

Het nieuwste dogma in de zorg heet transparantie. Maar wat dient er nu eigenlijk transparant te zijn? Wat is het doel ervan? Waar houdt het ons van af? Houden we ons eigenlijk niet voor de gek met die zogenaamde transparantie? Leidt transparantie niet tot de nieuwe ondoorzichtigheid? En, wat is er tegen de oude ondoorzichtigheid?

Regelruimte in plaats van regels: lang leve de ondoorzichtigheid !

Het kwaliteitsdogma van de voorliggende jaren lijkt moeiteloos te worden omgeruild voor het nieuwe dogma; transparantie. Zo standvastig is men in de zorg. Net als bij de opkomst van het kwaliteitsgericht denken holt en praat iedereen elkaar nu ook weer wat na, en zie, een nieuwe werkelijkheid wordt geconstrueerd. Een constructie overigens, waarin het begrip kwaliteit ook nog eens moeiteloos wordt verbonden met het begrip transparantie. Echter, de vraag is of deze twee begrippen met elkaar verbonden worden ter maskering van heel iets anders, iets dat niets regelt voor het behoud en de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening, sterker nog, dat een bedreiging vormt voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Transparantie betekent doorzichtig. Wat dient er allemaal doorzichtig te zijn? Organisatorisch technisch gezien is de norm al relatief lange tijd dat de uitgangspunten, de doelstellingen, de bedrijfsvoering, de werkprocessen, de inhoud van de geleverde diensten en de resultaten van een organisatie zichtbaar behoren te zijn. Dit zijn allemaal aspecten die globaal beschreven dienen te zijn, daar een te concrete beschrijving te weinig regelruimte laat en regelruimte is een vereiste wil men klantgerichte diensten leveren. Menig ouderenzorgorganisatie heeft genoemde aspecten in meer of mindere mate al geregeld in het kader van het kwaliteitsbeleid dat zij massaal hebben gevoerd. Wat dient er dan nog meer transparant te worden? Natuurlijk is het van belang te weten wat een geleverde dienst daadwerkelijk kost, maar dergelijke zaken zijn betrekkelijk eenvoudig in kaart te brengen, daarvoor behoeft niet zoveel koude drukte te worden gemaakt. Waar gaat het dan wel om? Dreigen wij niet af te glijden naar een bureaucratisch zorgsysteem? Een zorgsysteem waar het aan de benodigde regelruimte ontbreekt, waar alles transparant lijkt, omdat de administratie transparant is. Waar grote groepen personeelsleden, ten koste van de directe zorgverlening, zich bezig houden met het transparant houden van de administratieve organisatie, opdat de boekhouding van de controlerende organen klopt. Waarin zorgverleners en zorgvragers uiteindelijk verworpen worden tot zogenaamde calculerende zorgverleners en calculerende zorgvragers. Dit kan onder andere leiden tot behoedzaamheid en een zogenaamde kruideniersmentaliteit in plaats van vernieuwing en ondernemerschap.

Hoewel er in algemene zin nog veel moet gebeuren, hebben vele ouderenzorgorganisaties de afgelopen decennia hun organisaties platter, efficiënter en doelmatiger gemaakt door het management uit te dunnen, door onderdelen van het secundaire proces uit te besteden, samenwerkingsverbanden aan te gaan en door het primaire proces meer behoeftegericht te maken. Nu zien diezelfde organisaties zich gedwongen om een aanzienlijk deel van de tijd van de zorgverleners en de administratief medewerkers te wijden aan bijvoorbeeld het registreren en het verwerken van de zorgminuten, aan het administratief volgen van de gerealiseerde zorgminuten per cliënt in verhouding tot diens indicatie en het volgen van de gerealiseerde productie van de organisatie als geheel. Wat voor verduisterende, mooie, statusverheffende en klantgerichte betekenissen men aan bovengenoemde administratieve handelingen ook probeert toe te dichten, zonder deze betekenissen blijft er niet meer over dan slechts een administratieve, bureaucratische, financiële, economische en kwantitatieve

gerichtheid en is het niet direct voor de handliggend om een verband te leggen met een gerichtheid op kwaliteit en de zorgvrager.

Overigens, wat is kwaliteit eigenlijk? Voor ondergetekende is kwaliteit in de zorg iets dat zich op microniveau afspeelt en waar regelruimte voor nodig is. Hier is dus per definitie geen sprake van transparantie, eerder van een gewenste ondoorzichtigheid. Kwaliteit wordt geconstrueerd en komt tot uiting in interactie tussen de zorgvrager en de zorgverlener. Ik ga hierbij uit van de definiëring van kwaliteit waarin de interactie op microniveau tussen zorgvrager en zorgverlener over welbevinden en zingeving als kernactiviteit in het zorgproces wordt opgevat. Aangezien iedere zorgorganisatie vandaag de dag pretendeert behoeftegericht te werken en de potentiële zorgvragers in toenemende mate te kennen geven dat het hen om de kwaliteit van leven gaat, lijkt mij dit een passende definitie in deze. Aandacht en communicatie zijn hier de pijlers. Mensen definiëren namelijk, middels interactie, een situatie zoals die voor hen als werkelijkheid ervaren wordt. Een zorgvrager en een zorgverlener doen dit ook, samen definiëren zij de zorgsituatie. Deze definitie lijkt uniek, echter dit is slechts ten dele het geval. Zowel de zorgvrager als de zorgverlener maken namelijk deel uit van een sociaal netwerk, waarbinnen tevens een bepaalde definitie van een zorgsituatie wordt gedeeld. De invloed van het directe sociale netwerk strekt tot en met de genoemde zorgsituatie. Management in de ouderenzorg is wat ondergetekende betreft dan ook het creëren van omstandigheden waarin dergelijke zorgsituaties kunnen plaatsvinden. Hiervoor is regelruimte nodig en geen bureaucratische regelgeving. Daarmee ben ik terug bij de titel van deze column: LANG LEVE DE ONDOORZICHTIGHEID !

Auteur: drs. Menko Konings

Menko Konings is socioloog (richting Verzorging & Beleid) en directeur/bestuurder van Zorgorganisatie Het Hoge Veer te Raamsdonksveer

E-mail: mktt@xs4all.nl
