³²

In deze thesis is niet alleen het perspectief van de cliënt van belang (het wonen en de impact daarvan op het dagelijkse leven van de cliënten van de Gaarshof), ook de medewerkers spelen een grote rol. Ik zal aan het eind van dit hoofdstuk immers een proces beschrijven wat we door de bril van menslievende zorg en Lean denken gaan bekijken. Daartoe is het ook nodig om kennis te maken met de personeelsleden die

²⁷ Wolfshöfer, C. & Bröer, C., 'Opvang en resocialisatie. Hoe daklozen leven in de maatschappelijke Opvang', In: *Sociologie*, vol. 5, nr. 4 (2009), p. 468

²⁸ Idem, p. 473 - 481

²⁹ idem, p. 468

³⁰ Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement (2008a), p. 228 e.v.

³¹ Idem, p. 240

³² Idem, p.241

vorm en inhoud geven aan de begeleiding van cliënten binnen de Gaarshof. In de nu volgende paragraaf zullen we dat doen.

2.3 Werken in de woonvoorziening

In deze paragraaf beschrijf ik wie er binnen de Gaarshof werken en hoe zij de begeleiding aan cliënten vorm geven.

Binnen de Gaarshof zijn verschillende disciplines werkzaam. In de directe cliëntenzorg werken voornamelijk Mbo-opgeleide begeleiders (Sociaal Pedagogisch Werkers en Sociaal Pedagogisch Verzorgenden). Ook is een Hbo-verpleegkundige in dienst die de verpleegkundige zorg op zich neemt. Daarnaast is er technische ondersteuning, een huishoudelijke dienst voor de schoonmaak en keukenpersoneel in het restaurant. Het geheel staat onder aansturing van een locatiemanager. Een coördinerend hulpverlener ondersteunt het personeel, zorgt voor coaching en regelt praktische zaken zoals het dienstrooster.

Het merendeel van de personeelsleden van de Gaarshof werkt er al geruime tijd (1/3 van het begeleidend personeel werkt er al ongeveer 10 jaar of langer) en is dus goed op de hoogte van het reilen en zeilen in de voorziening. Het voordeel daarvan is dat men weet waarop gelet moet worden in de begeleiding van deze doelgroep. Dat is niet altijd gemakkelijk, zo laat zich raden, bij een dergelijk gevarieerde bewonersgroep met een verscheidenheid aan problematiek. Het is zaak voor het personeel om niet alleen vanuit een individuele benadering te werken, maar ook groepsgericht.

In de huidige financieringssystematiek is het zo dat cliënten recht hebben op een bepaald aantal uren zorg, afhankelijk van het ZorgZwaartePakket dat zij hebben. Op basis van de som van die indicaties wordt berekend hoeveel personeel in dienst kan zijn. Dat is vaak geen al te ruime bezetting, en het is dan ook een uitdaging voor de medewerkers om te zorgen dat tijd en aandacht juist verdeeld wordt. Een deel van de tijd dient te worden besteed aan het vastleggen van gegevens in het cliëntendossier en de rapportage van de gebeurtenissen van de dag (of avond of nacht, afhankelijk van de dienst die is gewerkt), maar het merendeel van de tijd is bestemd voor de begeleiding van de cliënten.

Begeleiding is een veelgebruikt begrip, dat op verschillende manieren wordt gedefinieerd en ingevuld. Binnen SMO Breda e.o. wordt gewerkt vanuit de SRH-methodiek en daarin wordt begeleiding als volgt beschreven:

“Het beroepsmatig begeleiden van mensen (...) bestaat uit het opbouwen en handhaven van een langdurige samenwerkingsrelatie, alsmede het herkennen en analyseren van, alsmede het geven van advies en het verlenen van bijstand ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen voortvloeiende uit psychosociale kwetsbaarheid. Begeleiding richt zich met name op het zodanig bijstaan van de cliënt dat zijn handelingscompetentie en vermogen tot zelfzorg en zelfsturing zo groot mogelijk worden en blijven.”³³

³³ Wilken, J.P., & Hollander, D. den, *Psychosociale Rehabilitatie, een integrale benadering*, Amsterdam: SWP (2009), p. 54

Het is aan de begeleiders om hier, samen met de cliënt, vorm en inhoud aan te geven.

Persoonlijk begeleiders hebben de taak om samen met de cliënten die zij begeleiden, regelmatig gesprekken te voeren over hoe het gaat met de cliënt. Die gesprekken vinden veelal maandelijks plaats en de voortgang wordt vastgelegd in het persoonlijke plan van de cliënt evenals in het persoonlijk profiel, dat vanaf het moment van opname steeds verder wordt ingevuld door cliënt en begeleider. Omdat gewerkt wordt vanuit een herstelgerichte methodiek, is de energie gericht op het vergroten van de krachten en mogelijkheden van de cliënt. Het herstelproces is een serie van kleine beginnetjes en hele kleine stapjes³⁴ en deze kleine stapjes worden beschreven in het persoonlijk plan van de cliënt. Belangrijk daarbij is dat de begeleider de mate waarin hij sturend of juist volgend is, aanpast aan de cliënt. De stijl van de hulpverlener moet een zo goed mogelijke communicatie met de cliënt mogelijk maken.³⁵

Hans (7)

Ik moest er wel aan wennen om steeds mijn hele hebben en houwen maar te moeten bespreken met mijn begeleider. Zoals ik zei, het is een aardige vent, maar met sommige dingen heeft hij toch helemaal niks te maken. Gelukkig snapt hij dat wel en dringt hij dan niet aan. Het helpt wel dat we de dingen op papier zetten. Dan heb ik voor mezelf helder wat ik wil doen, en weet ik ook wat ik van hem kan verwachten. Ik kan natuurlijk ook niet alles alleen doen. Hij vergeet soms wel dingen te doen die we hadden afgesproken, maar ja, ze hebben het ook zo druk. Ik zie wel dat ze hun best doen, maar met zoveel mensen en zo weinig personeel is het natuurlijk niet makkelijk. Maar ja, ik baal er dan wel van, als het niet zo snel gaat als ik graag wil.

Het begeleiden van de individuele cliënten heeft ook een praktische kant: samen met de cliënt zaken regelen, aanwezig zijn bij de maaltijden, uitreiken van leefgeld aan de cliënten,³⁶ etc. (zie ook kader Hans (7)).

Een van deze praktische processen zal ik hierna concreet uitwerken.

2.4 Een zorgproces in de Gaarshof

In deze paragraaf beschrijf ik een onderdeel van de begeleiding op de Gaarshof. Dit proces zal ik in hoofdstuk 5 opnieuw bezien, maar dan door de nieuw gecreëerde bril van menslievende zorg en Lean denken.

Op de Gaarshof wordt, zoals ik heb beschreven, gewerkt met een persoonlijk plan waarin de cliënt, samen met zijn begeleider, doelen vastlegt waar hij aan wil werken. Het opstellen, evalueren en bijstellen van dat plan is een cyclisch proces, wat steeds aandacht vraagt van zowel begeleider als cliënt. Ik zal dit proces, aan de hand van

³⁴ Deegan, P., 'Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation', In: *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 11, nr. 4 (1988), via [http://myweb.polyu.edu.hk/~ssmliang/web%20info/newliferecovery/Deegan%201994\(1988\).pdf](http://myweb.polyu.edu.hk/~ssmliang/web%20info/newliferecovery/Deegan%201994(1988).pdf)

³⁵ Wilken, J.P., & Hollander, D. den, *Psychosociale Rehabilitatie, een integrale benadering*, Amsterdam: SWP (2009), p. 75

³⁶ De meeste cliënten binnen de Gaarshof nemen financiële dienstverlening af, waarbij een budgetconsulent de zaken rondom financiën zo veel als nodig is (maar zo weinig mogelijk) overneemt van de cliënt. Cliënten hebben dan leefgeld dat zij wekelijks of maandelijks krijgen. Over de besteding van dit leefgeld worden afspraken gemaakt met de persoonlijk begeleider.

de verschillende stappen, beschrijven. We gaan in deze procesbeschrijving uit van een cliënt die net op de Gaarshof is opgenomen, van wie nog geen persoonlijk plan is opgesteld. De aanvang van het proces is op het moment dat de persoonlijk begeleider (verder 'begeleider' genoemd) en de cliënt voor het eerst een begeleidingsgesprek hebben.

Processtappen:

Opstellen persoonlijk profiel en plan

1. In het gesprek wordt het persoonlijk profiel (bijlage 1) besproken
2. Cliënt geeft aan wat hij wil bereiken op de verschillende levensgebieden
3. Begeleider legt dit vast in het persoonlijk profiel³⁷
- 4.* Aan de hand van het persoonlijk profiel bespreken begeleider en cliënt aan welk(e) doel(en) cliënt wil werken
5. Begeleider legt dit doel / deze doelen vast in het persoonlijk profiel en persoonlijk plan (bijlage 2)
6. Cliënt en begeleider bespreken welke (deel)stappen cliënt kan ondernemen om te komen tot het doel
7. Begeleider legt deze acties vast in het persoonlijk plan
8. Cliënt en begeleider bespreken welke hulp cliënt nodig heeft van anderen
9. Begeleider legt dit vast in persoonlijk plan
10. Begeleider en cliënt bespreken wanneer cliënt het doel bereikt wil hebben
11. Begeleider legt dit vast in persoonlijk plan
12. Gedurende het gesprek is de begeleider alert op krachten die naar voren komen
13. Begeleider benoemt deze krachten
14. Begeleider en cliënt besluiten samen of deze krachten in het persoonlijk profiel worden opgenomen
15. Begeleider legt krachten vast in persoonlijk profiel

Evaluatie persoonlijk profiel en plan

16. Cliënt en begeleider bespreken hoe de afgelopen periode is verlopen, welke stappen cliënt heeft genomen om aan het doel te werken
17. Aantekeningen worden vastgelegd door begeleider
18. Indien in het gesprek krachten naar voren komen die nog niet op het persoonlijk profiel zijn genoteerd, worden deze daarin opgenomen
19. Indien doel bereikt is of actie afgehandeld is, wordt datum vastgelegd in het plan
20. Eventuele nieuwe acties of doelen worden bepaald
21. Begeleider legt deze vast in persoonlijk plan

Hierna vervolgen cliënt en begeleider weer met processtap 4 (aangeduid met *).

Deze beschrijving gaat alleen in op de verschillende stappen die vallen binnen de handeling van het opstellen, evalueren en bijstellen van het plan. Het is een droge weergave van de handelingen die moeten worden verricht om te komen tot het

³⁷ Het persoonlijk profiel en persoonlijk plan maken onderdeel uit van het digitale cliëntendossier waar binnen SMO Breda e.o. mee wordt gewerkt. Tot nu toe is het zo dat cliënten zelf niet in dat digitale dossier kunnen werken, in de toekomst zal dit mogelijk wel het geval zijn. De persoonlijk begeleider van de cliënt is tot die tijd verantwoordelijk voor het vastleggen van het persoonlijk profiel en persoonlijk plan in het digitale dossier.

opstellen, evalueren en bijstellen van het persoonlijk profiel en het persoonlijk plan. Belangrijk uitgangspunt is dat zowel het persoonlijk profiel als het persoonlijk plan nooit af zijn; het zijn werkdocumenten waar steeds aan toegevoegd of geschaafd mag worden.

Om dit proces overzichtelijk te kunnen weergeven, heb ik ervoor gekozen om het proces van het opstellen van het persoonlijk profiel en persoonlijk plan te koppelen aan de begeleidingsgesprekken van persoonlijk begeleider en cliënt. In werkelijkheid zou het zo moeten zijn dat alle bij de cliënt betrokken medewerkers een bijdrage kunnen leveren aan het persoonlijk profiel van de cliënt. Er wordt vanuit gegaan dat alle medewerkers alert kunnen zijn op het herkennen en benoemen van krachten van een cliënt.

In dit hoofdstuk heb ik beschreven hoe het leven op de Gaarshof eruit ziet voor cliënten en personeel. In de volgende twee hoofdstukken beschrijf ik de twee theorieën die in deze thesis centraal staan: menslievende zorg en Lean denken.

HOOFDSTUK 3 MENS LIEVENDE ZORG¹

“Het uitgangspunt van zorgethiek is de gedachte dat er in iedere vorm van zorg iets zit wat ‘goed’ is. Dat goede is meer dan ‘nuttig’, ‘efficiënt’ of aangenaam’. Het is moreel van aard: het heeft te maken met een goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties. Zorgethiek kijkt naar zorg met een bijzondere aandacht voor:

- *Het unieke en specifieke van situaties*
- *Het feit dat zorgbetrekkingen altijd afhankelijkheid en asymmetrie met zich meebrengen*
- *Het gegeven dat mensen kwetsbaar zijn op grond van hun lichamelijkeheid*
- *Het belang om in relatie te gaan staan met iemand die zorgafhankelijk is om te ontdekken wat goed is voor hem of haar”²*

Binnen deze zorgethiek is Annelies van Heijst één van de belangrijke denkers. Zij schreef ondermeer twee boeken aangaande zorgethische theorieën: *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* (2008a) en *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning* (2008b). Deze twee werken hebben als basis gediend voor dit hoofdstuk.

In deze thesis staat de koppeling van Lean denken met de zorgethische theorieën van Van Heijst centraal. Om die koppeling te kunnen maken, is het nodig meer te weten over de zorgethische theorieën die ik bedoel. Ik zal daarom in dit hoofdstuk de theorie van menslievende zorg en erkenning bondig weergeven.

Menslievende zorg krijgt in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg praktisch vorm doordat dit ziekenhuis zich als doel heeft gesteld het ‘liefste’ ziekenhuis van Nederland te worden. Om die doelstelling te bereiken, is menslievende zorg als uitgangspunt genomen. De ervaringen die opgetekend staan in *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis*, geven een inblik in hoe menslievende zorg in de praktijk vorm kan krijgen.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk zal ik menslievende zorg bespreken. Daarbij ga ik uit van de beschrijving van Van Heijst in haar boek *Menslievende zorg* (2008a). Ook zal ik illustreren hoe het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg vorm en inhoud geeft aan menslievende zorg.

In de tweede paragraaf staat erkenning als begrip centraal. Deze theorie beschrijf ik met name aan de hand van het eerder genoemde, tweede boek: *Iemand zien staan* (2008b). In de derde paragraaf zal ik de in de voorgaande paragrafen beschreven theorie koppelen aan de in het eerste hoofdstuk beschreven casus. Ik zal laten zien waar menslievende zorg en erkenning zichtbaar zijn binnen de Gaarshof. In de

¹ Ik heb dit hoofdstuk de titel “Menslievende zorg” gegeven vanwege het gebruik van die term in het vervolg van deze thesis. Na de uiteenzetting in dit hoofdstuk benoem ik de twee beschreven theorieën namelijk samen als menslievende zorg. Daarmee wordt dan zowel de theorie van menslievende zorg, alsmede de erkenningstheorie bedoeld. In dit hoofdstuk geldt dat (met uitzondering van daar waar het specifiek de theorie van menslievende zorg betreft) gelijkkelijk.

² <http://zorgethiek.nu/over-zorgethiek/>, geraadpleegd op 30 mei 2012

vierde en laatste paragraaf geef ik kort aan wat van belang is om mee te nemen uit dit hoofdstuk.

3.1 Menslievende zorg

In het boek *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* beschrijft Annelies van Heijst aan de hand van praktijksituaties en de theorieën van verschillende filosofen en theologen wat zij *menslievende zorg* noemt. In deze paragraaf zal ik uiteen zetten wat zij daaronder verstaat. Ook zal ik beschrijven hoe menslievende zorg in het St. Elisabeth Ziekenhuis wordt vormgegeven. Het boek *Menslievende zorg in de praktijk* (2012) geeft, zoals de titel al zegt, praktijkvoorbeelden van menslievende zorg en illustreert de theorie die Van Heijst uitwerkt in haar boeken.

Behoeftigheid en asymmetrie

Van Heijst schetst de hedendaagse zorg als een zorgfabriek, vergelijkbaar met een garage waar je een kapotte auto naartoe brengt. Iets doet het niet en moet door professionals die daartoe opgeleid zijn, gemaakt worden zodat het weer naar behoren functioneert. De mens verwordt in die zorgfabriek tot een lichaam dat niet naar behoren functioneert en wordt als zodanig onder behandeling genomen. Daarbij wordt menselijk leed buiten beschouwing gelaten. In deze zorgfabriek is resultaat bepalend en hoewel de schrijfster daar de positieve kanten (zoals het tegengaan van verspilling en het maximale halen uit mensen en middelen³) van onderkent, legt zij de nadruk op de negatieve effecten van deze zorgfabriek. Zij bepleit een zorgvisie waarbij het doel niet is te zorgen dat mensen het weer 'gaan doen', maar die zich richt op de ondersteuning van behoeftige of lijdende mensen, ongeacht hun herstel mogelijkheden.⁴

Die behoeftigheid wordt vervolgens uitgewerkt en in twee vormen gedefinieerd: enerzijds de ongelijke behoeftigheid waarbij de zorgvrager andere behoeften heeft dan de zorgverlener,⁵ anderzijds een behoeftigheid die zorgvrager en –gever wel degelijk gemeen hebben: "om iets van hun leven te maken, hangen mensen van elkaar af. Dat delen ze, en maakt dat zij over en weer iets te geven hebben."⁶ Zowel de asymmetrie in de zorgsituatie, als de wederkerigheid in de zorgbetrekking is een terugkerend thema in de theorie van menslievende zorg.

Joan Tronto (1993) stelt dat zorg van nature gepaard gaat met kwetsbaarheid en ongelijkheid. Deze kwetsbaarheid heeft ernstige morele consequenties, beargumenteert zij. Het weerlegt namelijk de mythe dat we altijd autonome, in

³ Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement (2008a), p. 29

⁴ Idem, p. 32

⁵ In de casus die ik hoofdstuk 2 heb beschreven, spreek ik over 'cliënten' en 'medewerkers', omdat dat de termen zijn die binnen SMO Breda e.o. gebruikelijk zijn. Voor de leesbaarheid in de theoretische hoofdstukken, heb ik ervoor gekozen de verschillende synoniemen te vervangen door de algemene benamingen 'zorgverlener' en 'zorgvrager', omdat deze termen in de zorg gebruikelijk (en daarmee herkenbaar) zijn. In de delen die de casus betreffen, zal ik wederom spreken over 'cliënten' en 'medewerkers'.

⁶ Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement (2008a), p. 42

potentie gelijke, burgers zijn. Gedurende ons leven maken we allemaal verschillende gradaties mee van afhankelijkheid en onafhankelijkheid, van autonomie en kwetsbaarheid. De morele grondslag van ontvankelijkheid (een van de vier morele elementen van zorg die zij uitwerkt) vereist dat we alert blijven op de mogelijkheden voor misbruik die gepaard gaan met kwetsbaarheid.⁷

Ook Hem & Pettersen (2011) maken melding van een asymmetrie in de zorgrelatie: “het feit dat asymmetrie in een concrete relatie bestaat, betekent dat in deze specifieke situatie de ene partij meer zorg kan verlenen dan de andere”.⁸

Zorgbetrekking versus zorgrelatie

Van Heijst spreekt nadrukkelijk over een neutrale *zorgbetrekking* in plaats van het vaak gebezigde *zorgrelatie*. Relatie draagt de lading van wat zij noemt een ‘gewaardeerde verhouding’ die wellicht kán ontstaan in een zorgsetting, maar die zeker geen vanzelfsprekendheid is. Ze pleit voor het streven naar die zorgrelatie, om de kwalitatieve betekenis van relatie (“iets dat gevoelsmatig diep ingrijpt en niet calculerend is”) in te voegen in de *zorgbetrekking*.⁹

Kari Martinsen (in: Martinsen, E.H., 2011) interpreteert een zorgsituatie altijd als zijnde contextueel, emotioneel geladen en in beginsel particularistisch: “zorg is concreet en present in relatie staan met onze zintuigen en onze lichamen. Het is een voortdurende beweging weg van onszelf en naar de ander toe.”¹⁰ Zorg is je verhouden tot de ander op een onvoorwaardelijke, spontane manier, in reactie op de concrete situatie van de ander.¹¹

Vanlaere & Gastmans (2011) bespreken dat mensen van elkaar afhankelijk zijn om iemand te zijn. Zorg is gebaseerd op het respect voor de waardigheid van de ander en het feit dat iemand de ander als persoon ziet, ondanks (of dankzij) de onwaardige verschijning. Die situatie van kwetsbaarheid is wat maakt dat we voor de ander zorgen.¹²

Er is dus een samenhang tussen zorgvrager en zorgverlener, die verder gaat dan een toevallige ontmoeting van twee mensen. Het is een emotionele, ongelijke betrekking, die met de juiste aandacht voor de waardigheid en kwetsbaarheid van de zorgvrager, de potentie heeft om uit te groeien tot een zorgrelatie.

De opvatting dat een *zorgbetrekking* kan groeien tot een *zorgrelatie*, vindt aansluiting bij de presentietheorie van Andries Baart, die in het boek van Van Heijst nader uitgewerkt wordt. De presentietheorie is gebaseerd op het werk van buurtpastores, die oude stadswijken introkken om er te zijn voor mensen die het moeilijk hebben, om welke reden(en) ook. Hierbij was het oplossen van het probleem niet het doel van die aanwezigheid, maar enkel het ‘er zijn’, bijstaan in tijden van nood, langdurig en veelvuldig contact maken en een relatie opbouwen.

⁷ Tronto, J.C., *Moral boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York: Routledge (1993), p. 134-135

⁸ Hem, M.H., & Pettersen, T., ‘Mature Care and Nursing in Psychiatry: Notions Regarding Reciprocity in Asymmetric Professional Relationships’, In: *Health Care Analysis*, vol. 19, nr. 1 (2011), p. 67

⁹ Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement (2008a), p. 164

¹⁰ Martinsen, K., in Martinsen, E.H., ‘Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye’, In: *Health Care Analysis*, vol. 19, nr. 1 (2011), p. 17

¹¹ Idem, p. 17

¹² Vanlaere, R., & Gastmans, C., ‘A personalist approach to care ethics’, In: *Nursing Ethics*, vol. 18, nr. 2 (2011), p. 171-172

Handelen en uitdrukkingshandelingen

Van Heijst ziet presentie als een “professionele manier van zich verhouden tot medemensen die in de knel zitten, opdat het hen goed doet.” Presentie krijgt vorm in het bewust opzoeken van kwetsbare of zwakke mensen, op hen afstemmen, aanbieden in relatie te gaan staan en trouw zijn in vreugde, hoop, ellende en verlatenheid.¹³

Hier komt ook de handelingstheorie van Hannah Arendt (In: Van Heijst, 2008a) om de hoek kijken: presentie is niet altijd *handelen*, maar vaak ook *laten*. Daarom wordt gebruik gemaakt van de term ‘handelen’ die opgevat moet worden als het handelen van Arendt; “daden stellen en woorden spreken.”¹⁴ Dat handelen heeft geen vooraf gesteld eindresultaat, het ‘handelen’ zelf is doel op zich, in de menselijke interactie wordt het doel verwezenlijkt.

De ethicus Rudolf Ginters (in: Van Heijst, 2008a) noemt dat een uitdrukkingshandeling: een handeling waarin iemand “zichzelf op een bepaalde manier tegenwoordig [stelt] bij een ander.”¹⁵ Het zijn handelingen die geen doel hebben, maar die zelf het doel zijn. Van Heijst omschrijft de uitdrukkingshandeling als “de gevoelvolle en vleesgeworden expressie van een verhouding tot een ander, en deze handeling heeft geen extern doel maar is op zichzelf van betekenis: er worden waarden in present gesteld.”¹⁶ Dan wordt dus niet gehandeld om iets te veranderen, maar wordt gehandeld om bepaalde waarde uit te drukken. Het valt te beschouwen als ‘er zijn’ voor iemand.

Uniciteit en menswaardigheid

Belangrijk in het ‘handelen’ is de uniciteit van het individu, waar steeds rekening mee gehouden moet worden. Een zorgverlener treedt idealiter zó op dat de ander als uniek individu kan verschijnen en mede sturend kan zijn in de situatie.¹⁷

Dat wordt met de presentietheorie van Baart genuanceerd; iemand kan de eigen uniciteit pas laten zien en weet en voelt dat hij/zij iemand is, als een andere persoon (zoals een zorgverlener) zorgzaam de relatie aangaat en de ander daartoe uitnodigt. Zo wordt een verband gelegd tussen uniciteit, zorgzaamheid en waardigheid.

Menswaardigheid wordt gedefinieerd in een combinatie van Arendt en Baart als Van Heijst stelt dat menswaardigheid bestaat uit ruimte creëren voor uniciteit, de ander mee laten sturen en zorgzaam zijn door er voor de ander te zijn in tijden van leed, uitzichtloosheid of afhankelijkheid.¹⁸

Kittay (in: Vanlaere, R., & Gastmans, C., 2011) stelt dat waardigheid samenhangt met ons vermogen om voor een ander te zorgen, alsook met verzorgd worden door een ander, die zelf ook zorg waardig is.¹⁹ We zijn allen kwetsbaar en afhankelijk van een ander. Waardigheid krijgt gestalte als we, door het zorgen voor de ander, focussen op de ander en diegene *zien* als persoon, zelfs als dat niet een aantrekkelijk beeld is. In de ogen van de ander kunnen we verschijnen als uniek individu, iemand die zorg waard is. Dat is een vergelijkbaar punt met wat Van Heijst stelt: om als uniek persoon te kunnen verschijnen, heb je een zorgzame ander nodig.

¹³ Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement (2008a), p. 168

¹⁴ Idem, p. 91

¹⁵ Idem, p. 81

¹⁶ Idem, p. 82

¹⁷ Idem, p. 109-110

¹⁸ Idem, p. 177

¹⁹ Vanlaere, R., & Gastmans, C., ‘A personalist approach to care ethics’, In: *Nursing Ethics*, vol. 18, nr. 2 (2011), p. 170

Interventie versus presentie

Presentie (er zijn) wordt tegenover interventie (handelen) gesteld. De drie genoemde onderdelen van menswaardigheid (ruimte voor uniciteit, mee sturing geven en zorgzaamheid bieden) komen in interventie en presentie op zeer verschillende wijze naar voren.

Het uiterste van interventiezorg is de eerder beschreven zorgfabriek; interventie is handelen, doel- en resultaatgericht interventies plegen waarbij het doel is leed te laten verdwijnen. Het is niet zo dat dat doel slecht is, maar Van Heijst pleit voor een benadering waarbij niet per definitie het doel is leed te laten verdwijnen, maar waarbij de zorgverlener aandacht heeft voor het individu, ongeacht dat doel.

In interventiezorg wordt het unieke van de zorgvrager enkel in ogenschouw genomen als het gaat om het vertoonde mankement en bestaat het mede sturing geven uit de keuze voor of tegen de behandeling of verzorging.

In de presentie krijgen zorgzaamheid, uniciteit en mede sturing geven op heel andere manier vorm: dan bestaat zorgzaamheid uit het bijstaan van mensen die vast zitten in de situatie (van bijvoorbeeld ziekte of ouderdom)²⁰ en gaat de aandacht voor de uniciteit van het individu verder dan enkel de probleemgebieden. Daarnaast is het belang van het mede sturing geven in presentie vele malen groter, want de zorgverlener weet van tevoren ook niet wat het uiteindelijke doel is. Samen wordt de weg gaandeweg bepaald.

De beschreven verschillen tussen presentie en interventie leiden tot een duidelijk beeld van slechte zorg: in interventiezorg is zorg slecht als de resultaten tegenvallen, als de uniciteit niet wordt onderkend, of wanneer een zorgverlener geen interesse toont in het lijden van de zorgvrager, maar enkel gericht is op het verhelpen van de problemen. Slechte presentie zou een contradictie zijn, want die komt niet tot stand of houdt op te bestaan, wat een logische conclusie is als men rekening houdt met het feit dat presentie stoelt op een wederzijdse, "betrokken relatie."²¹

Om presentie over te kunnen zetten op de zorg, wordt als aanknopingspunt voorgesteld dat we dat wat we niet kunnen verhelpen, onderkennen en als de conclusie luidt dat dat aan de orde is, dan is het wenselijk dat naast interventie ook presentie wordt aangeboden.²²

De theorie van menslievende zorg zoals ze beschreven is door Van Heijst, wordt in zorgpraktijken soms als uitgangspunt genomen om 'goede zorg' vorm en inhoud te geven. In de nu volgende paragraaf zal ik beknopt illustreren hoe men daar in het St. Elisabethziekenhuis aan werkt.

3.1.1 Menslievende zorg in het St. Elisabeth Ziekenhuis

Het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg heeft zichzelf als doel gesteld het 'liefste' ziekenhuis van Nederland te worden. Om dat te bereiken, is het Programma Menslievende Zorg gestart, dat is geënt op de zorgethiek. Daarin wordt zorg beschouwd als een proces, een praktijk, ingebed in een relatie.²³ Zorg is geen verzameling losse handelingen die wie dan ook kan uitvoeren, maar de handelingen

²⁰ Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen: Klement (2008a), p. 178

²¹ Idem, p. 178-179

²² Idem, p. 181

²³ Olthuis, G., & Leget, C. (red.), *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis*, Den Haag: Boom Lemma uitgevers (2012), p. 12-13

krijgen betekenis door de grotere context van die zorgpraktijk. Zorgverleners zijn in de zorgethiek heel belangrijk als het gesprek gevoerd wordt over wat goede zorg is. Zij beschikken namelijk over heel veel verborgen (tacieta) kennis, die expliciet gemaakt kan worden en daarmee zichtbaar. Deze kennis kan (het verbeteren van) de kwaliteit van zorg ten goede komen.

Het doel van het programma is tweeledig: enerzijds wil men de door de zorgvrager ervaren kwaliteit van zorg verhogen, anderzijds gaat het om het verhogen van het werkplezier van de medewerkers.²⁴

Menslievende zorg in de praktijk geeft veel voorbeelden van hoe (zoals de titel al zegt) menslievende zorg vorm krijgt in de dagelijkse zorgpraktijk. Steeds terugkerend daarin zijn niet alleen de uitgangspunten van menslievende zorg zoals ik bovenstaand heb uitgewerkt met de theorie van Van Heijst, maar ook erkenning (zie 3.2) van zowel de zorgvrager als de zorgverlener.

Goede zorg wordt daar geleverd waar aandacht is voor wat werkelijk van belang is, op dit moment, in het leven van de zorgvrager. Niet alleen functioneel handelen, maar oog hebben voor de werkelijke behoefte van deze mens, die iets mankeert. Iemand werkelijk zien, en niet alleen oog hebben voor dat wat gemaakt moet worden, zoals Van Heijst betoogt.

In het St. Elisabeth Ziekenhuis wordt aan menslievende zorg gewerkt op drie manieren: door anders te kijken, anders te doen en anders te leren. Zo observeren onderzoekers bijvoorbeeld hoe gewerkt wordt en wat dat voor zorgvragers betekent, maar ook medewerkers kijken en bespreken zelf wat ze zien, bijvoorbeeld in lerende gemeenschappen. In deze lerende gemeenschappen nemen medewerkers de tijd om met elkaar stil te staan bij vraagstukken, om dieper na te denken over een vraagstuk dan doorgaans het geval is, voordat men met een oplossing komt. Er is ruimte voor medewerkers om met ideeën te komen om zorg menslievender te maken, en om die ideeën praktisch vorm te geven.

Een concreet voorbeeld van menslievende zorg in de praktijk, wordt beschreven in het gelijknamige boek. Er is op een verpleegafdeling voor kankerpatiënten door een lerende gemeenschap onderzoek gedaan naar onrust aan de balie van die afdeling, die door verpleegkundigen van die afdeling was bemerkt. Twee verpleegkundigen zijn, los van elkaar, gaan luisteren naar wat aan de balie van de afdeling werd besproken. Ze namen plaats in een van de kamers op de gang, met de deur open, zoals bij de meeste patiëntenkamers ook het geval is. Alles wat ze hoorden, schreven ze op en die twee verslagen werden daarna geanalyseerd. Uit de analyse van die twee luisterverslagen, bleek dat er zaken goed gingen, maar ook dat bepaalde zaken verbeterd konden worden. Wat goed ging, was bijvoorbeeld dat de secretaresse die werkelijk aan de balie werkt, op zachte, rustige toon converseerde en dat sommige artsen de deur sloten als ze een persoonlijk gesprek voerden met een patiënt.

De eerste opvallende constatering van wat minder goed ging, was dat regelmatig mededelingen hoorbaar waren die de privacy schonden van patiënten (of hun familie). Daarnaast werd geconcludeerd dat sommige uitspraken kwetsend of confronterend konden zijn door de manier waarop iets werd verwoord. Die uitspraken waren niet verenigbaar met menslievende zorg. Wat tenslotte als derde opviel, was

²⁴ Idem, p. 72.

NB in deze paragraaf laat ik de term 'medewerkers' staan, omdat deze groep breder is bedoeld dan alleen de medewerkers die feitelijk zorg verlenen.

dat sommige opmerkingen onprofessioneel zijn; men zou meer betrokkenheid en een gepastere manier van uitdrukken verwachten. Er zijn uiteindelijk 3 aanbevelingen gedaan, waar de afdeling verder mee aan de slag kon.

In de voorgaande paragrafen heb ik beschreven wat menslievende zorg inhoudt. Een belangrijk aspect van menslievende zorg zoals ik dat binnen deze thesis gebruik, is erkenning. Dat zal ik nu beschrijven.

3.2 Erkenning

In deze paragraaf zal ik in grote lijnen de erkenningstheorie uitwerken die Annelies van Heijst heeft beschreven in haar boek *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning* (2008b). In de eerste subparagraaf (3.2.1) werk ik de erkenning uit van cliënten, in de tweede subparagraaf (3.2.2) die van professionals.

Erkenning valt kort samen te vatten: erkenning is iemand zien staan. Van Heijst stelt dat het gevoel van eigenwaarde samenhangt met het gevoel van gewaardeerd worden door een ander, de persoonlijke identiteit is verweven met de sociale identiteit.²⁵ Om werkelijk iemand te zijn is het nodig banden met anderen aan te gaan: erkenning krijgen (en geven aan anderen) draagt bij aan de ontwikkeling van de eigen identiteit.²⁶ Populair gezegd: je bent pas iemand, als je iemand kent.

Kari Martinsen (in: Martinsen, E.H., 2011) maakt onderscheid tussen *perceiving* (beseffen, werkelijk zien) en *recording* (registreren, waarnemen). Als iets waargenomen wordt, wordt een buitenpositie ingenomen. Het 'waarnemende oog' is neutraal en brengt dat wat wordt gezien terug tot iets zonder betekenis: een gedesinteresseerde waarnemer kan onverschillig staan tegenover een ander. Daarentegen wordt het 'ziende oog' gekenmerkt door een openheid naar de wereld. Dan werken gevoel en emoties samen: een 'ziende emotie' maakt het mogelijk geraakt te worden en emotioneel betrokken te zijn, nog voordat we begrijpen waar de ander behoefte aan heeft.²⁷

Van Heijst bedoelt juist dit als ze het heeft over 'iemand zien staan': oog hebben niet alleen voor het functionele, maar ook voor de persoon achter het meewerkend of lijdend voorwerp van de zorg, zozegd. "Goede zorg is meer dan zorgen dat iemand overeind blijft, het is ook met die persoon in wisselwerking treden en hem of haar het gevoel geven dat die wordt opgemerkt, dat die er mag zijn zoals die is."²⁸

Een groot deel van de erkenningstheorie die door Van Heijst beschreven wordt, is gebaseerd op het werk van de filosoof Axel Honneth (In: Van Heijst, 2008b), die zich

²⁵ Heijst, A. van, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen: Klement (2008b), p. 8

²⁶ Idem, p. 30

²⁷ Martinsen, E.H., 'Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye', In: *Health Care Analysis*, vol. 19, nr. 1 (2011), p. 18

²⁸ Heijst, A. van, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen: Klement (2008b), p. 9

met name richtte op de samenleving, meer dan op het individu. Hij onderscheidt drie vormen van erkenning: liefde, respect en solidariteit.²⁹ Ik bespreek ze onderstaand.

Liefde

Liefde is volgens Honneth de erkenning van behoeften en van emotionele afhankelijkheid van de ander. Hij koppelt dat aan (de ontwikkeling van) zelfvertrouwen: liefde is de voorwaarde voor het ontwikkelen van zelfvertrouwen. Volgens hem zou zonder liefde alle andere wederzijdse erkenning onmogelijk zijn. De gevoelens van aantrekkingskracht en sympathie voor een ander zijn niet af te dwingen. Ze hebben betrekking op een concrete ander, niet op vage of naamloze personen. Daarom kunnen ze alleen binnen een bepaalde kring spelen, en niet tussen mensen die elkaar niet kennen.³⁰

Respect

Respect is er “voor de ander als drager van gelijke rechten” en wordt gekoppeld aan zelfrespect. Dat geldt niet in de zin van het positieve beeld dat je van jezelf hebt, maar als de onderkenning dat je iemand bent met dezelfde rechten als een ander.³¹ Zelfbeschikking wordt opgevat als zelfwetgeving, als het vermogen om het eigen leven richting te geven. Het moet worden begrepen als “sociaal aanvaarde aanspraak om het eigen leven vorm te geven, zowel moreel als juridisch.”³² Honneth gaat bij erkenning dus uit van gelijke medemensen. Over medemensen die niet over die zelfsturing beschikken, heeft Honneth het niet. We weten daarom niet hoe hij bijvoorbeeld cliënten uit de maatschappelijke opvang zou respecteren.

Sociale waardering

De derde vorm, sociale waardering, houdt de waardering in van “sociale gelijken voor wat iemand individueel kan”. Honneth koppelt deze sociale waardering aan zelfwaardering; waardering die door anderen om je heen, aan jou wordt gegeven.³³ Het gaat Honneth met name om werkgerelateerde vaardigheden.

Van Heijst beschouwt het wat breder en betoogt dat waardering niet in het algemeen kan gebeuren (in tegenstelling tot respect) maar dat het een verbijzondering vraagt “voor wat die persoon kan, doet of is.”³⁴

Tove Pettersen (2011) spreekt over *mature care*.³⁵ *Maturity* wordt daarin tegenover *immaturity* gesteld. Daarmee wordt een scherpe scheiding aangeduid tussen rede en

Honneth beschrijft naast de drie vormen van erkenning, ook drie vormen van miskennen:

miskening van liefde:
fysiek geweld dat leidt tot een beschadiging van het zelfvertrouwen en het vertrouwen in de wereld,
miskening van respect:
uitsluiten van (gelijke) rechten dat leidt tot beschadiging van zelfrespect, en
miskening van waardering:
niet voor vol worden aangezien, dat kan leiden tot het gevoel dat je niet bijdraagt aan de samenleving.

Bron: Heijst, A. van, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen: Klement (2008b), p. 37

Kader 3.1 – Miskening

²⁹ Idem, p. 32

³⁰ Idem, p. 32-33

³¹ Idem, p. 34

³² Idem, p. 34

³³ Idem, p. 35-36. Volgens Honneth kun je waardering niet uit jezelf halen maar ben je daarvoor altijd afhankelijk van externe waardering. Dat is volgens hem niet een afhankelijkheid, maar gewoon het sociale verkeer.

³⁴ Idem, p. 35

³⁵ Bij gebrek aan een vertaling die m.i. de lading van het Engelse begrip dekt, laat ik deze term

emotie, of eerder tussen diegenen die volwassen genoeg zijn om de balans tussen rede en emotie te kunnen hanteren, en diegenen die rede of emotie laten prevaleren ten koste van het andere. Het concept van *mature care* erkent dat iemand *in principe* evenveel zorg om zichzelf zou moeten hebben als om een ander. Het zoekt naar de gulden middenweg tussen te weinig en te veel zorgen, zowel voor zichzelf als voor anderen.³⁶ Er is daarbij altijd sprake van een zekere wederkerigheid, geen eenzijdigheid. Deze reciprociteit impliceert onder andere dat menselijke belangen gelijkelijk beschouwd moeten worden. In de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager betekent dat dus dat ook de belangen van de verzorgende in acht moeten worden genomen.³⁷ Volgens Pettersen overstijgt *mature care* op die manier egoïsme én altruïsme.³⁸

Maar Nordhaug & Nortvedt (2011) stellen dat het doel van zorg zorgen voor zieke zorgvragers is, en niet zorgen voor de zorgverleners. In stress-situaties is het essentieel dat zorgverleners hun betrokkenheid bij de zorgvragers waar ze verantwoordelijkheid voor dragen, niet laten varen. Om zorg te kunnen verlenen, is het van belang dat de zorgverlener ook gemotiveerd is vanuit een bepaalde onbaatzuchtigheid.³⁹

Het is volgens hen eerder zo dat professionele zorgverleners hun eigen behoeften en interesses opzij moeten kunnen zetten om te kunnen focussen op de behoeften van zorgvragers.⁴⁰

Van Heijst bespreekt in haar uitwerking van erkenning ook dit spanningsveld van zorgen voor de zorgvrager versus zorgen voor de zorgverlener. Volgens haar moet ook voor de zorgverlener oog zijn in het zorgproces, en moeten deze zichzelf niet wegcijferen in het belang van de zorgvrager. Zij beschrijft dat als erkenning van de professional. Ik werk dat in 3.2.2 verder uit.

Volgens Honneth is erkenning iets waar om gestreden moet worden, omdat het niet zomaar zou worden gegeven. Deze strijd wordt niet gestreden door diegenen die de minachting van anderen hebben overgenomen en bij wie sprake is van zelfhaat; deze mensen schikken zich in hun lot. Maar als miskende mensen de strijd om erkenning aangaan, kunnen de zaken omgekeerd worden en gaan degenen die de ander miskenden, zich schamen voor hun eerdere oordeel.⁴¹

Van Heijst stelt dat de erkenningstheorie van Honneth op een aantal punten tekort schiet. Ze benoemt acht 'open plekken': punten waar de erkenningstheorie iets laat liggen. Volgens haar is het nodig die hiaten in te vullen om de zorg beter te kunnen begrijpen.⁴² In onderstaande tabel geef ik ze kort weer.

onvertaald.

³⁶ Pettersen, T., 'The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications', In: *Health Care Analysis*, vol. 19, nr. 1, (2011), p. 55-57

³⁷ Hem, M.H., & Pettersen, T., 'Mature Care and Nursing in Psychiatry: Notions Regarding Reciprocity in Asymmetric Professional Relationships', In: *Health Care Analysis*, vol. 19, nr. 1 (2011), p. 66-67'

³⁸ Pettersen, T., & Hem, M.H., 'Mature care and reciprocity: Two cases from acute psychiatry', In: *Nursing Ethics*, vol. 18, nr. 2 (2011), p. 218

³⁹ Nordhaug, M., & Nortvedt, P., 'Mature care in professional relationships and health care Prioritizations', In: *Nursing Ethics*, vol. 18, nr. 2 (2011), p. 210-213

⁴⁰ Idem, p. 212

⁴¹ Heijst, A. van, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen: Klement (2008b), p. 38

⁴² Van Heijst zegt dat ze *zeven* open plekken zal benoemen om zaken in de zorgsector te begrijpen, maar in de daaropvolgende pagina's zijn er *acht* beschreven. Ik ben uit gegaan van de acht beschreven open plekken.

<i>Open plek in de erkenningstheorie</i>	<i>Korte toelichting</i>
Erkenning is meer dan strijd	Erkenning is ook een geschenk; het wordt gegeven vanuit verbondenheid tussen mensen en in de behoefte er voor elkaar toe te doen. ⁴³
Spanning tussen zelfredzaamheid en behoefteigheid	In een situatie van zorgafhankelijkheid hebben mensen elkaar ook over en weer nodig. Dat is niet alleen zo als iemand zelfredzaam is.
Recht op zorg niet kunnen verzilveren	Niet alle rechten op papier zijn feitelijk opeisbaar door alle zorgvragers, voor de allerzwaksten is zorg soms niet vindbaar of toegankelijk.
Goede zorg vraagt meer dan alleen de aanspraak op rechten	Rechten bepalen niet hoe zorg ingevuld moet worden opdat het goede zorg is. Zorg moet niet alleen instrumenteel, oplossingsgericht en incidentmatig zijn, maar ook afgestemd zijn op de mens (wat betreft inrichting van de omgeving en de 'lange verhaallijn' van de zorgvrager).
Het is moeilijk om gebrekkige zorg bespreekbaar te maken	Als zorg voor zwakken opgehangen wordt aan respect en gelijke rechten, is deze bespreking lastig. Professionals die aan de bel trekken zijn namelijk ook emotioneel betrokken bij zorgvragers.
Maatschappelijke solidariteit ontbreekt	Protest komt voor uit gevoelde betrokkenheid van enkelen, terwijl de samenleving zich weinig om de zorg bekommert.
Respect alleen is niet voldoende voor erkenning	"Zorgafhankelijke mensen hopen ook op erkenning in de vorm van waardering, niet per se om wat ze kunnen, maar om wie ze zijn of waren toen het nog beter met hen ging." ⁴⁴
Liefde en waardering binnen de professionele zorg	Niet alleen respect, maar ook de andere twee vormen van erkenning krijgen vorm in de professionele zorg: er is sprake van sympathie, hartelijkheid en waardering over en weer.

Tabel 3.1 – 8 hiaten in de erkenningstheorie⁴⁵

Kritiek op de beschreven idee van *mature care* maakt een punt dat met de open plekken in bovenstaand schema is te vergelijken: reciprociteit zou gelden binnen een gelijkwaardige positie van zorgverlener en zorgvrager. De asymmetrie in de zorgrelatie heeft dan betrekking op een situatie waarin de een meer kan geven dan

⁴³ Van Heijst, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen: Klement (2008b), p. 50.

⁴⁴ Idem, p. 56

⁴⁵ Idem, p. 50-58

de ander. Daarin is het mogelijk dat ik het ene moment zorgverlener ben, en het andere moment zorgvrager. In de professionele zorg is dat echter niet zo; daarin is steeds sprake van een ongelijke verdeling, de rollen zijn nooit omgekeerd (de zorgverlener blijft zorgverlener ten opzichte van de zorgvrager).⁴⁶

De grote lijnen van erkenning heb ik bovenstaand uitgewerkt. Van Heijst maakt in haar boek *Iemand zien staan* echter onderscheid in verschillende personen die in het zorgproces erkend dienen te worden. Ik bespreek ze in de nu volgende twee paragrafen.

3.2.1 Erkenning van cliënten⁴⁷

Erkenning valt volgens Van Heijst in verschillende delen uiteen. Zo spreekt zij allereerst over de erkenning van cliënten en hun naasten. In deze paragraaf geef ik weer wat zij zegt over erkenning van cliënten. De naasten van cliënten laat ik in deze thesis achterwege omdat ze in deze thesis verder geen plaats krijgen.

Volgens Van Heijst begint erkenning (iemand zien staan) “door iemand niet als lucht te behandelen of net te doen of die er niet is.”⁴⁸ Dat lijkt een open deur, maar in de loop van haar verhaal maakt ze door de beschrijving van praktijkvoorbeelden aanschouwelijk, dat dat zeker niet altijd zo vanzelfsprekend is. Dat wijt ze onder andere aan de invulling van de kwaliteitsnormen in de zorg, die door de bedrijfsmatige aanpak leidt tot standaardisering (protocollisering) en minder vrijheid voor professionals om te handelen al naar gelang de individuele situatie.⁴⁹ De “dingachtige gewaarwording” die dit voor cliënten in de hand werkt, zou kunnen leiden tot achteruitgang in de situatie van de cliënt en daardoor kostenverhogend werken.⁵⁰

Hoe moet het dan wel? Erkenning lijkt het sleutelwoord, onder te verdelen in drie aspecten: (ver)helpend ingaan op de nood, erkennen van de lijdenslast en erkennen van de uniciteit van de cliënt, op lichamelijk vlak en als uniek individu.⁵¹

Helpend en verhelpend ingaan op nood wordt uitgelegd als ingaan op wat het dringendst is en zal er onmiddellijk voor zorgen dat de zieke zich gezien en erkend voelt. De benodigde aandacht hoeft niet per se gegeven te worden in extra persoonlijke aandacht maar daar kan in worden voorzien in een handeling zelf.⁵²

“Om goed te kunnen zorgen voor de patiënt in bredere zin dan enkel een diagnose stellen en behandeling inzetten, moeten we streven naar een integratie en combinatie van de twee manieren om een patiënt te zien: zien met openheid en

⁴⁶ Nordhaug, M., & Nortvedt, P., ‘Mature care in professional relationships and health care Prioritizations’, In: *Nursing Ethics*, vol. 18, nr. 2 (2011), p. 212

⁴⁷ Hoewel ik in de theoretische hoofdstukken de termen ‘zorgverlener’ en ‘zorgvrager’ gebruik, houd ik in de paragrafen 3.2.1 en 3.2.2 de termen aan zoals Van Heijst ze bezigt in haar boek *Iemand zien staan*: ‘cliënt’ en ‘professional’. Ik heb daarvoor gekozen omdat deze twee paragrafen nagenoeg geen andere theorie omvatten en een aanpassing van de terminologie dus kunstmatig zou zijn.

⁴⁸ Van Heijst, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen: Klement (2008b), p. 60

⁴⁹ Idem, p. 63

⁵⁰ Idem, p. 64

⁵¹ Idem, p. 65

⁵² Idem, p. 65

gemak, zoals je ziet met het 'ziende oog' (zie 3.2), terwijl tegelijkertijd waargenomen wordt op een academische, onderzoekende en evaluatieve manier."⁵³
Het erkennen van de lijdenslast houdt zoveel in als onderkennen dat lijden onderdeel is van het menselijk bestaan. Het ontkennen van dit lijden betekent een miskennis van de cliënt. Het kan volgens Van Heijst leiden tot "onverschillige oppervlakkigheid, of verlies van moreel besef."⁵⁴
Om professionele zorg te kunnen afstemmen op de cliënt, is het nodig deze in zijn/haar uniekheid te leren kennen, ook wat betreft de lichamelijke; iemand erkennen "in de hoedanigheid van iemand die iets mankeert."⁵⁵

Ook het erkennen van de rechten van de cliënt is een belangrijk onderdeel van erkenning. Van Heijst maakt zich hard voor de eigen inbreng van de cliënt, of dat nu mondeling gebeurt (als een cliënt verbaal vaardig genoeg is om de eigen mening te verwoorden) of door interpretatie (door de professional) van gedrag en uitingen van de cliënt. Ze beschrijft een ideale situatie waarin altijd gezocht wordt naar een evenwichtige relatie tussen "soevereine zelfbeschikking" en "drang-met-de-beste-bedoelingen."⁵⁶

3.2.2 Erkenning van professionals

Niet alleen de erkenning van cliënten (zoals beschreven in de voorgaande paragraaf) wordt door Annelies van Heijst beschreven, ook de erkenning van professionals beschrijft zij. In deze paragraaf bespreek ik wat zij daarover zegt.

Van Heijst noemt vier vlakken waarop professionals erkenning willen en krijgen. Het eerste vlak is direct gekoppeld aan het tweede vlak: ze zijn goed in hun werk (1) en dat is erkenning waard omdat hun werk anderen goed doet (2): ze kunnen werkelijk verschil maken in iemands leven. Daarnaast hebben professionals plezier in mensen (3) en krijgen ze waardering terug van cliënten (4).⁵⁷

De voldoening die professionals ervaren door het krijgen van die waardering, is gekoppeld aan de ervaring van de ontmoeting: dat geeft het leven kwaliteit. Deze erkenning zorgt ervoor dat professionals het werk leuk blijven vinden en kunnen volhouden; immers, het "werken in de zorg [kan] zo vervullend zijn."⁵⁸ Voorwaarde hiervoor is wel wat *scharrelruimte in de zorg* genoemd wordt: oningevulde tijd waarin professionals zelf kunnen bepalen wat ze doen.⁵⁹

Erkenning wordt niet alleen gegeven door cliënten, maar dient ook te worden gegeven door de organisatie en door collega's. Daar is een ondersteunend management voor nodig, maar ook erkenning van collega's die ofwel op hetzelfde niveau functioneren, ofwel hoger en lager in de hiërarchie.⁶⁰

Zoals eerder beschreven (zie kader 3.1), kan miskennis zich op verschillende vlakken uiten: miskennis van liefde, miskennis van respect en miskennis van

⁵³ Martinsen, E.H., 'Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye', In: *Health Care Analysis*, vol. 19, nr. 1 (2011), p. 20, cursief van schrijfster

⁵⁴ Van Heijst, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen: Klement (2008b), p. 68

⁵⁵ Idem, p. 172

⁵⁶ Idem, p. 70

⁵⁷ Idem, p. 75-76

⁵⁸ Idem, p. 76-77

⁵⁹ Idem, p. 83

⁶⁰ Idem, p. 82-83

waardering. Deze driedeling wordt ook aangehouden bij de beschrijving van miskennen van professionals, al wordt de miskennen van respect niet nader uitgewerkt.

Geweld, de miskennen van liefde, komt niet alleen vanuit cliënten, maar ook vanuit de naasten van de cliënt, en beïnvloedt zowel de persoonlijke als de beroepsidentiteit. Een fysieke aantasting tast ook iemands identiteit aan, want het vertrouwen dat iemand heeft wordt aangetast. Mishandeling op de werkplek telt in die zin dubbel, want dan wordt ook aangetast wat iemand graag wil zijn. Die persoon wil graag helpen, maar moet zich verdedigen. Dat leidt ertoe dat zo iemand in het vervolg minder kan geven. Ook bedreiging kan dit effect hebben, onder druk gezet worden of getreiterd worden.⁶¹ De invloed van geweld van cliënten die men daarvoor niet verantwoordelijk kan houden (omdat ze door een beperking of stoornis niet weten wat ze doen of daar de gevolgen niet van kunnen inschatten), is anders maar niet per definitie minder: ondanks het feit dat professionals weten dat het *part of the job* is (tenminste, in een aantal sectoren ligt het in de lijn der verwachting dat je met geweld te maken krijgt) kan het toch als miskennen voelen. Dat heeft niet te maken met het feit dat het van iemand afkomt die “er niets aan kan doen, maar [met] het feit dat de professional het over zich heen krijgt”. En die is tenslotte ook maar een mens, besluit Van Heijst.⁶²

Miskennen van sociale waardering vindt op grote schaal plaats, namelijk de miskennen van professionals door de samenleving. Van Heijst benadrukt in haar boek een aantal maal dat “goede zorg onbetaalbaar is maar wel goed betaald moet worden”⁶³, omdat beloning, naast erkentelijkheid, erkenning uitdrukt. Miskennen van sociale waardering komt volgens haar op twee manieren tot uiting: ten eerste op symbolisch en sociaal niveau: de maatschappij toont weinig waardering voor het (zware) werk dat zorgprofessionals doen en ook maatschappelijke organisaties maken zich niet hard voor een verbetering in deze situatie. Daarnaast krijgt miskennen van sociale waardering gestalte op materieel niveau: zorgprofessionals krijgen slecht betaald voor hun werk, niet alleen voor het beroep *an sich*, maar ook in vergelijking met andere beroepsgroepen.⁶⁴

3.3 Menslievende zorg in de Gaarshof

In deze paragraaf zal ik wat ik hierboven heb beschreven, over de casus in deze thesis leggen. Waar is menslievende zorg te vinden binnen woonlocatie de Gaarshof?

Menswaardigheid

In de theorie wordt nadrukkelijk gesproken over een wederkerigheid in de zorgbetrekking tussen zorgvrager en zorgverlener. Daarbij richt de aandacht zich idealiter op het ondersteunen van behoeftige mensen, ongeacht hun herstel mogelijkheden. De cliënten die binnen de Gaarshof wonen, kunnen als behoeftig worden omschreven. Het zijn mensen waar ‘iets mee is’, die zich zelf niet zonder steun van anderen staande kunnen houden in de maatschappij. Zij zijn deels

⁶¹ Idem, p. 91-92

⁶² Idem, p. 94-95

⁶³ Idem, o.a. p. 19, p. 78, p. 80

⁶⁴ Idem, p. 79-80

afhankelijk van anderen om hun leven in te vullen en om er 'iets van te maken'. De afhankelijkheid is daarmee groot, evenals de asymmetrie in de zorgbetrekking. Des te belangrijker is het dat medewerkers van de Gaarshof de cliënten zo benaderen dat zij zich als uniek persoon kunnen laten zien en worden gezien door anderen, zowel medecliënten als personeel.

Omdat wonen in een woonvoorziening non-stop is (24 uur per dag, 7 dagen in de week) en langdurig, is het meer nog dan in kortstondige zorgsituaties van belang dat de cliënt mede sturing kan geven aan het proces en dat medewerkers er voor de cliënt zijn in tijden van leed, uitzichtloosheid of afhankelijkheid. Niet zelden zal de cliënt vanwege het ontbreken van een sociaal netwerk voor zijn steun afhankelijk zijn van de anderen binnen de woonvoorziening, hetzij andere cliënten, hetzij de begeleiders.

De zorg en/of begeleiding binnen de woonvoorziening heeft in de basis een presentie-achtig karakter; vaak is immers het doel van tevoren niet bekend en wordt de weg gaandeweg in gezamenlijkheid door cliënt en begeleider (en/of casemanager) bepaald. Nabijheid is vaak belangrijker dan daadwerkelijk handelen, ook al gaat het vaak over wat moet worden 'gedaan' in de zorg. Een groot deel van de begeleiding richt zich op het bijstaan van de cliënten, met raad en daad, in het behalen van de doelen die de cliënt zichzelf stelt. Daarmee is de cliënt zelf sturend in het zorgproces en kan de uniciteit van de cliënt in beeld komen.

Zorgrelatie

Cliënten wonen vaak lange tijd binnen de Gaarshof en zijn al die tijd gekoppeld aan een persoonlijk begeleider, die in principe niet wijzigt (tenzij die medewerker de locatie of organisatie verlaat of in uitzonderlijke gevallen, als de samenwerking tussen cliënt en persoonlijk begeleider niet tot stand komt). Daardoor is de kans groot dat op termijn de *zorgbetrekking* kan uitgroeien tot een *zorgrelatie*: cliënt en medewerker leren elkaar gedurende de periode dat een cliënt op de Gaarshof woont immers steeds beter kennen. Dat maakt het waarschijnlijk dat personeel van de Gaarshof oog heeft voor de uniciteit van de cliënt, maar dat is niet meetbaar. Ik kan uit ervaring zeggen dat het vaak zo is dat medewerkers van de Gaarshof (en andere locaties binnen SMO Breda e.o.) goed op de hoogte zijn van hun cliënten (in de breedste zin van die uitdrukking) en goed weten hoe zij iedere cliënt het beste kunnen benaderen. De manier van begeleiden wordt aangepast aan de behoeften van de individuele cliënt; in principe wordt 'maatwerk' geleverd en worden afspraken individueel bepaald. Doorgaans is daarbij de wens van de cliënt leidend, tenzij redenen bestaan daar geen voorrang aan te geven (bijvoorbeeld in het kader van een justitiële maatregel of vanwege afspraken met externe behandelaars). Ook wordt in praktische zin aandacht besteed aan de eigenheid en uniciteit van mensen door bijvoorbeeld ruimte te geven om de kamer zelf wat aan te kleden met eigen spullen. Ook wordt bijvoorbeeld bij het zoeken naar een daginvulling rekening gehouden met de wensen en vaardigheden van de cliënt.

Als we Van Heijst's theorie aanhouden, zou het binnen de Gaarshof wenselijk zijn om naast interventie ook presentie in te zetten. Het is immers evident dat bij cliënten van de Gaarshof onderkend wordt wat niet verholpen kan worden. Er moet aandacht zijn voor het levensverhaal van de cliënt, in bredere context dan alleen de huidige periode, en er zou een verruiming moeten zijn van 'doen' naar 'in relatie staan' wil de geleverde zorg bij kunnen dragen aan de kwaliteit van leven.

Erkenning van cliënten

Binnen SMO Breda e.o. wordt, zoals ik in hoofdstuk 2 heb beschreven, gewerkt met een persoonlijk profiel en persoonlijk plan, als uitwerking van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Een van de uitgangspunten in deze methodiek is om dat wat de cliënt wil en wenst, hoe (ogenschijnlijk) irreëel ook, serieus te nemen. Als een cliënt bijvoorbeeld als wens heeft om in Frankrijk in een kasteel te wonen, dan is het niet de bedoeling dat de begeleider de cliënt uit die droom helpt en vertelt dat dat niet gaat lukken. De begeleider kan dat namelijk niet zeker weten. Het is wellicht niet voor de hand liggend, maar het zou kunnen dat dat doel ooit werkelijkheid wordt. Wensen, dromen en ideeën geven energie, en richting. In plaats van uit te gaan van onmogelijkheden, wordt uitgegaan van de wensen. Dus als een cliënt in Frankrijk in een kasteel wil gaan wonen, is de reactie van de begeleider niet “dat gaat je niet lukken, noem maar iets wat je wél kunt bereiken”, maar (bijvoorbeeld) “wat een mooie wens. Wat kunnen we in de komende tijd doen om naar dat doel toe te werken?”. De begeleider neemt de cliënt en zijn dromen of wensen daarmee heel serieus, en kan toch kleine stappen maken richting de toekomst. Op deze manier sluit een begeleider heel dicht aan op de cliënt en erkent deze daarmee als unieke persoon.

Erkenning en miskennis van professionals

De miskennis van sociale waardering is binnen de maatschappelijke opvang zeer herkenbaar. Niet alleen is de materiële waardering (zoals Van Heijst heeft beschreven) niet groot, ook zijn de cliënten van de maatschappelijke opvang maatschappelijk onaantrekkelijk en daarmee wordt het werken met deze cliënten ook als onaantrekkelijk beschouwd. Onze cliënten bevinden zich doorgaans aan de rand van de samenleving en zijn niet ‘keurig gewassen en gestreken’ zoals ik iemand eens hoorde zeggen. Dat maakt dat sociale waardering voor de maatschappelijke opvang nog lager is dan die voor de zorg in het algemeen.

De erkenning van professionals wordt gegeven door cliënten, collega’s en de organisatie. Ik ga daar hier niet verder op in, omdat daar zonder onderzoek niet veel specifiek over gezegd kan worden. In algemene zin geldt binnen de organisatie dat medewerkers zich niet altijd erkend hebben gevoeld, wat o.a. te maken heeft met het soort aansturing dat binnen de organisatie leidend is geweest. SMO Breda e.o. is een fusie-organisatie waar een tijd lang sturend management van kracht is geweest, om de verschillende losse eenheden tot één groter geheel te smeden. Sinds een jaar of twee wordt in de organisatie echter meer ‘bottom-up’ gewerkt in tegenstelling tot het eerdere ‘top-downbeleid’. Daarmee krijgen medewerkers meer ruimte om te laten zien wat zij in huis hebben en wordt de ervaren erkenning vergroot. Het standaardiseren en protocolliseren van processen in de organisatie (in het kader van het behalen van het kwaliteitscertificaat HKZ) heeft getornd aan de scharrelruimte die medewerkers hadden. Deze wordt nu, met het vergroten van de ruimte om initiatieven te ontplooien, weer wat vergroot. Of en hoe Lean denken in combinatie met menslievende zorg daar een bijdrage aan kan leveren, zal ik in hoofdstuk 5 uiteen zetten.

Medewerkers halen voldoening uit het feit dat zij iets kunnen betekenen voor de cliënten, dat zij verschil maken in iemands leven. Ze hebben zeker plezier in mensen en ervaren het werken in de maatschappelijke opvang als vervullend. Zoals Van Heijst het stelde: de ervaring van de ontmoeting geeft het leven kwaliteit.

3.4 *Om mee te nemen*

Ik heb in dit hoofdstuk een weergave gegeven van de theorie over menslievende zorg, waarin erkenning ook begrepen wordt. Ik heb beschreven wat onder menslievende zorg verstaan wordt en wat erkenning (in algemene zin en meer specifiek, de erkenning van cliënten en professionals) inhoudt.

Een vijftal punten is in dit hoofdstuk van belang om te onthouden en mee te nemen naar hoofdstuk 5. We zullen ze dan, bij de constructie van de nieuwe bril van menslievende zorg en Lean denken, nodig hebben.

- Er wordt door Van Heijst onderscheid gemaakt tussen het neutralere *zorgbetrekking* en een kwalitatief geladen *zorgrelatie*. In de woonvoorziening van de maatschappelijke opvang heeft zorg en/of begeleiding een presentie-achtig karakter: de relatie is van essentieel belang in het al dan niet 'slagen' van de begeleiding.
- In de uitdrukkingshandeling is geen concreet doel beoogd; de handeling zelf is het doel, drukt iets uit van betrokkenheid op de ander. Vaak wordt dit 'er zijn voor iemand' genoemd.
- Erkenning valt in drie vormen uiteen: liefde, respect en sociale waardering.
- Erkenning van cliënten is eigenlijk een combinatie van presentie en interventie: niet alleen verhelpend ingaan op nood, maar ook het erkennen van de lijdenslast en de uniciteit van de persoon (op lichamenlijk vlak en als uniek individu).
- Erkenning van professionals wordt gegeven door cliënten, collega's en de organisatie.

HOOFDSTUK 4 LEAN DENKEN

Lean denken is afgeleid van het Toyota Productie Systeem (TPS), dat in Japan is ontstaan. Het is een gereedschapsset, een managementsysteem, een methode voor continue verbetering en betrokkenheid van medewerkers, een benadering die ons in de gelegenheid stelt om de problemen die van belang zijn, op te lossen.¹

Lean is gericht op waardecreatie voor de klant en uitbanning van verspilling. Het moet niet worden begrepen als 'Lean and mean' (waarbij ambitie haast agressief wordt en gestreefd wordt naar een zo slank mogelijke organisatie (waar flink bezuinigd kan worden), zelfs zonder rekening te houden met medewerkers), maar als een methodiek die het organisaties mogelijk maakt beter te presteren met minder; minder menselijke inspanning, minder materiaal, minder tijd en minder ruimte. Het is geen instrument om bezuinigingen door te zetten, maar kan worden beschouwd als een methodiek waarbij zowel klanten als medewerkers beter af zijn: mensen staan in Lean namelijk centraal, zoals in dit hoofdstuk zal blijken, en Lean streeft ernaar de waarde voor de klant én de medewerkers zo groot mogelijk te maken.

Om Lean denken te kunnen samendenken met menslievende zorg, zoals ik zal doen in hoofdstuk 5, is het noodzakelijk de theorie van Lean, die veelomvattend en uitgebreid is, uiteen te zetten. Ik heb ervoor gekozen in dit hoofdstuk een relatief korte weergave te geven van de hoofdpunten van Lean, die van belang zijn om de twee theorieën te kunnen combineren en toe te passen op de in hoofdstuk 2 beschreven casus.

Dit hoofdstuk is als volgt ingedeeld. Allereerst zal ik de theorie van Lean samenvatten. Waar komt Lean vandaan en wat kun je ermee bereiken, hoe ziet het eruit in praktische zin? Deze vragen zullen in de eerste paragraaf worden beantwoord.

In de tweede paragraaf zal ik beschrijven hoe Lean tot nu toe is toegepast binnen de zorgsector en bespreek ik de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek dat is uitgevoerd naar (de implementatie van) Lean binnen de gezondheidszorg.

In de derde en laatste paragraaf geef ik kort aan wat van belang is om mee te nemen uit dit hoofdstuk.

4.1 *Theorie van Lean*

In deze paragraaf zal ik de theorie over Lean denken samenvatten. Ik zal aandacht besteden aan de achtergrond en het gedachtegoed van Lean, aan de uitgangspunten en basisprincipes en ik zal ook laten zien welke praktische handvatten aangereikt worden om Lean vorm te geven in de organisatie.

De term Lean is bedacht door Womack & Jones (2003), die een grootschalig vergelijkend onderzoek uitvoerden tussen autofabrikanten in de jaren tachtig. Zij concludeerden dat Japanse autofabrikanten hun auto's produceerden met minder dan andere bedrijven en kwamen tot de conclusie dat een bedrijf dat van alles minder gebruikt, *lean* is.²

¹ Graban, M., *Lean hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*, New York: Productivity Press (2009), p. 19

² Womack, J.P., & Jones, D.T., *Lean thinking. Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*,

“Lean laat zich moeilijk vertalen in het Nederlands. Je komt dan op begrippen als ‘slank’ en ‘lenig’: ‘niks overbodigs dat je hindert om voor je klant het beste te leveren’.”³ Lean denken wordt door Womack en Jones als volgt gedefinieerd: “Kort gezegd is Lean denken *lean* omdat het voorziet in een manier om steeds meer te doen met steeds minder – minder menselijke moeite, minder materieel, minder tijd en minder ruimte – terwijl je de klant steeds beter kunt voorzien van wat hij precies wil.”⁴

Lean is afgeleid van het Toyota Productie Systeem (TPS, ook wel Thinking People System genoemd⁵), wat weer gebaseerd is op de productielijn van Ford. Het grote verschil tussen Ford en Toyota, is dat Ford heel veel auto's maakte en ze daarna verkocht, en dat Toyota de auto's pas maakte nadat ze door de klant waren besteld. Toyota werkt met een pullsysteem en andere bedrijven met een push-systeem (zie 4.1.2). Ohno (de productiemanager bij Toyota die vaak wordt genoemd als grondlegger van TPS) zag het productiesysteem anders dan de Amerikanen (Ford). Hij zag een gestroomlijnd proces, een vloeiende aaneenschakeling van gebeurtenissen bij het produceren van een auto, terwijl de Amerikanen gericht waren op snel en veel produceren.⁶ TPS (en Lean als afgeleide daarvan) houdt dan ook een heel andere manier van denken in: denken in processen meer dan in afdelingen en hoeveelheden (zie 4.1.2).

TPS wordt schematisch weergegeven als een huis (zie de afbeelding op de volgende pagina).

De basis wordt gevormd door 3 principes:

- *Heijunka* (stroomlijnen van de productie zodat je geen onevenredig verdeelde werklast hebt maar een continue flow, ook wel beeldend uitgelegd als “werk als een schildpad, niet als een haas”⁷),
- gestandaardiseerd werk en
- *kaizen* (continu gestaag verbeteren⁸).

Het hart wordt gevormd door (de ontwikkeling van) mensen. De twee pilaren die het huis steunen zijn kwaliteit en flow (zie 4.1.2).

De doelstellingen van TPS staan als het ware in de gevel gebeiteld: veiligheid, kwaliteit, tijd, kosten en arbeidsethos.

Londen: Simon & Schuster (2003), p. 9

³ Benders, J., Rouppe van der Voort, M. & Berden, B., *Lean denken en doen in de zorg. Acht verhalen uit de praktijk*, Den Haag: Boom Lemma (2010), p. 10

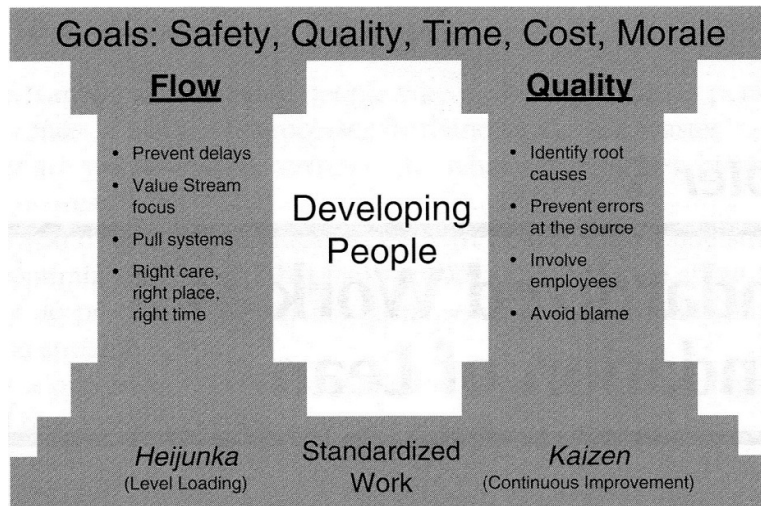
⁴ Womack, J.P., & Jones, D.T., *Lean thinking. Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, Londen: Simon & Schuster (2003), p.15

⁵ Dickson, E.W., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A. & Singh, S., ‘Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals’, In: *Annals of Emergency Medicine*, vol. 54, nr. 4 (2009), p. 504

⁶ Seddon, J. & Caulkin, S., ‘Systems thinking, lean production and action learning’, In: *Action Learning: Research and Practice*, vol. 4, nr. 1 (2007), p. 10-11

⁷ St. Elisabeth Ziekenhuis, *Veertien principes voor innovatie bedrijfsvoering*, Tilburg: St. Elisabeth Ziekenhuis (2009)

⁸ Idem



Afb. 4.1 – Het Toyota-huis⁹

4.1.1 Lean in twee delen

De theorie van Lean is uitgebreid en veelomvattend. Alles is echter gestoeld op een aantal basisaannames. In deze paragraaf werk ik twee delen uit, waaruit Lean volgens Toyota bestaat.¹⁰

Een van de meeste simpele definities van Lean komt van Toyota, en vat de twee delen samen van Lean denken:

1. Verspilling volledig uitbannen
2. Respect voor mensen.¹¹

Verspilling volledig uitbannen

Verspilling kan in de zorg gedefinieerd worden als iedere activiteit die de patiënt niet helpt of die de patiënt niet beweegt naar ontslag of genezing.¹²

Binnen de maatschappelijke opvang wil ik verspilling als volgt definiëren: iedere activiteit die de cliënt niet helpt of die niet bijdraagt aan het herstel van de cliënt. Herstel dient te worden begrepen als het streven naar een zo groot mogelijke kwaliteit van leven van de cliënt (zie ook hoofdstuk 2).

Verspilling valt binnen Lean uiteen in drie soorten, aangeduid met de Japanse termen *muda* (verspilling), *mura* (ongelijkmatigheid) en *muri* (overbelasting). Muda is onderverdeeld in 7 typen verspilling. Lean-meester Shigeo Shingo heeft daarnaast nog een achtste vorm van verspilling gedefinieerd (verspilling van menselijk potentieel), die in deze thesis ook van belang is. In onderstaande tabel heb ik ze alle acht schematisch weergegeven, met een korte omschrijving en een voorbeeld binnen de maatschappelijke opvang.

⁹ Graban, M., *Lean hospitals: Improving Quality, Patiënt Safety, and Employee Satisfaction*, New York: Productivity Press (2009), p. 74

¹⁰ Idem, p. 24

¹¹ Idem, p. 24

¹² Idem, p. 25

<i>Type verspilling</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Voorbeeld in de maatschappelijke opvang</i>
Transport	Onnodige beweging van producten of materialen in het systeem	Cliënten die op de ene locatie een opnamegesprek hebben en op een andere locatie de opname zelf (op dezelfde dag)
Wachten	Wachten tot de volgende activiteit plaatsvindt	Cliënten die wachten op een plaatsing (terwijl bedden vrij zijn)
Overproductie	Meer doen dan wat de klant nodig heeft of het eerder doen dan nodig	Onnodige hulp bieden bij de lichamelijke verzorging, activiteiten overnemen die een cliënt zelf kan uitvoeren
Defect	Tijd die wordt besteed aan iets verkeerd doen, fouten opsporen of herstellen	Verkeerde (dosering van) medicatie uitreiken aan een cliënt
Voorraad	Overtollige voorraad neemt ruimte in beslag, legt geld vast, staat bloot aan schade / veroudering / bederf en moet beheerd worden	Verbandmiddelen of voedingsmiddelen die over de houdbaarheidsdatum gaan
Beweging	Onnodige beweging van medewerkers	Begeleiders die heen en weer moeten lopen tussen cliëntenkamers en hun kantoor (dat niet op dezelfde gang ligt)
Extra verwerking	Werkzaamheden die geen waarde toevoegen voor de klant of die veroorzaakt worden door definities van kwaliteit die niet in lijn zijn met wat de klant nodig heeft	Gegevens die in het digitale dossier kunnen worden ingevuld, die vroeger gebruikt werden om verzamelrapportages te schrijven, maar die nu niet meer gebruikt worden en geen waarde meer toevoegen
Menselijk potentieel	Niet luisteren naar (ideeën van) medewerkers, ze niet betrekken of niet bijdragen aan de ontwikkeling van het talent van medewerkers	Medewerkers 'lopen leeg' op de zorg voor / begeleiding aan cliënten; er wordt veel van medewerkers gevraagd en ze kunnen het gevoel hebben er weinig voor terug te krijgen van de cliënten, de organisatie of de maatschappij (zie ook 3.2)

Tabel 4.1 – De acht typen verspilling¹³

¹³ Naar: Graban, M., *Lean hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*, New York: Productivity Press (2009), p. 43

Respect

Respect voor mensen krijgt niet alleen vorm in het voorkómen van de hierboven beschreven vormen van verspilling. Ook worden medewerkers gestimuleerd om hun creativiteit te gebruiken, om mee te denken in het oplossen van problemen of knelpunten en bij te dragen aan het proces van continu gestaag verbeteren. Persoonlijke ontwikkeling staat daarbij hoog in het vaandel.

Lean pleit echter niet voor een softe benadering of het ontzien van medewerkers: van medewerkers wordt verwacht dat zij zich inzetten voor de organisatie, dat zij hard werken en meedenken over het verbeteren van de processen, het product of de diensten. Er zijn zelfs organisaties die vastleggen hoeveel verbeterpunten van medewerkers verwacht worden: "In bedrijven als Toyota en Canon worden 100 suggesties per werknemer per jaar gedefinieerd, geschreven, gedeeld en geïmplementeerd."¹⁴

De gezondheidszorg heeft iets voor op andere sectoren, zo betoogt Mark Graban (2009), namelijk de intrinsieke motivatie van medewerkers om mensen te helpen, die maakt dat ze in de gezondheidszorg (of welzijn, zoals in deze thesis) willen werken. Het is van belang deze intrinsieke motivatie te koesteren en te beschermen tegen afvlakking door frustratie of burn-out.¹⁵

De kern van Lean heb ik hierboven weergegeven. Om de theorie van Lean goed te kunnen begrijpen, is het ook van belang om te kijken naar de basisprincipes en de hulpmiddelen. Dat doen we in de nu volgende twee paragrafen.

4.1.2 Basisprincipes van Lean

In deze paragraaf werk ik de 5 basisprincipes uit die ten grondslag liggen aan de hulpmiddelen die in Lean kunnen worden ingezet. Ik spits ze toe op de maatschappelijke opvang.

De basis van Lean bestaat uit 5 principes:

1. Specificeer *waarde* vanuit het perspectief van de uiteindelijke *klant*
2. Identificeer alle activiteiten in de *waardestroom* en elimineer daarbij iedere activiteit die geen waarde toevoegt
3. Zorg ervoor dat alle waardetoevoegende activiteiten in een vaste volgorde gebeuren zodat de *flow* behouden blijft
4. Laat de klant waarde door het systeem trekken (*pull*)
5. Streef *perfectie* na door middel van continu gestaag verbeteren.

Waarde

Waarde is in Lean de kwaliteit die door de klant ergens aan wordt toegekend. Allereerst moet dan ook worden vastgesteld wie de klant is en wat de klant wil. Er zijn binnen Stichting Maatschappelijke Opvang Breda e.o. verschillende klanten te definiëren: de cliënt, maar ook het zorgkantoor, de gemeente, de overheid, of de Federatie Opvang. Het gaat in Lean echter altijd om de waarde van de uiteindelijke klant, de consument. Binnen de Maatschappelijke Opvang (en dus in deze thesis) is dat de dak- en/of thuisloze cliënt.

¹⁴ Sayer, N.J., & Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2011), p. 117

¹⁵ Graban, M., *Lean hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*, New York: Productivity Press (2009), p. 26

De klant bepaalt welke gedragingen in de waardeestroom toegevoegde waarde hebben. Daarvoor moet de dienst aan 3 voorwaarden voldoen:

1. de klant moet ervoor willen betalen (hetzij in geld, hetzij in tijd of andere middelen)
2. de activiteit moet het product of de dienst transformeren (of, indien gewerkt wordt met cliënten in plaats van met producten: de activiteit moet de cliënt van de ene situatie naar de andere bewegen, in de richting van de gewenste uiteindelijke situatie¹⁶, zoals doorstromen naar een zelfstandige woonvorm)
3. de activiteit moet meteen de eerste keer goed worden uitgevoerd.¹⁷

Activiteiten die niet aan deze drie criteria voldoen, voegen geen waarde toe en worden beschouwd als verspilling (zie 4.1.1).

“In de zorg gaat het [bij het beantwoorden van de zorgvraag die ons gesteld wordt] niet alleen om praktische vragen, maar ook [om] existentiële vragen, vragen die je ‘zijn’ raken. (...) Er zit veel onzekerheid bij de vragen die ons gesteld worden en daardoor is er een sterke afhankelijkheid tussen zorgvrager en zorgverlener. Daarom is verbinding wezenlijk bij de waarde van zorg. (...) Lean gaat om waarde en Lean toepassen moet dus ten gunste komen van die verbinding waarmee waarde tot stand komt. Dat is de verbinding tussen een zorgverlener en een zorgvrager, maar ook de verbinding tussen zorgverleners aangezien een zorgvrager vaak meerdere zorgverleners tegen komt.”¹⁸

Er zijn verschillende manieren om te ontdekken wat de klant als waarde beschouwt. Een van die manieren is het ‘gewoon’ aan ze te vragen, maar dat is nog geen gemeengoed. Binnen de SMO Breda e.o. wordt iedere twee jaar een cliënttevredenheidsonderzoek gehouden, waarin cliënten gevraagd wordt aan te geven in welke mate zij tevreden zijn over de zorg en dienstverlening van de organisatie. Daar wordt (nog) niet specifiek gevraagd naar wat cliënten als ‘waarde’ bestempelen. Wel worden cliënten steeds meer betrokken (o.a. door het inzetten van de cliëntenraad) bij ontwikkelingen die in de organisatie plaats (gaan) vinden en wordt hen gevraagd mee te denken in het verbeteren van (het aanbod van) de zorg en dienstverlening.

Waardeestroom

De waardeestroom beschrijft hoe alle activiteiten in elkaar passen en samenwerken om een bepaalde dienst¹⁹ te produceren.²⁰

Er bestaan in een organisatie drie vormen van ieder proces:

1. Wat het proces *werkelijk* is
2. Wat we *denken* dat het proces is
3. Wat het proces *zou moeten* zijn.²¹

¹⁶ Idem, p. 39

¹⁷ Sayer, N.J., & Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2011), p. 26

¹⁸ Rouppe van der Voort, M., *Wat is Lean?* (2008), p. 1

¹⁹ Lean gaat uit van producten of diensten. Omdat in deze thesis de zorg en dienstverlening binnen SMO Breda e.o. centraal staat, zal ik in dit hoofdstuk spreken over dienst(en).

²⁰ Sayer, N.J., & Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2011), p. 63

²¹ Graban, M., *Lean hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*, New York: Productivity Press (2009), p. 57

Om verspilling te kunnen bepalen, moeten we volgens Toyota 'zelf gaan kijken' (*genchi genbutsu* in het Japans) op de plaats waar het proces zich daadwerkelijk afspeelt (de *gemba*).

Het gaat bij de waardeestroom om het vaststellen en analyseren van de stroom activiteiten die de klantwaarde creëert. Dat wordt in Lean gedaan door middel van de Value Stream Map (VSM, zie 4.1.3). Een waardeestroom binnen de maatschappelijke opvang kan bijvoorbeeld het proces zijn van het moment van aanmelding tot het moment van opname. Dit proces zou door middel van een VSM in kaart kunnen worden gebracht, zodat zichtbaar wordt waar verspilling plaats vindt. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat een cliënt (lang) wacht tussen aanmelding en opname, of dat een kamer leeg staat terwijl een cliënt wacht op doorplaatsing. Door dit in een VSM weer te geven, kunnen verbeterpunten worden bepaald en kan door middel van de hulpmiddelen die in dit hoofdstuk worden beschreven, gewerkt worden aan verbetering van dat proces.

Flow

Dit is de doorstroming, het vloeiende stromen, zoals verkeer op een rustige weg, het bloed door de aderen. Als alle onderdelen samenwerken, ontstaat flow. Als een van de onderdelen niet goed functioneert of er zijn obstakels, dan wordt de flow onderbroken. In Lean zorgt het elimineren van verspilling voor het elimineren van obstakels in de flow – van mensen, producten, diensten, informatie of materiaal.²²

Dingen gaan beter als je focust op de dienst en wat daarvoor nodig is, meer dan op de organisatie of het materieel. Alle activiteiten die nodig zijn om een product te ontwerpen, bestellen en afleveren, kunnen dan in een continue flow plaatsvinden.²³

Wat denken in *flow* lastig maakt, is dat het tegen onze intuïtie ingaat: voor het merendeel van de mensen lijkt het vanzelfsprekend dat werk georganiseerd zou moeten worden volgens afdelingen en partijen (hoeveelheden). Het Lean-alternatief is om het werk van functies, afdelingen en organisaties zo te definiëren dat zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan het creëren van waarde en om aan de werkelijke behoeften van medewerkers (doorheen het hele proces) te appelleren zodat het in hun belang wordt om waarde te laten stromen.²⁴

SMO Breda e.o. heeft een aantal verschillende opvang- en woonvoorzieningen, die als zelfstandige 'afdelingen' binnen de organisatie werken. Het verbeteren van flow (bijvoorbeeld de doorstroom van cliënten van een locatie naar een andere) zou mogelijk bevorderd kunnen worden door niet langer te denken in locaties of afdelingen, maar het proces van de cliënt centraal te stellen en er op die manier naartoe te werken dat de cliënt vloeiend door de organisatie 'stroomt'.

Pull

Producten en diensten kunnen door een systeem worden getrokken (pull) als gevolg van een actie van de klant, of ze kunnen door het systeem worden geduwd (push) door een stroomopwaarts proces.²⁵ Een voorbeeld van een pullsysteem is de supermarkt, waar besteld wordt op geleide van de lege ruimte in de schappen. In Lean wordt de waardeestroom tot actie aangezet door een indicator die *kanban* wordt

²² Sayer, N.J., & Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2011), p. 150

²³ Womack, J.P., & Jones, D.T., *Lean thinking. Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, Londen: Simon & Schuster (2003), p. 22

²⁴ Idem, p. 24

²⁵ Sayer, N.J., & Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2011), p. 30

genoemd. Dit signaal kan allerlei vormen aannemen (zoals een kaart, een lege ruimte die gevuld moet worden, etc.).²⁶ In de casus in deze thesis, woonvoorziening de Gaarshof, is een voorbeeld van een kanban een 'leeg bed'; een vrije kamer die beschikbaar is voor een nieuwe cliënt.

Perfectie nastreven

Lean gaat om steeds blijven verbeteren. Het doel is de volledige uitbanning van verspilling zodat alle activiteiten in de waardestream waarde creëren.²⁷ Lean is niet kortstondig, maar voortdurend en oneindig. Een organisatie is nooit 'af'; er valt altijd wel iets te verbeteren. Toyota werkt al sinds de jaren 40 volgens de principes van TPS, en als aan de topman van Toyota gevraagd wordt hoe ver zij zijn met het optimaliseren van hun productiesysteem, luidt zijn antwoord "halverwege ongeveer". Dat is hetzelfde antwoord als hij 10 jaar geleden gaf.²⁸

Ook binnen SMO Breda e.o. kan door middel van Lean denken, gewerkt worden aan continue verbetering van de processen en het optimaliseren van de waarde (en de kwaliteit van leven) van de cliënt. Dit kan gedaan worden door de hulpmiddelen die in de volgende paragraaf worden beschreven, in te zetten. Door continu bezig te zijn met verbeteringen van de processen binnen de organisatie, kan de organisatie, en daarbinnen de individuele medewerker, steeds beter tegemoet komen aan de wensen en behoeften van de cliënt (zie ook hoofdstuk 3). Zo zou bijvoorbeeld mogelijk de eerder genoemde wachttijd tussen aanmelding en opname (of de doorstroomtijd tussen de voorzieningen) verkort kunnen worden, zodat cliënten eerder de zorg krijgen die zij werkelijk nodig hebben.

Ik heb in deze paragraaf beschreven hoe we de uitgangspunten van Lean denken moeten begrijpen. Nu zullen we kijken naar de praktische *tools* die Lean biedt.

4.1.3 Lean-gereedschapskist

Lean biedt naast een denkkader ook praktische handvatten om processen vorm te geven binnen de organisatie. Deze invulling is te beschouwen als een gereedschapskist, waaruit je kunt pakken wat je op enig moment nodig hebt. Het strekt te ver om in deze thesis alle hulpmiddelen uit te werken. In deze paragraaf zal ik dan ook slechts een aantal hulpmiddelen van Lean, die in deze thesis relevant zijn, in een tabel weergeven.

<i>Hulpmiddel</i>	<i>Korte uitleg</i>
Gestandaardiseerd werken	Gestandaardiseerd werken is de basis van <i>kaizen</i> (zie verder). Op basis van de vastgelegde standaard kan een verbetervoorstel gedaan worden, waarna (als het voorstel wordt aangenomen) een nieuwe standaard wordt beschreven.
Visueel beheer	Door visuele hulpmiddelen in te zetten, is direct zichtbaar waar verspilling plaatsvindt en aan welke verbetervoorstellen wordt gewerkt. Zo hebben alle

²⁶ Idem, p. 163

²⁷ Womack, J.P., & Jones, D.T., *Lean thinking. Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, Londen: Simon & Schuster (2003), p. 350

²⁸ Rouppe van der Voort, M., *Wat is Lean?* (2008), p. 3

	betrokken inzicht in wat speelt en kunnen verbeteringen gemakkelijk door de betrokkenen worden besproken.
Value Stream Map (VSM)	Een grafische, schematische weergave van de waardeestroom en de bijbehorende informatiestroom. In de VSM worden niet alleen de activiteiten beschreven, maar ook de tijdsbesteding wordt toegevoegd. ²⁹ Deze VSM wordt eerst gemaakt van de huidige situatie, en daarna van de gewenste situatie. Zo kan worden bepaald waar verbetering mogelijk is.
Poka-yoke	Een apparaat dat of procedure die ervoor zorgt dat geen fouten gemaakt kunnen worden. ³⁰ Een voorbeeld van poka-yoke is een digitaal formulier dat je pas kunt afsluiten of opslaan als alle velden zijn ingevuld.
5 keer-waarom-vragen	In Lean denken ligt de focus niet op <i>wie</i> een fout maakte, maar op <i>waarom</i> de fout werd gemaakt. Om de oorzaak van een fout of probleem te achterhalen, moet je onderzoek doen. Dat onderzoek wordt in Lean vormgegeven door 5 keer 'waarom?' te vragen. Je blijft de waarom-vraag herhalen totdat je de werkelijke oorzaak hebt gevonden.
Genchi genbutsu en de Gemba	Deze twee hulpmiddelen zijn vooral bedoeld voor de leidinggevenden of het management van een organisatie. <i>Genchi genbutsu</i> betekent "ga kijken", <i>gemba</i> is "de plaats waar het werk wordt gedaan". ³¹ Het uitgangspunt in Lean is dat je moet weten wat er speelt, om verbeteringen te kunnen doorvoeren.
Kaizen	Kaizen is continu gestaag verbeteren, waarbij het vaak niet gaat om ingrijpende veranderingen, maar juist om kleine aanpassingen die het geheel versterken en verbeteren. Om kaizen te kunnen uitvoeren, is de betrokkenheid van iedereen nodig, van hoog tot laag in de organisatie. Kaizen-projecten kunnen individueel zijn of door een groep worden uitgevoerd en maken veelal deel uit van het dagelijkse werk. Een workshop (ook wel Kaizen-blitz of Kaizen-event genoemd) wordt georganiseerd buiten de werkzaamheden om.

Tabel 4.2 – Relevante Lean-tools

²⁹ Graban, M., *Lean hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*, New York: Productivity Press (2009), p. 59

³⁰ Womack, J.P., & Jones, D.T., *Lean thinking. Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, Londen: Simon & Schuster (2003), p. 350

³¹ Graban, M., *Lean hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*, New York: Productivity Press (2009), p. 240

4.2 *Lean denken in de zorg en wetenschappelijk onderzoek*

Zoals beschreven, is Lean denken afgeleid van de auto-industrie. In de zorg zijn de principes en gereedschappen echter ook toe te passen. Dat is met name in ziekenhuizen al gedaan. In deze paragraaf zal ik een indruk geven van wat met Lean is gedaan in de zorg, en wat daarmee bereikt werd. Ook bespreek ik wetenschappelijk onderzoek dat is gedaan, onder andere naar Lean op de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) in het ziekenhuis.

In *Lean denken en doen in de zorg* (Benders, Rouppe van der Voort & Berden, 2010) worden praktijkervaringen beschreven van organisaties binnen de gezondheidszorg die met (de principes en instrumenten van) Lean denken zijn gaan werken. Het gaat om (afdelingen van) ziekenhuizen en klinieken (voor radiotherapeutische zorg, oncologische geneeskunde).

Bijna alle beschreven ervaringen begonnen met de wens zaken efficiënter in te richten en kwaliteit te verbeteren, een enkel initiatief begon omwille van bezuinigingen.

Er wordt, in de voorbeelden die beschreven worden in *Lean denken en doen in de zorg*, vooral gewerkt aan wachttijden: blijkbaar wachten patiënten veel in de gezondheidszorg en is die wachttijd door middel van instrumenten uit de Lean-toolbox goed te verbeteren. Dat is in ieder geval zo in de beschreven voorbeelden: zo verhaalt de polikliniek Dermatologie van het UZ Gent over een wachttijd die is teruggebracht van vier maanden naar 6 weken (voor kankerraadpleging) en van zes weken naar binnen een week of binnen twee weken (voor algemene raadplegingen, afhankelijk van de mate van urgentie).³² Het NKI-AVL (het Nederlands Kanker Instituut en Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis) doet verslag van een reductie van de wachttijd tussen eerste bezoek aan de polikliniek en de diagnose met 50%³³ en ook het UMCG maakt melding van verkorting van wachttijd, al kwantificeren zij dat niet.³⁴

Ook gaat aandacht uit naar het efficiënter gebruiken van ruimte; niet alleen het gebruik van de werkelijke ruimte (bedbezetting, planning van spreek- of behandelruimtes) maar ook het indelen van die ruimte zodat efficiënter gewerkt kan worden op de werkplek zelf. Dat wordt bijvoorbeeld aangepakt met behulp van 5S: een werkplekverbetering waarin achtereenvolgens gesorteerd, gestructureerd, schoongemaakt, gestandaardiseerd en gestabiliseerd wordt. Zo wordt niet alleen ruimtebesparing gerealiseerd, maar doet de werkplek ook prettiger aan en hoeft minder gelopen te worden om de benodigde instrumenten ergens te halen, omdat de benodigde hulpmiddelen direct voorhanden zijn.

Ook wordt gekeken naar de (nodeloze) bewegingen die personeel moet maken, bijvoorbeeld afstanden die moeten worden afgelegd maar die vermeden kunnen worden. Deze worden inzichtelijk gemaakt door middel van spaghettidiagrammen (zie ook 4.1.3).

Er wordt gewerkt met kanbans in de vorm van kaarten die aangeven wanneer goederen weer besteld moeten worden, zaken worden beschreven volgens A3-denken (op 1 pagina A3 wordt alle kritische informatie weergegeven met betrekking

³² Benders, J., Rouppe van der Voort, M. & Berden, B., *Lean denken en doen in de zorg. Acht verhalen uit de praktijk*, Den Haag: Boom Lemma (2010), p. 53

³³ Idem, p. 62

³⁴ Idem, p. 75 en 76

tot een bepaald onderwerp) en standaard behandelplannen worden ontwikkeld om het werk zoveel mogelijk te standaardiseren.

In nagenoeg alle praktijkverhalen wordt beschreven hoe gewerkt is met de Value Stream Map om in kaart te brengen hoe processen lopen en waar verspilling plaatsvindt. Er wordt veelal gewerkt met kleine werkgroepen, maar tegelijkertijd wordt gewaarschuwd voor de weerstand die de veranderingen mogelijk oproepen op de werkvloer. Het lijkt van cruciaal belang de veranderingen goed te communiceren en draagvlak te creëren door niet alleen een selecte groep bezig te laten zijn met de verbetervoorstellen, maar dit teambreed te dragen. Daartoe wordt o.a. gewerkt met verbeterborden en dagelijkse, 10 minuten durende besprekingen waar problemen van de vorige dag aan bod komen. Ook worden medewerkers geschoold om het Lean werken vorm te kunnen geven en kartrekker te kunnen zijn in de verbetercyclus. De resultaten zijn verschillend en positief. Zo worden in de beschreven ervaringen (in *Lean denken en doen in de zorg*) o.a. genoemd:

- het aantal te blussen brandjes op een dag neemt af doordat problemen constructief worden opgelost (St. Elisabethziekenhuis)³⁵,
- werkdruk is verminderd (St. Elisabethziekenhuis)³⁶,
- doorstroomtijden en wachttijden van patiënten worden verkort (o.a. Maastric Clinic)³⁷,
- het aantal incidenten neemt af (Maastric Clinic)³⁸,
- ruimtes worden effectiever gebruikt (polikliniek Dermatologie UZ Gent)³⁹,
- personeel wordt effectiever ingezet (polikliniek Dermatologie UZ Gent)⁴⁰,
- overwerk en ziekteverzuim nemen af (zelfs met resp. 81 en 36 procent in het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis)⁴¹.

Lean werken heeft ook financiële gevolgen. Zo verhaalt het Universitair Medisch Centrum Groningen over financieel resultaat van €100.000,- per project, hebben zij in 2008 1 miljoen euro bespaard en voorzagen zij voor 2009 een jaarlijkse besparing van tenminste 6 miljoen euro, met nog eens 3 miljoen euro extra vanaf 2010.

*Bron: Benders, J., Rouppe van der Voort, M. & Berden, B., *Lean denken en doen in de zorg. Acht verhalen uit de praktijk* (2010), p. 74*

In alle verhalen klinkt door dat Lean denken en werken geen snelle oplossing is, dat de implementatie lang duurt en dat een lange adem nodig is om Lean goed vorm te kunnen geven. Er wordt meermaals melding gemaakt van de weerstanden bij medewerkers om (weer) te veranderen en de neiging om in tijden van hectiek terug te vallen op dat wat bekend is (ook al werkt dat minder efficiënt en komt dat de kwaliteit zelfs niet altijd ten goede). Veel aandacht moet dan ook worden besteed aan borging van de verbetercyclus en van de nieuwe (verbeterde) processen. Maar de gevolgen in financiële zin kunnen daarmee aanzienlijk zijn (zie kader 4.1).

In Amerika hebben verschillende zogenoemde *early adopters* een aanzet gedaan Lean denken op de gezondheidszorg toe te passen. Daar worden goede resultaten geboekt (zie kader 4.2).

Kader 4.1 – Financiële resultaten

³⁵ Idem, p. 21

³⁶ Idem, p. 28

³⁷ Idem, p. 36

³⁸ Idem, p. 39

³⁹ Idem, p. 55

⁴⁰ Idem, p. 50

⁴¹ Idem, p. 64

Er worden zorgprogramma's ontwikkeld (alle vastgestelde en gecoördineerde activiteiten en maatregelen die nodig zijn om gezondheidszorg te kunnen leveren of om bepaalde resultaten te boeken bij een specifieke doelgroep)⁴² en ook kunnen zorgpaden ontwikkeld worden die de zorgprogramma's optimaliseren, zoals een VSM kan worden gebruikt om waardesystemen te verbeteren.⁴³

Onderzoek naar de implementatie van Lean op SEH-afdelingen van ziekenhuizen, laat zien dat Lean-principes die worden aangepast aan de zorgcultuur gedragsverandering en duurzame verbeteringen in de kwaliteit van zorg op de SEH tot gevolg kunnen hebben.⁴⁴ Het succes van Lean staat of valt echter met de mate waarin professionals en management betrokken zijn op Lean; als zowel de betrokkenheid van de medewerkers op de werkvloer, als de toewijding van het management, ontbreken, dan is geen materieel resultaat zichtbaar van de verbetering. Als Lean echter wordt ingevoerd volgens de principes van TPS en gedragen wordt door de medewerkers op de werkvloer, dan kunnen goede resultaten worden behaald. Het resultaat (of het uitblijven daarvan) van werken met instrumenten uit de toolbox van Lean, wordt dus vooral bepaald door de inspanningen die men zich getroost om het te laten slagen.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de medewerkerstevredenheid na de invoering van Lean, zo beschrijft Richard Holden (2010). Maar er worden wel waargenomen effecten beschreven in onderzoek naar de resultaten van de implementatie van Lean. Zo wordt ondermeer beschreven dat medewerkers zich bewuster zijn geworden van hun werk en de problemen die zij daarin tegen komen, dat medewerkers aan nieuwe waarden belang zijn gaan hechten en dat zij zich bereidwilliger opstellen om deel te nemen aan de veranderingen die door Lean worden teweeggebracht, of om deze te accepteren. Er wordt zelfs gesuggereerd dat Lean een nieuwe cultuur heeft doen ontstaan van continu verbeteren, waarin medewerkers het werk meer naar zich toetrekken en meer deelnemen aan besluitvormingsprocessen.⁴⁵ Dart (2010) beschrijft wel resultaten van een medewerkerstevredenheidsonderzoek, namelijk het onderzoek onder medewerkers van Denver Health. Hieruit blijkt dat medewerkers die hadden deelgenomen aan een kaizen-event, in alle ondervraagde categorieën hoger scoorden dan medewerkers die niet hadden deelgenomen.⁴⁶ Dat laat zien dat medewerkers die deelnemen aan verbeterinitiatieven, meer tevreden zijn over hun werk dan hun collega's die niet betrokken zijn bij het proces van continu gestaag verbeteren. Het zegt echter niet wat oorzaak is en wat gevolg. Is die

Het vóórkomen van infecties bij een infuus werd met 50 tot 90% teruggebracht in Pittsburgh. In Minnesota slaagde men erin om per maand 40.000 instrumenten minder te gaan gebruiken in de operatiezaal en konden per dag 10 kankerpatiënten meer behandeld worden met chemotherapie en antibiotica-infuus.

Bron: Kim, C.S., Spahlinger, D.A., Kin, J.M. & Billi, J.E., *Lean Health Care: What Can Hospitals Learn from a World-Class Automaker?*, In: *Journal of Hospital Medicine*, vol. 1, nr. 3 (2006), p. 195-196

Kader 4.2 – Voorbeelden van resultaten van Lean werken in de Verenigde Staten

⁴² Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R., 'Application of lean thinking tot health care: issues and Observations', In: *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, nr. 5 (2009), p. 344

⁴³ Idem, p. 345

⁴⁴ Dickson, E.W., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A. & Singh, S., 'Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals', In: *Annals of Emergency Medicine*, vol. 54, nr. 4 (2009), p. 504

⁴⁵ Holden, R.J., 'Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review', In: *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57, nr. 3 (2010), p. 7

⁴⁶ Dart, R.C., 'Can Lean Thinking Transform America Health Care?', In: *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57, nr. 3 (2010), p.2

tevredenheid een gevolg van het werken aan verbeteringen? Of zijn mensen die hun werk positief beleven, eerder geneigd een bijdrage te leveren aan het verbeteren van dat werk? Het laat buiten eveneens buiten beschouwing of medewerkers benaderd worden om een bijdrage te leveren aan die kaizen-events, of dat zij daar zelf initiatief toe nemen; mogelijk hangt de inspanning voor dergelijke verbetertrajecten samen met een bepaalde attitude van medewerkers, die maakt dat zij daarvoor open staan? Deze vragen worden door Holden niet beantwoord.

Volgens Young & McClean (2008) kan Lean niet zomaar op de zorg worden toegepast, omdat waarde door de vele verschillende patiënten, op veel verschillende manieren wordt gedefinieerd.⁴⁷ Zij betogen dat men moet uitgaan van 3 centrale thema's (of dimensies) van waarde in de zorg: klinisch (de beste uitkomst voor de patiënt), operationeel (effectiviteit van de dienst, voornamelijk gemeten in kosten) en met betrekking tot ervaring (van de patiënten, alsook van de medewerkers). Hoewel de eerste resultaten van gezondheidszorgorganisaties de indruk wekken dat het gebruik van Lean-principes kan leiden tot substantiële verbeteringen in de kwaliteit en efficiëntie van de zorg⁴⁸, toch blijven een hoop vragen bestaan over het effect van Lean op medewerkers en op de gezondheid van patiënten, alsook over hoe Lean het beste kan worden geïmplementeerd in de zorg.⁴⁹

Kritische geluiden omtrent het werken met Lean in de zorg, betreffen niet alleen het ontbreken van onderzoek, maar ook de kwaliteit van het onderzoek.⁵⁰ Tot nog toe betrof onderzoek naar de resultaten van Lean werken voornamelijk case-studies of evaluatief onderzoek. Wat echter ontbreekt, aldus Waring & Bishop (2010), is socio-cultureel onderzoek dat in detail de implementatie van Lean en de interactie met bestaande klinische praktijken verkent.⁵¹ Ook dient nog te worden onderzocht wat de effecten zijn van Lean op de veiligheid van patiënten en kwaliteitsmetingen, evenals de effecten op de medewerkers. Ook moet bepaald worden welke factoren bepalend zijn in het al of niet succesvol zijn van Lean.⁵²

Kanttekeningen die worden geplaatst bij Lean, betreffen veelal de veelomvattendheid van het invoeren van Lean; het is niet gemakkelijk gerealiseerd. Leiders moeten de waarden en het doel van Lean zó communiceren, dat medewerkers betrokken raken (en willen zijn) bij de veranderingen. In de praktijk blijkt dat vaak kleine groepjes bezig zijn met Lean, wat het gevaar met zich meebrengt dat Lean vooral toegepast wordt in een simulatieomgeving, door een select gezelschap. Bovendien is er vaak sprake van weerstand tegen de veranderingen. Deze weerstand is niet alleen gericht op Lean, maar veel breder, op het verschijnen van nieuwe leiders, het vergaren van bewijs en het omvormen van klinische praktijken.⁵³

⁴⁷ Young, T.P., & McClean, S.I., 'A critical look at Lean Thinking in healthcare', In: *Quality and Safety in Health Care* (2008), p. 4

⁴⁸ Kim, C.S, Spahlinger, D.A., Kin, J.M. & Billi, J.E., 'Lean Health Care: What Can Hospitals Learn from a World-Class Automaker?', In: *Journal of Hospital Medicine*, Vol. 1, nr. 3 (2006), p. 198

⁴⁹ Holden, R.J., 'Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review', In: *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57, nr. 3 (2010), p. 1

⁵⁰ Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R., 'Application of lean thinking tot health care: issues and Observations', In: *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, nr. 5 (2009), p. 345

⁵¹ Waring, J.J., & Bishop, S., 'Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance', In: *Social Science & Medicine*, vol. 71, nr.7 (2010), p. 1339

⁵² Holden, R.J., 'Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review', In: *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57, nr. 3 (2010), p. 11

⁵³ Waring, J.J., & Bishop, S., 'Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance', In: *Social Science &*

Het is wellicht nog te vroeg om te stellen dat Lean de zorg kan transformeren, maar de ervaringen de tot nu toe zijn opgedaan met Lean in de zorg, geven goede hoop dat met de principes van Lean de zorg voor cliënten binnen de maatschappelijke opvang kan worden verbeterd, met name daar waar het gaat om verbeteren van efficiency en vergroten of toevoegen van waarde voor de cliënt. Met name het toolbox-karakter van Lean biedt kansen voor aanpassing van de methode aan de zorgomgeving.⁵⁴

4.3 Om mee te nemen

In dit hoofdstuk heb ik de theorie van Lean denken uiteen gezet. Ik heb beschreven hoe Lean is opgebouwd, welke principes van belang zijn en welke instrumenten uit de Lean-toolbox van nut kunnen zijn in deze thesis.

Net zoals in het voorgaande hoofdstuk is een vijftal punten in het bijzonder belangrijk om te onthouden. We zullen ze in het volgende hoofdstuk eveneens nodig hebben bij de constructie van de nieuwe bril van menslievende zorg en Lean denken.

- Lean denken valt in twee delen uiteen (volgens Toyota): verspilling volledig uitbannen en respect voor mensen.
- Er zijn acht vormen van verspilling: transport, wachten, overproductie, defect, voorraad, beweging, extra verwerking en menselijk potentieel.
- De basis van Lean denken bestaat uit 5 principes: de waarde van de klant, het vaststellen van de waarde stroom (en het elimineren van verspilling daarin), het creëren en behouden van *flow*, een pullsysteem waarbij de klant de waarde door het systeem trekt, en het nastreven van perfectie door continu gestaag verbeteren.
- Lean is geen kortetermijnoplossing: het is een keuze voor het leven, een voortdurende reis van verbeteringen.
- Tot nu toe is Lean denken toegepast op zorgpraktijken waarbij een duidelijk start- en eindpunt is te duiden: een patiënt komt ziek binnen en verlaat het ziekenhuis (in de ideale situatie) weer als hij beter is. Het al dan niet succesvol zijn van de implementatie van Lean denken lijkt daarin vooralsnog vooral samen te hangen met de betrokkenheid van medewerkers in de organisatie (van hoog tot laag).

Medicine, vol. 71, nr.7 (2010), p. 1339
⁵⁴ Harten, W. H. van, Hans. E.W., & Lent, W.A.M. van, 'Aanpak efficiency te ondoordacht', In: *Medisch Contact*, vol. 65, nr. 6 (2010), via <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/archief-6/Tijdschriftartikel/73062/Aanpak-efficiency-te-ondoordacht.htm>

HOOFDSTUK 5 DE SOM DER DELEN

Lean denken en menslievende zorg zijn in eerste oogopslag twee heel verschillende denkrichtingen. Lean is een gedachtegoed dat gericht is op het stroomlijnen van processen, uitbannen van verspilling en continu gestaag verbeteren, vanuit het oogpunt van waardecreatie voor de klant.

Menslievende zorg, daarentegen, is “een praktijk van zorg waarin competente en meelevende professionals interacteren met mensen die onder hun zorg vallen; voor hen is afstemmen op de noden van iedere individuele patiënt een leidend principe en indien nodig passen zij de procedures en protocollen van het instituut aan; het voornaamste doel van dit type zorg is niet het repareren van het lichaam of de geest van de patiënt, maar de ervaring van de zorgontvanger dat deze wordt ondersteund en niet alleen gelaten wordt; van belang is ook dat alle betrokkenen in de zorg (professionals, zorgontvangers en hun naasten) kunnen voelen dat zij er toe doen als unieke en waardevolle individuen.”¹

De twee theorieën hebben verschillende uitgangspunten en hebben een andere benadering van de processen die zij beogen te verbeteren en van de manier waarop verbeterd kan worden. Het is toch mogelijk om de twee theorieën samen te denken en met elkaar te verweven. Daartoe zal ik in dit hoofdstuk expliciet maken waar ze elkaar (kunnen) ontmoeten. Op die manier construeer ik als het ware een nieuwe bril waardoor we zorgpraktijken kunnen bezien.

In dit hoofdstuk koppel ik de in hoofdstuk 3 beschreven theorie van menslievende zorg van Annelies van Heijst, aan Lean denken zoals ik dat heb beschreven in hoofdstuk 4. Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd.

Allereerst zal ik een schematische weergave geven (en toelichten) van hoe menslievende zorg en Lean denken zich ten opzichte van elkaar verhouden.

In de eerste paragraaf zal ik vervolgens bespreken waar beide theorieën met elkaar overeenkomen.

In de tweede paragraaf beschrijf ik op welke vlakken ze van elkaar verschillen.

De derde paragraaf staat in het teken van de tegenstrijdigheden tussen beide theorieën. Zo wordt niet alleen duidelijk waar ze elkaar aanvullen, maar ook tot hoe ver het samendenken van de twee theorieën strekt.

In de vierde paragraaf zal ik illustreren hoe de in de voorgaande paragrafen beschreven combinatie van menslievende zorg en Lean denken als waardecreërend principe kan worden begrepen binnen de casus die ik in het eerste hoofdstuk heb beschreven. Daartoe zal ik het proces uit het eerste hoofdstuk bezien vanuit de combinatie van Lean denken en menslievende zorg.

¹ Heijst, A. van, *Professional Loving Care. An Ethical View of the Healthcare Sector*, Leuven: Peeters (2011), p. 3

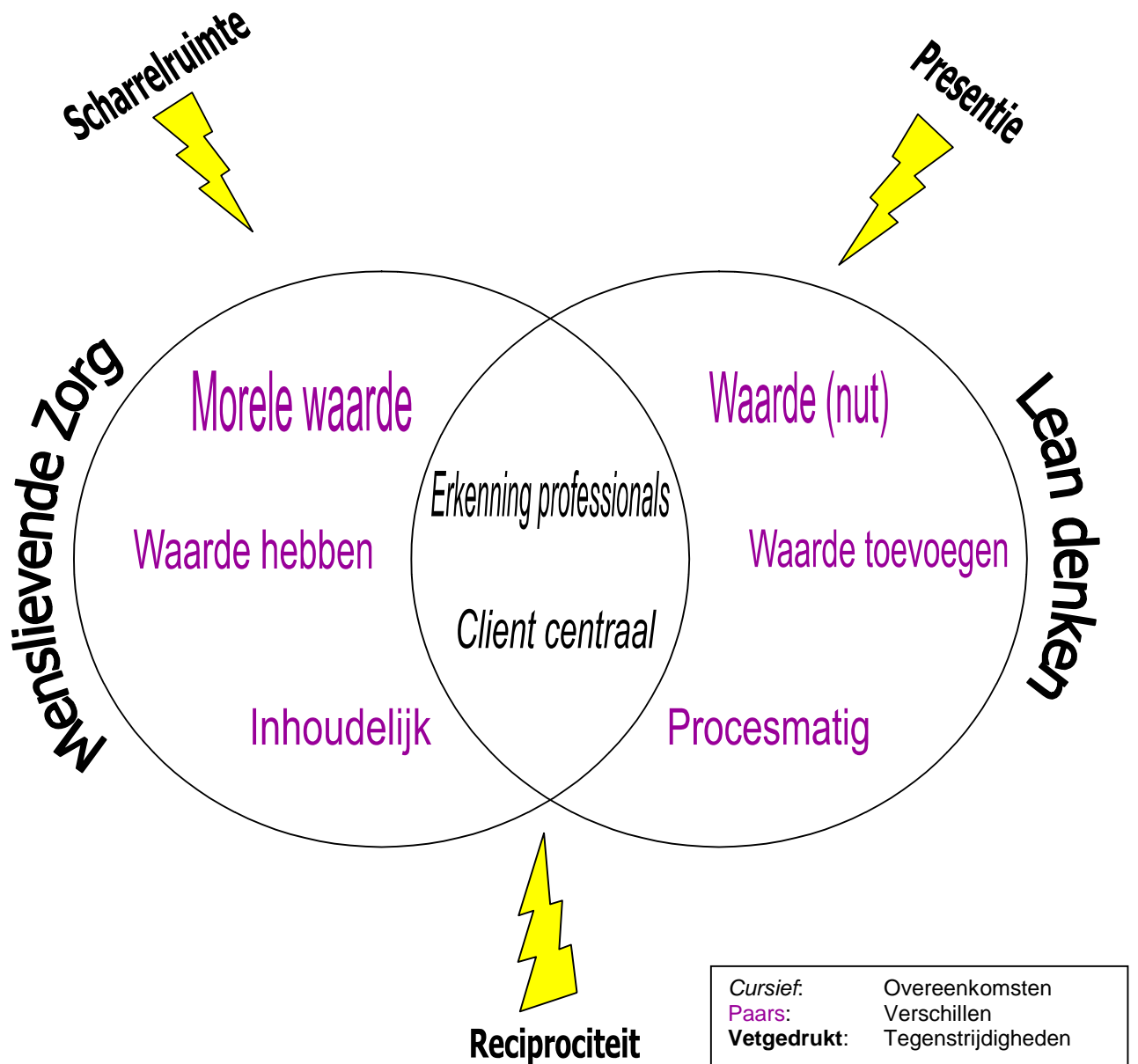


Fig. 5.1 – Schematische weergave van menslievende zorg en Lean denken in verhouding tot elkaar

In bovenstaande figuur heb ik schematisch weergegeven hoe menslievende zorg en Lean denken zich tot elkaar verhouden. Ik heb gekozen voor twee cirkels, omdat een cirkel een cyclus symboliseert, een voortdurend doorgaan. Zowel menslievende zorg als Lean denken zijn steeds voortgaande processen (ik kom daar in de beschrijving van het spanningsveld 'proces' nog op terug). Een andere reden om twee cirkels met elkaar te verbinden, is vanuit het idee van een bril die we construeren. Als je je ogen ontspant, zie je het beeld waar je naar kijkt, altijd dubbel: twee cirkels. Als je echter focust, dan vloeien die twee beelden samen tot één geheel. Dat is in deze figuur het midden, de overeenkomsten tussen de twee theorieën.

De tegenstrijdigheden heb ik als drie bliksemschichten weergegeven, als symbool van de spanning die ze oproepen. Ze doen mij ook denken aan de hoofdpijn die ik soms krijg als ik (té ingespannen) zonder bril of lenzen iets scherp probeer te zien. Ik heb daar een hulpmiddel voor nodig. In deze thesis heb ik eveneens getracht een hulpmiddel te creëren: een bril van menslievende zorg en Lean denken, waarmee we naar zorgpraktijken kunnen kijken.

De linkercirkel staat voor menslievende zorg, de rechtercirkel voor Lean denken. De overeenkomsten staan in het overlappende deel van de cirkels: een vorm van erkenning van professionals, en de cliënt centraal.²

De verschillen van de twee theorieën staan in de eigen cirkels vermeld. Ik heb ze op gelijke hoogte van elkaar weergegeven, zodat zichtbaar is welke verschillende eigenschappen van de theorieën bij elkaar horen. Ik zal ze in de desbetreffende paragrafen dan ook samen bespreken. Dat zijn allereerst 'morele waarde' versus 'waarde als *nut*'. Het tweede koppel bestaat uit 'waarde hebben' versus 'waarde toevoegen'. Het derde koppel verschillen is 'inhoudelijk' en 'procesmatig'. Een aantal zaken in menslievende zorg en Lean denken zijn niet met elkaar te verenigen. Deze aspecten leveren spanning op in het samendenken van de twee theorieën, ik heb ze daarom in bovenstaande afbeelding weergegeven met bliksemschichten. Het zijn scharrelruimte in de zorg, presentie en reciprociteit.

In de nu volgende deelparagrafen zal ik allereerst de overeenkomsten bespreken. Daarna komen de verschillen aan bod en ik besluit de beschrijving van de verhouding van menslievende zorg tot Lean denken met een bespreking van de drie spanningsvelden.

5.1 Overeenkomsten tussen menslievende zorg en Lean denken

“De link tussen ‘lean denken’ en menslievende zorg ligt in de reflectie op waarde: welke waarde biedt dit proces aan deze patiënt en hoe beleeft deze patiënt onze zorg? Hoe kunnen we onze processen zo vormgeven dat deze waarde bereikt wordt?”³

Een samendenken van menslievende zorg en Lean denken is niet nieuw, zoals blijkt uit bovenstaand citaat. In het St. Elisabethziekenhuis wordt hard gewerkt om deze combinatie gestalte te geven in de zorg voor patiënten. De voorbeelden die in de literatuur worden beschreven (waarvan ik er enkele in de voorgaande hoofdstukken heb weergegeven) maken inzichtelijk op welke manier dat wordt gedaan. Ik wil in deze thesis echter niet de praktische uitvoering belichten, maar vanuit een denkoefening bezien op welke manier de twee theorieën elkaar aanvullen. Dat zal ik in de onderstaande paragrafen doen.

² Ik heb ervoor gekozen het woord 'cliënt' in deze te gebruiken en niet het woord 'klant'. Ik heb daarvoor gekozen omdat cliënt ook in de zakelijke wereld een gebruikte term is, terwijl 'klant' in de zorg een vreemde term is om een cliënt aan te duiden.

³ Benders, J. et al., *Lean denken en doen in de zorg. Acht verhalen uit de praktijk*, Den Haag: Boom Lemma uitgevers (2010), p. 32

5.1.1 Erkenning van professionals

In deze paragraaf zal ik de eerste overeenkomst tussen menslievende zorg en Lean denken beschrijven: (een vorm van) erkenning van professionals.

Zowel Lean denken als menslievende zorg noemt de erkenning van professionals, elk op zijn eigen manier. In de theorie van Lean denken wordt de medewerker centraal gesteld. Het draait allemaal om mensen. Respect voor mensen neemt een belangrijke plaats in en heeft een specifieke betekenis: van medewerkers wordt verwacht dat ze meedenken over het verbeteren van processen. Daarmee krijgen medewerkers verantwoordelijkheid voor het optimaliseren van het werkproces en worden ze uitgedaagd om beter te presteren en zichzelf te ontwikkelen. Verspilling van menselijk potentieel wordt zelfs expliciet benoemd als een van de acht vormen van verspilling.

Ook in menslievende zorg wordt aandacht besteed aan mensen: de erkenning van professionals wordt concreet beschreven door Van Heijst. Deze erkenning zorgt ervoor dat professionals het werk leuk blijven vinden en kunnen volhouden. Dit sluit aan bij een uitgangspunt van Lean denken, namelijk dat medewerkers moeten worden gestimuleerd en uitgedaagd om hun potentieel ten volle te benutten. Dat zou het werkplezier ten goede komen en maakt dat medewerkers zich willen inzetten om mee te werken aan verbeteringen.

Erkenning voor professionals wordt niet alleen door cliënten gegeven, maar ook door collega's en door de organisatie. Lean vult dat in met concrete hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld de kaizen-wall-of-fame: een plaats waar verbeterinitiatieven van medewerkers worden gepresenteerd. Zo kan een ieder zien wie op welke manier bijdraagt aan het verbeteren van de organisatie. Ook het vergaderen rond het verbeterbord is zo'n voorbeeld: dagelijks kort overleggen over wat mis gaat op de afdeling, zorgt ervoor dat medewerkers erkend worden. Er is oog voor wat voor hen van belang is, namelijk dat het werk op een prettige en goede manier kan worden uitgevoerd. Door in het team te spreken over wat mogelijk verbeterd kan worden, dit direct te noteren en daar samen aan te gaan werken, wordt de medewerker door de collega's gezien en serieus genomen. Dat maakt dat de professional zich erkend voelt.

Ik benoem de erkenning van professionals in deze combinatie van menslievende zorg en Lean denken als een overeenkomst. Er zit echter een addertje onder het gras. Wat Lean laat liggen, is de erkenning van medewerkers om wat ze 'gewoon' doen. Het uitvoeren van de dagelijkse werkzaamheden op een goede manier, waarin cliënten zich erkend voelen én aan de gestelde doelen wordt gewerkt, wordt door Lean niet positief gelabeld. Lean is, ook in de erkenning van professionals, gericht op verbetering: alles wat er in zit, eruit halen. Steeds verbeteren, uitgedaagd worden, groeien. Niet 'gewoon' goed je werk doen. De vraag rijst of goed niet goed genoeg kan zijn, en of steeds aandacht moet worden besteed aan groei van de medewerkers. Sommige medewerkers waarderen het niet om altijd meer te moeten, maar willen hun werk doen en daarvan genieten. Menslievende zorg ziet dat wel, afgaande op de vier genoemde vlakken waarop professionals erkenning willen: ze zijn goed in hun werk, hun werk doet anderen goed, ze kunnen verschil maken in iemands leven en ze krijgen waardering van cliënten. Erkenning van professionals gaat dan niet over *beter*, maar gaat ook over *goed*.

5.1.2 De cliënt centraal

In deze paragraaf beschrijf ik de tweede overeenkomst: beide theorieën stellen op hun eigen wijze de cliënt centraal.

Lean is kort en heel stellig: de klant bepaalt. Waarde wordt door de klant bepaald en alles wat in een proces gebeurt, moet waarde toevoegen voor de klant. Daarmee bepaalt een klant indirect alles wat gebeurt in het proces. De klant is daarmee uitgangspunt van alles wat wordt gedaan.

In menslievende zorg wordt iets vergelijkbaars besproken, maar dan genuanceerder. Logischerwijs is zorg (en daarmee de zorgverlener) gericht op de zorgvrager, want dat is degene die iets mankeert, die hulp en nabijheid behoeft. In de theorie van menslievende zorg wordt dat uitgewerkt. Een centraal punt is bijvoorbeeld menswaardigheid: ruimte creëren voor uniciteit, de ander mee laten sturen en zorgzaam zijn door er voor de ander te zijn in tijden van leed, uitzichtloosheid of afhankelijkheid. De zorgverlener is gericht op de zorgvrager, creëert de ruimte waarin deze kan verschijnen als uniek persoon, laat de ander meesturen in het proces. De zorgverlener treedt zorgzaam op en staat de zorgvrager bij als deze het moeilijk heeft. In presentie is het zo dat de zorgverlener zich helemaal richt op de zorgvrager: kwetsbare of zwakkere mensen opzoeken (dus de moeite nemen om naar ze toe te gaan), op hen afstemmen (dus de ander leidend maken in het contact), hen *aanbieden* in relatie te gaan staan (dus niets forceren, maar aan de ander de keuze laten of deze behoefte heeft aan die relatie) en trouw zijn (dus niet verlaten). Nordhaug & Nordvedt (2011) stellen zelfs dat zorgverleners de eigen interesses en behoeften buiten beschouwing moeten laten om adequaat te kunnen focussen op de behoeften van de zorgvrager. Pettersen (2011)⁴ pleit echter voor *mature care*, waarin gezocht wordt naar de gulden middenweg tussen zorgen voor zichzelf en zorgen voor de ander. Ook Annelies van Heijst pleit voor een erkenning van de professionals: niet alleen oog hebben voor de behoeften van de zorgvrager, maar ook de zorgverlener in acht nemen.

Omdat menslievende zorg wezenlijk verschilt van Lean denken als het gaat om het beschouwen van het evenwicht tussen cliënt en professional en dat een zekere tegenstrijdigheid met zich meebrengt, heb ik dat aspect benoemd als spanningsveld. Ik beschrijf dat in paragraaf 5.3.3 (reciprociteit).

Een vraagstuk in deze overeenkomst tussen menslievende zorg en Lean denken, is echter in hoeverre de cliënt werkelijk centraal wordt gesteld.

Er wordt in Lean denken gesteld dat de klant bepaalt, maar de vraag is in hoeverre de klant werkelijk wordt bevraagd over wat hij als waarde beschouwt. We kunnen met zekerheid zeggen dat dat niet voor alle processen het geval zal zijn. (Mocht ik een Toyota kopen, dan neem ik aan dat ik niet door een medewerker van Toyota word benaderd met de vraag of ik het van toegevoegde waarde vind dat het boekje van mijn nieuwe auto op gerecycled papier wordt gedrukt, bijvoorbeeld.) Er zal in een aantal (misschien zelfs in veel) gevallen voor de klant ingevuld worden wat deze als waarde zal benoemen.

⁴ Voor een bespreking van de ideeën van zowel Nordhaug & Nordvedt als Pettersen, verwijs ik terug naar hoofdstuk 3.

In zorgpraktijken gebeurt iets vergelijkbaars: er wordt gemakkelijk gesproken over 'de' cliënt. Maar 'de' cliënt bestaat niet: er is wellicht een grote gemene deler in wat cliënten als waarde betitelen, maar dat kan voor alle cliënten verschillend zijn (ook al is dat misschien een nuanceverschil). Zoals ik in de volgende paragraaf bespreek, is waarde namelijk persoonlijk en kan die voor eenieder verschillend zijn. Het is daarom zaak om ook in de zorg niet te gemakkelijk voor cliënten in te vullen wat zij als waarde beschouwen: we zouden dan nog wel eens bedrogen uit kunnen komen. Het is dus van belang, in beide theorieën, om met de cliënt het gesprek aan te gaan over waarde. Pas dan staat die cliënt namelijk écht centraal. Young & McClean (2008, zie ook 4.2) hebben een punt dat hierop aansluit: zij stellen dat waarde door verschillende cliënten verschillend zal worden gedefinieerd. Daarom betogen zij dat in de zorg 3 dimensies van waarde aan bod moeten komen: klinisch, operationeel en met betrekking tot ervaring (van cliënt en professional).

In deze paragraaf heb ik de twee overeenkomsten tussen menslievende zorg en Lean denken beschreven. Ik zal in de nu volgende paragraaf uitwerken waar verschillen zichtbaar zijn.

5.2 Verschillen tussen menslievende zorg en Lean denken

Er zijn tussen menslievende zorg en Lean denken niet alleen overeenkomsten, er zijn ook verschillen. Deze verschillen zijn echter niet van zo'n aard dat ze niet met elkaar te verenigen zijn; eerder kunnen de theorieën elkaar op deze vlakken aanvullen.

In deze paragraaf bespreek ik de verschillen tussen menslievende zorg en Lean denken. In de schematische weergave zijn ze in de afzonderlijke cirkels te zien: 'morele waarde' versus 'waarde' als *nut*, 'waarde in zich hebben' versus 'waarde toevoegen' en als laatste 'inhoudelijk' versus 'procesmatig'.

5.2.1 Morele waarde vs. waarde als *nut*

In de zorgethiek (en daarmee binnen menslievende zorg) wordt waarde bedoeld als een moreel begrip; het is een onderdeel van het vaak gebezigde 'normen en waarden'. Het begrip waarde is door Inge van Nistelrooy (2008) als volgt gedefinieerd. Een waarde:

- Geeft iets aan wat belangrijk en nastrevenswaardig is;
- Is meestal positief geformuleerd: drukt iets uit wat voor iemand zin geeft aan het leven
- Is nooit ten volle haalbaar, blijft een ideaal waarnaar gestreefd wordt, maar nooit helemaal wordt bereikt
- Is persoonlijk en kan voor iedereen anders liggen
- Kan niet worden afgedwongen, maar alleen als voorbeeld worden getoond, voorgeleefd of als ideaal worden voorgehouden
- Is niet belangrijk voor iets anders, maar geldt op zichzelf: het is intrinsiek waardevol.⁵

⁵ Nistelrooy, I. van, *Basisboek zorgethiek*, Heeswijk: Uitgeverij Abdij van Berne (2008), p. 135

De vraag rijst of nut *an sich* niet kan worden beschouwd als waarde? Als we *nut* langs bovenstaande criteria leggen, blijkt dat niet het geval. Nut kan namelijk niet aan alle bovenstaande criteria voldoen (het kan bijvoorbeeld wél helemaal bereikt worden en kan ook worden afgedwongen), en kan dus niet worden beschouwd als waarde.

Volgens Lean denken is de waarde de kwaliteit die ergens aan toegekend wordt.⁶ Waarde moet “gemakkelijk waar te nemen en goed te kwantificeren zijn en moet worden uitgewisseld voor het product of de dienst die wordt aangeboden”.⁷

Waarde heeft in Lean denken de connotatie van nut en mist een morele lading. Dat is in een productieomgeving als Toyota wellicht niet erg, maar in de zorg is dat onvoldoende: dat zou leiden tot miskennis, van zowel de cliënt als de professionals. Het is namelijk juist de morele inkleuring van waarde, die centraal staat in menslievende zorg. Ik leg dat onderstaand uit.

Een belangrijk punt in menslievende zorg is menswaardigheid. Menswaardigheid bestaat uit ruimte creëren voor uniciteit, de ander mee laten sturen en zorgzaam zijn door er voor de ander te zijn in tijden van leed, uitzichtloosheid of afhankelijkheid (zie ook hoofdstuk 3). Door een ander kan iemand (in dit geval de cliënt) verschijnen als uniek individu. Dat kan echter pas écht als de professionele ander een zorgzame relatie aangaat met de cliënt en deze laatste uitnodigt zichzelf te laten zien als uniek persoon. Als een professional een cliënt echt ziet, dan kunnen beide geraakt worden en kan een emotionele betrokkenheid bij de ander ontstaan. De relatie is dus van essentieel belang in het ervaren van erkenning. Die erkenning is juist wat van waarde is in het zorgproces: gezien worden door degene die voor je zorgt. Niet alleen als zieke of als iemand met een beperking, maar ook als mens, als iemand die onder andere omstandigheden je gelijke zou zijn.

Waarde is dus niet hetzelfde als nut, maar handelingen die van nut zijn voor de cliënt, horen wel in de waardestroom. Handelingen die niet direct, maar wel indirect van nut zijn voor de cliënt, horen mogelijk ook in het proces. Denk bijvoorbeeld aan het schoonmaken van de keuken waar door personeel wordt gekookt voor cliënten. Dat heeft niet direct nut voor de cliënt, want die maakt zelf geen gebruik van de keuken. Maar doordat de keuken schoongemaakt wordt, kan het eten hygiënisch worden

Een voorbeeld om aanschouwelijk te maken hoe de begrippen van waarde verschillen van elkaar:

Laten we uitgaan van de ethische invulling van waarde. Dan zou *geluk* een waarde zijn. Dat voldoet aan alle criteria die Van Nistelrooij beschrijft: ik vind dat belangrijk, streef dat na in mijn leven, maar het is nooit helemaal te bereiken: ik kan niet *altijd* gelukkig zijn. Ik word van andere dingen gelukkig dan anderen, ik kan het bij een ander niet afdwingen en het is intrinsiek waardevol.

Als we *geluk* als waarde benaderen vanuit Lean denken, dan gaat dat al snel scheef. Het is niet gemakkelijk waar te nemen en het is niet goed te kwantificeren. Ik ben wel érg gelukkig, en ik zou zelfs kunnen vertellen hoe gelukkig ik ben op een schaal van 1 tot 10. Maar dat is altijd subjectief. Ik kan niet kwantificeren hoe gelukkig ik ben in relatie tot een ander: ik kan niet stellen dat ik gelukkiger of minder gelukkig ben dan een ander.

Evenmin kan ik het uitwisselen voor een product of dienst: ik krijg geen nieuwe auto als ik gelukkig ben en de chirurg die mij opereerde, stuurt toch echt een rekening.

Kader 5.1 – Een voorbeeld van waarde

⁶ Sayer, N.J., & Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2011), p. 47

⁷ Idem, p. 49

bereid en wordt de cliënt niet ziek. En dat heeft waarde voor de cliënt. Dus: niet van nut, wel van waarde.

Nu ik de verschillende ladingen van waarde in de twee theorieën heb besproken, kunnen we aansluitend kijken naar de manier waarop activiteiten in relatie tot waarde een plaats krijgen in de theorieën.

5.2.2 Waarde in zich hebben vs. waarde toevoegen

In deze paragraaf bespreek ik op welke manier waarde wordt toegekend aan de uit te voeren activiteiten in het proces.

Volgens Womack en Jones (2003) kan waarde alleen worden gedefinieerd door de klant. Daarbij is het enkel van betekenis als het wordt uitgedrukt in termen van een specifieke dienst, die beantwoordt aan de behoeften van de klant, tegen een bepaalde prijs en binnen een bepaalde tijd. Bovendien wordt waarde gecreëerd door de producent.⁸

Activiteiten moeten aan drie criteria voldoen, willen ze worden beschouwd als waardetoevoegend (zie ook hoofdstuk 4):

1. de klant moet ervoor willen betalen (hetzij in geld, hetzij in tijd of andere middelen)
2. de activiteit moet de cliënt van de ene situatie naar de andere bewegen, in de richting van de gewenste uiteindelijke situatie
3. de activiteit moet meteen de eerste keer goed worden uitgevoerd.

Indirect kunnen alle handelingen waarde hebben voor de cliënt, als waarde wordt gedefinieerd zoals dat in Lean denken het geval is (als nut). Zelfs de handelingen die niet direct betrekking hebben op de cliënt, zoals deelname van de organisatie aan een afstudeerbeurs van een Hbo-opleiding, of het verantwoorden van de jaarcijfers aan de financiers, kunnen dan waarde toevoegen. Zulke handelingen hebben gevolgen waar de cliënt baat bij heeft (dus nut, geen waarde): in het eerste voorbeeld kan nieuw personeel worden geworven, wat mogelijk helpt de zorg op de locaties te verbeteren (en misschien wordt de nieuwe medewerker wel de persoonlijk begeleider van de cliënt en wordt de cliënt heel goed geholpen door die medewerker). In het tweede voorbeeld wordt gezorgd dat financiers tevreden zijn, wat maakt dat het voortbestaan van de organisatie gewaarborgd wordt. De cliënt ervaart daar nut van doordat hij op dezelfde manier, op dezelfde plek, begeleiding kan krijgen. Maar deze handelingen hebben geen waarde voor de cliënt, in de zin van de drie genoemde criteria. Om kort te gaan: mogelijk zijn cliënten bereid te betalen voor het voortbestaan van de organisatie, al is dat wel ver van hun bed. En mogelijk worden die handelingen wel in een keer goed uitgevoerd. Maar is het dan ook zo dat die handelingen de cliënt van A naar B brengen? Nee, dat is niet zo. Een cliënt gaat niet 'vooruit' in zijn proces als aan de financiers verantwoording wordt afgelegd over de financiën.

In Lean denken wordt steeds gesproken over het *toevoegen* van waarde voor de klant. In hoofdstuk 3 heb ik, in de theorie van menslievende zorg, het begrip

⁸ Womack, J.P., en Jones, D.T., *Lean thinking. Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, Londen: Simon & Schuster (2003), p. 16

'uitdrukkingshandeling' besproken. Deze twee staan feitelijk tegenover elkaar: in Lean denken moet waarde toegevoegd worden door handelen, terwijl de uitdrukkingshandeling juist waarde in zich heeft. De ene is niet beter dan de andere, maar wel anders.

Als waarde toegevoegd moet worden, wordt impliciet gezegd dat er nog geen waarde is. In het geval van een autoproducent is dat mogelijk waar, want de klant begint met niets (dus zonder eindproduct) en eindigt met een auto. Er wordt dus waarde toegevoegd, in die zin dat het een auto is die voldoet aan de wensen en eisen van de klant, die binnen een bepaalde termijn en tegen bepaalde voorwaarden is geleverd.

In een zorgsituatie is het echter een vreemd idee om ervan uit te gaan dat cliënten die de zorg betreden, met niets beginnen. Dat zou concreet betekenen dat zorgvragers de zorg betreden zonder gezondheid, of zonder vaardigheden.

In het geval van dak- en thuisloze cliënten is het weliswaar zo dat velen met weinig binnenkomen, maar dat is enkel materieel bekeken. Cliënten van de maatschappelijke opvang komen misschien juist wel rijk binnen: deze mensen hebben een schat aan ervaringen, ze hebben vaak ontberingen doorstaan, ze hebben doorgaans veel mensenkennis en beschikken over een keur aan vaardigheden die gemiddelde mensen als u en ik (ervan uitgaande dat de lezer dezes niet tot de doelgroep van dak- en thuislozen behoort) niet eigen hebben gemaakt.

In de zorg is het dus zo dat er niet alleen handelingen zijn die waarde toevoegen, maar dat ook handelingen worden uitgevoerd die waarde in zich hebben. Dat is de uitdrukkingshandeling. In de zorg heel relevant, in het productieproces van een auto niet van toegevoegde waarde.

De verschillende opvattingen van het begrip waarde en de activiteiten die waarde toevoegen dan wel in zich hebben, heb ik nu beschreven. Een laatste verschil tussen menslievende zorg en Lean denken, is het verschil tussen een inhoudelijke en procesmatige benadering van de theorie. Dat verschil bespreek ik in de volgende paragraaf.

5.2.3 Inhoudelijk vs. procesmatig

Marc Rouppe van der Voort, die ik in hoofdstuk 4 heb geciteerd, geeft aan dat verbinding wezenlijk is bij de waarde van zorg. Hij stelt dat het toepassen van Lean ten gunste moet komen van de verbinding waarmee waarde tot stand komt. Werken aan de relatie wordt op deze manier centraal gesteld in het zorgproces. Dit is precies wat Lean denken laat liggen, en waar menslievende zorg Lean denken kan aanvullen als het op zorg aankomt.

Lean denken is een procesmatige, instrumentele uitwerking van een breed gedachtegoed dat gestoeld is op waardedenken. Inhoudelijk blijft echter een aantal zaken buiten beschouwing, zoals ik bovenstaand al deels heb laten zien.

Lean geeft handvatten in het stroomlijnen van processen, in het uitbannen van verspilling. Een groot deel van de cliënten komt de maatschappelijke opvang binnen met een hulpvraag die daar dicht op aansluit: het oplossen van concrete problemen (zoals financiën, huisvesting) en het (her)structureren van het leven. De instrumenten van Lean denken kunnen helpen de randvoorwaarden te scheppen om de zorgrelatie, die nodig is om de cliënt te kunnen erkennen, op te bouwen. Wachtijd, bijvoorbeeld,

kan belemmerend werken in het opbouwen van een zorgrelatie: de cliënt kan het gevoel hebben niet serieus te worden genomen en zal mogelijk minder openstaan voor het contact met de zorgverlener. Het elimineren van wachttijd kan op die manier bijdragen aan de randvoorwaarden om een relatie op te bouwen. Hetzelfde geldt voor overproductie; het overnemen van activiteiten die een cliënt zelf kan uitvoeren. Ook dat maakt dat een cliënt niet erkend wordt, dat niet gezien wordt wat die cliënt allemaal in zijn mars heeft, en ook dat zal het opbouwen van een relatie mogelijk belemmeren.

Een relatie is subjectief, en niet in gestandaardiseerde werkwijzen te vatten. Voor concrete aanwijzingen betreft hoe men aan een zorgrelatie kan werken, zijn we bij Lean denken dus aan het verkeerde adres. Het antwoord op die vraag is beter te vinden in menslievende zorg, dat weliswaar geen concrete stappen beschrijft, maar wel de condities uitwerkt waaronder een zorgrelatie opgebouwd kan worden. Die condities zijn beschreven in hoofdstuk 3; erkenning (zowel van cliënt als van professional), maar ook de reciprociteit van de zorgrelatie, de uniciteit van de cliënt en presentie. Met name in de presentietheorie vinden we aanwijzingen over het succesvol opbouwen van een zorgrelatie, zoals aandachtigheid, en langdurig en veelvuldig contact maken. Niet een vooraf vastgesteld doel centraal stellen in het contact maken met de cliënt, maar het contact maken met de cliënt *an sich* het doel laten zijn van de ontmoeting.

Voor de oplettende lezer blijft een kwestie in deze redenering echter onbesproken, en dat is de volgende. In de zorgethiek (en daarmee in menslievende zorg) wordt zorg ook begrepen als een proces. Hoe verhoudt zich dat tot het procesmatige van Lean denken?

In de theorie van Lean denken wordt een proces weergegeven in een Value Stream Map. Daarin staat de tijd altijd van links naar rechts.⁹ Een proces in Lean denken is dan ook een redelijk lineair gebeuren, in die zin dat er een begin is en een eind. Dat is logisch als we uitgaan van productie: je begint met dat wat nodig is om het product te maken (de grondstoffen) en je eindigt met de levering van het product aan de klant. En als Lean denken wordt toegepast in de zorg, dan is dat ook vaak op een proces dat een duidelijk begin- en eindpunt heeft: een patiënt komt het ziekenhuis ziek binnen en gaat aan het eind van het proces weer gezond naar huis.

Zorg is door Tronto (2009) omschreven als een voortdurend proces.¹⁰ Niet in alle zorgsituaties is dat echter zo: als een patiënt het ziekenhuis verlaat, is (in bepaalde gevallen, zoals in het geval van volledige genezing van een ongeluk) geen aanleiding om te denken dat de zorg binnen afzienbare termijn opnieuw wordt betreden. Maar in zorg zoals ze vorm krijgt binnen de Gaarshof, is dat doorgaans niet het geval: cliënten van de maatschappelijke opvang hebben vaak gedurende lange tijd, en soms voor altijd, zorg en/of begeleiding nodig. Zoals ik in hoofdstuk 2 heb beschreven, zijn er cliënten die tot het einde van hun leven op Gaarshof blijven. De zorg (en/of begeleiding) die dan aan cliënten wordt gegeven, is cyclisch van aard: ze stopt niet (tenminste, niet op een ander moment dan na het overlijden van de cliënt).

⁹ Sayer, N.J., en Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam: Pearson Education Benelux (2011), p. 70

¹⁰ Tronto, J.C., *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York: Routledge (1993), p. 103

Het verschil tussen de opvatting van proces in Lean denken en de opvatting van proces in menslievende zorg, is te vinden in de vorm. Als we het visueel zouden voorstellen, is het proces in Lean denken te beschouwen als een lijn van A naar B. In de zorg is het proces voor te stellen als een cirkel, waarin geen begin en eind is gedefinieerd¹¹.

Wat Lean denken doet, is een voortdurend proces beschrijven van continu gestaag verbeteren, wat als het ware onder het productieproces ligt. In onderstaande figuur geef ik dat weer.

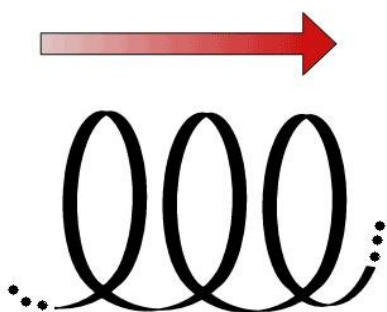


Fig. 5.2 – schematisch weergave van proces in Lean denken

De rode pijl van links naar rechts geeft het productieproces weer: van A naar B. De zwarte spiraal eronder laat het proces zien van continu gestaag verbeteren.

De zorg aan cliënten binnen de Gaarshof krijgt is in een andere vorm voor te stellen. Daar is sprake van een cyclisch proces, dus een cirkel, zonder einde.

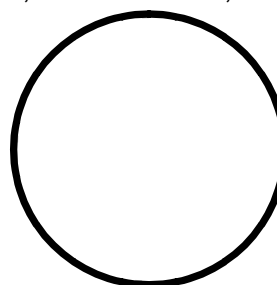


Fig. 5.3 – schematische weergave van zorg als proces

Waar Lean denken een mogelijk instrumentarium aanbiedt om de zorg procesmatig te verbeteren, biedt menslievende zorg aanknopingspunten om de zorg inhoudelijk te verdiepen. Zoals een combinatie van interventie en presentie de juiste mix lijkt in de zorg voor zorgvragers, zo kan de combinatie van menslievende zorg en Lean denken mogelijk de juiste combinatie zijn om de zorg te verbeteren.

Een aantal tegenstrijdigheden zet deze bewering echter onder spanning. In de nu volgende paragraaf zal ik deze aankaarten.

5.3 **Tegenstrijdigheden tussen menslievende zorg en Lean denken**

In deze paragraaf bespreek ik welke elementen uit menslievende zorg en Lean denken niet met elkaar te verenigen zijn. Het zijn tegenstrijdigheden die spanning opleveren in het samendenken van de twee theorieën: scharrelruimte, presentie en reciprociteit.

¹¹ In zorgsituaties is uiteraard wel sprake van een begin, maar dat 'punt van instroom' is in de cirkel niet visueel gemaakt.

5.3.1 Scharrelruimte

In deze paragraaf staat de scharrelruimte in de zorg centraal. Zoals ik zal laten zien, is dit principe uit menslievende zorg niet te verenigen met de principes van Lean denken.

Van Heijst heeft het, in navolging van de bestuurskundige Kim Putters (in: Van Heijst, 2008b), over 'scharrelruimte' in de zorg: "oases van tijd die niet geregeld zijn en waarin professionals zelf kunnen inschatten wat gedaan moet worden."¹² Het brengt het gevoel met zich mee van 'even op adem komen': het is niet zomaar vrije tijd, maar een oase van tijd waarin je als professional zelf bepaalt wat aandacht behoef. Mogelijk is dat een diepgaand gesprek met een cliënt bij wie je eerder die dag het gevoel kreeg dat het niet zo goed gaat. Mogelijk is dat het opschonen van het dossier van een cliënt die is vertrokken. Hoe dan ook, het is aan de professional zelf om die tijd in te vullen. Met het vrije invullen van die tijd, is ook de duur van die scharreltijd niet vastomlijnd: van tevoren kun je niet inschatten hoe lang het gesprek met die cliënt gaat duren. Je kunt niet afspreken met je collega dat je even "10 minuten gaat scharrelen". Daarmee gaat het hele scharrelkarakter van die tijd verloren.

In Lean denken is dat soort tijd niet denkbaar. Er wordt in Lean gewerkt volgens protocollen en gestandaardiseerde werkwijzen. Tijd die niet is ingevuld, zal als verspilling worden gedefinieerd en worden weggewerkt door verbetervoorstellen. In de Value Stream Map zal worden beschreven dat die oningevulde tijd een x aantal minuten duurt, en er zal direct gekeken worden naar hoe dat kan worden weggewerkt.

Je zou kunnen voorstellen om in de gestandaardiseerde werkwijze, ruimte te laten voor die scharrelruimte. Maar dat is een farce: dan moet je vastleggen hoeveel tijd mag worden besteed aan die scharrelruimte. Maar zoals ik al beschreef, is dat niet reëel. In zorg voor cliënten is het heel normaal én wenselijk, die zekere ongewisheid over de duur van een activiteit. In het productieproces van een auto niet.

Niet alleen de scharrelruimte levert spanning op, ook een presentiebenadering van zorg doet dat. In de nu volgende paragraaf beschrijf ik hoe ik dat zie.

5.3.2 Presentie

Handelen vanuit het oogpunt van waarde toevoegen, is handelen met een vooraf vastgesteld doel. Interventie, zou Van Heijst zeggen. Handelen vanuit het oogpunt van 'er zijn voor iemand', is de uitdrukkingshandeling, of presentie. En zoals ik in hoofdstuk 3 heb laten zien, zou een combinatie van beide mogelijk een *best practice* zijn binnen woonvoorzieningen van de maatschappelijke opvang. Dat betekent voor het samendenken van menslievende zorg en Lean dat niet alleen waardetoevoegende handelingen in de waardestroom behoren, maar ook handelingen die waarde in zich hebben. Dus niet alleen interventies plegen, maar ook presentie beoefenen. Dat levert echter spanning op met Lean denken. Dat heeft met name te maken met de definitie van de waardetoevoegende activiteit (zie ook

¹² Van Heijst, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen: Klement (2008b), p. 83

5.2.1 en 5.2.2). Die hangt af van drie criteria, die ik onderstaand voor presentie naloop.

1. De klant moet ervoor willen betalen (hetzij in geld, hetzij in tijd of andere middelen).

Cliënten binnen de maatschappelijke opvang leven over het algemeen van een uitkering. Betalen in geld zal dus voor velen geen optie zijn, al is het maar omdat er dan minder geld rest voor andere zaken. Betalen in tijd veronderstelt een zekere bezigheid in het dagelijkse leven, het klinkt als 'tijd is geld'. Cliënten komen de maatschappelijke opvang vaak binnen zonder dagstructuur en dagactiviteiten, en hebben zagezegd tijd te over. Deze zullen zij mogelijk graag ter beschikking stellen als betaalmiddel, maar is het dan nog werkelijk een vorm van betalen? Over veel andere (materiële) middelen beschikken de meeste dak- en thuislozen ook niet; de meeste cliënten hebben tijdens een periode van dak- en thuisloosheid de meeste bezittingen op moeten geven.

Het *willen* betalen drukt ook een keuzevrijheid uit. In hoeverre hebben cliënten van de maatschappelijke opvang de vrijheid om te kiezen of zij hulp accepteren? Als we de theorie van presentie hierbij in gedachten houden, is het juist aan de cliënt om hier een keuze in te maken: als de cliënt zich niet openstelt voor contact, komt de relatie niet tot stand en kan presentie geen vorm krijgen. In begeleiding met een doelmatiger karakter (zoals ik heb besproken, is de begeleiding op de Gaarshof niet als pure presentie te beschouwen) is dat ook zo. Als de cliënt zich niet openstelt voor de begeleiding, dan kan een begeleider doen wat hij wil, maar dan is geen resultaat zichtbaar van die inspanningen. Een cliënt heeft dus de keuze om begeleiding of zorg af te houden, ook al zou een ander mogelijk zeggen dat dat niet verstandig is. Annemarie Mol (2006) stelt juist dat cliënten in de zorg vaak niets te kiezen hebben: mensen die aanspraak maken op zorg, hebben te maken met ziekte, en die overkomt je. De keuzevrijheid in de zorg zou dan dus bijzonder beperkt zijn, en cliënten (of patiënten, in haar boek) *klanten* gaan noemen, scheidt verwachtingen die niet kunnen worden waargemaakt.

Hoe dan ook, *betalen* heeft de connotatie van een zekere bereidwilligheid om het een op te geven om iets anders te verkrijgen. De vraag is of cliënten daartoe bereid zijn, als de ontmoeting geen vooraf vastgesteld doel heeft. Waar betaal je dan feitelijk voor? Voor een uurtje gezellig babbelen? Dat kan met vrienden ook, en die kun je zelf kiezen (en dat is gratis). Een hulpverlener wordt zomaar op je afgestuurd. Het is dus niet waarschijnlijk dat cliënten voor presentie zullen willen betalen.

2. De activiteit moet de cliënt van de ene situatie naar de andere bewegen, in de richting van de gewenste uiteindelijke situatie.

Cliënten worden uiteindelijk door presentie zeker van de ene naar de andere situatie bewogen. Uiteindelijk wordt presentie niet om niets ingezet. Er wordt dan wel geen specifiek doel beoogd, maar de intentie is wel om de ander beter te laten worden van het contact met de presentiebeoefenaar, om de ander te steunen in tijden van nood. Dat betekent dat de cliënt hoe dan ook van de ene naar de andere situatie wordt bewogen, al is het maar doordat hij zich gesteund voelt.

3. *De activiteit moet meteen de eerste keer goed worden uitgevoerd.*

Dit is in presentie geen sinecure. Presentie staat of valt namelijk bij de relatie, en in menselijk contact gaat wel eens iets scheef. Het kan even duren voordat beide partijen elkaar verstaan. Het uitgangspunt in presentie is dan ook om steeds opnieuw contact te maken: om een relatie te bouwen moet langdurig en veelvuldig in contact getreden worden. Dat gaat niet altijd in één keer goed.

Aan twee van de drie criteria wordt niet voldaan, en volgens Lean denken zijn handelingen die vanuit het oogpunt van presentie worden uitgevoerd, dan ook niet waardetoevoegend.

Lean denken heeft geen plaats voor activiteiten die geen waarde toevoegen voor de klant. Er wordt bij de beschrijving van verspilling onderscheid in 2 typen *muda*: Type 1-*muda*: acties die geen waarde toevoegen maar wel noodzakelijk worden geacht voor de organisatie, en type 2-*muda*: de activiteiten die geen toegevoegde waarde hebben én niet nodig zijn voor de organisatie. Het tweede type verspilling dient direct uitgebannen te worden. Het eerste type verspilling kost weliswaar meer tijd om weg te werken, maar ook deze activiteiten moeten uiteindelijk uit het proces verwijderd worden. Hoe dan ook: presentie voldoet niet aan alle criteria, voegt dus geen waarde toe en moet daarom uit het proces worden verbannen.

Als we echter kijken naar uitdrukkingshandelingen, dan is evident dat die handelingen wél van waarde zijn voor de cliënt. Sterker nog, de handelingen zijn ook van waarde voor de zorgverlener; die kan immers iets betekenen voor de ander, en we hebben gezien dat dat een van de vlakken van erkenning van professionals is.

Ik heb nu twee van de drie tegenstrijdigheden besproken. De laatste tegenstrijdigheid komt in de volgende paragraaf aan bod.

5.3.3 Reciprociteit

In deze paragraaf beschrijf ik waarom reciprociteit, een van de kenmerken van de zorgrelatie, niet met Lean denken samen te denken valt.

Het al dan niet slagen van het opbouwen van een zorgrelatie kan niet alleen afhankelijk zijn van de inspanningen die de zorgverlener zich getroost. Een relatie bestaat tussen twee mensen, dus een cliënt heeft op zijn beurt ook een aandeel in het opbouwen van de zorgrelatie.

In een woonvoorziening zoals de Gaarshof, is sprake van een bijzonder zorgproces. Zoals ik in hoofdstuk 2 heb laten zien, is zorg in een woonvoorziening veelomvattend. Het richt zich op alle aspecten van het leven. Immers, cliënten *leven* in de voorziening. En dat maakt het zorgproces anders dan andere zorgprocessen: begeleiders maken meer nog dan ergens anders, deel uit van het leven van de cliënt. Dat betekent dat zij zich op een bepaalde manier verhouden ten opzichte van de cliënt. Niet alleen ondersteunen zij de cliënt, maar zij betreden ook de leefomgeving van de cliënt op het moment dat zij op hun werk arriveren. Ze begeleiden de cliënt niet alleen bij het bereiken van de (door de cliënt gestelde) doelen, maar zij delen in praktische zin ook een deel van het leven van de cliënt, bijvoorbeeld door aanwezig te zijn bij eetmomenten, of door te bemiddelen bij onenigheid met een medecliënt. Ontmoetingen zijn aan de orde van de dag, en hebben in meer of mindere mate een doelmatig karakter. Niet zelden zijn begeleidingsmomenten meer presentie-achtig

dan interventie-achtig van aard; het bouwen van de relatie staat dan voorop. Even een praatje om te peilen hoe het met iemand gaat, niet per se uit beroepsmatig oogpunt (wat gerapporteerd moet worden), maar ook uit oprechte interesse in de cliënt. En andersom zie je het ook gebeuren: cliënten die interesse tonen in het wel en wee van medewerkers. Alle aanwezigen nemen deel aan het leven in een soort minimaatschappij, in welke rol of hoedanigheid dan ook. Reciprociteit is dan ook aan de orde van de dag in een woonvoorziening als de Gaarshof. Als cliënten langere tijd op de Gaarshof wonen, zie je die reciprociteit groeien: cliënten komen in een andere fase, en kunnen dan weer oog hebben voor de mensen om hen heen, die deel uitmaken van hun leven. Gaandeweg gaan begeleiders en andere medewerkers daar ook bij horen, en zijn er cliënten die ook zorgzaamheid laten zien ten aanzien van de medewerkers.

Lean denken heeft een strikte scheiding in zich: de klant bepaalt en de medewerkers voeren de activiteiten uit die voor de klant waarde toevoegen. Er is geen wederkerigheid te bespeuren in dat systeem. De klant is niet betrokken op de medewerkers die dat eindproduct produceren.

Ik wil hier niet betogen dat klanten van productiebedrijven geen menslievende personen zijn, maar een wederkerigheid zoals deze in de zorgrelatie vorm krijgt, lijkt uitgesloten.

Ogenschoonlijk levert het daarmee geen spanning op, maar als we redeneren vanuit Lean denken, wordt het ineens problematisch. Ik zal kort uitleggen waarom.

Lean richt zich op het stroomlijnen van alle activiteiten die waarde toevoegen voor de klant. Verspilling moet daarbij uitgebannen worden. De klant is geïnteresseerd in het eindproduct, en heeft met de individuele medewerkers zagezegd niets te maken. De medewerker is anoniem, een onbekende. Een zorgsituatie is contextueel, emotioneel geladen en particularistisch en dat maakt dat de betrekking in die zorgsituatie is inbegrepen. In een productieproces is dat niet het geval.

Omdat de betrekking (laat staan een *relatie*) tussen klant en medewerker niets toevoegt vanuit het oogpunt van de klant, zal het waarschijnlijk worden beschouwd als verspilling. De activiteit van het opbouwen van een relatie zal namelijk niet voldoen aan alle drie criteria om als waardetoevoegende activiteit te worden aangemerkt (de klant wil ervoor betalen, het transformeert het product en het moet de eerste keer goed worden uitgevoerd). Dat betekent dat ze als verspilling wordt aangemerkt en dat ze uit het proces wordt verbannen.

Ik heb het ontbreken van enige reciprociteit erg scherp geformuleerd. Een kanttekening is daarbij op z'n plaats: zeg nooit nooit. Het is best denkbaar dat de betrekking tussen een medewerker en een klant uitgroeit naar een relatie. Mijn punt is echter dat het karakter van de zorgsituatie maakt dat de betrekking een vanzelfsprekendheid is. Bovendien is het contact direct persoonlijk en niet alleen functioneel, als er sprake is van erkenning. In een zuiver functioneel contact is het ontstaan van een relatie uit een betrekking minder vanzelfsprekend.

In deze paragrafen heb ik laten zien waar menslievende zorg en Lean denken elkaar ontmoeten, van elkaar verschillen en elkaar tegenspreken.

In de laatste paragraaf zal ik het proces van zorg, dat ik hoofdstuk 2 heb beschreven, opnieuw bekijken. Ditmaal doe ik dat vanuit de bril die we bovenstaand hebben geconstrueerd.

5.4 Een zorgproces in de Gaarshof

In deze paragraaf kijken we opnieuw naar het zorgproces uit hoofdstuk 2: het opstellen, evalueren en bijstellen van het persoonlijk profiel en persoonlijk plan. Daartoe zal ik opnieuw de processtappen in beeld brengen, maar daarbij zal ik vervolgens aantekenen wat volgens bovenstaande uiteenzetting van belang is.

In hoofdstuk 2 heb ik de processtappen beschreven die te onderscheiden zijn in het proces van het persoonlijk profiel en persoonlijk plan. Ik geef ze onderstaand opnieuw weer.

Opstellen persoonlijk profiel en plan

1. In het gesprek wordt het persoonlijk profiel (bijlage 1) besproken
2. Cliënt geeft aan wat hij wil bereiken op de verschillende levensgebieden
3. Begeleider legt dit vast in het persoonlijk profiel¹³
- 4.* Aan de hand van het persoonlijk profiel bespreken begeleider en cliënt aan welk(e) doel(en) cliënt wil werken
5. Begeleider legt dit doel / deze doelen vast in het persoonlijk profiel en persoonlijk plan (bijlage 2)
6. Cliënt en begeleider bespreken welke (deel)stappen cliënt kan ondernemen om te komen tot het doel
7. Begeleider legt deze acties vast in het persoonlijk plan
8. Cliënt en begeleider bespreken welke hulp cliënt nodig heeft van anderen
9. Begeleider legt dit vast in persoonlijk plan
10. Begeleider en cliënt bespreken wanneer cliënt het doel bereikt wil hebben
11. Begeleider legt dit vast in persoonlijk plan
12. Gedurende het gesprek is de begeleider alert op krachten die naar voren komen
13. Begeleider benoemt deze krachten
14. Begeleider en cliënt besluiten samen of deze krachten in het persoonlijk profiel worden opgenomen
15. Begeleider legt krachten vast in persoonlijk profiel

Evaluatie persoonlijk profiel en plan

16. Cliënt en begeleider bespreken hoe de afgelopen periode is verlopen, welke stappen cliënt heeft genomen om aan het doel te werken
17. Aantekeningen worden vastgelegd door begeleider
18. Indien in het gesprek krachten naar voren komen die nog niet op het persoonlijk profiel zijn genoteerd, worden deze daarin opgenomen
19. Indien doel bereikt is of actie afgehandeld is, wordt datum vastgelegd in het plan
20. Eventuele nieuwe acties of doelen worden bepaald
21. Begeleider legt deze vast in persoonlijk plan

¹³ Het persoonlijk profiel en persoonlijk plan maken onderdeel uit van het digitale cliëntendossier waar binnen SMO Breda e.o. mee wordt gewerkt. Tot nu toe is het zo dat cliënten zelf niet in dat digitale dossier kunnen werken, in de toekomst zal dit mogelijk wel het geval zijn. De persoonlijk begeleider van de cliënt is tot die tijd verantwoordelijk voor het vastleggen van het persoonlijk profiel en persoonlijk plan in het digitale dossier.

Hierna vervolgen cliënt en begeleider weer met processtap 4 (aangeduid met *).

Menslievende zorg en Lean denken kijken heel verschillend naar processen. Dat heb ik in voorgaande paragrafen concreet beschreven aan de hand van de verschillen en tegenstrijdigheden. Ik zal nu beschrijven wat menslievende zorg, Lean denken en de combinatie van de twee betekenen voor dit zorgproces.

Menslievende zorg

Het proces van het opstellen en evalueren van het persoonlijk profiel en persoonlijk plan, is erg doelmatig geformuleerd. Ik heb daarvoor gekozen omdat ik in hoofdstuk 2 niet in wilde gaan op zaken die in zo'n gesprek kunnen gebeuren. Hoe een gesprek ook loopt, de beschreven elementen zullen zeker aan bod dienen te komen teneinde het plan en profiel gezamenlijk te kunnen vaststellen. Vanuit menslievende zorg bekeken, zal in dit zorgproces nog veel meer gebeuren dan ik heb beschreven. Er zal gewerkt worden aan het opbouwen van een relatie: er wordt interesse getoond, er worden vragen gesteld ter verdieping, er wordt mogelijk gelachen of men raakt wellicht ontroerd. Voor al dat soort dingen zal ruimte zijn. De begeleider heeft mogelijk een bepaalde tijd ingelast om het gesprek te voeren, maar door de onderwerpen die aan bod komen, kan het zo zijn dat het gesprek ineens veel langer duurt. Of dat het juist maar een kort gesprek is, omdat de cliënt vandaag een slechte dag heeft en niet de ruimte voelt in zichzelf om over dit soort dingen te praten. Mogelijk werd het gesprek na 10 minuten afgebroken en werd een nieuwe afspraak gepland.

In menslievende zorg is rekening gehouden met dat soort mogelijkheden: de cliënt erkennen als unieke persoon en afstemmen op de ander, betekent ook dat je de ruimte laat om zaken anders te laten lopen dan je mogelijk vooraf hebt bedacht. En vanuit de presentiegedachte is het zelfs wat vreemd om een gesprek aan te gaan met als doel een plan opgesteld te hebben aan het einde van het gesprek. Dan zou de professional een gesprek voeren zonder dat doel vooraf te hebben bepaald, en zou mogelijk een uitwerking van dat gesprek zijn dat bepaalde doelen of krachten genoemd zijn. Die zouden dan naderhand in het profiel of plan verwerkt kunnen worden.

Als we dit proces enkel vanuit menslievende zorg zouden bekijken, dan zou een zekere scharrelruimte in het gesprek niet misstaan. De processtappen worden mogelijk niet in deze volgorde afgewerkt, of komen wellicht zelfs niet allemaal aan bod. Maar het zou waarschijnlijk een gesprek zijn dat door beide partijen (cliënt en medewerker) als waardevol wordt ervaren.

Lean denken

Lean denken zou zeggen dat verspilling uitgebannen moet worden. In het zorgproces zoals ik dit heb beschreven, is wel wat verspilling te duiden als we het puur Lean bekijken. Doelmatigheid is dan heel belangrijk: het gesprek over het persoonlijk profiel en het persoonlijk plan moet als uitkomst die twee documenten hebben. Die moeten bovendien in zo min mogelijk tijd worden opgesteld. Evaluatie van beide documenten moet dan op een zelfde manier gebeuren: efficiënt, effectief en in zo min mogelijk tijd. Er is dan geen tijd om even een kletspraatje te maken of om even in te gaan op een anekdote waar de cliënt aan moet denken bij het bespreken van een doel of actie. Dat levert gelijk een lastigheid op met het persoonlijk profiel: het uitgangspunt daarbij is namelijk dat het nooit 'af' is. Eenieder die met de cliënt te

maken heeft, alsmede de cliënt zelf, kan steeds dat profiel blijven aanvullen. Het kan namelijk niet zo zijn dat je op enig moment alle kwaliteiten, krachten en mogelijkheden zijn beschreven van de cliënt zelf en zijn omgeving. Dat is net als Lean zelf, een oneindige reis van continu verbeteren: het is nooit af. Doelmatigheid zou in ieder geval voorop staan in een *Lean* proces. Dus een kort overleg, waarin direct ter zake wordt gekomen, het profiel wordt in- of aangevuld en het plan opnieuw wordt vastgesteld. Het zal een wat zakelijke bespreking zijn, waarin eigenlijk een stuk wordt 'afgehamerd'.

Erkenning

Redenerend vanuit de overeenkomsten tussen menslievende zorg en Lean denken, is het in het proces van belang dat zowel de cliënt als de medewerker worden erkend. De cliënt wordt erkend in het proces van het opstellen en evalueren van het persoonlijk profiel en plan, als beide documenten werkelijk weergeven wat de cliënt belangrijk vindt, en nastrevenswaardig. De uniciteit van de cliënt zou moeten blijken uit de vastgelegde gegevens. In het proces is het van belang dat de medewerker oog heeft voor de cliënt: dat hij op de cliënt afstemt en centraal stelt wat de cliënt van belang vindt. Dat betekent niet dat de medewerker niet mag sturen: een cliënt geeft mede sturing aan het zorgproces, dus beide dragen bij aan het bepalen van de richting en inhoud van het gesprek.

Erkenning van de cliënt is in zekere zin te sturen: medewerkers kunnen aanwijzingen krijgen over hoe zij hun werk zó kunnen doen dat de ander zich gezien voelt. Andersom is dat lastig: we kunnen moeilijk aan cliënten vragen zich op een bepaalde manier te gedragen, opdat de medewerker zich erkend voelt door de cliënt. Die erkenning zal echter een natuurlijk uitvloeisel zijn van een goede zorgrelatie. De erkenning die een medewerker van een cliënt krijgt, is dus afhankelijk van de kwaliteit van zorg die de medewerker weet te bieden. Dat zit niet in grote dingen, maar juist in de kleine, zoals ik in hoofdstuk 3 heb laten zien.

Wel is erkenning van professionals te sturen vanuit de organisatie: medewerkers voelen zich gezien als hun verbetervoorstellen vruchtbare grond vinden bij hun leidinggevende en zij de ruimte krijgen om zelf aan die verbeteringen te werken. De tools die ik beschreven heb in het hoofdstuk over Lean denken, laten zich prima lenen voor dat doel. Er zou bijvoorbeeld een Value Stream Map kunnen worden gemaakt van dit proces, om te zien waar verspilling plaatsvindt. Men zou er zelfs voor kunnen kiezen, in het verlengde van deze thesis, om een VSM te maken waarin niet alleen verspilling aangeduid wordt, maar waarin ook bekeken wordt waar erkenning van de cliënt in het gedrang komt.¹⁴

Waarde

In het proces van het opstellen, evalueren en bijstellen van het persoonlijk profiel en plan, geven ook de verschillen tussen Lean denken en menslievende zorg, stof tot nadenken. Het gaat dan met name om de waarde die de cliënt benoemt, en de activiteiten die die waarde toevoegen of in zich hebben.

In een persoonlijk profiel en plan zijn duidelijk waarden van de cliënt waarneembaar: het gaat erom wat de cliënt nastrevenswaardig vindt. Het zijn juist die doelen waar hij aan gaat werken: hij definieert zelf wat hij graag in zijn leven zou bereiken. Het is aan de medewerker om er aandacht voor te hebben dat de waarde achter het doel dat een cliënt noemt, wordt besproken.

¹⁴ Ik heb er niet voor gekozen dat in deze thesis uit te voeren; het doel van deze thesis is immers anders dan de tools van Lean denken in praktische zin op een zorgsituatie te leggen.

Zingeving is een van de levensgebieden, en staat als zodanig apart vermeld op het persoonlijk profiel. Ik weet uit ervaring dat dat een lastig onderdeel is om te bespreken met een cliënt: vaak wordt daar religie onder verstaan. In wezen is het hele persoonlijke profiel (en plan) doordrenkt van zingeving: alles wat een cliënt wil bereiken, is gebaseerd op een bepaalde waarde, en die waarde is uitgangspunt van het handelen van de medewerkers. Maar het is moeilijk om dat in een paar zinnen te vatten onder zingeving. Mogelijk geeft een gesprek dat vanuit de gedachte van menslievende zorg wordt gevoerd, aanleiding om dieper op die zingeving in te gaan.

Handelingen

De acties die in het persoonlijk plan worden beschreven, zullen interventies zijn. De acties moeten namelijk doelgericht zijn: ze zijn erop gericht het gestelde doel voor de cliënt haalbaar te maken. Het is aan de professional om oog te hebben voor presentie-achtige handelingen, of uitdrukkingshandelingen. Deze zullen waarschijnlijk niet in het plan worden opgenomen: dat plan drukt een bepaald nuttigheidsdenken uit. De medewerker kan presentie echter vorm geven in het gesprek over het plan, als hij afstemt op de behoeften van de cliënt, als hij bouwt aan de relatie. Presentiehandelingen zijn dan wellicht verpakt als interventie (namelijk doelgericht een gesprek aangaan, om het plan bij te werken), maar kunnen op een presentie-achtige manier worden vormgegeven. De cliënt bepaalt dan bijvoorbeeld waar het gesprek precies over gaat, de medewerker stemt af op de cliënt en laat deze niet in de steek, doordat hij meedenkt met de cliënt en deze ondersteunt bij het aanpassen van het plan. Dat is wellicht niet Lean, maar draagt wel bij aan de erkenning van de cliënt. En dat is het uiteindelijke doel.

In dit hoofdstuk heb ik beschreven hoe menslievende zorg en Lean denken samen te voegen zijn (en waar niet) ten behoeve van de zorg. In het laatste hoofdstuk zal ik de vragen die centraal staan in deze thesis, beantwoorden. Ik zal naast de conclusies, ook aanbevelingen beschrijven.

HOOFDSTUK 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk beantwoord ik de vragen die ik in hoofdstuk 1 van deze thesis heb gepresenteerd. Ik zal beginnen met de deelvragen, en beantwoord de hoofdvraag als laatste. Daarna zal ik een drietal aanbevelingen doen.

6.1 Beantwoording onderzoeksvragen

In deze paragraaf staat het beantwoorden van de verschillende onderzoeksvragen centraal.

6.1.1 Deelvraag 1

Hoe verhouden de principes van Lean denken zich tot de zorgethische theorie van Annelies van Heijst?

Zoals ik in hoofdstuk 5 uitgebreid heb beschreven, zijn een aantal overeenkomsten, verschillen en tegenstrijdigheden te duiden tussen de theorieën van menslievende zorg en Lean denken.

Menslievende zorg en Lean denken hebben gemeen dat ze aandacht besteden aan de cliënt en de medewerker. De medewerker is in beide theorieën van groot belang. Lean denken stelt de (ontwikkeling van de) medewerker centraal, waarbij de focus ligt op verbetering. De medewerker wordt uitgedaagd het beste uit zichzelf te halen, mee te denken over het verbeteren van het proces.

In menslievende zorg is aandacht voor medewerkers anders gekwalificeerd. Daar gaat het met name om de erkenning van professionals, waar zowel cliënten als een organisatie en collega's een rol in spelen.

De cliënt is in beide theorieën uitgangspunt van denken en handelen. In Lean denken bepaalt de klant indirect wat gebeurt, doordat alle handelingen toegevoegde waarde moeten hebben voor de klant. Daarbij bepaalt de klant wat hij als waarde beschouwt. In menslievende zorg is een wat genuanceerdere rol weggelegd voor de cliënt. De cliënt geeft daar mede sturing aan het proces. De cliënt is belangrijk, maar niet allesbepalend, aangezien zorg voor de medewerkers zelf ook in de literatuur wordt belicht.

De verschillen die ik heb beschreven, zijn de verschillende opvattingen van waarde, het verschil tussen waarde toevoegen en waarde in zich hebben, en de inhoudelijke versus de procesmatige benadering.

Menslievende zorg kleurt waarde op een ethische manier in, in Lean denken krijgt waarde een connotatie van *nut*. Ik heb laten zien hoe dat verschillend uitpakt als dat vertaald wordt naar de zorg. Lean denken beschrijft enkel handelingen die waarde toevoegen voor de cliënt, terwijl in menslievende zorg ook aandacht wordt besteed aan uitdrukkingshandelingen, die geen waarde toevoegen, maar intrinsiek waardevol zijn.

Het derde verschil bestaat tussen een procesmatige benadering en een inhoudelijke benadering. Menslievende zorg is een normatief gedachtegoed, Lean denken met name een gedachtegoed dat zich laat lenen voor stroomlijning van processen. Ze vullen elkaar op de genoemde verschillen goed aan als het aankomt op de vertaling

naar de zorg: gestroomlijnde processen, waarin verspilling zoveel mogelijk uitgebannen wordt, en waarin zowel cliënten als medewerkers erkend worden.

Op drie vlakken komen beide theorieën niet tot elkaar. Het gaat dan om scharrelruimte, presentie en reciprociteit. Het zijn begrippen uit menslievende zorg die niet te verenigen zijn met Lean denken.

6.1.2 Deelvraag 2

Hoe zijn de Lean-principes tot nog toe vertaald naar zorgpraktijken en wat kunnen woonvoorzieningen daaruit leren?

Tot nu toe zijn de principes van Lean denken vooral vertaald naar zorg met een duidelijk begin- en eindpunt, met name in ziekenhuizen of klinieken. De Lean-principes worden dan toegepast om verspilling tegen te gaan. Met name wachttijd wordt daarbij vaak genoemd als voorbeeld.

De voorbeelden die ik in hoofdstuk 4 de revue heb laten passeren, laten vooral zien hoe medewerkers zich inzetten om de tools op de afdelingen toe te passen (zoals de verbeterborden, Value Stream Maps en 5S).

Woonvoorzieningen kunnen van die ervaringen leren wat wel en niet werkt, en kunnen hun voordeel doen met wat tot nu toe uit die toepassing is geleerd. Zo wordt bijvoorbeeld uit onderzoek duidelijk dat de mate waarin Lean denken gedragen wordt door de medewerkers in de organisatie, van laag tot hoog, van groot belang is voor het al dan niet succesvol zijn van de implementatie van Lean denken.

Critici zeggen dat Lean denken niet zomaar te vertalen valt naar de zorg, omdat *de* klant niet bestaat: iedere zorgvrager is een uniek individu. Het is zaak om niet alleen per cliënt, maar ook per cliëntengroep te bepalen wat waarde is. In individuele zin kan dat aandacht krijgen tussen de zorgverlener en zorgvrager zelf, in bredere zin kan bijvoorbeeld door cliënttevredenheidsonderzoeken onderzocht worden wat waarde is voor de grootste gemene deler.

Wat belangrijk is bij het invoeren van Lean denken in de zorg, is dat successen gevierd moeten worden: men moet kunnen zien waaraan gewerkt wordt en aan wie dat te danken is. In het algemeen is het in Lean denken belangrijk om zaken visueel weer te geven, zodat in een oogopslag zichtbaar is wat scheelt, waar verspild wordt, of waar aan gewerkt wordt. De tools die ik heb beschreven maken dat mede mogelijk. Het invoeren van Lean denken vraagt uiteindelijk een lange adem en veel toewijding van de betrokkenen. Woonvoorzieningen die met Lean-principes willen gaan werken, dienen daar rekening mee te houden.

Ik heb in hoofdstuk 2 beschreven wat *wonen* bijzonder maakt ten opzichte van andersoortige zorg. Met betrekking tot dit specifieke aspect van zorg, is het van belang dat een toepassing van Lean denken bijdraagt aan de genoemde 'ontologische zekerheid': het gevoel van welbevinden dat samenhangt met het gevoel van 'thuis zijn', dat voortkomt uit een ervaren constantheid in iemands sociale en materiële omgeving. Dat is moeilijk te realiseren, omdat een alledaagse, dagelijkse routine niet mogelijk is als maaltijden en sanitaire voorzieningen met anderen moeten worden gedeeld. Bovendien is er in de woonvoorziening continu toezicht en een gebrek aan privacy. Lean denken kan daar weinig in betekenen; het

stroomlijnen van processen zal niet bijdragen aan een gevoel van 'thuis zijn'. Daarin spelen gesprekken en verhalen een belangrijke rol, en zoals we hebben gezien zijn dat lastige zaken binnen Lean denken, als ze niet gestroomlijnd en zonder verspilling worden georganiseerd. En dat komt de ervaren waarde van het gesprek niet ten goede (zie ook 5.3.1 en 5.3.2).

6.1.3 Hoofdvraag

Hoe verhouden Lean denken en menslievende zorg zich, als het gaat om het verbeteren van kwaliteit van zorg binnen de woonvoorzieningen van de maatschappelijke opvang?

Zoals ik in hoofdstuk 5 heb laten zien, vullen menslievende zorg en Lean denken elkaar goed aan als het gaat om het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen woonvoorzieningen van de maatschappelijke opvang. De tegenstrijdigheden die ik heb benoemd, zijn niet onoverkomelijk vanuit het oogpunt van menslievende zorg. Vanuit het oogpunt van Lean denken is dat anders: scharrelruimte voor professionals, een presentiebenadering van de cliënten en de reciprociteit in de zorgrelatie, vallen niet in het gedachtegoed van Lean denken in te passen. Ze betekenen verspilling en moeten als zodanig worden verwijderd uit het proces. Het succes van het samendenken is dus afhankelijk van de primaire positie die men wil innemen. Kiest men ervoor om meer menslievende elementen te behouden, dan kan Lean denken mooie aanvullingen bieden om de processen te stroomlijnen. Kiest men ervoor om Lean na te streven, dan gaat het samendenken met menslievende zorg slechts ten dele op. De drie belangrijke elementen, die ik als tegenstrijdigheden heb benoemd (presentie, scharrelruimte en reciprociteit) zullen dan buiten beschouwing moeten worden gelaten. Deze zijn niet met de uitgangspunten van Lean denken te verenigen.

Kwaliteit van zorg is iets wat in het samendenken van menslievende zorg en Lean denken centraal staat. Beide theorieën beogen het beste voor de cliënt en de medewerker. Een combinatie van de twee streeft een werkomgeving na waarin medewerkers met plezier werken, waarin ze hun potentieel ten volle kunnen benutten en ze kunnen meedenken (en meewerken) aan het verbeteren van het zorgproces. De kwaliteit voor de cliënt staat dan voorop: het streven naar een zo groot mogelijke waarde voor de cliënt is dan dagelijkse praktijk. Dat gaat in afstemming met de individuele cliënt, maar ook in overeenstemming met het grotere geheel van cliënten. Menslievende zorg biedt vooral aanknopingspunten om de zorgrelatie te verdiepen, om de cliënt meer en beter te kunnen erkennen. Lean denken geeft handvatten om het proces te stroomlijnen, flow te optimaliseren en verspilling te elimineren.

Als het beste van Lean denken (de beste op zorg toepasbare tools) samen met menslievende zorg wordt vertaald naar de praktijk, wordt een zorgproces gecreëerd waarin zo min mogelijk verspillend wordt, waarin zo efficiënt mogelijk wordt gewerkt, waarin de flow optimaal is en waarbij professionals met veel plezier werken aan verbeteringen in hun werk. Cliënten worden erkend als de unieke individuen die zij zijn, medewerkers worden gewaardeerd om wat ze doen en kunnen. Er is ruimte en tijd voor medewerkers om niet alleen handelingen uit te voeren die als interventie worden beschouwd, maar ook om een relatie op te bouwen met cliënten, om af te stemmen op wat voor een cliënt op dat moment van belang is. Daarbij is ook een

deel van de tijd oningevuld, zodat de medewerker zelf kan bepalen wat op dat moment van belang is om te doen.

Het gesprek dat met cliënten wordt gevoerd, zal gaan over wat voor de cliënt van belang is, en over hoe de cliënt kan worden ondersteund om de doelen te bereiken die hij zichzelf stelt.

Omdat beide partijen erkend worden, wordt niet alleen de waarde aan de kant van de cliënt vergroot, maar ook aan de kant van de medewerker. Die doet zijn werk immers met meer plezier en naar meer tevredenheid van zichzelf en van degenen voor wie hij zorgt.

Kort gezegd zullen in een woonvoorziening van de maatschappelijke opvang, waarin Lean én menslievend gewerkt wordt, de medewerkers aan het eind van hun dienst met een voldaan gevoel naar huis gaan, en de cliënten met een voldaan gevoel naar bed.

Daar moet echter wel een tweetal kanttekeningen bij geplaatst worden. Allereerst laat de combinatie van menslievende zorg en Lean denken onbepaald op welke manier en in hoeverre de cliënt werkelijk centraal gesteld wordt. Zoals ik heb besproken, gaat Lean denken uit van de waarde van de klant, maar daarbij is onduidelijk op welke manier de klant wordt bevraagd over wat hij daadwerkelijk van waarde vindt. Dat zal (groten)deels door medewerkers worden ingevuld, die verantwoordelijk zijn voor het verbeteren van het proces. In menslievende zorg wordt uitgegaan van de relatie (of de betrekking) tussen cliënt en medewerker. Daarin is gesprek over waarde inbegrepen. In zorgpraktijken wordt gemakkelijk gesproken over 'de' cliënt. Maar waarde bepalen voor 'de' cliënt is niet mogelijk; waarde is allereerst individueel bepaald. Mogelijk kan op basis van gesprekken met vertegenwoordigers van de cliëntengroep bepaald worden wat als grote gemene deler kan worden benoemd als het gaat om waarde. De mate waarin de cliënt werkelijk centraal gesteld kan worden, is afhankelijk van dat gesprek: de cliënt kan pas écht centraal staan als waarde zowel op individueel niveau aan bod komt, als op groepsniveau (de cliëntengroep binnen de maatschappelijke opvang). Dan kan zowel op individueel niveau, als op organisatieniveau, vanuit die waarde worden gewerkt.

Een tweede kanttekening betreft de keuzevrijheid van cliënten waar ik kort bij heb stilgestaan. De vraag is of cliënten werkelijk vrij zijn om te kiezen, of dat een keuze onvermijdelijk is en dus niet in vrijheid wordt gemaakt. Annemarie Mol (2006) spreekt daar over in haar boek *De logica van het zorgen*. Zij betoogt dat mensen die om hulp aankloppen, te maken hebben met ziekte. Die overkomt je, daar kies je niet bewust voor. Dat betekent echter nog niet dat cliënten passief gemaakt worden; zorg is immers interactief. Maar als cliënten 'klanten' genoemd gaan worden, worden verwachtingen geschept die in de zorg niet passend zijn. Het verloop van ziekte is immers onzeker.¹⁵ Dat geldt hetzelfde voor cliënten die binnen de Gaarshof wonen: voor velen is niet duidelijk wat het hoogst haalbare zal zijn. Zullen zij ooit nog zelfstandig wonen? Of is het maximaal haalbare (of maximaal wenselijke) wonen in een woonvoorziening? Keuze is daarbij niet altijd een issue: soms valt er niets te kiezen.

Daar waar het gaat om het bepalen van waarde op basis van de bereidwilligheid van de klant om ervoor te betalen, is dat in zorgpraktijken niet zomaar over te nemen. Dat

¹⁵ Mol, A., *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*, Amsterdam: Van Gennep (2006), p. 41-42

maakt een samendenken van menslievende zorg en Lean denken, met betrekking tot waarde, wat lastig (maar niet onmogelijk).

6.2 Aanbevelingen

Het klinkt misschien te mooi, de combinatie van menslievende zorg en Lean denken. Ik wil niet bepleiten dat dit de enige manier is om een zorgpraktijk zo in te richten dat voor alle betrokkenen waarde wordt gecreëerd, er zijn immers vele wegen die naar Rome leiden.

Deze thesis is slechts een rimpel in een hele grote zee van ideeën met betrekking tot goede zorg. Enkele aanbevelingen zijn daarom zeker op zijn plaats. Ik doe er onderstaand drie.

- Lean denken is een veelomvattende theorie. Om deze in te voeren is een lange adem nodig: de reis is oneindig, wordt benadrukt in de literatuur. Organisaties binnen de maatschappelijke opvang moeten zich daar van bewust zijn. Er is bovendien in de zorg al veel veranderd de laatste jaren en het risico bestaat dat medewerkers verandermoe worden (of zijn geworden). Veel van wat nu in de zorg wordt ingevoerd, heeft raakvlakken met wat in deze thesis is beschreven vanuit de twee theorieën. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de verandering van top-down naar bottom-up in mijn eigen organisatie.
Het verdient mogelijk aanbeveling om (delen van) wat ik in deze thesis heb beschreven, in te voegen in de methodiek waar op dit moment mee gewerkt wordt en niet een combinatie van menslievende zorg en Lean denken als nieuwe methodiek te introduceren.
- De maatschappelijk opvang is onderhevig aan vele verschuivingen binnen de zorgfinanciering. In deze financiering is het steeds vaker usance om de tevredenheid van de cliënten over de geleverde zorg, mee te laten wegen in het besluit over de (hoogte van) financiering van de zorg. Onderzoek naar de tevredenheid onder cliënten die zorg krijgen in een organisatie waarin zowel vanuit de uitgangspunten van Lean denken, als vanuit de uitgangspunten van menslievende zorg wordt gewerkt, is daarmee zeker van belang. De instrumenten die tot nog toe worden gebruikt om cliënttevredenheid te meten, zijn ook gericht op vergelijking met andere organisaties (benchmark) en gaan daarom niet specifiek over de waarde van de cliënt.
Ik pleit ervoor te onderzoeken op welke manier met de cliënten het gesprek gevoerd kan worden over de waarde die zij ervaren, of juist missen. Vanuit daar kunnen we dan verder met elkaar in gesprek over *hoe* we daaraan kunnen werken.
- Lean denken is tot nog toe enkel ingevoerd in *cure*. In deze thesis heb ik laten zien op welke manier een combinatie van menslievende zorg en Lean denken in *care* kan worden gedacht. Ik ben van mening dat het aanbeveling verdient om de principes van Lean denken te implementeren in zorg die is gecombineerd met wonen. Het cyclische karakter van die zorg is gebaat bij het gebruik van Lean-instrumenten. Het komt de *care* niet minder dan de *cure* ten goede. Daarbij wil ik ervoor pleiten om bij die implementatie ook aandacht

te besteden aan de aspecten van menslievende zorg zoals ik ze in deze thesis heb beschreven. Enkel het invoeren van Lean denken, werkt mogelijk de “dingachtige gewaarwording” waar Van Heijst het over heeft, in de hand. Een combinatie van de twee zie ik als grote meerwaarde voor de kwaliteit van zorg. Onderzoek naar de praktische uitwerking van deze combinatie in de zorg en begeleiding aan cliënten in de maatschappelijke opvang, is echter op zijn plaats. Daarbij dient ook de medewerkerstevredenheid te worden getoetst: zoals ik in hoofdstuk 4 heb besproken, is daar nog te weinig onderzoek naar gedaan.

SAMENVATTING

In de zorg wordt steeds vaker gebruikt gemaakt van principes uit andere sectoren, zoals productie. Lean denken is een van die methodieken. Lean is een uit de auto-industrie afkomstig, instrumenteel denkkader, wat beoogt verspilling volledig uit te bannen. Het is de vraag of er nog sprake is van goede zorg als vanuit de Lean-principes wordt gewerkt. Ik ben daarom op zoek gegaan naar de mogelijkheid van het samendenken van menslievende zorg en Lean denken. De centrale vraag in deze thesis luidt als volgt: Hoe verhouden Lean denken en menslievende zorg zich, als het gaat om het verbeteren van kwaliteit van zorg binnen de woonvoorzieningen van de maatschappelijke opvang?

Als casus in deze thesis heb ik gekozen voor een 24-uurs woonvoorziening binnen de maatschappelijke opvang: de Gaarshof te Baarle-Nassau. Binnen deze woonvoorziening is plaats voor 94 dak- en/of thuisloze cliënten. Zij worden begeleid door medewerkers die samen met hen werken aan herstel. Dat doen ze volgens Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, een herstelgerichte methodiek die uitgaat van de krachten en mogelijkheden van de cliënt. Er wordt samen met de cliënt een plan opgesteld waarin beschreven staat welke doelen de cliënt wil bereiken – en op welke manier. Het opstellen en evalueren van dit persoonlijk plan, gecombineerd met het persoonlijk profiel (een inventarisatie van kwaliteiten, krachten en mogelijkheden), heb ik beschreven als zorgproces.

Menslievende zorg is uitgewerkt aan de hand van de theorieën van Annelies van Heijst. Zij beschrijft een onderscheid tussen de neutrale *zorgbetrekking* en een kwalitatief geladen *zorgrelatie*. Begeleiding in de woonvoorziening heeft een presentie-achtig karakter waarin de relatie van belang is om de begeleiding te kunnen laten 'slagen'. De uitdrukkingshandeling is daarbij kenmerkend. Deze voegt geen waarde toe, maar is intrinsiek waardevol: de handeling drukt een betrokkenheid op de ander uit. Dit wordt ook wel 'er zijn voor iemand' genoemd. Van Heijst maakt onderscheid tussen erkenning van cliënten en professionals. De eerste is te beschouwen als een combinatie van presentie en interventie, waarbij niet alleen verhelpend wordt ingegaan op nood, maar ook de lijdenslast en het unieke van het individu worden erkend. Professionals worden volgens haar erkend door cliënten, collega's en de organisatie waarbinnen zij werkzaam zijn.

Lean denken is een gedachtegoed dat volgens Toyota uit twee delen bestaat: het volledig uitbannen van verspilling en respect voor mensen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen acht verschillende vormen van verspilling: transport, wachten, overproductie, defect, voorraad, beweging, extra verwerking en menselijk potentieel. De basis van Lean denken bestaat uit een vijftal centrale principes: de waarde van de klant, het vaststellen van een waardestroom en het elimineren van alle verspilling binnen die waardestroom, het creëren en behouden van *flow*, een pullsysteem waarbij de klant de waarde door het systeem trekt, en het continu gestaag verbeteren teneinde perfectie te bereiken. Lean denken is een langetermijnfilosofie, geen snelle oplossing voor problemen of bezuinigingen. Het slagen (of niet) van de implementatie van Lean denken is vooral afhankelijk van de inzet en betrokkenheid van de medewerkers, van hoog tot laag in de organisatie.

Het samendenken van menslievende zorg en Lean denken levert een nieuwe bril op waardoor we zorgpraktijken kunnen bezien. Ik heb daarbij een aantal overeenkomsten, verschillen en tegenstrijdigheden benoemd tussen beide theorieën. Zowel menslievende zorg als Lean denken stelt de cliënt centraal en heeft oog voor de erkenning van de professionals. Maar ze verschillen van elkaar in de manier waarop ze waarde inkleuren: in menslievende zorg is waarde een ethisch ingekleurd begrip, binnen Lean denken drukt het nuttigheid uit. Ook de manier waarop handelingen zich verhouden tot waarde, verschilt in menslievende zorg ten opzichte van Lean denken. In menslievende zorg kunnen handelingen waarde toevoegen, maar er is ook de eerder genoemde uitdrukkingshandeling die waarde in zich heeft. In Lean denken is dat niet zo, daar gaat men ervan uit dat alle handelingen waarde moeten toevoegen. Een laatste verschil is het karakter van de theorie: menslievende zorg is een inhoudelijke theorie waarin verdieping wordt gezocht, Lean denken is een procesmatige benadering. Bovendien beschouwen beide *proces* op een verschillende manier: in Lean denken is dat lineair, in menslievende zorg cyclisch. Een drietal tegenstrijdigheden zetten spanning op het samendenken van de twee theorieën: presentie, reciprociteit en scharrelruimte in de zorg zijn onderdelen van menslievende zorg die niet met Lean denken te verenigen zijn.

Desondanks is een samendenken van beide theorieën zeer wel mogelijk, zoals ik in deze thesis heb betoogd. Het zorgproces dat door de nieuwe bril is gezien, maakt aanschouwelijk op welke manier zorg bekeken kan worden vanuit de combinatie van menslievende zorg en Lean denken.

Een combinatie van menslievende zorg en Lean denken draagt bij aan de kwaliteit van zorg: processen worden zodanig ingericht dat er sprake is van zo min mogelijk verspilling, terwijl medewerkers oog en oor hebben voor de cliënt, uniek als deze is. Beide partijen ervaren dan erkenning. Daarmee wordt de waarde niet alleen aan de kant van de zorgvrager, maar ook aan de kant van de zorgverlener, vergroot.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Ash, A., 'Ethics and the Street-level Bureaucrat: Implementing Policy to Protect Elders from Abuse', in: *Ethics and Social Welfare*, 4 (2010) 2, 201-209
- Benders, J., Rouppe van der Voort, M. & Berden, B., *Lean denken en doen in de zorg. Acht verhalen uit de praktijk*, Den Haag, Boom Lemma uitgevers, 2010
- Berg, M. van den, 'In een verpleeghuis wonen' in: *Speling: Tijdschrift voor bezinning*, 54 (2002) 1, 64-68
- Berg, R. van den, *In huiselijke sfeer*, Utrecht, NIZW, 2003
- Blankertz, L.E., & Cnaan, R.A., 'Serving the dually diagnosed homeless: Program development and interventions', in: *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 20 (summer 1993) 2
- Blankertz, L.E., & Cnaan, R.A., 'Assessing the Impact of Two Residential Programs for Dually Diagnosed Homeless Individuals' in: *The Social Service Review*, 68 (1994) 4, 536-560
- Bosch, A., & Dorrestein, A., *Méér dan bed, bad en brood. Cliënten maatschappelijke opvang Traverse over de kwaliteit van hun leven*, Tilburg, PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant, 2005
- Bransen, E., Hulsbosch, L., & Wolf, J., *Samenwerkingsprojecten Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen*, Utrecht, Trimbos-instituut, 2002
- Cooper, R.G., & Mohabeersingh, C., 'Lean thinking for medical practices', in: *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 2 (2008) 1, 88-89
- Dam, C. van, Ploegmakers, M., Smet, J. de, Wiebes, P. & Wisselink, I., *Zicht op zorg en Welzijn: Beleid en voorzieningen*, Utrecht, NIZW, 2000
- Dart, R.C., 'Can Lean Thinking Transform American Health Care?' in: *Annals of Emergency Medicine*, 57 (2011) 3, 279-282
- Deegan, P.E., 'Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation', in: *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (1988) 4, via [http://myweb.polyu.edu.hk/~ssmliang/web%20info/newliferecovery/Deegan%201994\(1988\).pdf](http://myweb.polyu.edu.hk/~ssmliang/web%20info/newliferecovery/Deegan%201994(1988).pdf)
- Dickson, E.W., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A. & Singh, S., 'Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals', in: *Annals of Emergency Medicine*, 54 (2009) 4, 504-511
- Dierckx de Casterlé, B., Verhaege, S.T.L., Kars, M.C., Coolbrandt, A., Stevens, M., Stubbe, M., Deweirtdt, N., Vincke, J., & Grypdonck, M., 'Researching lived experience in health care : Significance for care ethics', in: *Nursing Ethics*, 18 (2011) 2, 232-242
- Federatie Opvang, *Branchebeeld 2010*, Amersfoort, 2012
- Graban, M., *Lean hospitals. Improving quality, patient safety, and employee satisfaction*, Boca Raton, CRC Press, 2009
- Grinten, T.E.D., *Zorgen om beleid. Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijk verhoudingen in de gezondheidszorg*, Rotterdam, Erasmus MC, 2006
- Gulcur, L, Stefanic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., & Fischer, S.N., 'Housing, Hospitalization and Cost Outcomes for Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities Participating in Continuum of Care and Housing First Programmes', in: *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13 (2003) 2, 171-186
- Harten, W. H. van, Hans, E.W., & Lent, W.A.M. van, 'Aanpak efficiency te ondoordacht', In: *Medisch Contact*, 65 (2010) 6, 264-267 via <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/archief-6/Tijdschriftartikel/73062/Aanpak-efficiency-te-ondoordacht.htm>
- Heijst, A. van, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Kampen, Klement, 2008b
- Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Kampen, Klement, 2008a

- Heijst, A. van, *Ontferming voor Dummies. Zorgverhoudingen in een religieus verleden en een pluriform heden*, Tilburg, Prisma Print, 2011
- Heijst, A. van, *Professional Loving Care. An Ethical View of the Healthcare Sector*, Leuven, Peeters, 2011
- Heliker, D. & Scholler-Jaquish, A., 'Transition of New Residents to Long-Term Care: Basing Practice on Residents' Perspective', in: *Journal of Gerontological Nursing*, 32 (2006) 9, 34-42
- Hem, M.H., & Pettersen, T. 'Mature Care and Nursing in Psychiatry: Notions Regarding Reciprocity in Asymmetric Professional Relationships', in: *Health Care Analysis*, 19 (2011) 1, 65-76
- Holden, R.J., 'Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review', in: *Annals of Emergency Medicine*, 57 (2011) 3, 265-279
- Hoogbergen, J., *Lean Thinking en Menslievende zorg: naar een efficiënter en moreler ziekenhuis? Studie naar goed werk bij de implementatie van Lean Thinking en Menslievende zorg in het Sint Elisabeth ziekenhuis in Tilburg* (2010)
- Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R., 'Application of lean thinking to health care: issues and observations', in: *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (2009) 5, 341-347
- Kal, D., *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*, Amsterdam, Boom, 2002
- Kim, C.S., Spahlinger, D.A., Kin, J.M. & Billi, J.E., 'Lean Health Care: What Can Hospitals Learn from a World-Class Automaker?', in: *Society of Hospital Medicine*, 1 (2006) 3, 191-199
- Land, H. van 't, Vrugink, J. & Wolf, J., *Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden*, Utrecht, Trimbos-Instituut, 2003
- Marcus, A., 'Shelterization revisited: Some methodological dangers of institutional studies of the homeless', in: *Human Organization*, 62 (2003) 2, 134-142
- Martinsen, E.H., 'Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye', in: *Health Care Analysis*, 19 (2011) 1, 15-27
- Martinsen, E., 'Harm in the absence of care: Towards a medical ethics that cares', in: *Nursing Ethics*, 18 (2011) 2, 174-183
- Mol, A., *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*, Amsterdam, Van Gennep, 2006
- Morgan, J. & Brenig-Jones, M., *Lean Six Sigma voor dummies*, Amsterdam, Pearson Education Benelux, 2009
- Nistelrooy, I. van, *Basisboek zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en motivatie van verpleegkundigen*, Heeswijk, Uitgeverij Abdij van Berne, 2008
- Nordhaug, M. & Nortvedt, P., 'Mature care in professional relationships and health care prioritizations', in: *Nursing Ethics*, 18 (2011) 2, 209-216
- Olthuis, G., & Leget, C. (Red.), *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis*, Den Haag, Boom Lemma uitgevers, 2012
- Padgett, D.K., 'There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States', in: *Social Science & Medicine*, 64 (2007) 9, 1925-1936
- Paulsen, J.E., 'A Narrative Ethics of Care', in: *Health Care Analysis*, 19 (2011) 1, 28-40
- Paulsen, J.E., 'Ethics of caring and professional roles', in: *Nursing Ethics*, 18 (2011) 2, 201-208
- Pettersen, T. & Hem, M.H., 'Mature care and reciprocity: Two cases from acute psychiatry', in: *Nursing Ethics*, 18 (2011) 2, 217-231
- Pettersen, T., 'The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications', in: *Health Care Analysis*, 19 (2011) 1, 51-64
- Roupe-van der Voort, M. & Benders, J. (Red.), *Lean in de zorg. De praktijk van continu verbeteren*, Den Haag, Boom Lemma uitgevers, 2012
- Roupe – van der Voort, M., *Wat is Lean?*, 2008
- Sayer, N.J., & Williams, B., *Lean voor dummies*, Amsterdam, Pearson Education Benelux, 2011

- Schutt, R.K., Goldfinger, S.M. & Penk, W.E., 'Satisfaction with residence and with life: When homeless mentally ill persons are housed', in: *Evaluation and Program Planning*, 20 (1997) 2, 185-194
- Seddon, J., & Caulkin, S., 'Systems thinking, lean production and action learning', in: *Action learning: research and practice*, 4 (april 2007) 1, 9-24
- Sevenhuijsen, S.L., *De plaats van zorg*, Utrecht, Universiteit Utrecht, 2000
- Skirbekk, H., & Nortvedt, P., 'Making a Difference: A Qualitative Study on Care and Priority Setting in Health Care', in: *Health Care Analysis*, 19 (2011) 1, 77-88
- St. Elisabeth Ziekenhuis, *Veertien principes voor innovatieve bedrijfsvoering*, Tilburg 2009
- Takeuchi, H., Osono, E. & Shimizu, N., 'The Contradictions That Drive Toyota's Success', in: *Harvard Business Review*, (juni 2008)
- Timmerman, B. & Geest, D. van de (Red.), *Daklozen aller steden verzamelt u, maar niet op straat!* Amersfoort, Federatie Opvang, 2009
- Tronto, J.C., 'Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose', in: *Ethics and Social Welfare*, 4 (2010) 2, 158-171
- Tronto, J.C., *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, Routledge, 1993 (herdruk 2009)
- Tuynman, M. & Planije, M., *Monitor Maatschappelijke Opvang, jaarbericht 2010*, Utrecht, Trimbo-Instituut, 2011
- Vanlaere, L., & Gastmans, C., 'A personalist approach to care ethics', in: *Nursing Ethics*, 18 (2011) 2, 161-173
- Versteeg, W., *Dit is geen dakloze*, Rotterdam, Lemniscaat, 2008
- Waring, J.J., & Bishop, S., 'Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance', in: *Social Science & Medicine*, 71 (2010) 7, 1332-1340
- Wilken, J.P. & Hollander, D. den, *Psychosociale Rehabilitatie, een integrale benadering*, Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2009
- Wolf, J., *Handleiding voor een krachtgericht begeleidingstraject*, Nijmegen, UMC St. Radboud, 2012
- Wolf, J., *Herstelwerk. Een krachtgerichte basismethodiek voor kwetsbare mensen*, Nijmegen, UMC St. Radboud, 2012
- Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S., Bakel, H. Van, Reinking, D. & Leiden, I. Van, *Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*, Utrecht, Trimbo-Instituut, 2002
- Wolfshöfer, C. & Bröer, C., 'Opvang en resocialisatie. Hoe daklozen leven in de maatschappelijke opvang', in: *Sociologie*, 5 (2009) 4, 462-482
- Womack, J.P. & Jones, D.T., *Lean thinking. Banish waste and create wealth in your corporation*, New York, Simon & Schuster, 2003
- Young, T.P., & McClean, S.I., 'A critical look at Lean Thinking in Healthcare', in: *Quality and Safety in Health Care* (2008), 1-6

Bijlage 1 Persoonlijk profiel

Naam :
 Naam persoonlijk begeleider :
 Startdatum opstellen Profiel :

Wat kan/heb ik? (Kwaliteiten, krachten en mogelijkheden)	Wat wil ik? (Wensen, dromen, interesses en ambities)	Wat kon/had ik? (Kwaliteiten, krachten en mogelijkheden)
Wonen & Dagelijkse leven		
Financiën		
Werken & Leren		
Recreëren & Vrije tijd		
Gezondheid Psychisch functioneren en zelfzorg		
Gezondheid Lichamelijk functioneren en zelfzorg		

Sociaal Functioneren (inclusief relaties en sociaal netwerk)		
Zingeving		

Wat is voor mij nu het belangrijkste:

- 1)
- 2)
- 3)

Bijlage 2 Persoonlijk plan

Naam :
Naam persoonlijk begeleider :
Startdatum opstellen Plan :

Wat ik wil bereiken in mijn leven:					
Concrete stappen of activiteiten om dit te bereiken	Wat ik zelf doe	Wat anderen doen	Wanneer ik dit doel bereikt wil hebben	Datum waarop ik dit doel bereikt heb	Aantekeningen
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					

DANKWOORD

Veel dank ben ik verschuldigd aan mijn thesisbegeleider, Gert Olthuis. Gert, ik heb veel steun gehad aan onze gesprekken over dit onderwerp en jouw vragen prikkelden mij tot (verder) nadenken en doordenken. Je kritiek maakte me bewust van hoe ik denk en schrijf en heeft me veel geleerd dat ik (onder andere) in mijn werk kan gebruiken. De momenten dat ik baalde van die scherpe en kritische blik, ben ik haast alweer vergeten.

Mijn tweede lezer, Jan Jans, wil ik op deze plaats ook danken voor zijn meedenken, met name daar waar het de praktische kant betrof.

Beide wil ik speciaal bedanken voor de bereidwilligheid die het mogelijk maakte dit collegejaar nog te kunnen afstuderen.

Ine, dank voor je meedenken over de zorgprocessen binnen de Gaarshof. Lieke, bedankt voor de uren die ik in werktijd heb kunnen besteden aan mijn laatste thesisbesprekingen, die vanwege de vakantieperiode in werktijd gepland moesten worden.

In wat meer persoonlijke kring wil ik allereerst graag mijn ouders en schoonouders bedanken, die op onze dochter wilden passen zodat ik kon studeren. In december 2011 werd ik moeder en het viel me (achteraf gezien) niet licht om onze dochter 'weg te brengen' om te studeren. Maar het is heerlijk om die tijd te hebben genomen, en ik zie ook wat een plezier ons meisje daarvan heeft. Toos, jij in het bijzonder bedankt voor het duwtje in de rug!

Carlo, mijn man, kan ik niet genoeg bedanken. Jouw morele steun en praktische hulp hebben het voor mij mogelijk gemaakt om deze studie te volgen en af te ronden. Bedankt daarvoor, het was een bijzondere periode. Uiteindelijk was ik zonder jou én geen moeder, én geen master geworden ;-)

Anja en Ben: ik reserveer alvast bij Het Lelijke Eendje!