

ROL EN INBRENG VAN DE VERPLEGING IN DE ORGANISATIE-ONTWIKKELING VAN HET ZIEKENHUIS*

De invoering van arbeidsduurverkorting, het omgaan met budgetten, inspelen op automatiseringsprojecten, meewerken aan fusieprocessen, een bewuster opleiden van leerlingen, systematischer aanpak van het werk op de afdeling, en het werken met verpleegplannen, bevorderen van een patiëntgericht verplegen, teamverpleging, zijn vele, elkaar snel opvolgende ontwikkelingen in de huidige gezondheidszorg.

Het is niet eenvoudig al deze nieuwe zaken op te nemen en te verwerken. Vooral niet wanneer je toch al het gevoel hebt door de drukte niet aan het eigenlijke van de patiëntenzorg toe te komen. "Hadden we maar meer mensen." Vaak blijkt bovendien dat verpleegkundigen de nieuwe ontwikkelingen geheel of gedeeltelijk opgelegd krijgen. Zo beleven zij het tenminste en dat is een realiteit om rekening mee te houden. Of met de veelheid van nieuwe zaken, het van buiten opgelegd krijgen en het tekort aan mensen voldoende verklaard kan worden dat de bijdrage van de verpleging aan de organisatie-ontwikkeling van het ziekenhuis te zwak uit de verf komt, is een vraag die ons bezighoudt. Wij hebben namelijk tijdens onze begeleidingsactiviteiten in ziekenhuizen de indruk gekregen, dat de verpleging niet die rol speelt die haar toekomt.

Wij denken dat het noodzakelijk is dat de verpleging een krachtiger bijdrage gaat leveren aan de ontwikkelingen die gaande zijn. Zij kan daartoe zelf het initiatief nemen, doet dat in een aantal gevallen ook. Anderen in het ziekenhuis kunnen het haar echter ook mogelijk maken, bij voorbeeld door haar daartoe uit te nodigen. Wij vinden zowel het "initiatief nemen" van verpleegkundigen als het "mogelijk maken" door anderen nodig. Want ontwikkelingen in organisaties brengen pas echte vernieuwing, wanneer de direct betrokkenen bij de basis van die organisaties zich daarvoor willen inzetten. Zij moeten het belang van de ontwikkelingen inzien, het ermee eens zijn. Zijn zij dit niet, maar wordt de verandering toch doorgevoerd, dan gaat het oude gezegde van Shakespeare op:

"a man convinced against his will
is of the same opinion still."

En je eigen mening bepaalt je handelen. Daarmee kun je een vraagteken zetten achter de waarde van ontwikkelingsprocessen die te weinig rekening houden met de inbreng vanuit de

*Hoewel dit artikel geschreven is vanuit onze ervaring met ziekenhuizen is veel daarvan ook toepasbaar op verpleeghuizen.

basis. De basis van ziekenhuizen is de dienstverlening aan patiënten, hun familie en vrienden. De verpleging is daarin de meest continu aanwezige groepering.

Is het daarom niet zo, dat zij, als geen andere, over kennis van deze basis beschikt, over ervaringen met patiëntenzorg? Dat alle organisatorische consequenties van het handelen met en aan de patiënt slechts gedeeltelijk tot de arts doordringen, hoe beslissend de rol van de arts ook is? Dat ondanks het goede financiële inzicht en de oprechte interesse van de administrateur hij geen reëel gevoel kan ontwikkelen voor het wezenlijke van het werk rond en met de patiënt?

Om vanuit de verpleging een duidelijk eigen inbreng te kunnen leveren is het nodig om de krachten te kennen die je denken en doen bepalen. Tijdens onze begeleidingsactiviteiten in ziekenhuizen menen wij een aantal krachten te hebben waargenomen, die op verpleegkundigen inwerken. Zij ervaren deze vaak als tegenstrijdig, staan er tussenin. Onze weergave in dit artikel is een poging om de werkzame krachten in kaart te brengen, waarmee een beter inzicht in de situatie van de verpleging verkregen kan worden. Inzicht in de complexe werkelijkheid, waarvan je zelf een deel bent, is vaak een eerste vereiste om bewust en weloverwogen je toontje mee te kunnen blazen, om de ontwikkelingen op te nemen, in gang te zetten en verder te leiden.* Wij namen waar dat de verpleegkundigen in de volgende spanningsvelden staan.

1. Tussen het concrete doen en abstracte denken

In de verpleging moet je de handen uit de mouwen steken. Verpleegkundigen zijn gewend om aan te pakken. De patiënt is niet geholpen met een zitten nadenken. Hij/zij vraagt een helpende hand, een menselijk woord. Zeker in een crisis-situatie van de zieke gaat het om snel en effectief handelen van verpleegkundigen, ieder voor zich en samen. Van oudsher is de aandacht gericht geweest op wát er gedaan moest worden. Al doende werden de werkwijze en volgorde van handelingen bijgeslepen. En deze ingeslepen patronen werden nieuwkomers voorgedaan met de strikte opdracht het na te doen. Je leerde het al doende. Het OPO-boekje is een neerslag van dit verleden. Zo ontstond er een cultuur waarin het vanzelfsprekend was dat je als verpleegkundige opging in het concrete doen.

*Met dit artikel willen wij onze indruk over de bijdrage van de verpleging aan de organisatie-ontwikkeling van ziekenhuizen en een aantal van de krachten die daarop van invloed zijn bij u toetsen. Aanvullende waarnemingen en gedachten zijn daarom zeer welkom.

De nieuwe ontwikkelingen vragen echter iets anders. Daarin is nagedacht over het verplegen, van buitenaf ernaar kijkend. Oplossingen worden aangedragen vanuit vragen als:

hoe kan er meer patiëntgericht verpleegd worden, hoe houden wij de kosten beter in de gaten, hoe creëren wij meer arbeidsplaatsen, hoe kan de communicatie verbeterd worden, de informatie sneller en effectiever voor ieder beschikbaar worden?

Allerlei andere disciplines gaan zich met het vak verplegen bezighouden en de taal die daarmee binnenstroomt heeft weinig of niets te maken met de zieke, de ziekte of de direct daaraan verbonden handelingen. Deze taal klinkt abstract, vreemd en komend van ver. Maar de verpleegkundigen worden gestimuleerd en opgeleid om hierin mee te gaan. Het denken over verplegen en alles wat daarmee samenhangt wordt methodisch beoefend. Velen ervaren dit als een vervreemd raken van het eigen beroep. Toch wordt de nieuwe cultuur met kracht binnengevoerd. Zij die tussen de oude en nieuwe cultuur staan, grijpen in onzekerheid of uit tegenzin naar het bekende. Als reactie op het abstracte denken zoeken ze houvast en zingeving in het concrete doen.

2. Tussen mens en techniek

Verfijnde techniek staat in onze maatschappij hoog aangeschreven. Het dwingt respect en vertrouwen af. De steeds verdergaande ontwikkeling van ingewikkelde apparatuur en technisch veeleisende werkmethoden zet door, ook in ziekenhuizen. Ook verpleegkundigen kunnen zich daaraan niet onttrekken. Techniek fascineert, je raakt er geboeid door, of je raakt verstrikt in het ingewikkelde ervan, omdat je er toch mee moet werken. Maar het trekt je aandacht weg van het bed, de zieke mens. Er zijn verpleegkundigen die juist verpleegafdelingen kiezen om deze mens en ook wel uit afkeer voor al dat onbegrijpelijke van de techniek.

Toch doet ook daar de ingewikkelde apparatuur steeds meer zijn intrede. Anderen kiezen bewust voor afdelingen als o.k. en intensive care en zijn soms met grote moeite en tegenzin weer terug te plaatsen op de verpleegafdeling. De zorg voor het menselijke en de verfijning van de techniek staan op gespannen voet met elkaar. Het is voor de verpleegkundigen niet altijd even eenvoudig om dit te integreren. Zij worden daarin ook niet geholpen. Opleidingen volgen de maatschappelijke trend, kunnen haast niet anders. Want het handelen m.b.v. technische apparatuur wordt hoger aangeslagen, meer gewaardeerd dan het handvaardige doen.

Tot in het inkomen heeft het een hogere status. En de techniek zuigt je aandacht weg van de patiënt. Is het dan verwonderlijk dat de roep om "patiëntgericht verplegen" klinkt? Deze roep zal nog sterker worden naarmate naast het technische ook het organisatorische en economische aspect van de organisatie meer aan de orde gesteld wordt. Toch is het eigenlijk een vreemde term: patiëntgericht verplegen. Het is zoiets als een "zwarte raaf" of een "witte schimmel". Want verplegen is toch patiëntgericht; net zo normaal als de schimmel wit en de raaf zwart is? Maar begrijpelijk is het wel. De zorg voor de mens kan niet ondergesneeuwd raken.

3. Tussen oudere en jongere leidinggevendenden

Zowel de oudere als de jongere leidinggevendenden zijn toegewijd bezig. Met overtuiging werken zij aan een goede patiëntenzorg. De oudere generatie zie je uit lange ervaring met heilige tradities op een veelal matriarchale en patriarchale wijze aan het werk. De jongere generatie werkt met moderne management-methoden, die ze in de hogere kaderopleiding geleerd heeft. Zij brengt haar analyse van de situatie duidelijk onder woorden en plant nuchter en methodisch de te volgen stappen. Dit contrasteert met de stijl van de ouderen, die een soms opvallende zwijgzaamheid vertonen en ad-hoc op situaties inspelen. En een nieuw project, van buiten af opgelegd, pakt de oudere generatie niet meteen op. Hoewel zij deze nieuwe ontwikkelingen wel ziet. Gaandeweg de voortdurende activiteiten voegt zij zich in. De jongere generatie kan hierop niet wachten, voelt zich genoodzaakt de anderen terecht te wijzen en het project bij te sturen. Zij doet dit met multidisciplinair samengestelde werkgroepen. De dialoog tussen oudere en jongere generatie blijft een teer punt. De ouderen hebben deze nodig om niet te verstarren. De jongeren om niet door al die methodieken en systematische acties het wezenlijke uit het oog te verliezen. Daar waar de dialoog onvoldoende lukt ontstaat polarisatie.

4. Tussen verplegen en leiding geven

Verpleegkundigen die betrokkenheid en doortastendheid tonen en die blijk geven overzicht te hebben kwalificeren zich hiermee voor managementtaken. Zij worden vaak te vroeg daartoe geroepen, mede door een tekort aan oudere verpleegkundigen. Hierdoor komen zij te staan tussen:

- de oorspronkelijke behoefte om door kleine en grote verrichtingen aan het ziekbed behulpzaam te zijn, patiënten in een crisis bij te staan, kinderen in de arm te houden, te bemiddelen tussen de achterban van de patiënt en al die andere professionele medewerk(st)ers in het ziekenhuis; en
- de plicht om als leidinggevende vergaderingen te leiden en te zorgen voor roosters, budgetbewaking, goede hantering van selectieprocedures, noodzakelijke veranderingen in werkstijl, enz.

Ze deinzen vaak terug voor het loslaten van het eigenlijke verpleegkundig handelen in het belang van leiderschapstaken. Dit wordt nog eens versterkt door nieuwe opvattingen over het leiding geven. Ook de complexiteit van het leiding geven groeit, niet in het minst door al de nieuwe projecten "van buiten".

5. Tussen zelfstandigheid en onderschikking

Er bestaat verschil tussen stipte, betrouwbare dienstverlening en professioneel handelen. Het laatste wordt de laatste tijd sterk benadrukt. Hieronder wordt verstaan dat de verpleegkundige in de situatie moet leren handelen, kijkend naar wat deze ene, unieke patiënt vraagt, rekening houdend met de hele mens en diens eigen verantwoordelijkheid. Dit vraagt van de verpleegkundige een goed ontwikkelde zelfstandigheid in denken en doen. Zij/hij moet bereid zijn om de verantwoording op zich te nemen voor de consequenties van zelfstandig genomen beslissingen.

Aan de andere kant zijn er activiteiten als wassen, temperatuur opnemen, wondbehandeling, maaltijden, die dagelijks verzorgd moeten worden. Dit vraagt een duidelijke uniforme organisatie, voorspelbaarheid en bewaking. De verpleegkundige heeft zich daarin te schikken.

Ook de leidinggevers staan in de verleiding om hiertussen te kiezen. Van een eenzijdige aandacht voor inschikkelijkheid, je ondergeschikt maken aan de goed geregelde verzorging van diensten aan de patiënt, naar een hiërarchisch samenspel tussen ondergeschikte en leidinggevende, is een kleine stap. Hiermee wordt het professionele, het zelfstandig kunnen oordelen en handelen niet bevorderd. Het teveel sturen op de individuele verantwoordelijkheid veroorzaakt echter een gebeuren dat als los zand aan elkaar hangt.

6. Tussen eigen professionaliteit en die van anderen

Is de plaats van een verpleegkundige naast de patiënt of naast de arts? Of is dat een oneigenlijke vraag, door de keuze die daarmee opgedrongen wordt? Wat is de functie van een verpleegkundige en wat is de inhoud van haar/zijn beroep? Van oudsher kwam de drijfveer voort uit christelijke naastenliefde, echt beleefd of als plicht gevoeld. Tegelijk was het nodig, voor de effectiviteit van de zorg, om rekening te houden met de eisen vanuit de geneeskunde. Zodoende waren verpleegkundigen ten dienste van arts en patiënt.

Wanneer wij naar de huidige taakuitoefening van verpleegkundigen kijken, springt het "verlengde-arm"-zijn van de arts meer in het oog. Zowel op het niveau van de kleine, alledaagse handelingen (als injecteren en ECG) als op dat van de meer specialistische (als catheteriseren en defibrilleren) is dit te zien. De zorg voor de patiënt wordt overgenomen door ziekenverzorgenden, maatschappelijk werkers, vrijwillige hulpen en een aantal semi-medische handelingen worden verricht door para-medici. Tegelijk schuiven artsen, die zich meer en meer specialiseren, de eenvoudige medische handelingen door naar de verpleegkundigen. Zodoende worden zij ook wel "de kleine dokter" genoemd.

In het omgaan met verpleegplannen blijken verpleegkundigen te worstelen met de vraag waarop het plan gebaseerd wordt. Hoe kan deze vraag anders verwoord worden dan als een medisch probleem? Wat zijn de eigen, verpleegkundige vragen m.b.t. deze patiënt?

In de interdisciplinaire benadering van de patiënt blijkt de verpleegkundige bijdrage niet duidelijk en krachtig genoeg te zijn. Licht dit aan het onvermogen van verpleegkundigen hun eigen professie concreet inhoud te geven? Of ligt dit aan de feitelijke dominantie van bijvoorbeeld het medisch beroep? Beide vervormen het interdisciplinaire overleg tot een schijnvertoning. Hierdoor wordt een organisatie-ontwikkelingsmogelijkheid onvoldoende benut.

Het blijkt dat medische beleidsplannen sneller voor elkaar komen dan gelijksoortige produkten uit de keuken van de verpleegkundige staf.

Verpleegkundigen kunnen zich evenals anderen niet onttrekken aan maatschappelijke trends. Eén daarvan is het opkomen voor je zelf, je eigen zijn. In deze tijd is emancipatie bijna een 'must'. Daarin is de neiging zich op te trekken aan hen die meer aanzien en invloed hebben duidelijk waar te nemen. In dit "optrekken aan" word je de ander gelijk, tot in denken en doen. Kan het zijn dat dit mede van invloed is op het tot "kleine dokters" worden van verpleegkundigen?

Een andere neiging in het emancipatie-proces is je af te zetten tegen de meer-machtigen, die de situatie zo kunnen beïnvloeden dat jij een kleinere mogelijkheid ziet de situatie naar jouw hand te zetten. Met dit "afzetten tegen" creëer je een ruimte waarin, een gebied waarover de ander geen zeggenschap heeft. En daardoor moet de ander je wel zien. Want wat er in jouw gebied gebeurt is voor die ander van belang. In ziekenhuizen blijven artsen en verpleegkundigen van elkaars handelen afhankelijk. Zij zijn beiden bezig met dezelfde patiënt. Kan het zijn, dat dit afzetten tegen - om maar gehoord te worden, om maar erkend te worden in de eigen taak - mede van invloed is op de verkokering in het ziekenhuis? En is het niet zo, dat in de verpleegkundige "koker" oneigenlijke taken worden vastgehouden, die in andere organisaties toebedeeld worden aan afdelingen als personeelszaken, bedrijfsbureau, opleiding en organisatie? Wordt dit niet mede veroorzaakt door het wegvloeiën van oorspronkelijk verpleegkundige taken naar andere beroepen? Wat is de eigen taak van de verpleegkundige? Gelukkig wordt hieraan de laatste tijd bewust aandacht gegeven. Daarin valt het "terug naar de patiënt" op.

7. Tussen manlijk en vrouwlijk

De verpleegkundige is vrouw, de arts man, althans het overgrote deel. De laatste tijd komen er meer mannen in het verpleegkundig beroep. In het medisch beroep zijn vrouwen hen voorgedaan. Als patiënt zijn wij al langer vertrouwd met een ons onderzoekende en behandelende vrouw als arts dan met een broeder aan ons bed. Het hoort bij de ontwikkeling van de laatste tientallen jaren dat de beroepsmogelijkheden verschuiven. Er zijn altijd enkelingen geweest die zich aan de maatschappelijk geaccepteerde indeling onttrokken. Nu zijn het grotere aantallen mensen. Wij maken ons los van "wat hoort" en kiezen zelfstandig onze eigen weg, als vrije individuen. Zo kiezen mannen nu het verpleegkundig beroep en worden vrouwen arts, politie-agent, buschauffeur, enz. Het blijkt dat in de typische mannen-beroepen vrouwen minder makkelijk opgenomen worden dan mannen in typische vrouwen-beroepen.* In de verpleging is dat duidelijk te zien. Mannen wordt het gemakkelijk gemaakt.

*Zie bijvoorbeeld "Assepoesters en kroonprinsen" van Marlies Ott, een vergelijkende studie tussen politie en verpleging, uitg. SUA - 1985.

Het vervelende kluswerk wordt snel door vrouwen overgenomen en mannen komen snel in leidinggevende posities. Hier en daar probeert men dit laatste tegen te gaan door een beperkende maatregel. Daar mag het percentage mannen in de leiding niet hoger zijn dan dat in de hele verplegingsdienst. Hoeveel vrouwen kunnen zich in directies van ziekenhuizen handhaven, en ten koste van wat? Hoeveel gezag heeft de verpleging in het ziekenhuis naast medici? Worden mannen als afdelingshoofd en hoofden verplegingsdienst niet met open armen door hun mannenbroeders, artsen ontvangen? Vrouwen moeten te midden van mannen beter zijn en meer inzet leveren om zich als mens te handhaven dan mannen onder vrouwen.

Komt dit door het biologische verschil of door de opvoedkundig bepaalde rolverdeling tussen mannen en vrouwen? Of komt dit door de dominantie van bepaalde waarden die ons werklevens gevormd hebben? Deze waarden worden meer en meer in twee groepen onderscheiden, als manlijk en vrouwelijk. Manlijk noemt men een hoge waarde toekennen aan analytisch denken, prestatie willen leveren, doelgericht plannen, handelen en beheersen, groot, sterk en snel. Als vrouwelijk ziet men dan het inclusieve denken, verbindend en integrerend, het verzorgen van wat is, aandacht voor de kwaliteit, sfeer, het zoekend en gidsend voortgaan, mogelijkheden en grenzen in de situatie aftastend, oog voor het kleine, zwakke, rust en stilte hebben. Een manlijk vernieuwingsproces is een voorddenken van een eindresultaat waarna dat ingevoerd en doorgevoerd wordt. Zijn verpleegplannen, dienstroosters, functie-waarderingssystemen daar voorbeelden van?

Een vrouwelijke vernieuwing vindt plaats vanuit een gevoel van een nieuwe richting, de werksituatie van binnenuit omvormend. Zijn het terug naar de patiënt, het patiëntgericht verplegen, teamverpleging en aandacht voor het zorgaspect daar voorbeelden van?

Vrouwelijk en manlijk is niet hetzelfde als vrouw en man. Het ligt veel gecompliceerder in ons. Maar de maatschappelijke norm is nog veelal dat je je als vrouw vrouwelijk hebt te gedragen en als man manlijk. Het emancipatieproces van vrouwen en mannen, waarin vrouwen voorgaan, houdt in dat ieder mens op eigen wijze leert omgaan met het vrouwelijke en manlijke deel in ons zelf.

De transformatie van organisaties houdt in dat naast manlijke waarden ook vrouwelijke mede bepalend worden voor leiding geven, samenwerken, wijze van besluitvorming, organisatorische vormgeving, enz. Want onze huidige organisatie-cultuur waardeert nog steeds het manlijke boven het vrouwelijke. Uit een vergelijkend onderzoek tussen landen blijkt echter, dat Nederland vrouwelijke waarden hoger

schat dan bij voorbeeld de Verenigde Staten, West-Duitsland en Japan.*

Werd en wordt ons denken over organiseren en leiding geven door het denken in die landen bepaald?

In ieder geval zit de verpleging in een lastig dilemma. Enerzijds wil zij het vrouwlijke duidelijker aan de orde krijgen. Heeft zij anderzijds in de manlijke organisatiecultuur niet het manlijke nodig om gehoord te worden, om mee te kunnen sturen?

8. Tussen aspiraties en honorering

Wat wil de verpleegkundige liever doen dan "patiëntgericht verplegen"? Als hiermee bedoeld wordt een zoveel en intensief mogelijk directe samenwerking met de patiënt, zal dat grote dankbaarheid van de patiënt tot gevolg hebben. Dit zal de verpleegkundige intrinsiek tevreden stemmen. Immers, daarin lag het motief voor de keuze van dit beroep? Iets te kunnen doen voor een ander mens, die door ziekte gehandicapt is.

Door de salariërings- en promotiestructuur zal de verpleegkundige het daarentegen niet gehonoreerd krijgen. Deze belonen het leiding geven en de specialistische taken, maar niet het directe werk met de patiënt. De werkelijkheid van de structuur komt niet overeen met het veel beleden streven. Wie wordt de dupe van deze discrepantie? In ieder geval, hoe eerlijk is dit tegenover de verpleegkundige? Bekend is hoe schadelijk elkaar tegensprekende normen voor de geestelijke gezondheid en de daadkracht van de betreffenden zijn. In dit geval zijn die normen: de norm achter de salariërings- en promotiestructuur en de norm achter uitspraken over patiëntenzorg. Hoelang er in welke omvang kan de ziekenhuisorganisatie zich deze tegenstrijdigheid nog veroorloven?

Zoekend naar eigen positie, taak en richting waarin het beroep zich ontwikkelen moet, staan verpleegkundigen midden in de drukte van patiëntenzorg en allerlei vernieuwingen. Wij zien hen voor een aantal, hierboven beschreven dilemma's staan. Deze vragen om een keuze tussen, of een integratie van de verschillende elkaar tegenwerkende krachten. De bijdrage vanuit de verplegingsdienst aan de

*Zie "Culturele problemen voor Nederlandse managers en deskundigen in Indonesië" van Dr. Geert Hofstede, Uitg. IG International, Management Consultants, Deventer/Jakarta - 1982

ontwikkeling van het ziekenhuis hangt af van de manier waarop verpleegkundigen zich in deze dilemma's kunnen handhaven. Van allerlei kanten krijgen zij daartoe ondersteuning, bij voorbeeld door kaderopleidingen en de bewuste aandacht voor het verpleegkundig beroep.

Maar is dat genoeg?

Wij stellen het volgende voor: regionale bijeenkomsten van leidinggevenden uit verschillende ziekenhuizen waarin de aanwezigen zich, buiten de drukte van alledag, kunnen bezinnen op allerlei vragen die het werk betreffen.

Concrete actuele vraagstukken, als ADV, kunnen met elkaar op de consequenties voor het eigen huis doorgewerkt worden. Ook kunnen deze bijeenkomsten gebruikt worden om het eigen handelen en denken te toetsen aan anderen. De bedoeling van deze bijeenkomsten is vooral praktijkondersteunend bezig te zijn. De bijeenkomsten kunnen alleen uit verpleegkundigen bestaan, maar ook multidisciplinair samengesteld zijn. Het lijkt ons goed als tenminste twee collega's uit hetzelfde ziekenhuis deelnemen. De deelname moet niet alleen uit persoonlijke belangstelling geschieden, maar ook gedragen worden door het eigen huis (met name door de verpleegkundigen of een andere discipline en door de directie). De leidinggevenden moeten bereid zijn zich zelf en hun situatie kritisch te onderzoeken en moeten open zijn voor het nemen van constructieve initiatieven. De bijeenkomsten zullen een hoger effect hebben wanneer zij met een ritmisch-periodieke regelmaat plaatsvinden met een ontwikkelingsgerichte begeleiding.