

1.3 Achtfasenmodel voor het bevorderen van familiebeleid in GGZ-instellingen

1. Inleiding

Familiebeleid heeft betrekking op de relatie tussen familie van GGZ-cliënten en de GGZ-instelling. Familiebeleid geeft enerzijds kaders voor de wijze en het moment waarop zorgverleners informatie uitwisselen met familieleden van cliënten, hen bij de zorg betrekken en – indien nodig – zelf ondersteunen. Anderzijds regelt het familiebeleid de voorzieningen waarvan familieleden gebruik kunnen maken, wanneer deze kaders niet nageleefd worden. Meer concreet gaat het dan om de familievertrouwenspersoon, de klachtenregeling voor familieleden en de familieraad.

Veel GGZ-instellingen hebben familiebeleid ontwikkeld. Maar uit de enquête ‘Meld je zorg’, die het Landelijk Platform GGz medio 2011 heeft gehouden, komt het volgende beeld naar voren: er is wel een positieve basisinstelling bij GGZ-instellingen om familie van GGZ-cliënten te informeren, betrekken en ondersteunen, maar er is nog geen structurele inbedding voor de omgang met familie. Dit beeld wordt ondersteund door de uitkomsten van een mondelinge enquête onder familieraadsleden tijdens de jaarlijkse training voor familieraadsleden van de SLKF in november 2011. Hun tevredenheid over de dagelijkse praktijk is gemiddeld ruim 2 punten lager dan hun tevredenheid over het formele familiebeleid.

Tevredenheid van familieraden over	9	8	7	6	5	4	3
Familiebeleid op papier	I	LIII	### II	IIII		I	
Familiebeleid in de praktijk			I	IIII	### II	IIII	L

Kortom: het papier is geduldig en de praktijk weerbarstig. Dat is ook niet gek. De implementatie van familiebeleid vraagt namelijk om ingrijpende veranderingen in GGZ-instellingen. Als het beleid (visie en strategie) verandert, heeft dat ook consequenties voor het management. Er moeten plannen gemaakt worden en budgetten gereserveerd voor het aanpassen van werkprocessen, de ontwikkeling van nieuwe kennis en vaardigheden van medewerkers en *last but not least* een verankering van de nieuwe werkwijze in de organisatiecultuur.

Met dit document willen we GGZ-instellingen een handreiking geven om de – in het beleid geformuleerde – gewenste verandering in de relatie tussen zorgverleners en familieleden van GGZ-cliënten met succes te implementeren. De ambulantisering van de ggz, die in het ‘Bestuurlijk akkoord toekomst ggz’ is afgesproken, maakt dat meer dan ooit dringend noodzakelijk. Naastbetrokkenen zijn immers de constante factor in het leven van mensen met een psychische of psychiatrische beperking. Een goede zorg en ondersteuning van ggz-cliënten in hun eigen omgeving is onmogelijk, wanneer die omgeving daar niet actief bij betrokken wordt.

2. Het ‘Achtfasenmodel voor verandering’ van John Kotter

“Om grote veranderingen in organisaties te laten slagen is leiderschap nodig”, aldus John Kotter. Hij is professor in Leiderschap aan de Harvard Business School en heeft veel onderzoek gedaan naar leiderschap bij grote veranderingen in organisaties. Op basis van zijn onderzoek in meer dan honderd grote bedrijven benoemd Kotter acht “veelgemaakte fouten” bij veranderingsprocessen:

1. Te veel zelfgenoegzaamheid toelaten: ‘we zijn er al’, ‘het ging toch altijd al goed’, ...
2. Nalaten een voldoende krachtige leidende coalitie te vormen
3. De kracht van visie onderschatten
4. De visie 10, 100 of 1000 keer te weinig communiceren
5. Toelaten dat obstakels de nieuwe visie in de weg staan
6. Nalaten korte-termijn-successen te creëren
7. Te vroeg juichen
8. Verzuimen om veranderingen te verankeren in de cultuur van de organisatie

Op basis van deze acht valkuilen heeft Kotter een ‘Achtfasenproces voor verandering’ ontwikkeld. De acht fasen zijn:

1. Urgentiebesef vestigen
2. De leidende coalitie vormen
3. Een visie en strategie ontwikkelen
4. De veranderingsvisie communiceren
5. Door ‘empowerment’ een breed draagvlak voor actie creëren
6. Korte termijn successen genereren
7. Verbeteringen consolideren en meer verandering tot stand brengen
8. Nieuwe benaderingen in de organisatiecultuur verankeren

Dit ‘Achtfasenproces’ kan ook bij de implementatie van familiebeleid gebruikt worden en loopt als een rode draad door het vervolg van dit document.

3. Hoe doet onze GGZ-instelling het?

Per fase uit het ‘Achtfasenproces voor verandering’ van John Kotter vind je hieronder één stelling. Geef per stelling aan of je het met deze stelling eens of oneens bent of dat je geen mening hebt.

Fase	Stelling	Mee eens	Mee oneens	Geen mening
1	In onze GGZ-instelling zijn voldoende mensen die de dringende noodzaak voelen om het familiebeleid in de praktijk te brengen			
2	In onze GGZ-instelling is een voldoende krachtige leidende coalitie voor de implementatie en borging van het familiebeleid			
3	Onze GGZ-instelling heeft een effectieve visie op de relatie tussen cliënten, familie en hulpverleners			

4	In onze GGZ-instelling wordt de visie op de relatie tussen cliënten, familie en hulpverleners effectief gecommuniceerd			
5	Medewerkers die de visie begrijpen en in de praktijk willen brengen ondervinden daarbij geen hinder van belemmerende factoren			
6	In onze GGZ-instelling zijn bewust korte termijn successen gecreëerd om het familiebeleid in de praktijk te brengen			
7	In onze GGZ-instelling wordt planmatig gewerkt aan het borgen van veranderingen en blijven verbeteren van de relatie tussen cliënten, familie en hulpverleners			
8	De visie van onze GGZ-instelling op de relatie tussen cliënten, familie en hulpverleners is stevig in de cultuur van de organisatie verankerd			

Met het invullen van het bovenstaande schema heb je een quick scan gemaakt van de manier waarop er binnen jouw GGZ-instelling aan de implementatie en borging van het familiebeleid gewerkt wordt. Waarschijnlijk heb je op een paar vragen 'mee eens' geantwoord, maar ook op een aantal vragen 'niet mee eens' of 'geen mening'. De sleutel tot een succesvolle implementatie van het familiebeleid zou wel eens in één of meer van die fasen kunnen liggen.

In de rest van dit document wordt iedere fase kort toegelicht. Daarmee geven we een samenvatting van het boek 'Leiderschap bij verandering' van John Kotter. Ter illustratie geven we voorbeelden uit GGZ-instellingen.

4. Het begint met een gevoel van urgentie (fase 1)

1. **Zelfgenoegzaamheid**
tevredenheid met zichzelf en met de status quo
2. **Valse urgentie**
deze ontstaat vaak in een acute crisissituatie, en kenmerkt zich door ontevredenheid met de huidige situatie, angst en boosheid. Valse urgentie is negatief, reactief en destructief
3. **Echte urgentie**
een dringende noodzaak voelen om te veranderen, kansen en risico's zien. Echte urgentie is positief, pro-actief en creatief

Om verandering te kunnen realiseren, zal er een besef van urgentie moeten zijn. Kotter bedoelt daarmee: de dringende noodzaak voelen om te veranderen.

Een indicator voor het wel of niet aanwezig zijn van een gevoel van urgentie is de uitslag van de quick scan in paragraaf 3. Ben je het met veel stellingen niet eens? Dan kunnen er drie dingen aan de hand zijn:

- Er zijn - zowel binnen de Raad van Bestuur als binnen de instelling – voldoende mensen die de dringende noodzaak voelen om het familiebeleid te implementeren, maar de expertise ontbreekt om dat met succes te doen.
- Er zijn – binnen de Raad van Bestuur – voldoende mensen die de dringende noodzaak voelen om het familiebeleid te implementeren, maar zij zijn niet in staat om het gevoel van urgentie bij de rest van de organisatie te vestigen.
- In de Raad van Bestuur zelf zijn onvoldoende mensen die de dringende noodzaak voelen om het familiebeleid te implementeren.

4.1 Bronnen van zelfgenoegzaamheid

Als er geen gevoel van urgentie is, zul je je af moeten vragen waarom mensen tevreden zijn met de gevestigde orde. Anders gezegd: wat zijn de bronnen van zelfgenoegzaamheid? Dit kunnen bijvoorbeeld zijn (geïnspireerd vanuit het bedrijfsleven):

Afwezigheid van een grote en zichtbare crisis

Het niet goed informeren, betrekken en ondersteunen van familieleden heeft voornamelijk niet tot een grote en zichtbare crisis in de GGZ geleid. De recente bezuinigingen zorgen wel voor een zichtbare crisis in de GGZ. Volgens een regiodirecteur van een pilot-instelling in het kader van het FIT-project zijn de afgelopen jaren alleen veranderingen geslaagd, die werden ingegeven door externe financiële druk. Zorginhoudelijke vernieuwingen zijn volgens hem niet gelukt.

Te veel zichtbare middelen (overvloed/overdaad)

Binnen de GGZ lijkt geen sprake te zijn van te veel financiële middelen (zie het punt hierboven). Er is echter wel een overvloed/overdaad aan (potentiële) cliënten, die weinig alternatieven hebben. GGZ-instellingen hoeven dus niet bang te zijn dat hun cliënten – wegens de slechte kwaliteit van zorg - naar een concurrent gaan. Het slechte imago van de GGZ zorgt er mogelijk wel voor dat mensen met psychische problemen die eigenlijk zorg nodig hebben, die zorg mijden. Maar ook dat is voor GGZ-instellingen geen probleem: voornamelijk zijn er cliënten genoeg.

Lage prestatienormen

Voor wat betreft het familiebeleid is er geen norm waaraan GGZ-instellingen moeten voldoen. De modelregeling *Betrokken omgeving* uit 2003 is in 2011 door het LPGGz doorontwikkeld tot *Criteria voor familiebeleid uit cliënten- en familieperspectief*. GGZ-instellingen zijn echter niet verplicht om aan deze criteria te voldoen. In overleg met Zorgverzekeraars Nederland zijn deze criteria wel vertaald in criteria voor de zorginkoop. Voornamelijk is hier echter nog geen financiële prikkel – in de vorm van een bonus- of malus-percentage – aan gekoppeld.

Organisatiestructuur waardoor medewerkers zich richten op enge functionele doelstellingen

Het aanstellen van een ‘coördinator familiebeleid’ of een ‘aandachtsfunctionaris familie’ heeft als risico dat de implementatie en borging van het familiebeleid gezien wordt als een taak van deze ene persoon, waar de anderen dus niets mee hoeven te doen.

Interne systemen voor prestatiemeting die uitgaan van de verkeerde maatstaven

Binnen de GGZ lijkt het not-done om eisen te stellen aan en/of zorgverleners aan te spreken op *hoe* zij hun werkzaamheden uitvoeren, omdat daarmee de professionele autonomie van de zorgverleners aangetast zou worden. Managers lijken uitsluitend te (kunnen) sturen op kwantiteit en niet op kwaliteit. Bijvoorbeeld: er wordt wel gemeten hoeveel behandel- en crisisplannen er zijn opgesteld, maar niet of daar ook familieleden bij betrokken zijn, laat staan of zij tevreden zijn over het behandelplan en over hoe zij bij de totstandkoming van het behandelplan betrokken zijn.

Het ontbreken van feedback uit externe bron

Het is binnen GGZ-instellingen nog niet gebruikelijk om naastbetrokkenen van GGZ-cliënten regelmatig en systematisch om feedback te vragen. Er zijn wel goede voorbeelden van hoe dat kan. Bijvoorbeeld door middel van familieavonden, spiegelgesprekken of een familietevredenheidsonderzoek.

Een cultuur waarin de boodschapper van slecht nieuws wordt afgemaakt

Mensen die een tegengeluid laten horen, verdwijnen uit beeld. Binnen twee pilot-instellingen in het kader van het FIT-project zagen we hulpverleners die wel familie willen betrekken in een cultuur waarin dat niet gebruikelijk is vertrekken. Ze kiezen eieren voor hun geld of worden er (soms letterlijk) uitgewerkt.

Het menselijk vermogen om te ontkennen, vooral als mensen het al druk hebben of onder spanning staan**Te veel mooipraterij door het top-management**

Veel gehoorde uitspraken: “We hebben toch goed beleid?”, “We hebben toch al een familiaaraad en een familievertrouwenspersoon?”, “We doen toch ons best?”.

4.2 Een basisstrategie en vier tactieken om urgentie te verhogen**Mik op het hoofd en het hart**

In zijn boek *Een gevoel van urgentie* gaat Kotter uitvoerig in op de vraag hoe je mensen in beweging krijgt om succes te veranderen.

“Wil je gedrag beïnvloeden, dan doen gevoelens er meer toe dan gedachten”, aldus Kotter. “Meer nog dan de gedachten van de geest zijn het de gevoelens van het hart die het onveranderlijke gedrag van zelfgenoegzaamheid veroorzaken, de improductieve drukdoenerij van valse urgentie of de krachtige zinvolle acties van echte urgentie”. Het is dus onmogelijk om een urgentiebesef te krijgen zonder het hart erbij te betrekken.

De basisstrategie om urgentie te verhogen is dan ook: mik op het hart èn het hoofd (in die volgorde)!

Volg je hart. Gebruik je hoofd.

Triodosbank

Aansluitend bij deze basisstrategie formuleert Kotter vier tactieken om urgentie te verhogen.

Haal de buitenwereld binnen

Confronteer medewerkers met hoe de buitenwereld de kwaliteit van zorg ervaart en laat hen meedenken over mogelijke verbeteringen in de zorgverlening. Dat kan op vele manieren.

Bijvoorbeeld door:

- Familieleden uit te nodigen bij de bespreking van behandel- en crisisplannen
- Zorgverleners onderzoek te laten doen naar de ervaringen en wensen van cliënten en familieleden
- In teamverband aan de hand van foto's met cliënten, familieleden en zorgverleners in gesprek te gaan over hun ervaringen en wensen
- Spiegelbijeenkomsten met cliënten en familieleden te houden
- Cliënt- en familieraadsleden of -ervaringsdeskundigen uit te nodigen voor teamvergaderingen
- Zorgverleners uit te nodigen voor familieavonden
- Cliënten en familieleden te stimuleren om klachten in te dienen
- Klachten van cliënten en familie te bespreken met het management en de teams van zorgverleners waar de klacht betrekking heeft
- Zorgverleners, cliënten en familieleden uit andere instellingen (of afdelingen van dezelfde instelling) waar het goed gaat te laten vertellen hoe zij het aanpakken en ervaren
- Zorgverleners uit andere instellingen (of afdelingen van dezelfde instelling) om hulp vragen
- Cliënt- en familie-ervaringsdeskundigen te laten participeren in beleidscommissies, werkgroepen en programmaraden
- Vooraanstaande onderzoekers, publicisten of artiesten hun visie te laten geven tijdens speciale bijeenkomsten

Handel elke dag vanuit urgentie

Benut elke kans die zich voordoet om het hart te raken en het hoofd aan te spreken, zodat mensen voelen en begrijpen dat het belangrijk is om familieleden van GGZ-cliënten te informeren, betrekken en ondersteunen.

Praat over de goede en slechte voorbeelden die je tegenkomt. Deel nieuwe informatie die belangrijk is.

In paragraaf 7 staan enkele tips over hoe je effectief kunt communiceren.

Zie crisis als een kans

Wie kent niet het beeld van Jolanda, een verstandelijk gehandicapt meisje, bloot en vastgeketend aan een muur van een – op een matras na – lege cel. Dit beeld zorgde voor een crisis in de verstandelijke gehandicapten zorg.

Als zich zo'n crisis voordoet, benut deze dan als kans om het gevoel van urgentie te vergroten.

Een crisis kun je ook forceren, maar dat brengt grote risico's met zich mee. Wees hier dus erg voorzichtig mee.

Reken af met *NeeNee's*

In elke organisatie zul je *NeeNee's* aantreffen. *NeeNee's* zijn, in het jargon van Kotter, mensen die niet willen, omdat ze niet willen. Hun standaard antwoord is "Nee!".

Er zijn ook *Nee's*. Dat zijn mensen die één of meer goede redenen hebben om "Nee" te zeggen. Van *Nee's* kun je veel leren over de risico's, mitsen en maren van dat wat je wilt of van hoe je het wilt bereiken. *Nee's* kunnen ook *Ja's* worden, mits je reële bezwaren wegneemt.

Een *NeeNee* zal echter nooit een *Ja* worden, maar het veranderingsproces op elke denkbare manier proberen te frustreren. Vandaar het advies om hiermee af te rekenen.

Afrekenen met *NeeNee's* kan door ze over te plaatsen, een belangrijke missie te geven waar ze zo druk mee zijn, dat ze geen tijd meer hebben om zich met het veranderingsproces te bemoeien of door hen te ontslaan. Dit is uiteraard geen taak voor de familieraad. Als familieraad kun je wel een *NeeNee* signaleren: maak deze dan zichtbaar en leg dit probleem voor aan de Raad van Bestuur.

4.3 De rol van de familieraad

De familieraad kan een positieve bijdrage leveren aan de ontwikkeling, implementatie en borging van het familiebeleid in een GGZ-instelling door:

- ervaringskennis in te brengen en
- feedback te geven over de praktijk.

Door positieve en negatieve ervaringen van familieleden van GGZ-cliënten te laten zien en horen, kunnen familierraden laten zien hoe het in de praktijk wel of niet werkt en kan werken.

Het inbrengen van ervaringskennis en het geven van feedback kan de familieraad op verschillende plaatsen, momenten en manieren doen. In het reguliere overleg met de Raad van Bestuur is er natuurlijk gelegenheid om het perspectief van familie in te brengen, maar de familieraad kan ook aansluiting zoeken bij andere overleggen of activiteiten binnen de instelling of zelf het initiatief nemen door bijeenkomsten te organiseren of in gesprek te gaan met individuele managers of zorgverleners.

Het is echter niet de taak van de familieraad om binnen de gehele GGZ-instelling het gevoel van urgentie te vergroten. Dat is primair de taak van de Raad van Bestuur. Wat in elk geval voorkomen moet worden is dat de familieraad en/of familieraadsondersteuner in zijn/haar eentje de taak op zich neemt om een gevoel van urgentie te vestigen.

De familieraad kan natuurlijk wel signaleren dat er – blijkbaar – onvoldoende urgentiegevoel in de instelling is en dat in het overleg met de Raad van Bestuur bespreken.

5. De leidende coalitie vormen (fase 2)

5.1 Valkuilen en oplossingen

Met “de leidende coalitie” bedoelen we een groep mensen die leiding geeft aan het veranderingsproces. Die coalitie kan informeel blijven of formeel de vorm krijgen van een commissie, werkgroep, projectteam, taskforce of iets dergelijks.

Ten aanzien van deze fase signaleert Kotter de volgende vijf valkuilen.

Het alleen proberen

Bijvoorbeeld alleen als familieraad, met maar 1 lid van de Raad van Bestuur, portefeuillehouder in het directeurenoverleg of met alleen een coördinator familiebeleid.

Met lege handen doorgaan

Door het instellen van een commissie of werkgroep lijkt er een leidende coalitie te zijn. Echter, schijn bedriegt soms. Als de leden van de commissie geen leidende positie - met de daarbij behorende bevoegdheden - in de organisatie hebben om iets te veranderen, zal er niets gebeuren.

Grote ego's, stokers en mensen die niet willen

Betrek er geen mensen bij die echt niet willen (de zogenaamde 'NeeNee's'), die zorgen gegarandeerd voor ellende. Mensen die constructief kritisch zijn (de Nee's) kunnen wel een waardevolle bijdrage leveren. Mits het geen grote ego's zijn, die geen ruimte laten voor de andere leden van de leidende coalitie.

Gebrek aan vertrouwen

Om goed samen te kunnen werken moeten mensen elkaar niet alleen kennen, maar ook (kunnen) vertrouwen.

Het ontbreken van een gemeenschappelijk doel

Spreekt voor zich.

Kotter geeft de volgende tips voor het vormen van een leidende coalitie.

- **Vorm een team met de juiste mensen**

De juiste mensen zijn mensen met

- Veel macht op grond van hun positie
- Brede deskundigheid
- Grote geloofwaardigheid
- Leiderschaps- en managementvaardigheden

- **Kweek vertrouwen**

- Door zorgvuldig geplande evenementen buiten de organisatie
 - Om als leidende coalitie tot eenduidigheid te komen, zonder stoorzenders in de buurt
 - Samenwerken kan alleen door mensen fysiek samen te brengen
- Door heel veel gesprekken en gezamenlijke activiteiten

- **Ontwikkel een gezamenlijk doel**

Dat het hart raakt en het hoofd aanspreekt!

5.2 Enkele praktijkvoorbeelden

Bij instelling A was de directeur van één van de organisatie-onderdelen portefeuillehouder familiebeleid. Hij was geen lid van de Raad van Bestuur en stond er – in het overleg met zijn collega directeurs – alleen voor. Met zijn vertrek uit de organisatie lijkt er niemand meer verantwoordelijk te zijn voor het familiebeleid.

Instelling B heeft een commissie bestaande uit een ervaringsdeskundige, een familieraadslid, iemand van preventie en de familievertrouwenspersoon. Dit is een typisch voorbeeld van een commissie lege handen. De leden van de commissie hebben immers geen enkele macht op grond van hun positie, zijn weinig geloofwaardig en hebben weinig of geen leiderschaps- en managementvaardigheden.

Instelling C heeft een werkgroep die bestaat uit een psychiater, een stafmedewerker van één van de drie divisies, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de ondersteuner van de familieraad. Net als bij instelling B hebben de leden van deze werkgroep een brede deskundigheid, maar weinig formele macht op grond van hun positie en weinig leiderschaps- en managementvaardigheden. Ze staan daardoor met lege handen.

Instelling D kent een projectgroep familieparticipatie. De leden van deze projectgroep zijn al doende tot het inzicht gekomen dat het nodig is om mensen met een machtspositie in de leidende coalitie te hebben. Een verpleegkundige is daarom vervangen door iemand van een hoger managementniveau.

Binnen instelling E is er een begeleidingscommissie met één van de vijf directeuren, de beleidsadviseur van de Raad van Bestuur, de voorzitter van de familieraad, het hoofd van het kenniscentrum en een medewerker van de afdeling preventie. De deskundigheid van deze begeleidingscommissie is breed, de leden zijn geloofwaardig en hebben leiderschaps- en managementvaardigheden. Op het eerste gezicht lijkt ook deze commissie weinig macht op grond van positie te hebben. Er zit immers maar één persoon in (de directeur) met een formele machtspositie. De beleidsadviseur van de Raad van Bestuur is echter iemand met een sterke informele machtspositie binnen de organisatie. Bovendien werkt de begeleidingscommissie in opdracht van de Raad van Bestuur én de vijf directeuren. Het volledige topmanagement is dus – als opdrachtgever – bij deze leidende coalitie betrokken. Daar zit ook meteen het risico van deze constructie: de begeleidingscommissie heeft niet één maar zes opdrachtgevers. Dit betekent dat er twee teams zijn (de begeleidingscommissie en het directeurenoverleg), waarin gewerkt moet worden aan de ontwikkeling van vertrouwen en een gezamenlijk doel.

5.3 De rol van de familieraad

Het is niet aan de familieraad om een leidende coalitie te vormen. Dat is primair een taak van de Raad van Bestuur. De familieraad kan echter wel signaleren dat er nog geen voldoende krachtige leidende coalitie is en in het overleg met de Raad van Bestuur het initiatief nemen om alsnog tot een leidende coalitie te komen.

Binnen GGZ-instellingen zijn het met name de behandelaars (psychiaters en psychologen), die op team- en afdelingsniveau zorginhoudelijk de toon zetten. Bij het vormen van een leidende coalitie is het dus belangrijk om naast lijnmanagers ook behandelaars op te nemen in de leidende coalitie.

Daarnaast kan de familieraad er voor waken dat de leden van de leidende coalitie voldoende medewerkers, cliënten en familieleden betrekken bij het doorlopen van de volgende fasen. Om te beginnen het formuleren van de visie en strategie van de organisatie.

6. Een visie en een strategie ontwikkelen (fase 3)

Een visie is een toekomstbeeld en geeft aan waar je heen wilt. Een strategie vertelt iets over hoe je daar denkt te komen.

- Een visie verduidelijkt de algemene richting voor verandering
Een visie is dus geen gedetailleerde uitwerking
- Een visie motiveert mensen tot het ondernemen van actie in de juiste richting
Een visie raakt het hart, en is met het hoofd te begrijpen
- Een visie coördineert acties van verschillende mensen op snelle en efficiënte wijze
Als helder is welke kant je op wilt bewegen, is alles wat bijdraagt aan die richting OK

6.1 Kenmerken van een effectieve visie

Een effectieve visie voldoet aan een aantal kenmerken:

Vorstelbaar

Een effectieve visie draagt een beeld over van hoe de toekomst eruit zal zien

Aantrekkelijk

Een effectieve visie spreekt langetermijnbelangen van alle betrokkenen (familie, cliënten én hulpverleners) aan en doet dus ook recht aan ieders belangen op langere termijn. Voor de korte termijn kunnen er wel investeringen/offers gevraagd worden, maar deze leiden tot winst op de langere termijn.

Haalbaar

Een effectieve visie omvat realistische, bereikbare doelen

Gericht

Een effectieve visie kan als richtsnoer dienen bij besluitvorming

Flexibel

Een effectieve visie laat individueel initiatief en alternatieve reacties toe. Verschillende divisies – ouderen, kind en jeugd, verslavingszorg, ambulante, langdurig klinisch – hebben ruimte nodig om anders te handelen.

Communiceerbaar

Een effectieve visie kan binnen vijf minuten uitgelegd en begrepen worden.

6.2 Voorbeelden

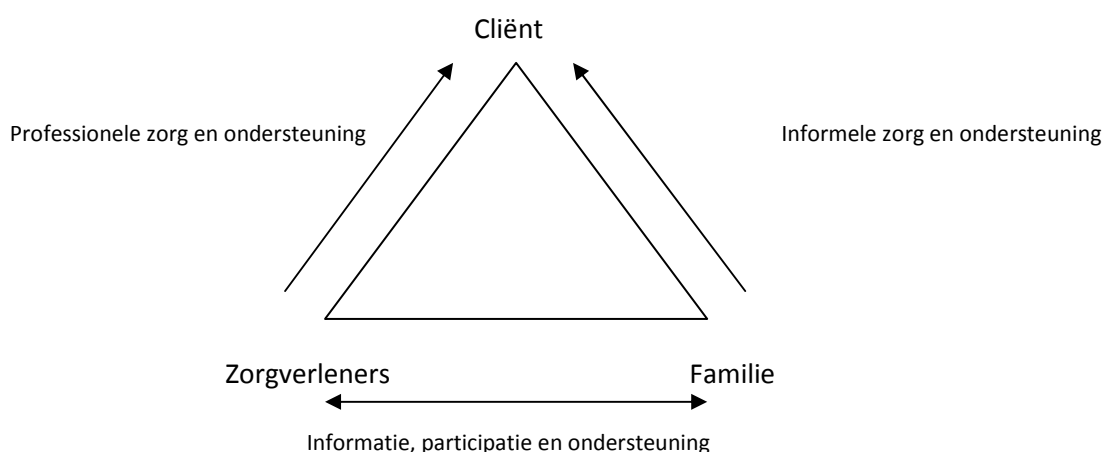
In de visie van de SLKF zijn zorgverleners en familieleden partners in zorg. Formele zorg (door de GGZ-instelling) en informele zorg (door naastbetrokkenen) vullen elkaar aan.

Voor alle partijen is het belangrijk dat de formele en de informele zorg goed op elkaar worden afgestemd, immers:

- naastbetrokkenen zijn de constante factor in het leven van de cliënt;
- naastbetrokkenen hebben ervaringskennis en informatie die van belang kan zijn voor een goede diagnose en effectieve behandeling van de cliënt(hetero-anamnese);

- betrokkenheid van familie vergroot de kans op het herstel en verkleint de kans op terugval van de cliënt;
- door familie te betrekken kunnen dwang- en drangsituaties voorkomen worden;
- naastbetrokkenen kunnen de cliënt emotionele en praktische steun geven, waar de professionele zorgverleners geen tijd voor hebben;
- door naastbetrokken goed te informeren en waar nodig te ondersteunen kunnen psychische problemen bij kinderen, partners en ouders van GGZ-cliënten voorkomen worden;
- door de ambulantisering van de zorg wordt de informele zorg door naastbetrokkenen steeds belangrijker voor de gezondheid en het welzijn van GGZ-cliënten.

Om de formele en de informele zorg goed op elkaar af te kunnen stemmen is het noodzakelijk dat zorgverleners zich niet enkel op de cliënt richten, maar ook informatie met familieleden uitwisselen, hen bij de zorg te betrekken en – indien nodig - ondersteunen.



Bovenstaande visie is meer gedetailleerd uitgewerkt in de modelregeling *Betrokken omgeving* (2003) en de Criteria voor familiebeleid vanuit cliënten- en familieperspectief van het LPGGz (2011).

In behandelteams en -afdelingen zijn het vooral de behandelaars (psychiaters en psychologen) die zorginhoudelijk de toon zetten. *Best practices* op het gebied van familiebeleid zien we vrijwel uitsluitend op plaatsen waar een behandelaar door zijn of haar persoonlijke ervaring als naastbetrokkene doordrongen is van het belang van een goede omgang met familieleden van GGZ-cliënten. Behandelaren zonder die persoonlijke ervaring lijken zeer terughoudend te zijn en de medewerkers in hun afdeling of team in elk geval niet te inspireren of motiveren om familie van GGZ-cliënten goed te informeren, bij de behandeling te betrekken en te ondersteunen. Dit roept de vraag op of bovenstaande visie – die vanuit familie- en cliëntenperspectief ontwikkeld is - voor de meeste zorgverleners eigenlijk wel aantrekkelijk is. En zo niet, waarom dan niet. Op deze vraag kunnen we nog geen eensluidend antwoord geven. De volgende factoren spelen mogelijk een rol.

- Onbekend maakt onbemind.
- Behandelaren dragen de eindverantwoordelijkheid voor (te) veel cliënten. Als daar ook nog contact met familie bij komt, is het voor hen niet meer te behappen.

- Behandelaren zijn tijdens hun opleiding gevormd in een medisch wetenschappelijk verklarings- en oplossingsmodel. Ze richten zich niet op een persoon die ziek is, maar op de ziekte, met daaraan gekoppeld een diagnose en een behandeling. Familie richt zeer veel meer op de persoon in zijn omgeving, met een geschiedenis en een toekomst.
- Behandelaren hebben in hun opleiding geleerd dat zij moeten oppassen dat ze de privacy van cliënten niet schenden en dat zij familie daarom maar het beste op afstand kunnen houden, tenzij een cliënt expliciet vraagt om de familie wel te informeren en bij de behandeling te betrekken.
- Behandelaren hebben in hun opleiding niet geleerd hoe ze familie bij de behandeling kunnen betrekken.
- Behandelaren denken in termen van of/of in plaats van en/en. Met andere woorden: zij hebben het gevoel dat ze moeten kiezen tussen cliënt of familie en zien niet dat zij - door tijd te investeren in het goed informeren, betrekken en ondersteunen van familieleden – de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de cliënt kunnen vergroten.
- Behandelaren ontlenen autoriteit en gezag aan hun beroep en positie en hechten sterk aan hun professionele autonomie. Die hebben zij te verliezen.
- Het woord 'familie' zou voor zorgverleners een negatieve trigger kunnen zijn.
- Bovenstaande visie geeft te weinig speelruimte om in situaties die wezenlijk van elkaar verschillen anders te handelen.
- Familieleden willen wel bij de zorg betrokken worden, ze willen wel invloed, maar geen verantwoordelijkheid. Terwijl gedeelde zorg ook gedeelde verantwoordelijkheid zou moeten betekenen. In onze cultuur kennen we echter nauwelijks tot geen collectieve verantwoordelijkheid.

6.3 De rol van de familieraad

Het is niet de taak van de familieraad om de visie en strategie van de GGZ-instelling t.a.v. het familiebeleid te formuleren. Dat is primair een taak van de Raad van Bestuur, die zij desgewenst aan de leden van de leidende coalitie kan delegeren.

De familieraad kan natuurlijk wel een positieve bijdrage aan de ontwikkeling van die visie en strategie leveren, door zelf een visie te ontwikkelen en hierover in gesprek te gaan met de Raad van Bestuur.

Met behulp van bovenstaande checklist kan de familieraad ook signaleren dat er wel of geen effectieve visie en/of strategie is en in het overleg met de Raad van Bestuur het initiatief nemen om tot een effectievere visie en strategie te komen.

Een concrete aanbeveling die de familieraad in het overleg met de Raad van Bestuur zou kunnen doen is om met diverse groepen zorgverleners (psychiaters, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, persoonlijk begeleiders, maatschappelijk werkers en familie-ervaringsdeskundigen) in gesprek te gaan om te achterhalen wat het informeren, bij de behandeling betrekken en ondersteunen van familie van GGZ-cliënten voor hen aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk maakt. Dat lijkt essentieel om tot een effectieve visie te komen.

7. De veranderingsvisie communiceren (fase 4)

Het hebben van een visie is niet genoeg. Die visie moet ook gecommuniceerd worden. Een veel gemaakte fout is dat de visie “10, 100 of 1000 keer te weinig gecommuniceerd wordt”, aldus Kotter.

Communicatie faalt nogal eens. En dat is niet zo gek:

- De totale hoeveelheid informatie die in drie maanden naar een werknemer gaat, omvat 2.300.000 woorden of getallen
- Hiervan gaan gemiddeld slechts 13.400 woorden of getallen over de veranderingsvisie
- Dat is dus slechts $13.400 : 2.300.000 = 0,58\%$ van de communicatie!

En dan zeggen deze getallen nog niets over de opnamecapaciteit van een werknemer. Herhalen, herhalen, herhalen is dan ook het credo. Grijp elke gelegenheid aan om de visie steeds opnieuw te vertellen. En zorg ervoor dat de communicatie effectief is.

7.1 Checklist effectieve communicatie

Houd het eenvoudig

Gebruik eenvoudige taal.

Gebruik metaforen, analogieën en voorbeelden

Bij metaforen gaat het om beeldtaal.

Bij analogieën gaat het om andere, maar soortgelijke situaties, waarin er sprake is van de driehoek cliënt – zorgverlener – familie. Bijvoorbeeld bij een acute opname in een ziekenhuis, wanneer iemand een hartaanval of een beroerte heeft gehad of wanneer er een ernstige somatische ziekte is geconstateerd, zoals kanker of een spierziekte.

Bij voorbeelden gaat het om concrete praktijkvoorbeelden van situaties waarin het fout of goed is gegaan.

Gebruik veel verschillende kanalen/media

Bijeenkomsten, publicaties, website, individuele contacten, etc.

Herhalen, herhalen, en nog eens herhalen

Grijp elke gelegenheid aan om de visie te vertellen.

‘Walk the talk’, ofwel: geef zelf het goede voorbeeld

Gedraag je ook zelf naar de visie. Dit geldt met name voor de leden van de leidende coalitie: zeg het niet alleen, maar doe het ook zelf als vanzelfsprekend. Wanneer de leden van de leidende coalitie A zeggen, maar B doen, zullen medewerkers niet A horen, maar B zien en navolgen. De impact van non-verbale communicatie (het gedrag) is namelijk veel sterker dan de impact van verbale communicatie (wat je zegt).

Geef expliciet aandacht aan kennelijke tegenstrijdigheden

Denk hierbij aan de steeds terugkerende discussie over privacy

Luister om gehoord te worden

Luister goed waar de vragen zitten in een team en stem daar je verhaal op af. Zo win je vertrouwen en bouw je een relatie op. Wees een betrouwbare partner.

7.2 Enkele voorbeelden

Metaforen, analogieën en voorbeelden

Metaforen voor de samenwerking in de triade zijn bijvoorbeeld: ‘Familie als bondgenoot’ en ‘Partners in zorg’.

Familieraadsleden hebben goede ervaringen met het gebruik van de analogie tussen een opname of behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis en een opname of behandeling in een gewoon ziekenhuis. Je kunt hulpverleners bijvoorbeeld vragen wat hun ervaringen zijn of hoe zij behandeld willen worden wanneer zij – acuut - met een ernstig ziek familielid naar een gewoon ziekenhuis gaan. In paragraaf 6.2 staan zeven redenen, waarom het belangrijk is dat de formele zorg (door zorgverleners) en de informele zorg (door familieleden) goed op elkaar worden afgestemd. Voor een effectieve communicatie is het handig om per reden twee voorbeelden paraat te hebben, één voorbeeld van een situatie waarin het goed ging, één voorbeeld van een situatie waarin het niet goed ging.

Gebruik verschillende kanalen

Denk hierbij niet alleen aan verschillende media, maar ook aan de verschillende posities in de triade en de GGZ-instelling. Wanneer de visie alleen gecommuniceerd wordt door familie-ervaringsdeskundigen, kan bij medewerkers het beeld ontstaan dat het familiebeleid ‘iets van de familie’ is. Om er voor te zorgen dat zorgverleners voelen dat het ook iets van hen is, is het belangrijk dat hetzelfde verhaal ook door collega-zorgverleners, cliëntervaringsdeskundigen en managers verteld wordt.

Kennelijke tegenstrijdigheden

Het uitgangspunt om familieleden van GGZ-cliënten te informeren, betrekken en ondersteunen lijkt op gespannen voet staan met de privacy en autonomie van GGZ-cliënten. Hier zit in de beleving van veel zorgverleners een tegenstrijdigheid, waar expliciet over gecommuniceerd moet worden. Het uitgangspunt dat veel zorgverleners t.a.v. het informeren, betrekken en ondersteunen van familieleden hanteren is “Nee, tenzij cliënten er expliciet om vragen”. In de visie van de SLKF zou het uitgangspunt moeten zijn: “Ja, mits de cliënt geen gerede bezwaren heeft en er familieleden zijn die de informele zorg kunnen en willen leveren”. Conform de modelregeling *Betrokken omgeving* behouden familieleden ook in dat geval wel het recht om niet-persoonsgebonden informatie te krijgen én ontslaat dat zorgverleners niet van de plicht om het herstel van de cliënt en naastbetrokkenen te bevorderen.

Er zijn ook enkele GGZ-instellingen die nog een stap verder gaan en als uitgangspunt hanteren: “Geen behandeling zonder familie”.

Luister om gehoord te worden

In paragraaf 6.2 constateerden dat de aantrekkelijkheid van de visie op de omgang met familie van GGZ-cliënten, met name voor de groep behandelaren, een punt van aandacht is. Zorginhoudelijk zetten zij immers de toon in behandelteams en -afdelingen. Om familiebeleid in de dagelijkse praktijk te implementeren zullen zij ervan overtuigd moeten raken dat het informeren, betrekken en ondersteunen van familieleden op de lange termijn voordeel oplevert, zowel voor de cliënt als voor henzelf. Om hen daarvan te overtuigen is er niet alleen overtuigend wetenschappelijk bewijs nodig, maar ook een dialoog om helder te krijgen wat hun eventuele bezwaren zijn en hoe deze opgelost kunnen worden.

7.3 De rol van de familieraad

Het is niet de taak van de familieraad om de visie t.a.v. de omgang met familieleden van GGZ-cliënten te communiceren. Dat is primair een taak van de Raad van Bestuur, die zij desgewenst aan de leden van de leidende coalitie kan delegeren.

Met behulp van bovenstaande checklist kan de familieraad wel signaleren dat de visie van de GGZ-instelling niet of weinig effectief gecommuniceerd wordt en in het overleg met de Raad van Bestuur het initiatief nemen om tot een effectievere communicatie van de visie te komen.

De leden van de familieraad kunnen – als familie-ervaringsdeskundige – natuurlijk ook een bijdrage leveren aan het communiceren van de visie. Waar echter voor gewaakt moet worden, is dat dit aan de leden van de familieraad wordt overgelaten.

Om een goed beeld te krijgen van wat er nodig is om de volgende fase in het veranderingsproces te laten slagen, is het belangrijk om als familieraad goed te luisteren naar de overtuigingen van zorgverleners over de omgang met familie en door te vragen naar de positieve en negatieve ervaringen waarop deze overtuigingen gebaseerd zijn. Probeer er achter te komen waarom zij familieleden wel of juist niet informeren, betrekken en ondersteunen, wat in hun eigen beleving voor- en nadelen zijn en – voor zorgverleners die wel willen – bevorderende en belemmerende factoren zijn om het ook daadwerkelijk te doen.

“Walk the talk” ofwel “Practice what you preach” geldt natuurlijk ook voor de leden van de familieraad. Geef wat je wilt ontvangen: zie de leden van de Raad van Bestuur, managers en zorgverlener staan, toon aandacht, respect en interesse – zo zou je ook zelf behandeld willen worden.

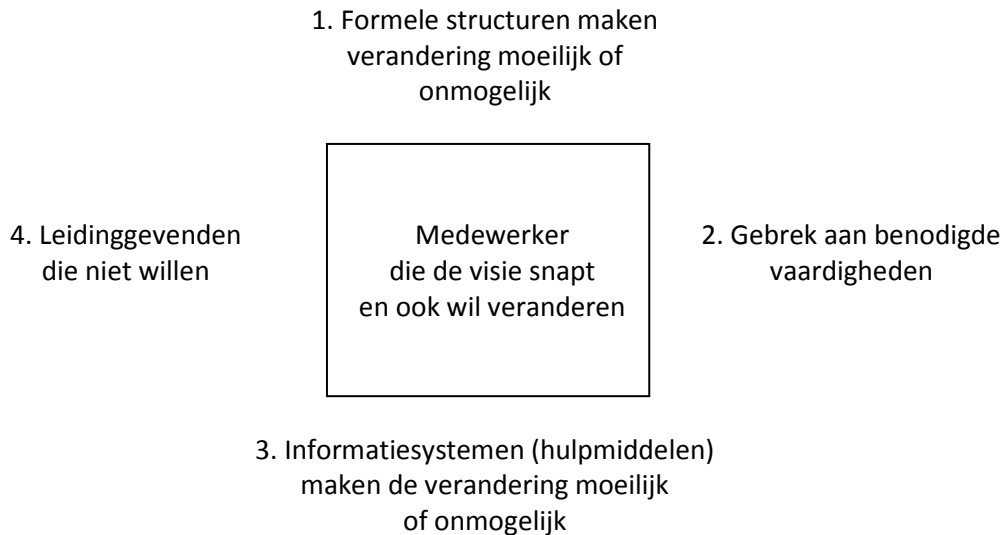
8. Een breed draagvlak voor de verandering creëren (stap 5)

Waar geen wil is, is geen weg. Mensen moeten de verandering willen. Maar ook als ze het willen, kunnen ze het soms niet.

Een breed draagvlak creëer je door medewerkers, die de visie begrijpen en deze ook willen realiseren, de mogelijkheid te geven om dat ongehinderd te kunnen doen. Dat doe je door eventuele barrières uit de weg te ruimen.

8.1 Barrières voor medewerkers

Werknemers die de visie van de instelling op de omgang met familie van GGZ-cliënten begrijpen en deze ook willen realiseren, kunnen daarin belemmerd worden door vier barrières:



Deze vier barrières zijn gelijkwaardig. Om medewerkers daadwerkelijk de ruimte te geven om de verandering in de praktijk te brengen, zullen ze alle vier weggenomen moeten worden. Als maar één van de barrières geslecht wordt, wordt de gewenste ontwikkeling nog steeds gefrustreerd door de andere drie.

8.2 Voorbeelden

Formele structuren maken verandering moeilijk of onmogelijk

Formele structuren kunnen belemmerend werken, zowel omdat ze er te weinig zijn als omdat ze er te veel zijn.

Een voorbeeld van te weinig structuur is het ontbreken van een vaste contactpersoon voor de familie van GGZ-cliënten. Dit heeft als gevolg dat familieleden niet weten waar ze met hun vragen en opmerkingen terecht kunnen en vaak het gevoel hebben dat ze van het kastje naar de muur gestuurd worden. Dat het contact met familie onnodig veel tijd kost omdat meerdere zorgverleners keer op keer met dezelfde vragen en oplopende frustraties van familieleden geconfronteerd worden. En dat informatie die voor de diagnose, de behandeling, het herstel en een goede begeleiding van de cliënt van belang is verloren gaat. Deze belemmering kan eenvoudig opgelost worden door per cliënt bijvoorbeeld een Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige (Evv-er) aan te wijzen als contactpersoon voor de familie.

Een ander voorbeeld van te weinig structuur is onduidelijkheid over de taakverdeling tussen psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, begeleiders, maatschappelijk werkers, familie-ervaringsdeskundigen en de afdeling preventie. Van verpleegkundigen en begeleiders horen we dat ze niet goed weten wat familieleden nu wel en niet aan informatie en ondersteuning van hen kunnen en mogen verwachten.

Een voorbeeld van overstructurering vinden we in de veel gehoorde klacht van zorgverleners, dat zij de tijd die ze besteden aan contact met familieleden van GGZ-cliënten niet kunnen wegschrijven, omdat hiervoor geen aparte categorie of expliciete aandacht is in het DBC, zorgpad of zorgprogramma. Anderen beweren stellig dat dit geen enkel probleem is, dat contact met familie gewoon onderdeel is van de behandeling en dus een plek heeft binnen het DBC. Voor een deel van de zorgverleners is onduidelijkheid hierover in elk geval een hindernis.

Gebrek aan benodigde kennis en vaardigheden

Angst om overvraagd te worden door boze of bezorgde familieleden en onwetendheid over de informatie en ondersteuning die een maatschappelijk werker, familie-ervaringsdeskundige, de afdeling preventie of familie-organisaties kunnen bieden, blijkt voor begeleiders en verpleegkundigen een motief te zijn om dat contact uit de weg te gaan.

Daarnaast horen we van zorgverleners dat zij in hun opleiding veel geleerd hebben over de formele rechten van cliënten, waaronder het recht op privacy en zelfbeschikking, maar weinig over hoe je in de praktijk met familieleden van GGZ-cliënten kunt omgaan.

Om als partners in zorg met naastbetrokkenen samen te kunnen werken, zal dit gebrek aan kennis en vaardigheden ontwikkeld moeten worden. Door diverse GGZ-instellingen en familie-organisaties zijn daartoe trainingen en hulpmiddelen ontwikkeld. Concrete voorbeelden zijn:

- Training Interactievaardigheden (De Mat)
- Training Familie als Bondgenoot (FAB)
- Training Praten met familie
- De Triadekaart (Ypsilon)
- De Familiekeuzekaart (GGNet)

Wat we veel zien is dat vanuit een team enkele medewerkers een training volgen, maar dat er verder geen maatregelen genomen worden. Dat blijkt weinig effectief, omdat andere barrières niet weggenomen worden en collega's gewoon op de oude manier door blijven werken. De balans tussen 'de druk om te veranderen' en 'de druk om de heersende gewoonte te blijven volgen' slaat daardoor uit in het voordeel van de laatste.

Informatiesystemen (hulpmiddelen) maken de verandering moeilijk of onmogelijk

Het meest banale voorbeeld van zo'n hindernis is dat het in veel GGZ-instellingen nog niet mogelijk is om de contactpersoon van een cliënt in het informatiesysteem (bijvoorbeeld het EPD) te registeren, laat staan de afspraken die – in het kader van een behandel-, herstel- of crisisplan met naastbetrokkenen gemaakt worden.

Van één instelling weten we dat na een experiment met de Triadekaart besloten is om deze niet te blijven gebruiken, omdat het een extra instrument is, los van het bestaande informatiesysteem. In een andere instelling is dit probleem eenvoudig opgelost door de vragen uit de Triadekaart een plek te geven in het reguliere informatiesysteem en de formats voor de behandel-, herstel- en crisisplannen.

Leidinggevenden die niet willen

Bij leidinggevenden gaat het in dit geval niet alleen om zorgmanagers, maar ook om behandelaren. Zorginhoudelijk zetten zij immers de toon in behandelteams en –afdelingen. Je zult weinig managers en behandelaren tegen komen die hardop zeggen dat ze tegen het familiebeleid zijn. Maar zeggen dat je voor een goede omgang met familie bent en medewerkers daartoe stimuleren en faciliteren zijn twee verschillende dingen. In veel afdelingen worden gewoon geen activiteiten gepland en uitgevoerd om de implementatie van het familiebeleid in de praktijk te brengen. Terwijl iedere manager weet dat een verandering van bestaande routines om extra aandacht vraagt.

Het feit dat veel behandelaars zo terughoudend zijn, kan er ook op wijzen dat iets in de formele visie op de omgang met familieleden van GGZ-cliënten onaantrekkelijk voor hen is. Zie verder paragraaf 6.2 en 7.2.

8.3 De rol van de familieraad

Het is niet de taak van de familieraad om een breed draagvlak voor het familiebeleid te creëren, door belemmeringen voor het in de praktijk brengen van het beleid weg te nemen. Dat is primair een taak van de Raad van Bestuur, die deze taak desgewenst aan de leden van de leidende coalitie en/of het management kan delegeren.

De leden van de familieraad kunnen in gesprekken met familieleden, cliëntvertegenwoordigers en zorgverleners natuurlijk wel signaleren dat één of meer van de bovenstaande belemmeringen een hindernis is voor de uitvoering van het familiebeleid en daarover in gesprek gaan met de Raad van Bestuur, de leden van de leidende coalitie of het hoger management. Per barrière zou door de leden van de leidende coalitie nader onderzocht kunnen worden waar het precies aan schort en wat mogelijke oplossingen zijn.

Concrete aanbevelingen die de familieraad in het overleg met de Raad van Bestuur zou kunnen doen zijn:

- Kies niet voor een of/of-aanpak (bijvoorbeeld òf een training òf het informatiesysteem aanpassen), maar voor een integrale en/en-aanpak om belemmeringen voor medewerkers weg te nemen.
- Spreek per cliënt af wie van de zorgverleners de vaste contactpersoon is voor naastbetrokkenen.
- Maak op team- en/of afdelingsniveau afspraken over de taakverdeling tussen de verschillende soorten medewerkers: wie (welke functiegroep) op welk moment en op welke manier familieleden van GGZ-cliënten informatie geeft, informatie vraagt, betreft bij de behandeling en ondersteunt.
- Zorg dat zorgverleners weten hoe zij de tijd die zij besteden aan contact met familie van GGZ-cliënten moeten declareren.
- Zorg dat zorgverleners goed geïnformeerd zijn over de informatie en ondersteuning die naastbetrokkenen bij anderen (collega's, afdeling preventie en familie-organisaties) kunnen krijgen.
- Zorg dat zorgverleners goed geïnformeerd zijn over de ruimte die het cliëntenrecht biedt om naastbetrokkenen goed te informeren, bij de behandeling te betrekken en te ondersteunen, zonder dat de privacy van cliënten daarbij in het geding komt.
- Train teams van zorgverleners in de praktische omgang met familieleden en het voeren van gesprekken met cliënten én naastbetrokkenen tegelijkertijd (triadegesprekken).
- Zorg dat de contactgegevens van naastbetrokkenen bij aanname/intake in het informatiesysteem geregistreerd kunnen worden.
- Integreer de triadekaart of de familiekeuzekaart in de procedure voor de totstandkoming van een behandel-, herstel- of crisisplan.
- Zorg dat afspraken met naastbetrokkenen over de (informele) zorg en ondersteuning die zij leveren vastgelegd kunnen worden in het informatiesysteem.
- Start een dialoog met behandelaren (psychiaters en psychologen) om te achterhalen wat hun visie is en wat zij nodig hebben om het familiebeleid in de praktijk te (willen) brengen.

9. Fase 6 – Korte termijn successen creëren

9.1 Korte termijn successen

Korte termijn successen of quick wins zijn belangrijk in verandertrajecten:

- **Ze leveren het bewijs dat de transformatie de offers waard is**
Ze maken zichtbaar dat de investering in systemen, training e.d. effect hebben
- **Ze geven de ‘change agents’ een schouderklopje**
Ze zetten mensen die ergens veel energie in gestoken hebben in het zonnetje.
- **Ze helpen de visie en de strategie scherp te stellen**
‘Vergeten’ barrières kunnen op deze manier zichtbaar worden en daarna weggenomen worden.
- **Ze bieden tegenwicht aan cynici en zelfzuchtige dwarsliggers**
Ze bewijzen aan de Nee’s dat de verandering wel degelijk zin en effect heeft.
- **Ze houden de bazen aan boord**
Ze maken duidelijk aan leidinggevendenden dat het beschikbaar stellen van mensen, middelen en tijd zin/effect heeft.
- **Ze ontwikkelen stuwkracht**
Als een investering concrete resultaten oplevert, geeft dat energie om verder te gaan.

Kenmerken van korte termijn successen:

- Ze leveren binnen de termijn van een jaar concrete resultaten op
- Zichtbaar
Grote aantallen mensen kunnen voor zichzelf uitmaken of het resultaat echt is of alleen maar gebakken lucht
- Ondubbelzinnig
Er valt weinig af te dingen op de relatie tussen de geleverde inspanning en het resultaat
- Duidelijk verband met het veranderingsproject

9.2 Voorbeelden

Voorbeelden van korte termijn successen:

- GGNet: de familiekeuzekaart die onderdeel is geworden van het EPD.
- Altrecht: een nieuwe intensive care unit heeft een kamer waarin familie kan overnachten (de volgende stap is dan: meten of het feit dat familie kan blijven overnachten een positief effect heeft)

9.3 De rol van de familieraad

Korte termijn successen kunnen gevonden worden door de volgende vraag te beantwoorden:

- wat is een ondubbelzinnige verbetering die binnen een jaar realiseerbaar is en zichtbaar effect heeft?

Of anders geformuleerd:

- hoe kunnen we met zo min mogelijk inspanning een zo groot mogelijke verandering bewerkstelligen?

De oplettende lezer voelt het al aankomen: het is niet de taak van de familieraad om korte termijn successen te creëren. Dat is primair een taak van de Raad van Bestuur, die deze taak desgewenst aan de leden van de leidende coalitie en/of het management kan delegeren.

De leden van de familieraad kunnen, bij de bestudering van beleids- en werkplannen, natuurlijk wel signaleren dat er geen korte termijn successen gepland zijn of dat de geplande successen te weinig zichtbaar of ondubbelzinnig zijn en daarover in gesprek gaan met de Raad van Bestuur, de leden van de leidende coalitie of het hoger management.

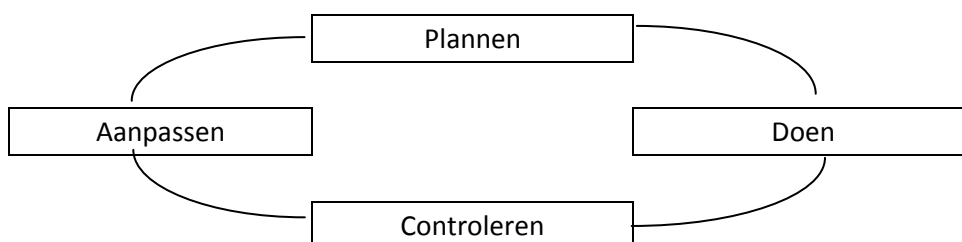
10. Fase 7 – Verbeteringen borgen en meer verandering tot stand brengen

Het implementeren van familiebeleid is geen éénmalige actie, maar een cyclisch proces waarin stap voor stap verbeteringen worden doorgevoerd.

10.1 Continu verbeteren

Eén van de eisen die het HKZ-model aan de kwaliteitszorg in GGZ-instellingen stelt, is dat zij hun werkprocessen continu verbeteren. Hierbij geldt het adagium: “Werken doe je procesmatig, verbeteren doe je projectmatig”.

Een belangrijk hulpmiddel hierbij is de Demmingcirkel of PDCA-cyclus (Plan–Do–Check–Act/Plannen–Doen–Controleren–Aanpassen).



De doorlooptijd van de cyclus is afhankelijk van het plan, en daar ook in vastgelegd. Bij lange-termijnveranderingen kan tussentijds gecheckt worden.

In de uitwerking van een projectplan neem je op wat je gaat maken (het resultaat), in welke tijd, hoe je het organiseert en wat het kost:



Informatie: wat voor informatie wordt vastgelegd? Hoe en door wie?

Samengevat: TOKIG – Tijd - Organisatie – Kwaliteit - Informatie - Geld

De kritische succesfactoren Tijd, Organisatie, Kwaliteit/Resultaat en Geld zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden: als er op één van de punten iets verandert, gaan de andere aspecten ook meebewegen.

10.2 Voorbeelden

Familiebeleid is in de visie van de SLKF goed geborgd wanneer er op alle niveaus planmatig gewerkt wordt aan continue verbetering.

Op bestuurlijk of strategisch niveau kan het dan bijvoorbeeld gaan om het plannen, doen, controleren en zo nodig aanpassen van activiteiten gericht op de verbetering van:

- het urgentiebesef,
- de leidende coalitie,
- de visie en strategie t.a.v. de omgang met familieleden,
- de communicatie van deze visie en
- de aansturing en ondersteuning van het lijnmanagement bij het wegnemen van barrières voor medewerkers, het creëren van korte termijn successen, het projectmatig verbeteren van werkprocessen en het verankeren van de nieuwe visie in de cultuur.

Op tactisch of managementniveau kan het dan bijvoorbeeld gaan om het plannen, doen, controleren en zo nodig aanpassen van activiteiten gericht op de verbetering van:

- de verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen zorgverleners in relatie tot het informeren, betrekken en ondersteunen van familieleden en het integreren van deze taken in de gestandaardiseerde werkprocessen (organisatiestructuur),
- de benodigde kennis, houding en vaardigheden van medewerkers om hun taken goed uit te kunnen voeren,
- de ondersteuning van de gestandaardiseerde werkprocessen door de informatiesystemen die gebruikt worden.

Op uitvoerend of operationeel niveau kan het dan bijvoorbeeld gaan om het plannen, doen, controleren en zo nodig aanpassen van activiteiten gericht op de verbetering van:

- de registratie van contactpersonen,
- het informeren van familieleden van GGZ-cliënten,
- het betrekken van familieleden bij de bespreking van behandel-, herstel- en crisisplannen,
- de ondersteuning van familieleden van GGZ-cliënten,
- het verzamelen van feedback van cliënten en hun naastbetrokkenen.

10.3 De rol van de familieraad

Net als de GGZ-instelling kan ook de familieraad planmatig werken aan het continu verbeteren van de manier waarop zij haar eigen taken uitvoert. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het plannen, doen, controleren en zo nodig aanpassen van activiteiten gericht op de verbetering van:

- het netwerk binnen de instelling;
- de informatievoorziening over de manier waarop er binnen de instelling gewerkt wordt aan de ontwikkeling en implementatie van het familiebeleid;
- de kennis en vaardigheden van de familieraadsleden;
- de visie van de familieraad en de wijze waarop de familieraad hierover met bestuurders, managers en medewerkers van de GGZ-instelling communiceert;
- de onderlinge taakverdeling;
- de samenwerking met elkaar, de cliëntenraad en de bestuurders, managers en medewerkers van de instelling;
- de formele positie van de familieraad;
- de eigen werkprocessen.

11. Fase 8 – Nieuwe benaderingen verankeren in de cultuur

Er zitten tien apen in een kooi. In die kooi staat een keukentrap met vijf treden; bovenop de keukentrap wordt een tros bananen neergelegd. Als Aap 1 de trap beklimt, wordt de kooi onder stroom gezet en kunnen de apen zich een uur lang niet bewegen. Ook andere apen doen nog een poging, maar ook dan steeds weer de stroom en een uur lang verlamming voor alle apen. Een effectieve manier om ze te leren van de trap af te blijven, ondanks de bananen die er zo verleidelijk bovenop liggen.

Eén van de apen wordt vervangen door een nieuwe aap, zonder deze nare ervaring. Als de nieuwe aap naar de bananen wil gaan, wordt hem zeer duidelijk gemaakt dat hij dat niet

moet doen. Als hij toch eigenwijs is en aanstalten maakt, wordt hij er door de andere apen hardhandig vanaf gehouden.

Een tweede aap wordt vervangen door een nieuwe aap zonder nare ervaringen. En ook deze aap wordt zeer duidelijk gemaakt dat hij niet op de trap mag klimmen. Na verloop van tijd zijn alle apen die de nare ervaring met de stroomschok meegemaakt hebben, vervangen door apen die deze ervaring niet hebben. De apen taalden echter niet naar de trap en de bananen, ook al was de stroom er al lang vanaf gehaald. Ze wisten niet meer waarom, maar de trap en de bananen waren verboden terrein, daar bleef je vanaf.

11.1 Organisatiecultuur

Gedrag norms en gedeelde waarden vormen samen de cultuur van een organisatie:

- **Gedrag norms** zijn de ongeschreven regels, de vanzelfsprekende, gangbare, routinematige en grotendeels onbewuste manier van handelen
- **Gedeelde waarden** zijn de belangen en idealen die door de meeste mensen in de groep gedeeld worden

Een cultuur is krachtig omdat iedereen zich zo gedraagt, en wordt daarom keer op keer weer bevestigd:

- Cultuur komt tot uiting in de handelingen van honderden of duizenden mensen
- Dit alles gebeurt zonder voorbedachte rade. Juist omdat het zo geautomatiseerd is en mensen er niet meer over nadenken, is het zo moeilijk ter discussie te stellen of aan te vechten
- Nieuwkomers worden geselecteerd en geconditioneerd om zich in de bestaande cultuur te voegen

Als je een cultuur wilt veranderen, zul je nieuwkomers dus niet moeten laten kiezen door de dragers van de oude cultuur!

Het verankeren van veranderingen in een cultuur:

- Komt als laatste, niet als eerste: een veranderingsproces rond je af door het te borgen in de cultuur. Juist omdat cultuur zo diep in gedrag verankerd is, is het zo moeilijk te veranderen.
- Is afhankelijk van bewezen resultaten.
- Vereist heel veel praten.
- Kan verloop tot gevolg hebben: mensen die niet willen staat uiteindelijk voor de keus: conformeren of (elders) solliciteren.
- Maakt beslissingen over opvolging van cruciaal belang: als je weet wat voor cultuur je wilt, begint het proces van 'de trap schoonvegen', van boven naar beneden. Opvolging wordt altijd door de bovenliggende laag gedaan.

Een cultuurverandering kost tijd. Dat betekent niet dat je moet zitten wachten, juist niet: actief blijven!

Meer informatie:

In de SLKF Handleiding Familiebeleid

- 1.2 Criteria familiebeleid vanuit cliënten- en familieperspectief
- 1.4 Randvoorwaarden en instrumenten voor familiebeleid
- 2.0 Checklist formeel familiebeleid
- 3.1 De rol en positie van familieraden bij het bevorderen van familiebeleid in de GGZ
- B.3 Betrokken omgeving: modelregeling relatie GGZ-instelling – naastbetrokkenen
- B.7 Voorbeeld: Familie(keuze)kaart uit EPD – GGNet

Literatuur

- Kotter, J. (1997) *Leiderschap bij verandering*. Academic Service.
- Kotter, J. en D. Cohen (2006). *Het hart van verandering. De principes van leiderschap bij verandering in de praktijk*. Academic Service.
- Kotter, J. en H. Rathgeber (2006). *Onze ijsberg smelt! Succesvol veranderen in moeilijke omstandigheden*. Business Contact.