

Enkele jaren geleden verscheen *Plezier beleven aan taaie vraagstukken* van Hans Vermaak. De schijnbare tegenstelling in de titel intrigeerde me: plezier en taai, dat kan toch niet samengaan? Toch voelde ik intuïtief wat de auteur hiermee bedoelde. Wat nu, als je taaie niet ontkent maar onderkent, en leert kennen? Vermaak houdt zich al jaren bezig met veranderekunde en weet uit ervaring dat er in organisaties vaak sprake is van grote weerbaarheid. Vraagstukken persisten ondanks grote investeringen, resultaten vallen tegen ondanks vele inspanningen. Deze weerbaarheid intrigeerde Vermaak zodanig, dat hij de complexiteit van die vraagstukken beter wilde begrijpen. Welke weerbaarheden spelen een rol en welke werkingsmechanismen kunnen toch blijvende verandering bewerkstelligen?

In een persoonlijk samenspel van onderzoeken, veranderen en professionaliseren heeft hij gezocht naar een antwoord op deze vragen. Hij deed dat toen hij, in opdracht van het ministerie van Buitenlandse Zaken, gedurende zes jaar werkte aan dertig verandertrajecten op het terrein van ontwikkelingssamenwerking bij verschillende ambassades. Zijn bevindingen, gerelateerd aan en uitgebreid onderbouwd vanuit de literatuur, kwamen terecht in dit boek.

Taaie vraagstukken

Tijdens het lezen van het boek had ik mijn eigen proces van onderzoeken, veranderen en professionaliseren in de vorm van een verandertraject, waaraan

Zelfstandigheid van zorgteams als taaie vraagstuk

BOEKBESPREKING

Maartje DE VRIES

ik als freelance-projectbegeleider werkte bij een zorginstelling. Het boek bracht mij tot een diepere analyse van wat ik in dat traject was tegengekomen en van de keuzes die we daarin gemaakt hadden.

Vermaak illustreert in zijn boek zijn bevindingen middels casuïstiek uit de trajecten die hij gedaan heeft bij Buitenlandse Zaken. Deze casuïstiek staat als gemarkeerde tekst tussen de hoofdtekst. Ik wil zijn werkwijze overnemen, door de casuïstiek van mijn verandertraject op dezelfde wijze weer te geven en daarmee mijn hoofdtekst te illustreren.

Begin 2015 is binnen de zorginstelling door de afdeling Personeel, Organisatie & Ontwikkeling een notitie over strategisch personeelsplanning gepresenteerd. Deze notitie is een aanzet tot herijking van de personele formatie. Aan de notitie ging een proces van cocreatie vooraf; vanuit diverse geleidingen is input gegeven aan de inhoud ervan. Een van de strategische keuzes die gemaakt is en in deze notitie beschreven wordt, is het creëren van meer ruimte voor de professional en het leggen van verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie. Concreet betekent dit het maken van de overstap van het werken met zorgteams met een direct leidinggevende, naar het werken met geïntegreerde zelfstandige zorgteams met een tactisch leidinggevende op meer afstand.

Zelfstandigheid van zorgteams is de beoogde verandering die de zorginstelling, waar ik als projectbegeleider werk, voor ogen heeft. Hebben we hier te maken met een taaie vraagstuk? Wat kenmerkt zo'n taaie vraagstuk eigenlijk?

Vermaak bespreekt dit in zijn boek in hoofdstuk 4: taaie vragen zijn van iedereen en van niemand, raken veel portefeuilles en disciplines. Ze zijn inhoudelijk, sociaal, contextueel en psychologisch complex. Inhoudelijk complex wil zeggen multidimensionaal; systemisch complex betekent met ingebakken spanningsvelden en eigenlijk onkenbaar. Sociale complexiteit houdt in dat er bij taaie vraagstukken altijd veel actoren betrokken



BESPROKEN

Hans Vermaak (2009). *Plezier beleven aan taaie vraagstukken, werkingsmechanismen van vernieuwing en weerbaarheid*. Deventer: Kluwer. ISBN 978 90 130 6302 8.

zijn en dat die betrokkenen vaak contrasterende opvattingen en verschillende belangen hebben. Daarnaast is moeilijk vast te stellen wie hoe en wanneer moet meepraten. Contextuele complexiteit ontstaat doordat systeemgrenzen arbitrair zijn, het speelveld voortdurend in beweging is en doordat elke context die betrokken is bij het vraagstuk, eigen fixaties en culturele diversiteit heeft. Ten slotte zijn taaie vraagstukken psychologisch complex, doordat ze voorbij je cognitieve grenzen gaan, beperkt maakbaar zijn en spannend zijn om aan te werken, aangezien elke handeling altijd consequenties heeft.

Als ik dat hoofdstuk lees dan weet ik het zeker: het betreft hier een taaie vraagstuk. Er is duidelijk sprake van complexiteit op alle genoemde gebieden. Inhoudelijke complexiteit zie ik terug in de vorm van systemische complexiteit; alles hangt met alles samen. De beoogde verandering van werken binnen de

¹ Het traject bij de zorginstelling was ten tijde van het schrijven van dit artikel nog gaande. De analyse van het traject aan de hand van het boek van Vermaak en mijn reflectie daarop, betreffen dan ook een deel van een groter geheel.

Drs. M.E. de Vries is coach en redactielid van dit tijdschrift. E-mail: m.e.devries@hotmail.com.

teams, betekent de benodigde verandering van werken bij de ondersteunende diensten en het management.

Daarnaast uit de inhoudelijke complexiteit zich in ambiguïteit en onkenbaarheid. Wat is eigenlijk 'zelfstandigheid van zorgteams'? Is dat te definiëren en zo ja, geeft iedereen aan die definitie dezelfde lading en uitwerking?

Het is binnen de zorginstelling een breed gedeelde wens om de mate van zelfstandigheid van de zorgteams in kaart te brengen, met behulp van een nulmeting. Deze nulmeting moet per team een profiel geven, aan de hand waarvan gekeken kan worden waar een team staat, als het gaat om zelfstandigheid. Hiervoor moet uiteraard het begrip zelfstandigheid zoals de zorginstelling dat ziet, gedefinieerd worden.

Sociale complexiteit is onder andere zichtbaar in de vorm van multi-actorbetrokkenheid. Uiteraard zijn de eerst zichtbare betrokkenen de zorgmedewerkers, die in de teams werken en die de verandering moeten doormaken. Daarnaast zijn betrokken:

- management, omdat het de strategische en financiële kaders uitzet;
- afdeling PO&O, omdat het sturen op meer zelfstandigheid van de zorgteams parallel loopt met een herpositionering van de direct leidinggevenden van de teams;
- mantelzorgers en vrijwilligers, omdat die (naast de zorgprofessionals) een belangrijke rol spelen bij de zorg voor cliënten;
- cliënten, omdat het doel van deze beweging meer regie over het eigen leven is.

Deze sociale complexiteit raakt aan de contextuele complexiteit. Hoe groot is dit vraagstuk? We zagen al dat het niet alleen betrekking heeft op de teams, maar ook op andere

geledingen binnen en buiten de zorginstelling. En hoe staat dit vraagstuk in de tijd? We hebben te maken met huidige wet- en regelgeving en financiering, maar hoe zien dergelijke contexten er over enkele jaren uit? Er is sprake van een bewegend speelveld, waarbij we niet weten welke nieuwe trends en opvattingen er in de toekomst op ons afkomen.

De genoemde drie complexiteiten maken een dergelijk proces bovendien psychologisch complex; het gaat voorbij onze cognitieve grenzen. Vermaak zegt hierover: 'Je kan onmogelijk alles weten, kennen, begrijpen en overzien.' Deze complexiteiten zorgen er volgens hem voor dat een vraagstuk wordt ervaren als taai. Bij degelijke vraagstukken volstaat het beschikbare handelingsrepertoire niet en zorgen fixerende werkingsmechanismen dat vraagstukken ondanks inspanning persisteren. Vermaak: 'Er past geen quick fix: het is een vraagstuk dat je kunt hanteren, maar niet kunt elimineren. Het zal altijd om aandacht blijven vragen.' Hij beschrijft een twaalftal fixerende werkingsmechanismen die verklaren waardoor taaie vraagstukken in stand blijven, en een twaalftal speelse werkingsmechanismen waardoor taaie vraagstukken juist in beweging komen.

De tweemaal twaalf werkingsmechanismen hebben betrekking op vier veranderaspecten: interacties, cognities, procesontwerp en procesverandering. Vermaak wijdt in zijn boek aan elk van deze veranderaspecten met bijbehorende werkingsmechanismen een hoofdstuk. Ik loop deze vier aspecten na, in relatie tot mijn ervaringen binnen de zorginstelling.

Interacties

Bij interacties gaat het over wie er meedoet (inclusiethema), over wie er stuurt en volgt (invloedsthema), en over hoe je omgaat met spanningen die ontstaan door contrasterende opvattingen, aanpakken of emoties (affectiethema).

Er werd van start gegaan met een serie een-op-eengesprekken, waarin een open uitwisseling plaatsvond van ideeën en visies rondom het thema zelfstandigheid binnen de zorginstelling. Deelnemers waren de raad van bestuur, de manager PO&O, het hoofd opleidingen, een locatiemanager en de directeur uitvoering en innovatie. De eerste verkennende gesprekken en de uitkomsten van de literatuurstudie leidden tot een conceptdefinitie van zelfstandige teams binnen de zorginstelling. Deze vormde vervolgens het gesprekskader voor een aantal groepsbijeenkomsten die door de mij begeleid werden. De groepsbijeenkomsten werden gehouden met afdelingsverantwoordelijken, externe teambegeleiders, zorgprofessionals, de afdeling kwaliteitszorg en de ondernemingsraad.

Dit fragment illustreert dat de drie interactiethema's ook in mijn project

een rol speelden. Als begeleider kreeg ik de vraag zelfstandigheid volgens de zorginstelling te definiëren. Een prachtige vraag, omdat het niet de intentie was om van buitenaf een definitie in huis te halen en uit te rollen, maar om die van binnenuit te ontwikkelen. Maar wie gaan daar dan over meepraten?

De neiging is volgens Vermaak om als denkers (zoals managers en beleidsmakers) te bepalen dat er iets moet gebeuren en hoe dat dan moet, om dit vervolgens door te spelen naar de doeners (de mensen van het primaire proces, in dit geval de zorgprofessionals). Vermaak voorziet bij deze handelwijze een fixerende keten van sturen, dwingen en controle door 'boven', afgewisseld met rebellie, remmen en duiken door 'onder'. Sturen door 'boven' ontleent 'onder' immers de autonomie, wat haast automatisch leidt tot weerstand. Wat wel beweging genereert, volgens Vermaak, is het werken in werksystemen die door coproductie gestuurd zijn, waarbinnen men conflicten niet uit de weg gaat, maar juist gebruikt om de verandering effectiever te maken.

Ook ik begon dit traject met het aan het woord laten van 'boven'. Al sprekende met managers en hoofden over hun ideeën, ontstond bij mij steeds dwingend de vraag: wat vinden de zorgprofessionals er eigenlijk zelf van? Na overleg met 'boven' heb ik daarom verscheidene groepsbijeenkomsten begeleid, waarin zorgprofessionals en eerstelijnsmanagers gevraagd werd naar hun ideeën met betrekking tot zelfstandigheid van zorgteams. Dit sloot ook aan bij de intentie van de organisatie om juist meer ruimte aan de professional te geven. Mooi was het om te zien dat dit aansluitende, aanvullende en contrasterende perspectieven opleverde.

Toch ben ik mij, ondanks deze gesprekken, blijven afvragen of we wel voldoende gesproken hebben met de betrokkenen die deze verandering van werken het meest aangaat: een grote groep medewerkers, werkzaam op verschillende locaties. Zoals ook Vermaak schrijft, is het erg moeilijk - zo niet onmogelijk - om inspraak voor al deze medewerkers te organiseren. Het ontbreekt daarvoor aan tijd en prioriteit. Het aantal zorgmedewerkers dat wel inspraak had is dus relatief klein, en de communicatie was bovendien kortstondig en relatief oppervlakkig. Het lijkt mij een illusie om te denken dat deze mate van inspraak voldoende is geweest om fixerende werkingsmechanismen als dwingen en duiken in het vervolg van het traject uit te sluiten.

Achteraf bekeken had ik mijn eigen intuïtie en werkwijze, die aansluit bij Vermaak, bij aanvang van het traject meer moeten volgen, in plaats van haast automatisch mee te gaan in de dynamiek van de organisatie. Ik had meer tijd willen nemen voor gesprekken met zorgprofessionals. Minstens elke locatie had aan het woord moeten komen en dat is nu niet gebeurd.

Cognities

Het veranderaspect cognities gaat over welke opvattingen en denkbeelden er eigenlijk leven in een organisatie. Hoe kijken mensen naar de werkelijkheid en welke betekenis geven zij aan wat ze zien? Hoe is de koppeling tussen denken en doen? En hoe wordt er omgegaan met tegengestelde opvattingen? Vermaak heeft het in dit verband over vensters, spiegels en ambivalentie.

Zorgprofessional: 'Als het gaat om verantwoordelijkheid voor werkplanning, dan zien wij het wel voor ons dat we zelf per dag onze taken plannen en het werk verdeelen. Maar we vinden niet dat roosteren door het team zelf gedaan moet worden. Het is vaak zó lastig om de diensten gevuld te krijgen, dat roosteren te veel tijd kost. Dat kunnen we er niet bij doen.'

Manager: 'Zoals ik het zie hebben zelfstandige teams zelf inzicht in budget, tijd, middelen en eigen functioneren, in relatie tot gemaakte afspraken en organisatiebeleid. Daarnaast zijn ze zelf verantwoordelijk voor professionalisering van en binnen het team, voor borgen en verbeteren van de kwaliteit en voor incidentafhandeling.'

Het perspectief van de zorgprofessional is anders dan het perspectief van de manager. Ieder kijkt door een ander venster, heeft een andere verantwoordelijkheid, heeft andere ervaringen, spreekt overduidelijk een andere taal. Dit kan enorm fixerend werken, wanneer de een niet wil of kan zien wat de ander ziet, niet wil of kan horen wat de ander hoort. Daarnaast zijn denken en doen vaak losgekoppeld: binnen een denktank wordt een plan ontwikkeld, en dat plan moet vervolgens door anderen op de werkvloer wor-

den uitgevoerd. Er is geen oog voor wat in de praktijk wel of niet gaat werken, voor de impliciete kennis die daar al aanwezig is. Blijft het denken en doen los van elkaar, dan is er ook geen terugkoppeling van de werkvloer naar de denktank over de vraag of het bedachte plan eigenlijk wel werkt in de praktijk.

We hebben in dit traject gepoogd recht te doen aan beide perspectieven, bijvoorbeeld door zowel het management als de praktijk zich te laten uitspreken over hun ideeën en ervaringen.

Een ander thema dat speelt bij cognities is de aanwezigheid van ambivalentie ofwel het aanwezig zijn van tegenstrijdige gevoelens. Vermaak schrijft dat deze ambivalentie vaak weggedrukt wordt door onbetwiste waarden en ontkende verdediging. Een voorbeeld van een onbetwiste waarde, als het gaat om zorgteams, zou kunnen zijn: elk team moet op dezelfde manier opereren (streven naar eenheid). Dat het maar de vraag is of dat wel wenselijk of mogelijk is, wordt dan niet besproken.

Gesprek met een zorgteam naar aanleiding van het gekozen kenmerk van zelfstandigheid, 'het team is bevoegd om zelf de werkplanning te maken'.

Teamlid: 'Moeten we straks dan zelf onze roosters maken?'

Begeleider: 'Daar mogen jullie dus zelf iets van vinden.'

Teamlid: 'Maar sommige teams willen dat dan misschien doen en andere niet.'

Begeleider: 'Dat zou kunnen.'

Teamlid: 'Hoeven we dan niet allemaal op dezelfde manier te werken?'

Begeleider: 'Nee, dat hoeft niet. Elk team is anders en dat hoeft geen probleem te zijn.'

Vermaak zet tegenover dit fixeren, door het hebben van onbetwiste waarden, juist het problematiseren van opvattingen en het gebruik van humor. Voor de zorginstelling geldt het risico om, door het opstellen van een definitie van zelfstandigheid, alle teams op dezelfde wijze deze definitie op te leggen. Veeleer is de definitie een middel of, in de terminologie van Vermaak, een meta-taal: 'voorwaardenscheppend voor het gezamenlijk schakelen tussen zienswijzen en aanpakken'.

Bij deze zorginstelling is ervoor gekozen om de dialoog te voeren aan de hand van de vraag: hoe zijn zorgteams bezig met het leveren van goede zorg? Ik heb gemerkt dat zorgprofessionals niet gewend zijn om te spreken over hun zienswijze en aanpak. Mijns inziens komt dat niet doordat men dat niet zou kunnen, maar omdat dit in het verleden niet van hen gevraagd werd of wellicht zelfs niet gewaardeerd werd. Toch maakten deze gesprekken met de zorgprofessionals wel energie los en gaven zorgprofessionals aan dat het heel boeiend is om zo met elkaar over het werk te spreken.

Nadrukkelijke aandacht voor het voeren van een goed gesprek, het daarmee oefenen en het ontwikkelen van meer vaardigheden op dat vlak, en daarnaast het waarderen van wat zorgprofessionals denken, vinden en zeggen, zijn volgens mij de ingrediënten die in het vervolg van dit traject gaan leiden tot toenemende zelfstandigheid en eigen regie. De organisatie zou hiervoor volop ruimte moeten geven.

Procesontwerp

Ook met het procesontwerp kun je fixeren dan wel spelen, beschrijft Vermaak in hoofdstuk 7: 'Wat je kunt ontwerpen werkt niet, en wat werkt lijkt zich niet zomaar te laten ontwerpen.' Veel weerbarstige omgevingen kenmerken zich door dominantie van gele en blauwe veranderstrategieën, volgens de kleurentheorie van De Caluwé en Vermaak (De Caluwé & Vermaak, 2006; zie kader).

Zorgprofessional: 'We ervaren de invoering van zelfstandige teams als behoorlijk top-down. Eigenlijk zijn we hierover niet goed geïnformeerd. Het enige dat we weten, is dat de rol van onze leidinggevende gaat veranderen en dat wij daardoor voor meer zaken verantwoordelijk worden. We vragen ons dan wel af of we daarvoor wel de tijd en de skills hebben. We hebben geen tijd om ons, naast de tijd die we nodig hebben voor het leveren van zorg, bezig te houden met allerlei niet-zorgactiviteiten. En verder weten we eigenlijk ook nog niet goed wat er dan straks precies van ons verwacht wordt.'

Dit fragment suggereert dat het verandertraject bij de zorginstelling in de beleving van deze zorgprofessional nogal blauw is aangevlogen: er is van-

KLEURENTHEORIE

- Geeldrukdenken (onderhandelingsproces), het gaat hierbij om belangen, draagvlak en politiek.
- Blauwdrukdenken (rationeel proces), het gaat hierbij om analyses, doelen en plannen.
- Rooddrukdenken (sociaal proces), het gaat hierbij om mensen, motivatie en sfeer.
- Groendrukdenken (ontwikkelproces), het gaat hierbij om leren, ontwikkeling en reflectie.
- Witdrukdenken (dynamisch proces), het gaat hierbij om energie, zelfsturing en ondernemerschap.

uit de top een analyse gemaakt van wat er moet veranderen (meer regie laag in de organisatie) en een plan gemaakt van hoe dat moet gebeuren (zelfstandige teams en een andere rol van de leidinggevende); de zorgprofessional vraagt zich af wat de bedoeling is. Terwijl voor meer zelfstandigheid laag in de organisatie ook motivatie bij de betrokkenen (rood), het aanleren van nieuwe kennis en vaardigheden (groen) en ondernemerschap binnen de teams (wit) nodig zijn. Dominantie van geel en blauw worden veroorzaakt, doordat deze strategieën maakbaarheid en haalbaarheid uitstralen. Daarnaast is men het meest vertrouwd met deze strategieën, en dus minder met de recessieve rode, groene en witte strategieën.

Als ik kijk naar de manier waarop de zorginstelling dit traject vormgeeft, dan zie ik dat er met betrekking tot dit traject verschillende strategieën ingezet worden. De verandering is mede geïnitieerd op basis van rationale overwegingen, die te maken hebben met financiering en wet- en regelgeving (blauw). Verschillende partijen binnen de zorginstelling krijgen de gelegenheid om, vanuit hun perspectief, hun belang bij de verandering naar voren te brengen (geel). Een van de doelen van de verandering is dat zorgmedewerkers weer meer sturing over hun eigen werk krijgen, wat resulteert in meer arbeidsplezier (rood). Het definiëren van zelfstandigheid van zorgteams is een leerproces op zich en is ook een middel om te komen tot verdere teamontwikkeling (groen). En ten slotte heeft meer zelfstandigheid in de teams tot doel het ondernemerschap van de zorgprofessionals beter aan te boren (wit).

Deze aanpak past binnen de visie van Vermaak, dat taaie vraagstukken juist verschillende veranderstrategieën naast elkaar nodig hebben, om iets voor elkaar te krijgen binnen een traject. Wat betreft dit traject is het mijn analyse dat de aanwezigheid van meerdere veranderstrategieën niet bij iedereen bewust tot stand is gekomen. Een groter bewustzijn bij alle ac-

toren van de verschillende mogelijke veranderstrategieën en de effecten daarvan, zou ertoe kunnen leiden dat de strategieën meer actief en bewust worden ingezet, met als uitkomst een meer diepgaande en geborgde verandering.

Een ander aspect dat betrekking heeft op procesontwerp is de planvorming. Toen ik begon bij de zorginstelling, werd mij gevraagd naar een plan waarin ik zou beschrijven in welke stappen dit traject onder te verdelen was, weggezet in de tijd. In die fase ervoer ik, wat Vermaak noemt, een zekere mate van definitieverlamming: het idee dat ik meer informatie nodig had om te kunnen beginnen, maar tegelijk de wetenschap dat we gewoon maar moesten beginnen, om aan de hand daarvan de benodigde informatie te vergaren.

Dat betekende voor mij van start gaan met een conceptdefinitie van zelfstandigheid, om die al onderzoekende in een proces van co-creatie aan te passen en aan te vullen. Dus: beginnen met een paar gesprekken met het management en vervolgens bepalen wie er nog meer betrokken moeten worden. Dit vroeg om een planning in de tijd op hoofdlijnen, die aangepast werd als de actualiteit daar aanleiding toe gaf. Samengevat: een voortdurende afwisseling van denken en doen, en het serieus nemen van voortschrijdend inzicht. Vermaak omschrijft dit als '(...) emergent, incrementeel, continu en iteratief veranderen en het stapelen van kleine successen'.

Procesankering

Het laatste veranderaspect dat Vermaak behandelt is procesankering: hoe zorg je ervoor dat een verandering echt landt en beklijft? Een drietal fixerende werkingsmechanismen die Vermaak noemt in dit kader wil ik bespreken in relatie tot de zor-

ginstelling: uitbestede vernieuwing, centrale ophanging en institutionalisering.

De zorginstelling heeft Maartje de Vries benaderd om dit project te begeleiden. In nauw overleg en voortdurende afstemming, zal zij samen met mensen binnen de zorginstelling werken aan het beantwoorden van twee onderzoeksvragen: (a) hoe definiëren wij zelfstandigheid in relatie tot onze zorgteams?, en (b) hoe staan onze teams ervoor, in relatie tot onze definitie van zelfstandigheid van zorgteams? De definitie 'zelfstandigheid van zorgteams' werd voorgelegd aan het management en de ondernemingsraad, en door deze organen omarmd als algemeen kader.

Dit citaat over de werkwijze bij de zorginstelling kan duiden op elementen van de fixerende mechanismen die Vermaak in het hoofdstuk over procesverankering noemt. Er is iemand van buiten aangetrokken, om de vernieuwing vorm en inhoud te geven (uitbestede vernieuwing). Het traject moet leiden tot een instellingsbrede definitie van zelfstandigheid en er is sprake van formele besluitvorming in organen zoals het strategisch overleg en de ondernemingsraad (centrale ophanging en institutionalisering). Uitbestede vernieuwing kan, volgens Vermaak, echter leiden tot een weinig effectieve interactie tussen de begeleider die het weet en de betrokkenen die zich afvragen of ze een hulpvraag hebben, met aangeleerde hulpeloosheid en gebrek aan eigenaarschap als gevolg. Een degelijke hulprelatie kan echter wel effectief zijn, wanneer gestuurd wordt op zelfsturing, en interventies zowel gericht zijn op de wens om te vernieuwen, als op de vrees om dat te doen. Voor mij als begeleider heeft dit betekend

dat ik geprobeerd heb me niet op te stellen als degene die het weet en komt vertellen hoe het moet. Ik heb in mijn begeleiding vooral willen benadrukken dat de professionals het zelf weten en daarmee willen aansluiten bij het doel dat de organisatie heeft met deze verandering, namelijk meer ruimte geven aan wat de zorgprofessionals zelf weten en kunnen.

Zorgprofessional: 'Eerst regelden we als team allerlei zaken zelf. Toen mocht dat opeens niet meer, want het zou centraal geregeld gaan worden. En deze verandering betekent dus, dat diezelfde zaken weer bij de teams komen te liggen?'

Ik heb gemerkt dat oog hebben voor de historie van groot belang is. Wanneer het de ervaring is van zorgprofessionals dat veranderingen hun in het verleden vooral overkomen zijn, dan wordt een verandering als deze, waarbij gezegd wordt: 'Jullie moeten als team meer zelfstandig werken', begrijpelijkerwijs niet direct vertrouwd en omarmd. Een belangrijke taak voor de begeleider is dan in eerste instantie het aandacht hebben voor aangeleerde gevoelens van hulpeloosheid en gebrek aan eigenaarschap, als voorwaarde om vervolgens te kunnen werken aan zelfstandigheid. Vervolgens moet de verandering geplaatst worden in een langer tijdspad van doorgaande ontwikkeling. Dit draagt bij aan een ervaren consistentie, wat het makkelijker maakt om een verandering wél te omarmen.

De definitie van 'zelfstandigheid van zorgteams' zal als meetinstrument ingezet worden om de zelfstandigheid van de zorgteams in kaart te brengen. Deze meting brengt de stand van zaken van dit moment in beeld. Het is de bedoeling dat deze meting een startpunt is voor een verder gesprek over zelfstandigheid en ontwikkeling van de teams. Het meetinstrument kan vervolgens in de komende jaren steeds opnieuw gebruikt worden, om ontwikkeling en de noodzaak daarvan zichtbaar en bespreekbaar te maken.

Centrale ophanging kan fixerend werken, wanneer de verandering planbaar en kenbaar wordt voorgesteld, en wanneer er van boven gestuurd wordt op meetbare en binnen afzienbare tijd zichtbare resultaten. Mijns inziens komt er echter beweging, wanneer een instellingsbrede visie dient als transparant en richtinggevend kader, waarbinnen de betrokkenen (decentraal) autonomie, ruimte en vrijheid krijgen om zelfstandigheid, in kleine trajecten en leergemeenschappen al zoekend, proberend en lerend concreet vorm en inhoud te geven. Dit sluit ook aan bij wat Vermaak beschrijft als alternatief voor centrale ophanging en institutionalisering, namelijk decentraliseren en continu vernieuwen in leergemeenschappen.

Op dit moment staan we bij de zorginstelling aan de vooravond van de eigenlijke meting. Voor mij als begeleider is de meting, ondanks mijn actieve rol in het vormgeven daarvan, toch een spannend moment. Hoe goed de bedoeling ook is, om de stand van zaken rondom de zelfstandigheid van teams in kaart te brengen: is dit feitelijk wel mogelijk? Geldt hier wel 'meten is weten'? Suggereer je met de uitkomsten van een degelijke meting niet een kenbaarheid die niet bestaat? Want wat zeggen getalsscores, als het gaat om gedrag van mensen?

Voor mij als begeleider zijn deze overwegingen zeer relevant bij het begeleiden van het vervolg, om te zorgen dat de meting niet leidt tot oordelen en afstraffen maar tot goede gesprekken en de dialoog over ontwikkeling.

Terugblik

Ik denk dat deze zorginstelling, net als andere organisaties, bezig is een belangrijke kanteling te maken. Steeds meer groeit het besef dat bepaalde ingesleten handelingsperspectieven niet volstaan om - in deze tijd, waarin geldt dat er meer moet met minder - de benodigde veranderingen succesvol vorm te geven. Het handelingsrepertoire waaraan men gewend is vanuit het verleden (top-down, scheiding tussen denken en doen, planmatig veranderen op basis van formele besluitvorming) en dat volgens Vermaak voornamelijk fixerend werkt, zit verankerd in de cultuur en de afgesproken procedures en werkwijzen.

Toch heb ik ervaren dat andere, speelse aanpakken die meer gericht zijn op cocreatie, eigen regie, bottom-up, dialoog en meervoudige perspectieven steeds nadrukkelijker een plek krijgen. De dynamiek van dit moment is dat het nieuwe en onwennige (maar speelse) schuurt met het oude en bekende (maar fixerende). De dynamiek die binnen deze organisatie speelt, speelt ook in mijzelf. Logisch, want ik heb mij immers als professional ontwikkeld in de organisaties van de afgelopen vijftien jaar.

De vertrouwde neiging is te werken met fixerende mechanismen; het besef groeit dat dit niet blijkt te werken. De verrassende en spannende ontdekking van nu is het toepassen van speelse mechanismen die beter werken. Maar omdat anders veranderen niet van de ene op de andere dag gaat, heb ik - binnen deze organisatie en samen met deze organisatie - geprobeerd het speelse nadrukkelijk in te zetten, zonder het oude meteen te diskwalificeren, vanuit het idee dat elke 'small win' er een is.

Voortaan de 'taaie-vraagstukkenmethode'?

Ik ben in deze bijdrage niet uitputtend geweest wat betreft de inhoud van het boek van Vermaak. Ik heb op een aantal punten de relatie gelegd tussen de fixerende en speelse werkingsmechanismen die Vermaak beschrijft

en de verandersituatie bij de zorginstelling waar ik als projectbegeleider bij betrokken ben. Niet alle werkingsmechanismen die Vermaak beschrijft komen terug; bovendien is de beschrijving van de situatie bij de zorginstelling slechts illustratief bedoeld en niet als volledige situatiebeschrijving. Wat ik geprobeerd heb aan te tonen, is dat Vermaaks kijk helpend kan zijn bij het werken aan een taaie vraagstuk zoals 'meer zelfstandigheid in de zorg', doordat het inzicht geeft in de mechanismen die fixerend werken, en aanknopingspunten biedt voor mechanismen die juist beweging genereren.

Vermaak besluit zijn boek met een nabeschouwing over de bredere toepasbaarheid van de beschreven theorie. Met een oproep van Vermaak uit dit laatste hoofdstuk wil ik afsluiten: 'Benader het volgende taaie vraagstuk nu niet met de taaie-vraagstukkenmethode, want ook die benaderingswijze, waarbij de inzichten uit dit boek gebruikt worden als een nieuwe methode om grijpbaar te maken wat ongrijpbaar is, zou fixeren daar waar juist speelsheid en beweging vernieuwend werkt.'

LITERATUUR

- Caluwé, L. de & Vermaak, H. (2006). *Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige.* (2e dr.) Deventer: Kluwer
- Vermaak, H. (2009). *Plezier beleven aan taaie vraagstukken. Werkingsmechanismen van vernieuwing en weerbaarheid.* Deventer: Kluwer.