



Wie dan zorgt

Toekomstverkenning Christelijke Zorg

AUTEURS: DRs. L. GEUZE, DRs. J.-N. DE HAAS- DE VRIES, DR.IR. H. JOCHEMSEN, DR. R. KUIPER, DRs. D.T. SCHIPHOF- HALMA
DATUM: MAART 2009

Wie dan zorgt

Toekomstverkenning Christelijke Zorg

Drs. L. Geuze
Drs. J.-N. de Haas- de Vries
Prof. dr. ir H. Jochemsen
Prof. dr. R. Kuiper
Drs. D.T. Schiphof- Halma

Maart 2009

Wie dan zorgt

Een onderzoek naar de positie en toekomstmogelijkheden van christelijke zorg in Nederland

In opdracht van Focaris

Uitgevoerd door het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken, GH, Zwolle en het
Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, Ede

Drs. L. Geuze

Drs. J.-N. de Haas- de Vries

Prof. dr. ir. H. Jochemsen

Prof. dr. R. Kuiper

Drs. D.T. Schiphof- Halma

Maart 2009

Centrum voor Samenlevingsvraagstukken
Postbus 10030
8000 GA ZWOLLE
038 - 425 55 42

Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut
Postbus 224
6710 BE Ede
0318-696333

Alle rechten voorbehouden

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/ of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande toestemming van het CvSv en het PLi.

INHOUD

WOORD VOORAF	5
SAMENVATTING.....	7
VRAAGSTELLING.....	7
ACHTERGROND / HISTORIE	7
CHRISTELIJKE IDENTITEIT IN DE ZORG	7
TRENDVERWACHTINGEN	7
KANSEN EN BEDREIGINGEN VOOR INSTELLINGEN	8
(ONDERZOEKS)RESULTATEN	8
TOEKOMSTSCENARIO'S.....	8
DOELGROEP IN BEELD.....	9
ONTWIKKELRICHTINGEN.....	9
INLEIDING	11
SITUATIESCHETS EN PROBLEEMSTELLING	11
VRAAGSTELLING.....	12
DE ONDERDELEN VAN HET ONDERZOEK	12
LEESWIJZER.....	13
HOOFDSTUK 1 CHRISTELIJKE IDENTITEIT IN DE ZORG.....	15
1.1 INLEIDING.....	15
1.2 HISTORISCHE NOTIES OMTRENT CHRISTELIJKE ZORG	16
1.3 INSTITUTIONELE VORMGEVING	23
1.4 TYPOLOGIE EN VORMGEVING IDENTITEITSBELEID.....	27
HOOFDSTUK 2 DE EXTERNE CONTEXT	33
2.1 TOEKOMSTVERKENNING.....	33
2.2 MAATSCHAPPELIJKE TRENDS	33
2.3 VISIES OP ZORG: AWBZ EN WMO	39
2.4 CHRISTELIJKE ZORGCONSUMENTEN.....	40
2.5 KANSEN EN RISICO'S VOOR CHRISTELIJKE ZORGAANBIEDERS	40
HOOFDSTUK 3 ZORGVISIES BIJ CHRISTELIJKE ZORGAANBIEDERS	43
3.1 INLEIDING.....	43
3.2 KARAKTERISERING INSTELLINGEN.....	43
3.3 CHRISTELIJKE IDENTITEIT IN DE PRAKTIJK.....	47
3.4 STRATEGIEËN CHRISTELIJKE IDENTITEITSHANDHAVING TOEKOMST	52
3.5 STRATEGISCH-FITMODEL VOOR HET BIEDEN VAN CHRISTELIJKE ZORG.....	58
HOOFDSTUK 4 NIEUWE SPOREN TREKKEN	63
4.1 WAAR STAAN CHRISTELIJKE ZORGINSTELLINGEN?	63
4.2 LIJNEN UIT HET ONDERZOEK.....	63
4.3 ALGEMENE CONCLUSIES	65
4.4 HOE VERDER?.....	65
4.5 NAAR EEN SCENARIO-BENADERING.....	66
4.6 STRATEGISCHE POSITIONERING.....	69
4.7 EEN LANDELIJK STELSEL VAN CHRISTELIJKE ZORG	70
4.8 PROFESSIONELE ONDERSTEUNING	70
4.9 SAMENWERKENDE INSTELLINGEN	70
BIJLAGE 1 ONDERZOEKSMETHODIEK TEN BEHOEVE VAN HET EMPIRISCHE ONDERZOEK.....	72
1 INLEIDING	72
2 UITWERKING ONDERZOEKSVRAGEN	72
3 HET KWALITATIEVE DEELONDERZOEK.....	72
4 HET KWANTITATIEVE DEELONDERZOEK.....	73
5 INVITATIONAL CONFERENCE.....	74
6 BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK.....	74

BIJLAGE 2	VRAGENLIJST.....	75
DEEL 1.	ALGEMENE VRAGEN	76
DEEL 2.	VRAGEN OVER IDENTITEIT	78
DEEL 3.	VRAGEN OVER ZORGONTWIKKELING EN ZORGVERNIEUWINGEN.....	80
DEEL 4.	VRAGEN OVER BELEIDSONTWIKKELINGEN, KANSEN & BEDREIGINGEN.....	81
DEEL 5.	VRAGEN OVER SAMENWERKING.	83
DEEL 6.	VRAGEN OVER TOEKOMSTPERSPECTIEF	84
DEEL 7.	OVERIGE VRAGEN.....	85
BIJLAGE 3	LABELINGSTABEL KWALITATIEF ONDERZOEK	86
A.	KERNWAARDEN	87
B.	VOORWAARDEN CHRISTELIJKE IDENTITEITSHANDHAVING.....	90
C.	BEDREIGINGEN IDENTITEITSHANDHAVING	97

Woord vooraf

Dit onderzoek naar de positie en toekomstmogelijkheden van christelijke zorgaanbieders is uitgevoerd in opdracht van Focaris. Als vereniging van vooral gereformeerde zorgaanbieders bestrijkt Focaris een klein deel van de zorgmarkt. Deze zorgmarkt is sterk in ontwikkeling en bij de Focaris-leden leeft de vraag naar de positie van christelijke zorginstellingen in de toekomst. Bieden beleidsmatige, demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen nieuwe kansen of bedreigen ze de positie van christelijke zorgaanbieders? Hoe kunnen zorginstellingen het beste anticiperen op nieuwe ontwikkelingen?

Tijdens een interne werkconferentie van Focaris in september 2007 is hierover doorgesproken en is de opdracht tot dit onderzoek geformuleerd.

De leden van Focaris weten zich verantwoordelijk voor het aanbieden van christelijke zorg van een hoog kwalitatief niveau. Zij zijn er van overtuigd dat deze zorg een meerwaarde heeft en willen deze zorg ook in de toekomst blijven aanbieden. Dit rapport beoogt hen te helpen in het maken van keuzes, zowel op instellingsniveau als in onderlinge samenwerking. Ook de aansluiting tussen formele en informele zorg is hierbij nadrukkelijk betrokken.

Dit rapport bestaat uit een onderzoek en een analyse. De kernvraag is hoe een aanbod van christelijke zorg in de toekomst, onder zich wijzigende condities, duurzaam gegarandeerd kan blijven en zo mogelijk verder kan worden uitgebouwd.

Het onderzoek is uitgevoerd door het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken van de Gereformeerde Hogeschool en het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut. Het onderzoek is verricht door Liesbeth Geuze, Japke-Nynke de Haas-de Vries, Henk Jochemsen, Roel Kuiper en Dora Schiphof.

Wij danken de leden van Focaris voor hun medewerking en ook de stuurgroep bestaande uit Bart Nitrau (directeur SGJ), Ruth Seldenrijk (directeur NPV) en Marianne Roest (beleidsmedewerker Focaris). Ook de deelnemers aan expertmeetings aan wie we tussentijds resultaten ter toetsing konden voorleggen zijn wij erkentelijk voor hun medewerking.

Wij menen dat Focaris hiermee een rapport in handen heeft waarmee zij zich in eigen kring kan bezinnen op nieuwe stappen die de positie van christelijke zorgaanbieders in Nederland kunnen versterken. Uit de titel van het rapport spreekt de hoop dat wie deze stappen weet te zetten in de toekomst ook in de positie zal zijn om te zorgen.

Prof. dr. ir. Henk Jochemsen, Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut
Prof. dr. Roel Kuiper, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken

Samenvatting

Vraagstelling

Christelijke zorginstellingen dienen zich in te stellen op een nieuwe toekomst. De gezondheidszorg wordt steeds meer een vraagmarkt en de zorgomgeving wordt steeds meer bepaald door economische motieven, nieuwe beleidskaders en een dynamische wisselwerking tussen nieuwe aanbieders en spelers. Naast traditionele zorginstellingen zullen commerciële instellingen, nieuwe samenwerkingsconglomeraten en ook partijen in de informele zorg het beeld bepalen. Wat zal dit doen met christelijke zorginstellingen?

De kernvraag van dit onderzoek luidt: *Hoe dienen christelijke zorgaanbieders positie te kiezen binnen een zorgstelsel dat meer en meer een vraagmarkt wordt en hoe kunnen ze hun specifieke zorgvisie hierbij inzetten?*

Achtergrond / historie

De gezondheidszorg is in haar ontwikkeling gestempeld door christelijke waarden. Ontferming over de medemens, barmhartigheid en liefdevolle verzorging waren en zijn belangrijke motieven in de zorg. Daarin komt tot uitdrukking dat God zelf het leven geeft en het leven van de mens in al zijn stadia omvat. Ziekte, gezondheid, leven en dood mogen in relatie tot God worden beleefd. Ook al treden vandaag tal van andere waarden in de gezondheidszorg op de voorgrond, het zijn deze waarden die aan zorgpraktijken een bijzonder karakter verlenen. Zorgpraktijken krijgen vorm in instituties. Die instituties mogen niet een eigen leven gaan leiden, maar moeten dienstbaar blijven aan de zorgpraktijk. Dat is ook in christelijke instellingen een belangrijke opgave. Zorgpraktijk en instellingsbeleid drukken samen de identiteit van de instelling uit. Instellingen en hun zorgpraktijken vormen een beloftevolle respons op een aanspraak op zorg.

Nederland kent een rijke geschiedenis als het gaat om christelijk gemotiveerde zorg. In het Reveil ontstonden er initiatieven die gericht waren op de bevolking als zodanig, de verzuiling heeft er voor gezorgd dat levensbeschouwelijke groepen de zorg voor hun eigen doelgroep verder gestalte gaven.

Christelijke identiteit in de zorg

Aan het begin van de eenentwintigste eeuw wordt duidelijk dat het accent op vraagsturing in de zorg deze patronen doorbreekt en het voor christelijke instellingen extra belangrijk maakt zich rekenschap te geven van de feitelijke identiteit van de instelling. Daarbij staan instellingen drie strategieën ter beschikking:

1. Via structuur en beleid
2. Via de instellingscultuur en zorgaanpak
3. Via personeelsbeleid

Alle drie de componenten zijn complementair en noodzakelijk voor de ontwikkeling van een sterke identiteit.

Trendverwachtingen

Zorg krijgt vorm in een telkens veranderende samenleving. Letten we op de demografische, economische, sociaal-culturele en beleidsmatige ontwikkelingen in de komende decennia dan dient bij de bepaling van het zorgbeleid door instellingen rekening te worden gehouden met een aantal belangrijke trends. In demografisch opzicht zal er sprake zijn van een verdergaande accentuering van de zorg aan ouderen als gevolg van de (dubbele)

vergrijzing. Dat zal leiden tot verdere specialisering, hogere kwaliteitseisen en de behoefte aan zorg-op-maat. Dit wordt niet alleen door de doelgroep zelf in de hand gewerkt, maar ook door het overheidsbeleid dat sterk inzet op vraagsturing.

In economisch opzicht hebben zorginstellingen te maken met beperkte budgetten en pogingen van overheden en verzekeraars de zorgkosten beheersbaar te houden en waar mogelijk te reduceren. Veel nadruk zal komen te liggen op vermaatschappelijking van de zorg in combinatie met extramuralisering en lokalisering van zorg. Er zal een versterkte inzet zijn op lokale wisselwerking tussen vormen van formele en informele zorg.

Kansen en bedreigingen voor instellingen

Versterkte vraagarticulatie zal zich vertalen in een vraag naar de meest gunstige verhouding tussen prijs en kwaliteit. Ook zal versterkte vraagarticulatie sterker uitdrukking geven aan sociaal-culturele en religieuze diversiteit. Voor christelijke zorginstellingen liggen hier zowel kansen als bedreigingen. Cliënten uit de traditionele achterban kiezen in toenemende mate op basis van prijs en kwaliteit en ook van geografische nabijheid. Christelijke instellingen die van hun zorgidentiteit een sterke kwaliteit weten te maken, kunnen zich uiteraard op de vraagmarkt bewegen en cliënten blijven binden. Versterking van de eigen zorg, maar ook strategische samenwerking zijn hierbij sleutelfactoren. De relatie met kerken verdient in dit verband eveneens aandacht. Kerken kunnen partners zijn van zorginstellingen – zeker ook in een lokale setting -, maar kerken en zorginstellingen dienen zich wel op een nieuwe manier met elkaar te verstaan, niet vanuit een ‘verzuilde’ vanzelfsprekendheid, maar vanuit een samenwerkingsinteresse.

(Onderzoeks)resultaten

Uit het onderzoek onder het leidinggevende kader van Focaris-instellingen blijkt dat het vasthouden en verder ontwikkelen van de eigen identiteit zeer hoog scoort. Focaris-instellingen willen de nieuwe ontwikkelingen tegemoet treden vanuit het vaste gegeven dat zij willen blijven werken vanuit een duidelijke christelijke identiteit. De instellingen hebben in de achterliggende jaren ook veel gedaan aan het verder vastleggen en formaliseren van hun eigen christelijke identiteit. Wel is het zo dat de eigen visie zich vooral richt op de formele aspecten (algemeen beleid en personeelsbeleid) en nog onvoldoende is verwerkt in methodieken en zorgproducten zelf. Op dit gebied leven er duidelijke wensen. Instellingen willen professionele en innovatieve instellingen zijn en willen sterker inspelen op nieuw zorgbeleid en nieuwe zorgproducten. Nieuwe ontwikkelingen lijken evenwel vooral afgedwongen te worden door externe factoren. Focaris-instellingen schatten de externe bedreigingen (met name het overheidsbeleid) zwaarder in dan interne bedreigingen. De onderlinge samenwerking die wel gezocht wordt, richt zich vooral op behoud of uitbreiding van marktaandeel. De vraag is wel of men voldoende oog heeft voor de interne processen (scholing van medewerkers, identiteits- en kwaliteitsbeleid en ontwikkeling nieuwe zorgvormen) die nodig zijn om aan de –identiteitsgebonden- vraag te blijven voldoen. Samenwerking heeft steeds vaker het karakter van netwerkvorming en allianties en is niet per definitie gericht op fusies.

Toekomstscenario's

Focaris-instellingen zijn over het algemeen professioneel geleide zorginstellingen die vorm weten te geven aan identiteit in het algemeen beleid. Vanuit deze structuur zijn deze instellingen op zichzelf robuust genoeg om nieuwe ontwikkelingen tegemoet te treden. Toch is het wel de vraag of deze instellingen zich daadwerkelijk effectief tonen als het gaat om het realiseren van specifieke innovaties en nieuwe vormen van samenwerking. Veel instellingen willen wel innovatief zijn en nieuwe zorgproducten op de markt brengen, maar de schaal van

de eigen organisatie kan daar een belemmering voor zijn. Ook worstelen instellingen met de vraag hoe christelijke identiteit in methodieken en zorgproducten verder vorm moet krijgen. Niettemin hebben Focaris-instellingen in hun zorgidentiteit een uniek en kwalitatief hoogwaardig aanbod, dat verder ontwikkeld kan worden. In de eigen positionering in de vermaatschappelijking van de zorg (extramuralisering, lokale wisselwerking van formele en informele zorg) kunnen Focaris-instellingen nog veel winnen. Zij kunnen daarin ook winnen vanwege hun verworteling in een traditionele en lokaliseerbare achterban. Er kunnen wel degelijk stappen worden gezet, maar er is nieuw initiatief nodig om de kansen te verzilveren.

Doelgroep in beeld

Focaris-instellingen hebben een sterke band met een gereformeerd-reformatorische doelgroep. Deze te bedienen met specifieke christelijke zorg is een belangrijke drijfveer. Focaris-instellingen zullen zich rekenschap dienen te geven van het feit dat ook de markt voor christelijke identiteitszorg meer en meer een vraagmarkt wordt. Zorgvragers kunnen worden geholpen en verder bediend bij meer langdurige en gecompliceerde zorgbehoeften. Door samenwerking in netwerken en ketens dienen christelijke zorginstellingen te werken aan een zo goed mogelijk landelijk gespreid aanbod van voorzieningen die een keten van zorg aanbieden, van thuishulp tot verpleeghuiszorg, voor cliënten uit de eigen doelgroep(en). Daarin zullen Focaris-instellingen niet alleen onderling maar ook met andere instellingen moeten samenwerken. Daarbij dient het behoud van de identiteitsgebonden zorg zwaarder te wegen dan het voortbestaan van bepaalde instellingen op zichzelf.

Ontwikkeldrichtingen

De komende jaren zal sterker maatschappelijk ondernemerschap worden gevraagd van christelijke zorginstellingen. Focaris kan haar nut bewijzen door in kaart te brengen waar samenwerking tussen instellingen geoptimaliseerd moet worden om beter toegerust te zijn voor de vraagstukken van ketenvorming, innovatie en vorming van lokale allianties met andere partners. Er zou bijvoorbeeld een lokale pilot kunnen worden opgezet om de aansluiting tussen formele en informele zorg uit te werken. Ook is het van belang dat er in dit veld van christelijke zorgaanbieders gewerkt wordt aan kennisontwikkeling om zorginnovaties en zorgidentiteit in samenhang verder te ondersteunen.

Inleiding

Situatieschets en probleemstelling

Sinds de invoering van marktwerking in de zorg weten zorginstellingen dat zij zich dienen in te stellen op een in principe beweeglijke markt. De relatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder wordt meer en meer bepaald door de kwaliteit en de prijs van de geleverde zorg. Het feit dat de zorgvrager een grotere keuzevrijheid heeft (en nog verder krijgt), betekent dat traditionele relaties tussen bepaalde zorgaanbieders en zorgvragers gemakkelijker kunnen worden heroverwogen en doorbroken. Christelijke zorgaanbieders dienen in deze omstandigheden extra alert te zijn op hun positie. Zij bedienen doorgaans een kleine markt en, wanneer zij toelatingseisen hanteren, een beperkte en dikwijls welomschreven bevolkingsgroep. Zij zullen er op dienen te letten dat er in deze beweeglijke markt met nieuwe aanbieders vraag blijft naar wat zij hebben te bieden. Daarbij mogen deze zorgaanbieders, als het gaat om de prijs of de omvang van het zorgaanbod, niet zodanig uit de pas lopen met andere instellingen dat zij enkel op grond van deze criteria het contact met hun doelgroep verliezen.

Algemeen wordt erkend dat christelijke zorgaanbieders iets unieks hebben dat hun positie op de zorgmarkt sterk maakt. Zij zijn namelijk aanbieders van *christelijke zorg*. Daar waar vraag is naar deze vorm van zorg hebben christelijke zorgaanbieders een unieke eigen positie. Zij kunnen hun aanbod of positie zelfs uitbouwen. Het huidige stelsel van gezondheidszorg biedt ruimte voor maatschappelijk en economisch ondernemerschap van zorgaanbieders. De route die bewandeld moet worden ligt in een verdere ontwikkeling van christelijke 'zorgproducten'. Dit is een weg die vraagt om duidelijkheid over wat een christelijk zorgproduct is, het vraagt innovatief vermogen en een weloverwogen marktstrategie. Iedere instelling zal hierin zijn eigen afwegingen willen maken. Er zijn ook instellingen die te klein zijn om deze stappen te doen en afhankelijk zijn van samenwerking om innovaties of voldoende aanbod te realiseren. Samenwerking hoeft daarbij overigens niet alleen te zien op het versterken van de aanbodzijde, maar ook om het vasthouden van de vraag naar christelijke zorg.

Toen in 2001 het rapport *Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte* verscheen – een rapport dat aan de basis lag van de oprichting van Focaris – was de continuering van de vraag naar christelijke zorg een hoofdpunt. Met het oog op de contracteerplicht via regionale zorgkantoren werd geadviseerd een route te volgen van samenwerking en identiteitsverheldering. Samenwerking moest zorgen voor voldoende massa tegenover grotere zorgaanbieders. Identiteitsverheldering was nodig om het eigene van christelijke zorg beter voor het voetlicht te brengen. We kunnen constateren dat instellingen deze weg zijn ingeslagen. Tegelijkertijd kunnen we constateren dat het zorgstelsel zich verder ontwikkelt en, zeker sinds de invoering van de marktwerking in 2006, nog meer nadruk is gaan leggen op vraagsturing. Die ontwikkeling zet ook door. De zorgsector zal zich moeten hervormen tot een vraaggestuurde markt. Ook binnen deze randvoorwaarden is het vasthouden van de vraag door christelijke zorginstellingen een blijvende uitdaging. Dat vraagt om explicitering van het christelijk gehalte van de zorg en het vraagt een voldoende breed en toegespitst zorgaanbod, al dan niet in ketens.

Voor christelijke zorgaanbieders is het echter zo dat zij zich nooit volledig als een marktpartij zullen willen gedragen die zich geheel en uitsluitend richt op de vraag. Christelijke zorg heeft diepe wortels in de westerse cultuur en is ontstaan vanuit een bepaalde *visie* op zorg. Aandacht voor de beschermwaardigheid van het leven, barmhartigheid en oog voor de samenhang tussen lichamelijk en geestelijk welzijn hebben christelijke zorgvisies vanouds gestempeld. Christelijke zorginstellingen hebben een bepaald type zorg willen ontwikkelen, gebaseerd op een christelijk mensbeeld. Christelijke zorgvisies vormen het hart van de zorg die christelijke instellingen willen bieden. In dit opzicht zijn christelijke zorginstellingen *aanbodgedreven* en zullen ze deze kwaliteit beschouwen als hun eigenlijke bestaansreden.

Daarenboven zullen zij hun bestaan en hun specifieke aanbod ook willen verbinden met een algemener belang: het is voor een samenleving van betekenis wanneer dit type zorg wordt aangeboden en zich verder kan ontplooiën. Daarvoor zullen zij zich willen inzetten. Dit roept echter opnieuw de vraag op wat de betekenis is van christelijke zorg – gedreven door al dan niet expliciet gemaakte zorgvisies – voor een stelsel van gezondheidszorg dat zich meer en meer gaat ontwikkelen tot een vraaggestuurde markt.

Vraagstelling

Focaris heeft ervoor gekozen een nieuw onderzoek te laten uitvoeren om christelijke zorgaanbieders te helpen hierin een verantwoorde strategie te ontwikkelen. Het onderzoek ondersteunt christelijke zorginstellingen – alleen of in nauwere samenwerking met elkaar – in het maken van weloverwogen beleidskeuzes. In het licht van deze situatieschets en probleemstelling dient zich een aantal vragen aan die om beantwoording vragen. We groeperen de vragen in drie clusters.

In de eerste plaats is het nodig een beeld te krijgen van de zorgvisies zelf en van de mate waarin deze nu verder worden ontwikkeld door de instellingen zelf. Waar komen deze zorgvisies vandaan en hoe worden ze gevoed? Welke waarden worden hierin centraal geacht en tot welke praktijken leiden ze precies? Zijn christelijke instellingen zelf actief bezig deze zorgvisies verder te ontwikkelen en als ‘zorgproduct’ in te zetten in een veranderende omgeving? Slagen zij daarin of worden ze daarin belemmerd en zo ja, door welke factoren dan?

In de tweede plaats moet de vraag beantwoord worden welke omgevingsfactoren er zijn en hoe deze zich zullen ontwikkelen. Het gaat daarbij om beleidsmatige, demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen die van invloed zullen zijn op de ontwikkeling van de zorg als vraagmarkt. Hoe ziet de toekomst er uit voor christelijke zorginstellingen en hoe kunnen zij anticiperen op een nieuwe toekomst? Welke factoren spelen een rol voor de christelijke omgeving, waarin zorgaanbieders opereren?

In de derde plaats gaat het om de vraag naar de strategische afwegingen waar christelijke zorgaanbieders voor komen te staan. Welke scenario's staan voor hen open, gegeven hun eigen positie in de vraagmarkt en gegeven de specifieke zorgvisie die zij willen uitdragen? Welke aanbevelingen vloeien voort uit de overweging van bovengenoemde vraagstukken?

De onderdelen van het onderzoek

Dit onderzoek bestaat uit de volgende delen.

1. Een literatuuronderzoek naar de uitgangspunten van christelijke zorgvisies in het verleden. Dit onderzoek dient ertoe christelijke waarden die vanouds een rol hebben gespeeld in de christelijke zorg te benoemen. Welke concepten of modellen zijn hieraan te ontleen voor de overwegingen van vandaag?
2. Een toekomstverkenning op basis van literatuuronderzoek. Welke factoren en trends gaan een rol spelen voor de gezondheidszorg en het functioneren van zorginstellingen in de toekomst?
3. Een kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar de hantering van waarden en zorgvisies bij de Focaris-instellingen. Hierbij gaat het om de betekenis van christelijke zorgvisies voor de instellingen zelf.
4. Een analyse van het onderzoeksresultaat met het oog op strategieën en scenario's voor christelijke zorginstellingen. Welk strategisch afwegingskader dient zich aan voor christelijke instellingen die zich op hun toekomst oriënteren?

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Hoe dienen christelijke zorgaanbieders positie te kiezen binnen een zorgstelsel dat meer en meer een vraagmarkt wordt en hoe kunnen ze hun specifieke zorgvisie hierbij inzetten?

Onder christelijke zorgaanbieders verstaan we hier niet alleen de leden van Focaris. Ook leden van Reliëf en FEO en eventueel andere christelijke zorgkoepels en zorginstellingen kunnen zich uiteraard in deze vraagstelling herkennen. Een belangrijk onderdeel van dit rapport betreft evenwel de weergave van de resultaten van onderzoek bij Focaris-instellingen. Deze groep zorgaanbieders is nauwkeurig bevraagd om te weten te komen wat de betekenis van zorgvisies voor henzelf is en hoe zij daarmee willen opereren in een sterk veranderende zorgomgeving.

Leeswijzer

Dit rapport kent vier hoofdstukken die duidelijk van elkaar onderscheiden zijn. Men kan ze als afzonderlijke delen lezen.

In hoofdstuk 1 wordt een beschrijving gegeven van de ontwikkeling van christelijk gemotiveerde zorg. Aan het eind van dit hoofdstuk worden de voornaamste strategieën besproken voor het voeren van effectief identiteitsbeleid in instellingen.

In hoofdstuk 2 wordt een demografische en beleidsmatige toekomstverkenning uitgevoerd. Hierin worden de ontwikkelingstrends geschetst die voor zorginstellingen van belang zijn.

In hoofdstuk 3 wordt verslag gedaan van het empirisch deel van het onderzoek. Hoe denken instellingen nu zelf over identiteit, welke betekenis kennen zij toe aan identiteitsbeleid en hoe kijken ze aan tegen samenwerking met andere instellingen?

In hoofdstuk 4 worden scenario's geschetst en wordt aangegeven welke opties instellingen hebben voor versteviging van hun positie in een veranderende zorgomgeving.

Hoofdstuk 1 Christelijke identiteit in de zorg

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaat het om de vormgeving van christelijke zorg in Nederland. Het accent ligt op een beschrijving van deze zorg en de waarden die ze tot uitdrukking brengt. Het gaat hier om de visie op christelijke zorg, zoals die 'van binnenuit' is opgevat en beleefd. Naast een taxatie van die waarden, wordt geprobeerd een typologie te geven van de vormen waarin christelijke zorg zich heeft ontplooid. Tenslotte zal worden aangegeven welke strategieën kunnen worden gevolgd om christelijke waarden in de vormgeving van de zorg te verankeren. Dit hoofdstuk biedt een fundamenteel bezinningskader en kan desgewenst voor instellingen dienstbaar zijn bij het formuleren en onderbouwen van een eigen zorgvisie. Christelijke zorg ontwikkelt zich in de eenentwintigste eeuw in een culturele en maatschappelijke context waarin tal van andere waarden dominant zijn geworden. In deze Inleiding gaat het ons om het signaleren van enkele verschuivingen in waardeoriëntaties, die mede aanleiding hebben gegeven tot dit rapport. In onze Europese samenleving is vanouds, onder inspiratie van christelijk gedachtegoed, aandacht gegeven aan de *zorg* voor hulpbehoevenden. Christelijke naastenliefde die zich uitstrekt tot allen die men op de levensweg tegenkomt, kreeg op die manier gestalte.

Lange tijd heeft deze opvatting de ontwikkeling van de zorg begeleid en gestempeld. Onder invloed van nieuwe ontwikkelingen is die centrale waardeoriëntatie in de zorg fundamenteel aan het veranderen. De 'patiënt' – de lijdende mens - die om Christus' wil verzorgd werd, verschijnt nu als de autonoom kiezende zorgconsument die op basis van persoonlijke voorkeuren en kosten, naar het voor haar of hem meeste geschikte arrangement zoekt. Nu is in allerlei situaties die verschuiving naar meer aandacht voor de wensen en voorkeuren van de kiezende zorggebruiker een gunstige ontwikkeling. Maar de realiteit van geschonden, lijdende en afhankelijke mensen is vaak een andere dan van een autonoom kiezende consument. Juist wanneer de zorg het meest nodig is, gaat het vaak niet om dergelijke vrij kiezende consumenten maar om mensen die niet alleen zijn aangewezen op hulp van anderen maar ook behoefte hebben aan mensen die aandacht hebben voor hun nood. Deze situatie bevat een spanning voor de zorginstellingen. Aan de ene kant voelen christelijke zorginstellingen zich gedwongen om mee te gaan met de trend naar meer vraaggestuurde zorg en meer te gaan operen in een marktsetting. Aan de andere kant rijst daardoor de vraag of in die situatie de oorspronkelijke waardeoriëntatie wel gehandhaafd kan blijven.

Blijft het in de omstandigheden van een markt mogelijk om in de gezondheidszorg nog *als christelijke instelling zorg te verlenen*? Gaat er met bovengenoemde ontwikkeling in de gezondheidszorg zelf niet iets belangrijks verloren? Als de zorgverlening in de huidige gezondheidszorg goeddeels is ontsproten aan de christelijke opdracht van dienst aan God en de naaste, wat gebeurt er dan met de gezondheidszorg wanneer zij losgesneden wordt van deze wortel? Wordt de plaats van wezenlijke waarden in de zorg dan niet ingenomen door andere waarden, die soms allesbehalve overeenkomstig de oorspronkelijke christelijke wortel zijn? Of is het mogelijk de zorgverlening zo vorm en inhoud te geven dat die fundamentele christelijke oriëntatie gehandhaafd kan blijven ook al zijn de institutionele en financiële arrangementen veranderd? In een marktsituatie bestaat de neiging om alle kenmerken van een zorgorganisatie, inclusief de levensbeschouwelijke identiteit, instrumenteel te maken voor de optimalisering van de marktpositie. Maar laat een dergelijke instrumentalisering van identiteit de wezenlijke inhoud daarvan wel overleiden? En zijn die organisatorische en financiële arrangementen die veelal sterk doelrationeel ingericht zijn, wel compatibel met de klassieke christelijke oriëntatie op de patiënt als persoon? Hoe zouden dergelijke arrangementen er dan uit kunnen zien?

Deze vragen vormen de achtergrond van deze studie. Niet op al deze vragen zal een expliciet antwoord gegeven worden. We zullen de discussie over de wenselijkheid van (een mate van) marktwerking in de zorg hier niet overdoen, maar zien de tendens in die richting als een

gegeven waarmee de zorginstellingen zullen moeten leven. Wat vraagt dat van bestaande christelijke zorgvisies en van het zorgbeleid? Welke opties staan daarbij open voor de bestuurders van die instellingen?

Hierop willen we in dit rapport ingaan. In dit eerste hoofdstuk kijken we vooral terug. Hoe hebben christenen in de loop van de geschiedenis aan zorg vorm en inhoud gegeven? Welke overtuigingen waren daarbij leidinggevend? Tot welke verschillende typen van instellingen heeft dat geleid?

1.2 Historische noties omtrent christelijke zorg

Vroege Christendom

In zijn boeiende analyse van de opkomst van het Christendom in Europa wijst R. Stark op een interessant en tamelijk onbekend verschijnsel. Dat is dat de groei van het Christendom in de Romeinse cultuur sterk bevorderd is door de grote epidemieën die in de eerste eeuwen in het Romeinse Rijk huisgehouden hebben. In de tweede eeuw was dat tijdens de regeerperiode van keizer Marcus Aurelius, tussen 165 en 170. Bijna een eeuw later opnieuw een vreselijke epidemie de Romeinse wereld. (p. 85,86) Stark betoogt dat het christendom door deze epidemieën sterk groeide omdat Christenen daartegen beter bestand waren. Het christendom gaf een bevredigender verklaring van deze ellende dan de andere godsdiensten en filosofieën. Ten tweede werden de christelijke waarden van naastenliefde vertaald in sociale bijstand en solidariteit in de gemeenschap. Dit resulteerde in een aanzienlijk hoger aantal overlevenden onder de christenen. De zieken werden verzorgd en de doden werden begraven, hetgeen de epidemie enigszins beperkt zal hebben. Ten derde noemt Stark dat de grote aantallen gestorvenen de sociale verbanden die mensen er van konden weerhouden om christen te worden, verzwakten en mensen opener kwamen te staan tegenover die 'goddeloze' christenen (p. 84,85 e.v.). In dit verband gaat het ons vooral om de waarneming dat christenen in die eerste eeuwen hun geloof ook uitwerkten in concrete zorg voor zieken en hulpbehoevende mensen. Ze deden dit niet alleen voor hun geloofsgenoten maar ook voor anderen (p.93)¹.

In dit verband gaat het ons vooral om de waarneming dat christenen in die eerste eeuwen hun geloof ook uitwerkten in concrete zorg voor zieken en hulpbehoevende mensen. Ze deden dit niet alleen voor hun geloofsgenoten maar ook voor anderen.

Een dergelijk optreden riep niet alleen verwondering op maar ook bewondering en bleek in crisistijden overleving van de 'eigen mensen' te bevorderen. Vermoedelijk een voor de christenen zelf ongedacht *gevolg*, niet het *doel* van hun optreden.

Middeleeuwen

In zijn *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde* besteedt G.A. Lindeboom onder meer aandacht aan de opkomst van het ziekenhuiswezen.² Hij schrijft: "Het concilie van Nicea dat in 325 bijeenkwam besloot aan de bisschoppen het oprichten van ... hospitalen en weeshuizen aan te bevelen. Dit besluit is het uitgangspunt geworden van de ontwikkeling van het christelijke ziekenhuiswezen". En even verder: "Bij de oprichting van dergelijke ziekenhuizen speelde geen enkel wetenschappelijk nevendoeel een rol, het was de charitatieve bewogenheid die de stichter dreef: de liefde van Christus dringt ons". We zien hier hoe de bestaande praktijk van de christenen een institutioneel kader krijgt. Voor het eerst in de geschiedenis werd langdurende zorg geboden aan de zieken, armen en maatschappelijk uitgestoten.³ Lindeboom wijst er verder op dat in West-Europa niet zozeer speciale ziekenhuizen, maar vooral de kloosterorden zich bezig hielden met de verzorging van zieken. De belangrijkste orde in dit verband was wel die van Benedictus. In de kloosterregels der Benedictijnen wordt de zorg voor de zieke broeder

¹ In 362 schreef de heidense keizer Julianus: "Die goddeloze Galileërs steunen niet alleen hun eigen armlastigen, maar ook de onze." In: Stark R. De eerste eeuwen. Een sociologische visie op het ontstaan van het christendom: Ten Have 1998, p.93.

² Lindeboom GA. Inleiding tot de geschiedenis van de geneeskunde. Amsterdam: Rodopi 1985⁵, p.77.

³ Lyons AS, Petrucelli RJ. *Medicine. An illustrated history*. New York: Adams 1978, p.272.

aanbevolen als een zorg aan Christus, die immers heeft gezegd: "Ik was ziek en gij hebt mij bezocht" (Matt. 25:36). Oorspronkelijk moest dan ook de zieke bij opname biechten en ter communie gaan. Voorts moest hij worden behandeld *quasi Dominus*, dat wil zeggen, *als ware hij de Heer zelf*. We zouden dit kunnen zien als de kern van de 'zorgvisie' van de monniken uit de Middeleeuwen.

In de kloosters werd de religieuze geneeskunst gecombineerd met wat over was van de klassieke geneeskunde.⁴ Het concilie van Aken (897) legt de uitoefening van de geneeskunde en ziekenverzorging bijna uitsluitend in handen van de geestelijkheid.^{5, 6} Het grootste deel van de Middeleeuwen concentreerde de zorg voor zieken en de medische wetenschap zich in de kloosters. De meeste artsen waren geestelijken en werkten in of bij de ziekenhuizen, welke aan de kloosters behoorden. Ook het medische onderwijs vond plaats in de klooster- en kathedraalscholen.⁷ Deze kloostergeneeskunde beleefde haar bloeitijd tussen de 9e en 12e eeuw.

Het religieuze stempel op de zorg voor zieken in de Middeleeuwen komt tot uitdrukking in de opvatting omtrent gezondheid, ziekte, de positie van de arts, en behandeling. Gezondheid, ziekte en genezing werden geïnterpreteerd vanuit het heilshistorische kader van het paradijs (*constitutio*), het aardse leven na de val (*destitutio*), en de opstanding, het herstel (*restitutio*). Deze heilshistorische duiding van gezondheid, ziekte en herstel gaf de mogelijkheid ziekte een betekenis, een zin te verlenen. Ziekte en lijden waren in dit aardse bestaan onvermijdelijk maar hadden niet het laatste woord. Ziekte werd ook niet alleen negatief opgevat en gezondheid niet altijd positief. Gesproken werd ook van de gevaarlijke gezondheid (*sanitas perniciosa*) en van de heilzame ziekte (*infirmetas salubris*).⁸ Ziekte werd dan ook niet als een principieel defect gezien dat hersteld kan worden en ook niet als een proces dat men moet bijsturen, maar als een voorbijgaande *status deficiens*, dat wil zeggen een zwaktetoestand, een ontologisch tekort.⁹ Genezing was dan ook geen reparatie of rehabilitatie, maar een omvormende handeling op de weg naar het heil. Daarnaast bevatte het gezondheidsconcept ook het element van het vermogen ziekte en lijden te dragen. Tot de kunst van het leven (*ars vivendi*) behoorde ook de kunst te sterven (*ars moriendi*). In iedere lijdende werd een broeder van Christus, ja Christus zelf gezien (vgl. Matth. 25), achter iedere arts Christus als de barmhartige helper (*Christus Medicus*). Herstel betekende de terugkeer van de levenskracht (*viriditas*). De arts was hierbij niet degene die d.m.v. voorschriften en handelingen de genezing doet komen, maar meer de moderator, de leider van de verandering die leidt tot herstel van de krachten. Het ethos van de arts lag dan ook niet in het genezen, maar in de barmhartigheid. De arts werd gezien als de dienaar van de patiënt.¹⁰ Van de arts had men in de Middeleeuwen hoge verwachtingen. Niet zozeer in technisch opzicht, als wel in moreel opzicht en voor wat betreft zijn vermogen tot meeleven en betoon van barmhartigheid.¹¹

Het is duidelijk dat hier wezenlijke contouren van een christelijke zorgvisie liggen die, ondanks andere omstandigheden en verwoordingen nog altijd van betekenis zijn voor de christelijke zorg vandaag.

- De zorg wordt onbaatzuchtig verleend en is niet afhankelijk van de wat zorgvrager nog aan 'tegenprestatie' kan leveren.
- Ziekte en lijden worden in een breder geloofskader geplaatst waarin ook de blijvend zieke niet een verstotene is en niet afgeschreven wordt.
- maar waarin voor de hele mens aandacht bestaat en

De zorg wordt onbaatzuchtig verleend en is niet afhankelijk van de wat zorgvrager nog aan 'tegenprestatie' kan leveren.

⁴ Kraan KJ. *Opdat u genezing ontvangt*. Gideon z.j., p.110, 111.

⁵ Heyne R. Christendom en Geneeskunde. In: Hagen JH. *Geloven in gezondheidszorg*. Lochem: De Tijdstroom 1982, p.83.

⁶ Toellner R (red.). *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Salzburg: Andreas & Andreas Verlagsbuchhandel 1986, p.756-7.

⁷ Lyons AS & Petrucelli RJ. *Medicine. An illustrated history*. New York: Adams 1978, p.286; Toellner R. *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Salzburg: Andreas & Andreas Verlagsbuchhandel, 1986, p.756.

⁸ Engelhardt D. von. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in den europäischen Kultur. In: Bonn K van (ed.). *Dokumente Deutschen Evangelischen Kirchentag Ruhrgebiet 1991*. München: Chr. Kaiser 1991, p.782-792.

⁹ Schipperges H. Anthropologien in der Geschichte der Medizin. In: Gadamer H-G, Vogler B (ed.). *Neue Anthropologie, II, Biologische Anthropologie*. Stuttgart: Georg Thieme 1972, p.190-191.

¹⁰ Heyne (1982) p.86; Schipperges (1972) p.191.

¹¹ Toellner (1986) p.786.

ook die onaangename ervaringen voor de lijder zelf een betekenis kunnen krijgen.

Reveil

In Nederland heeft het Reveil een grote betekenis gehad voor de Christelijke zorg. Mensen van het Reveil, dat allereerst een geestelijke vernieuwing was, namen allerlei initiatieven op sociaal gebied, vooral op het terrein van onderwijs en zorg. Met die initiatieven had men veelal groepen in de samenleving op het oog aan de zelfkant van het leven. Behalve als betoon van barmhartigheid, bijvoorbeeld met mensen met psychische stoornissen, hadden de activiteiten ook het element van een zedelijk beschavingsoffensief. Bijvoorbeeld in opvang van meisjes die op het verkeerde pad dreigden te komen. Men beperkte zich in elk geval niet tot de 'eigen kring'.

Als voorbeeld voor hun motivaties daarbij kijken we kort naar iemand uit die kringen en wel *ds. C.E. van Koetsveld* (1807-1893).¹² Men kan zeggen dat met hem, die wel de 'vriend der idioten' werd genoemd, de Nederlandse verstandelijk gehandicaptenzorg begon.⁽²⁶⁾ Hij nam een middenpositie in tussen, enerzijds, het beschavingsoffensief van de burgerlijke filantropie uit die tijd en, anderzijds, de opkomende christelijke filantropie van de protestants-orthodoxe Reveilkringen. Van Koetsveld was predikant in Den Haag en ontmoette in zijn dagelijks leven (op huisbezoek, als geestelijk verzorger van het Haagse krankzinnigengesticht) geregeld idioten wier lot hij zich aantrok. Hij richtte in 1855 in Den Haag de eerste 'idiotenschool' op en schreef de eerste Nederlandse monografie over het idiotisme, 'Het idiotisme en de idiotenschool. Een eerste proeve op een nieuw veld van geneeskundige opvoeding en christelijke philanthropie' (1856).

Van Koetsveld ging ervan uit dat ieder mens voor God gelijk is en dat ook in de idioot de mens volledig mens blijft. Hij zag zwakzinnigheid als een hersenziekte en meende dat de kern ervan willoosheid was. Er kon echter sprake zijn van genezing door middel van opvoeding. Het doel van de opvoeding was ontwikkeling, gericht op het verminderen van het isolement van de idioot door hem betrekkingen met de buitenwereld te laten aangaan. De onderwijzer stond dan ook centraal in de school en niet de arts. Kenmerkend voor de Haagse idiotenopvoeding was verder de nadruk op het gemeenschapsleven, teneinde de idioot geschikt te maken voor het huiselijk gezinsleven.

Interessant om op te merken is dat deze predikant toen al uitging van wat we nu een 'emancipatiemodel' zouden noemen en in tweede instantie van een therapeutisch model dat bij hem echter agogisch verstaan werd en niet medisch. Ook bij hem is de gelijkwaardigheid van mensen ongeacht hun vermogens en situatie uitgangspunt, zoals we dat ook voor de Middeleeuwse zorgvisie zagen.

Inleiding

In deze paragrafen willen we kort enkele bijbels-theologische noties bespreken die in enigerlei vorm in de loop der geschiedenis de basis hebben gevormd voor de christelijke inzet in zorgverlening. Het gaat hierbij om inzichten en overtuigingen zoals die in kringen van Focaris leden voorkomen. We baseren ons hierbij op documenten van zorginstellingen zelf, en op studies die ondermeer door het Lindeboom Instituut zijn verricht in samenspraak met zorgverleners uit Focaris kringen.¹³ Hiermee beweren we niet dat iedereen binnen Focaris deze tekst geheel voor eigen verantwoording wil nemen. De formuleringen blijven ook voor onze verantwoordelijkheid. Wel menen we hiermee een soort van grootste gemene deler te bieden van mens- en zorgvisies zoals die in kringen van Focaris leven. Het belang van deze paragraaf is ons inziens dat hiermee ook inhoudelijk een zekere markering plaatsvindt van wat onder christelijke, nader bepaald, gereformeerde zorg¹⁴, verstaan wordt.

¹² Ontleend aan H. Beltman. Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000. Proefschrift Groningen, 2001.

¹³ M.n. Cusveller BS (red). Zorgdragen. Naar een christelijke visie op zorg. Lindeboomreeks dl 8. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 1996.

¹⁴ We bedoelen het woord 'gereformeerd' hier in brede historische zin zoals dat in het Nederlandse protestantisme gestalte heeft gekregen. We ontkennen niet dat lang niet alle protestants-christelijke instellingen dit zo meer voor hun rekening willen

In het christelijke spreken over de mens kunnen we een aantal kenmerken van het menselijke bestaan identificeren. We bespreken achtereenvolgens: de mens is door God geschapen naar Gods beeld, als lichamelijk, als kwetsbaar, als relationeel en als verantwoordelijk wezen.

Naar Gods beeld

In de gereformeerde theologie en geloofsbeleving speelt het geloof in de Schepping en het door God geschapen zijn van de mens een belangrijke rol. Omdat de mens, als man en vrouw, is geschapen naar Gods beeld neemt hij in het geheel van de schepping een speciale positie in (Gen 1: 26). Over de uitdrukking 'naar Gods beeld', is veel geschreven. We noemen nu slechts enkele implicaties daarvan. Het betekent in elk geval geschapen zijn *in de relatie* tot God, met bepaalde bedoelingen van God met die mens. Het beeld van God zijn, is dan ook niet alleen gave, maar ook opgave. Het zegt niet alleen iets over waar ik vandaan kom, maar het zegt ook iets over mijn bestemming. Een bestemming die ik in eigen kracht niet kan vervullen. Dat gold al voor de zondeval en des te sterker daarna. Maar ook na de zondeval en na de zondvloed geldt nog altijd dat de mens is geschapen naar Gods beeld, en dat geeft nog altijd een bijzondere waarde aan het mensenleven.¹⁵

Het geloof in de schepping van de mens blijft niet beperkt tot Adam en Eva. Mensen in de bijbel belijden dat God ook hen persoonlijk geschapen heeft. Deze persoonlijke relatie met God brengen gelovige ouders tot uitdrukking door op het geboortekaartje te belijden dat zij hun kind uit Gods hand ontvingen. En als een gelovige uit christelijke kring sterft, erkent de familie dat hij of zij door God uit het leven is weggenomen. Ook dan worden 'natuurlijke' oorzaken niet ontkend, maar wordt beleden dat heel het leven en al onze tijden in Gods hand zijn (Ps. 31: 16). Een belijdenis die overigens niet altijd onaangevochten blijft, zeker als iemand na een moeilijk ziekbed of door een ongeluk of misdrijf om het leven komt, maar desalniettemin in de bijbel blijft klinken. Door de bedoelde goddelijke 'omvatting' krijgt een mensenleven een bijzondere waarde. Voor de zorg betekent dat een blijvende waardigheid en verzorgingswaardigheid van de mens, ongeacht situatie en vermogens.

In dit verband willen we wijzen op een cultuurstrijd die momenteel in onze samenleving gaande is en die directe consequenties heeft voor de zorg. Die uit zich in twee verschillende invullingen van het begrip menselijke waardigheid. In de eerste plaats de hierboven al aangeduide opvatting die correspondeert met de klassieke juridische benadering van menselijke waardigheid. Daarin wordt de menselijke waardigheid gezien als inherent aan het menszijn.¹⁶ In deze visie is menselijke waardigheid niet afhankelijk van bepaalde menselijke eigenschappen. Ook mensen die de voor het 'gewone' menszijn kenmerkende eigenschappen niet (meer) bezitten, eventueel zelfs van persoonlijkheid zijn veranderd, zijn

nog steeds mens met hun menselijke waardigheid, ook als de *ervaring* van die waardigheid er, althans bij sommigen, niet meer is. Op grond van hun menselijke waardigheid blijven zij volledig verzorgings- en beschermwaardig.

In deze visie liggen de betekenis en de waarde van het menselijke leven ten diepste in de betrekking tot God die er door het geloof in de Jezus Christus weer mag zijn. In dit geloof mogen we ons door God aanvaard weten, ook in ons lichamelijk bestaan.

In de onvoorwaardelijke zorg en aandacht voor mensen ligt een getuigenis van onvervreemdbare waardigheid van de mens en wordt in alle beperktheid verwezen naar de onvoorstelbare liefde van God voor mensen.

nemen; dat is een achtergrond van de opkomst van reformatorische en (vrijgemaakt) gereformeerde (in engere zin, zie boven onder "Tweede verzuiling") instellingen heeft geleid, waarin meer aan die traditie is vastgehouden.

¹⁵ W.H. Velema zegt in het verband van de vraag in hoeverre de mens na de zondeval het beeld Gods draagt: "Wij trachten het probleem van discontinuïteit en continuïteit te verwoorden door te spreken over de mens als het beeld Gods op een volstrekte negatieve wijze (in een negatieve modus). Dat de mens nog beeld Gods genoemd wordt, wijst terug naar het verleden en naar de mogelijkheid van herstel.", in: Genderen, J. van, Velema, W.H. *Beknopte gereformeerde dogmatiek*, Kampen: Kok, 1992, p. 304. In dit verband is het veelzeggend dat ook na de zondeval de onschendbaarheid van de mens gegrond wordt op het gegeven dat de mens is geschapen naar het beeld van God (Gen. 9:6).

¹⁶ Dit is een wijsgerige formulering die theologisch niet voldoet omdat naar Christelijke opvatting niets een inherente waardigheid bezit maar deze altijd ontleent aan de Schepper. De menselijke waardigheid is theologisch gezien een aan de mens zelf 'vreemde', maar door God toegekende waardigheid ('dignitas alienas').

Daarin mogen we dus ook onszelf aanvaarden, met de beperkingen die aan het menszijn in deze wereld eigen zijn, levend van de vergeving. In deze visie op waardigheid en gezondheid ligt een oproep om de *ervaren* waardigheid zo goed mogelijk te bevorderen in plaats dat deze een criterium wordt voor de levenswaardigheid. Hierin ligt een belangrijk kenmerk van christelijke zorg. In de onvoorwaardelijke zorg en aandacht voor mensen ligt een getuigenis van onvervreemdbare waardigheid van de mens en wordt in alle beperktheid verwezen naar de onvoorstelbare liefde van God voor mensen.

Naast deze klassiek opvatting komt steeds sterker een andere visie naar voren. Daarin wordt de menselijke waardigheid gebaseerd op bepaalde eigenschappen en ervaringsmogelijkheden die mensen hebben. Men doelt dan op een zekere mate van wilsbekwaamheid en mogelijkheid van participatie in het sociale leven, de continuïteit van persoonlijke karaktereigenschappen of de waardering van de balans van positieve en negatieve ervaringen in het leven. Dergelijke kenmerken verdwijnen inderdaad bij ernstige handicaps, dementie, ziekte of lijden of sociaal isolement. Menselijke waardigheid is dan primair de *ervaren waardigheid* van een mens op basis van bestaande vermogens. Deze ervaren waardigheid wordt als de bepalende waardigheid gezien. Deze invulling van menselijke waardigheid correspondeert met de juridische visie waarin het zelfbeschikkingrecht voorop staat. In deze visie is er ruimte voor opzettelijke levensbeëindiging.

Lichamelijk

In de gereformeerde visie op mens en leven klinkt de oproep het 'gewone leven' te stellen in dienst van God. Over dat gewone leven valt ook het licht van Gods zorg en genade; op onnavolgbare wijze heeft Rembrandt dat in zijn werk laten zien. Dit betekent dat ook het lichamelijke bestaan in oorsprong door God is geschapen en gewild. Het verdient dus onze aandacht en zorg. In onze tijd krijgt dat aspect meer aandacht dan in de geschiedenis – ten onrechte – wel eens het geval is geweest. Al moeten we nu weer waken tegen een overschatting in de zin van verabsolutering van gezondheid en levensverlenging als het allerhoogste goed. Belangrijk is hier dat vormen van nabijheid en presentie opnieuw gewaardeerd worden, tot in het lichamelijke toe.

In zijn lichamelijkheid is de mens nauw met de stoffelijke wereld verbonden, is hij daarvan afhankelijk. Maar tegelijkertijd kan de mens geschapen als lichamelijk wezen en geschapen in een nauwe relatie met God ook werkelijk Gods vertegenwoordiger zijn op aarde, bemiddelaar tussen God en de overige schepselen. De lichamelijkheid in haar differentie van man en vrouw houdt ook in de seksualiteit met haar mogelijkheid van voortplanting. Dit is een van de wegen om de opdracht tot beheer van de schepping te vervullen. Hoe belangrijk voor God de lichamelijkheid van het menselijke bestaan is, blijkt wel uit de komst van de Zoon van God in het vlees. Gods Zoon zelf werd vlees en bloed, en stond lichamelijk op uit de dood om in de weg van het geloof mensen van vlees en bloed te redden en in hun totale bestaan weer terug te brengen tot de liefdedienst aan Hem.

Voor de christelijke zorg onderstreept dit de waarde van de zorg voor mensen in hun lichamelijkheid met alle narigheid die dat in deze verstoorde wereld kan meebrengen.

Kwetsbaar

Als lichamelijk wezen is de mens van meet af aan kwetsbaar. Hij was ook in het Paradijs voor zijn voedsel afhankelijk van wat de schepping voortbracht. Die kwetsbaarheid kreeg na de breuk met God en het verlies van het paradijs een veel scherper en totaler karakter. Niet alleen is er nu de mogelijkheid van ziekte, handicap, lijden en van de dood.¹⁷ In de gereformeerde theologie heeft de dood een oneindig veel grimmiger karakter gekregen doordat ze manifestatie en voltrekking is van de scheiding van God. Ziekte bergt altijd iets in zich van de dreiging van de dood. Maar in het gereformeerde verstaan van de bijbel straalt

¹⁷ Aan de vraag naar de plaats van dood en sterven in het paradijs gaan we nu voorbij. Dat de mens vruchten en de dieren planten konden eten, betekent dat in zekere zin de dood in de natuur toen ook voorkwam. De gedachte van een inherente onsterfelijkheid van de mens lijkt meer Grieks dan bijbels, ook al betekende de aanwezigheid van de boom des levens vermoedelijk dat de mens niet *hoefde* te sterven.

ook vanuit dit gezichtspunt het Evangelie over het menselijke bestaan. Dood en verderf hoeven niet het laatste woord te hebben. Ook waar het lichamelijke bestaan slechts tot lijden lijkt te zijn gereduceerd blijft Gods zorg uitgaan naar de mens en zoekt naar handen en voeten om daaraan gestalte te geven.

Voor de zorg betekent dit in deze visie dat overwinning van de menselijke kwetsbaarheid niet het doel van de geneeskunde kan en mag zijn. De zin van het leven gaat ook niet verloren door ziekte of handicap want de waarde van het leven hangt niet af van functie of capaciteiten. Ziekte, lijden en handicap *kunnen* in het leven zelfs een betekenis krijgen, vgl. Joh. 5:14 en Joh. 9.¹⁸ Dat ziekte en handicap een boodschap kunnen bevatten, betekent niet dat ze op zichzelf goed zijn. We behoren ze tegen te gaan, uit liefde tot de naaste en omdat ze niet behoren tot Gods oorspronkelijke bedoeling met de schepping.

Maar hoe belangrijk de medische en verpleegkundige zorg tot het einde toe ook blijft, ze is niet alles. Gezien het karakter van de dood als oordeel en doorgang is vanuit christelijk perspectief de pastorale begeleiding van de stervende en van diens familie van de hoogste betekenis. Hoe staat de mens tegenover de dood, beter nog, tegenover de God van het leven, als hij sterft? Bij wilsonbekwame mensen, comateuze, demente, verstandelijk gehandicapte mensen, ligt dit moeilijk omdat die niet (goed) meer aanspreekbaar zijn. Dat onderstreept het belang van tijdig aandacht geven aan deze geestelijke dingen. Tegelijkertijd, wat zich in die geestelijke relatie tot God, ook bij wilsonbekwame mensen, afspeelt, onttrekt zich weliswaar aan onze waarneming, maar niet aan Gods werk en aan Zijn genade.

Over deze geestelijke zaken bestaan (ook) binnen Focaris verschillen van inzicht. Deze vormen mede een achtergrond van de diversiteit aan instellingen met verschillende identiteit.

Relationeel

De relationaliteit is een wezenskenmerk van het menselijke bestaan.¹⁹ De mens is geschapen als man en vrouw in onderlinge relatie. Ze zijn op elkaar aangewezen. Alleen al voor de uitbreiding en het voortbestaan van de mensheid. Maar niet alleen vanuit het tekort, ook in het positieve krijgt de relationaliteit gestalte, namelijk in het menszijn zelf. We worden die we zijn of kunnen zijn in relatie met anderen. Pas in de omgang met anderen krijg ik er zicht op wie ik ben en waar het in mijn leven om gaat. Alleen gezamenlijk kunnen we Gods opdracht tot beheer en heiliging van de schepping vervullen. En in de gemeente kunnen we slechts samen met alle heiligen gaan bevatten de liefde van Christus (vgl. Efeziërs 3:19). In de gereformeerde theologie krijgt deze verbondenheid van mensen onderling en hun gezamenlijke relatie tot God uitdrukking in de bijbelse notie van verbond; of beter, van de onderscheiden verbonden.

Dit kenmerk van het menszijn is funderend voor het hele verschijnsel dat we zorg noemen. In zekere zin kunnen we zeggen dat het menselijke bestaan zich in hoge mate kenmerkt door 'zorgen', in de zin van 'bebouwen en bewaren' (Genesis 2:15) en van de strijd tegen de dorens en de distels (Genesis 3: 18). Maar meer in het bijzonder heeft dat begrip betrekking op wat mensen voor elkaar kunnen en behoren te betekenen. Hattinga Verschure geeft de volgende omschrijving van zorg: "Het verschijnsel zorg komt ons voor ogen als een voortdurend bezig zijn van dieren en mensen om negatieve ervaringen of verwachtingen om te zetten in positieve effecten: honger in verzadiging, wanorde in orde, onbeschuttheid in geborgenheid, angst en bedreiging in veiligheid, eenzaamheid in gezelligheid, verdriet in berusting, knop in bloesem, bloesem in vrucht".²⁰ De Amerikaanse zorgtheoretica Joan Tronto brengt een nadere beperking aan in het begrip zorg. Zij spreekt alleen van zorg tussen *mensen*. Niettemin hanteert ook zij nog een breed zorgbegrip. Zorg vindt niet alleen plaats in de gezondheidszorg, maar ook tussen ouders en kinderen, leraren en leerlingen, werkgevers en werknemers, etcetera.²¹

¹⁸ P. Tournier geeft in zijn boek *Radicaal therapie* vele voorbeelden van lichamelijke klachten die samenhangen met zaken als hier genoemd. Zie ook: L. Gaatswijk-van der Plaats. De plaats van het geloof in de medische beroepsuitoefening. In: R. van Essen, T. v.d. Leer (Red.). *Pastoraat op de grens*. Merweboek, Sliedrecht 1989, p. 67-76.

¹⁹ In deze paragraaf is gebruik gemaakt van B. Cusveller (red). *Zorgdragen*. Lindeboomreeks dl. 8. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, hs. 2. Zie ook uitgebreider hierover: B. Cusveller. *Met zorg verbonden*. Dissertatie. Lindeboomreeks dl. 14. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 2004

²⁰ J.C.M. Hattinga Verschure. *Het verschijnsel zorg*. Lochem: De Tijdstroom, 1981², p. 33

²¹ Bots M. Joan Tronto: Het menselijk aspect is het hart van de zorg. *Patiënt en perspectief* 1995, jg.2, nr.3. p.33-35.

We kunnen veilig zeggen dat zorg een alledaags menselijk gegeven is; het zit zagezegd in onze aard. Zorgen hoort blijkbaar bij het menszijn. Dat zorgen krijgt een extra dimensie als de menselijke kwetsbaarheid zich manifesteert in ziekte, lijden of handicap. In die omstandigheden heeft een mens extra zorg nodig. De vraag is dan niet *of* we voor zwakke en kwetsbare medemensen zorgen, maar *hoe* we voor hen zorgen. De menselijke relationaliteit betekent ook dat de hulpverlening het element van wederkerigheid houdt. Het is nooit eenrichtingsverkeer. In die relatie blijft de zorgverlener niet onaangesproken en onaangedaan. Ook de zorgvrager blijft actor die aan de relatie haar bijdrage geeft. De zorgverleningrelatie moet niet zozeer gezien worden als een contract maar eerder als een verbond, een onderlinge morele betrokkenheid. Daarin zijn zorgverlener en zorgvrager gelijkwaardig, ook al staan ze verschillend in de relatie. De soms wat paternalistische liefdadigheid van de 19^e eeuw, hoe waardevol ook in die situatie, kan nu in veel opzichten geen voorbeeld meer zijn voor ons. Het gaat erom dat aan mensen in hun volle menszijn recht gedaan wordt; vgl. Psalm 146.

Relationaliteit betekent ook dat de mens graag samen is met anderen die haar of hem lief zijn, met wie verbondenheid en verwantschap ervaren wordt. Erkenning van die relationaliteit betekent dat de zorginstelling de zorg zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van de zorgvrager te bieden zodat diens sociale netwerk zoveel mogelijk in tact kan blijven.

Het betekent verder ook aandacht voor geestelijke verwantschap die in relaties van groot belang is. Dit houdt in dat het voor iemand die niet meer zelfstandig kan wonen maar in een instelling moet worden opgenomen, heel belangrijk is met wie men dan samen woont en wat het karakter is van die leefgemeenschap. Recht doen aan mensen houdt dan ook in recht doen aan de biografie van die mensen. Dit gegeven vormt een bestaansreden voor de Focaris-instellingen.

Erkenning van die relationaliteit betekent dat de zorginstelling de zorg zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van de zorgvrager te bieden zodat diens sociale netwerk zoveel mogelijk in tact kan blijven.

Verantwoordelijk

Het menselijk bestaan houdt meer in dan overleven. Het vraagt bewerking, het moet gestalte gegeven worden. Het menszijn in de wereld is als het ware een uitnodiging, een uitdaging, een opdracht, om in te gaan op het gegevene en er iets 'humaans' mee te doen, om het uit te bouwen. In die zin is zorgen primair geen last, maar een 'lust'. Het is een streven iets van de oorspronkelijk gegeven zin te doen oplichten en te ervaren. Het menselijk leven gaat dan ook *niet op* in zorg. Soms kunnen we, in alle beperktheid en voorlopigheid daarboven uitstijgen en spreken van bloei, schoonheid, vreugde, dankbaar gebruik maken van Gods gaven. En bepaalde uitingen van Gods bedoeling als liefde en zorg, tonen zich *juist te midden* van de gebrokenheid.

Niettemin, wat we gezien hebben van de mens als lichamelijk, als kwetsbaar en relationeel wezen, geschapen naar het beeld van God, nodigt ons uit, ja beveelt ons te beantwoorden aan de oproep die ligt besloten in de nood van een medemens. In de Bijbel en vooral in het leven van Christus klinken een protest op tegen de verwoestende macht van de Boze die zich ondermeer manifesteert in ziekte, lijden en dood. Tegelijkertijd wordt beleden dat niets wat gebeurt zich uiteindelijk aan Gods soevereine leiding onttrekt. In het gereformeerde denken hebben zowel menselijke persoonlijke verantwoordelijkheid als Gods Voorzienigheid een sterk accent gekregen. Dit biedt een krachtig motief tot particulier initiatief in het tegemoet treden van menselijke en maatschappelijke noden. De Focaris leden zijn daarvan in belangrijke mate uitvloeisel.

Aandacht voor de menselijke verantwoordelijkheid betekent ook dat de mens in nood geholpen wordt zoveel als gewenst zelf verantwoordelijkheid voor het eigen leven te dragen. Zorg moet mensen niet 'doodknuffelen', of tot passiviteit brengen. Niet primair uit kostenoverwegingen maar vanuit een christelijke visie op de mens dienen we de zelfstandigheid van zelfredzaamheid van hulpvragers in hun eigen situatie zoveel mogelijk te bevorderen.

Besluit

Als wij zorg voor de medemens in bovenstaande zin invullen, dan is zorg geen dienst om iets te verdienen, zelfs niet in de eerste plaats een plicht. Voor alles is het een 'vrucht der dankbaarheid', een werk dat wij mogen doen uit dankbaarheid voor de verlossing die Christus voor ons heeft verdiend. Maar dan is het ook een werk, waar wij nooit mee zullen stoppen, omdat wij ons niet afvragen of onze zorg voldoende effectief is, of de zorgbehoevende het wel waard is, of zijn leven wel zin heeft, of hij of zij wel de moeite waard is. Trouw zijn aan het relationele karakter van het menselijk bestaan betekent de relatie niet 'eigenhandig' verbreken.

1.3 Institutionele vormgeving

Na deze historische en inhoudelijke tekening en typering van christelijke zorg gaan we nu in de op de organisatorische kanten ervan. Zorgverlening is weliswaar in de eerste plaats een persoonlijke relatie. Maar in onze hedendaagse samenleving vindt die veelal plaats binnen organisatorische kaders van zorgorganisaties.

Rond het begrip zorg heeft zich in de loop van de eeuwen in onze samenleving een geheel van professies, instellingen en regelingen gevormd. Het is een hele sector van de samenleving geworden waarin niet alleen veel mensen verzorgd worden maar waarin ook velen zinvolle arbeid verrichten, hun brood met weinig of veel beleg verdienen. In de zorg als sector zijn vele soms grote belangen belichaamd en dan niet alleen van de zorgvragers. Dat hoeft op zichzelf niet verkeerd te zijn. Het geeft uitdrukking aan onze natuurlijke en culturele bestaan. Als we maar goed in de gaten houden dat het hele stelsel toch primair bestaat vanuit de bovengenoemde verantwoordelijkheid voor de medemens die hulp behoeft, die in nood is. Dat is niet vanzelfsprekend. Voordat we nader op de rol van zorgorganisaties ingaan is het goed de relatie tussen de instelling en de concrete zorgverlening nader te verhelderen. Daartoe maken we een onderscheid tussen zorgpraktijk, de vormgeving van de concrete zorgverlening, en institutie, die daarvoor de organisatorische en financiële kaders biedt.

Praktijk en institutie

Concrete praktijken van zorg- en hulpverlening staan niet op zichzelf. Ze zijn in onze maatschappij (haast) altijd ingekaderd in bepaalde institutionele kaders. Ze worden gereguleerd en gedragen door instituties als zorginstellingen en organisaties voor thuiszorg en maatschappelijke werk etc. die zelf weer functioneren binnen een

Daarom is het ons inziens van belang te beseffen dat bij dreigende belangenconflicten tussen institutie en praktijk het ethische karakter van de zorgpraktijk het primaat behoort te hebben.

financieringssysteem en wettelijke en professionele regelgeving. De betrekkingen tussen de zorgpraktijken en de bredere samenleving verlopen ook via dergelijke institutionele kaders. Een belangrijke vraag is nu hoe de zorgpraktijken, het zogenaamde primaire proces, zich verhoudt tot die instituties. Duidelijk is dat ze in onze gecompliceerde samenleving niet zonder elkaar kunnen. Ze moeten dan ook in eerste instantie als complementair en niet als tegenstrijdig gezien worden. Maar het zou naïef zijn te veronderstellen dat ze in onze maatschappelijke werkelijkheid niet op gespannen voet met elkaar kunnen staan. De institutie zal vooral de bedrijfsmatige en wettelijke kant van de praktijk voor haar rekening nemen. Dit wil zeggen, het innen van vergoedingen die voor de hulpverlening worden verstrekt en het verzorgen van de betalingen aan de zorgverleners en aan de overige werknemers van de instelling. De institutie heeft dus direct te maken met wet- en regelgeving op dit gebied en vertaalt dat op enigerlei wijze door in haar aansturing van de zorgverleners. Hiermee zijn behalve de belangen van de hulpvragers ook die van de samenleving als geheel (collectieve uitgaven) en die van al de werknemers van de instituties gemoeid.²² Dit zijn legitieme belangen die aandacht behoeven. Tegelijkertijd moet niet uit het

²² Dit geldt voor instellingen waarbij de professionals in dienstverband werken. Dit is voor verpleegkundigen en verzorgenden (maar hetzelfde geldt voor maatschappelijk werkers en sociaal pedagogische hulpverleners) meestal het geval. Voor artsen niet-in-dienstverband en vrijgevestigde hulpverleners op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en psychosociale zorg,

oog worden verloren dat, zoals hierboven is betoogd, de hulpverleningsinstituten bestaan met het oog op de nood die hun hulpverleners trachten te lenigen. Tegelijkertijd hebben ze als alle instituten in onze maatschappij de neiging hun eigen bestaan en voortbestaan tot hoogste waarde te verheffen. Daarom is het ons inziens van belang te beseffen dat bij dreigende belangenconflicten tussen instituten en praktijk het ethische karakter van de zorgpraktijk het primaat behoort te hebben.

Dit wil niet zeggen dat de hulpverleners altijd gelijk hebben, of dat het belang van de instituten nooit voorrang mag krijgen. Wél dat organisatie en werkwijze van de instituten het primaat van de ethisch gekwalificeerde praktijk dienen te weerspiegelen. Het voert in dit verband te ver dit uitvoerig uit te werken. Maar zoals zal blijken, heeft dit uitgangspunt implicaties voor het vervolg van dit essay.

Visie op Identiteit(sbeleid) en zorg

Nu we het belang en de rol van de zorginstelling kort hebben aangegeven is het van belang hier speciaal aandacht te geven aan de identiteit van de instelling. De christelijke (gereformeerde) identiteit van de Focarisleden vormt immers een belangrijke reden van hun bestaan. Maar voordat we ingaan op het belang en de rol van identiteit voor het strategisch en operationeel beleid van christelijke instellingen eerst enkele algemene opmerkingen over het begrip identiteit in het kader van gezondheidszorginstellingen.

Instellingen en instituten kunnen gezien worden als *antwoorden op aanspraken* die mensen in het leven ervaren. Ze geven gestalte aan de wijze waarop mensen verantwoordelijkheid nemen voor aanspraken ten aanzien van het menselijke bestaan en samenleven.

Enkele van die aanspraken zijn:

- verantwoordelijkheid voor de opvoeding en de vorming van de nieuwe generaties (opvoeding, onderwijs, jeugdzorg e.d.)
- verantwoordelijkheid voor de zieken en andere zorg- en hulpbehoeftigen (gezondheidszorg, welzijnszorg e.d.)
- verantwoordelijkheid voor rechtvaardige verhoudingen in de samenleving, nationaal en internationaal (overheid, internationale verbanden en gemeenschappen)
- verantwoordelijkheid voor de instandhouding en voortgang van de (christelijke) eredienst (Kerkgenootschappen en gemeenten)

Zorginstellingen trachten dus te beantwoorden aan de oproep tot zorg en gestalte te geven aan compassie met mensen in nood. Een zorginstelling en de mensen die daar werken doen dat altijd vanuit hun (al dan niet bewust gemaakte en formeel vastgelegde) overtuigingen en motieven over de mens, en voor zorginstellingen vooral ook over ziekte, lijden en sterven en de betekenis van zorgverlening in dat verband. Denk aan wat hierboven is gezegd over enkele bijbelse kernwoorden op het thema van menszijn, gezondheid, ziekte, lijden e.d. Ook bestuurders en andere leidinggevenden besturen hun instelling vanuit dergelijke *regulatieve* overtuigingen, binnen de *context* van de randvoorwaarden die de samenleving en met name de politiek, stelt.

Het geheel van die overtuigingen op zorgverleningsniveau en op instellingsniveau geeft de instelling haar 'identiteit'. Dit wil zeggen dat zorgpraktijken en de instellingen waarbinnen die plaatsvinden, altijd een *bepaalde* identiteit hebben en dat die identiteit altijd mede levensbeschouwelijk is bepaald. De vraag is niet *of* een instelling identiteitsgebonden is maar door *welke* identiteit de instelling zich kenmerkt en wil laten kenmerken.

Ten aanzien van identiteit is het voor onze analyse nuttig nog een onderscheid aan te brengen. Dat is het onderscheid tussen formele en feitelijke identiteit, ofwel tussen beleden en beleefde identiteit. Met de formele of beleden identiteit wordt de identiteit bedoeld zoals die in de formele stukken als statuten, identiteitsdocumenten, reglementen, zorgvisies e.d. is

komt de bedrijfsmatige kant ook voor verantwoordelijkheid van de hulpverlener zelf, waardoor de spanning die hier geschetst wordt tussen instituten en zorgprofessional, bij een en dezelfde persoon zal voorkomen.

geformuleerd. Men kan ook zeggen de signatuur. Hierin kan een kerkelijke binding een belangrijk element vormen. De feitelijke of beleefde identiteit is de het geheel van kenmerkende eigenschappen van de wijze waarop de instelling in de praktijk functioneert en waarin een geloofsovertuiging en een bepaalde levensbeschouwing bepalende elementen kunnen zijn.

In het licht van het bovenstaande kunnen we nu stellen dat de *beleden identiteit* gezien kan worden als een *belofte* ten aanzien van de wijze waarop men de aanspraak tot het nemen van verantwoordelijkheid voor zorgbehoefte mensen zal beantwoorden.²³ De *beleefde identiteit* is dan de vervulling van die belofte, of niet of slechts gedeeltelijk.

Een belofte heeft alleen zin als er mensen zijn voor wie het beloofde betekenis heeft. Het doen van de belofte om zorg te verlenen op een wijze die bepaald wordt door de christelijke geloofsovertuiging en levensbeschouwing heeft alleen zin als er mensen zijn die aan een dergelijke zorgverlening behoefte hebben. En de vervulling van zo'n belofte kan alleen tot stand komen als de belover en de geadresseerden ook daadwerkelijk letterlijk tot elkaar komen. Die belofte moet dus niet alleen waargemaakt maar ook bekendgemaakt worden! En, vooruitlopend op het vervolg, in dit verband *kunnen* marketingstrategieën ongetwijfeld een belangrijke rol vervullen ook zonder dat men de zorg als geheel als een commerciële sector ziet.

Voordat we ingaan op de vraag vanuit welke motivatie instellingen, kijken we kort naar hoe christenen dat in de relatief recente geschiedenis gedaan hebben.

Verzorgingsstaat

In de loop van de negentiende eeuw vond een emancipatie plaats van het Protestantse en Rooms Katholieke volksdeel, gevolgd door de opkomst van het socialisme. Elke stroming ging een eigen 'zuil' vormen. Rond de overgang naar de twintigste eeuw kenmerkte de Nederlandse samenleving zich door de zo bekende en ook verguisde verzuiling: de liberale, de Protestantse en Rooms Katholieke en de socialistische zuil die tot in de jaren zestig van de twintigste eeuw gezichtsbepalend bleven voor de Nederlandse samenleving. Die zuilen hebben in de loop van die eeuw een grote rol gespeeld in de opbouw van de verzorgingsstaat. Via een verscheidenheid aan sociale wetten, van verbod op kinderarbeid²⁴, en invoering algemeen kiesrecht, tot werkeloosheidswet en ziektekostenwetten veranderde de 19^e eeuwse nachtwakersstaat in de verzorgingstaat die Nederland rond 1970 kenmerkte. Allerlei sociale voorzieningen die voorheen – zo goed en zo kwaad als dat ging- door particuliere (liefdadigheids)organisaties en door kerken werden uitgevoerd, werden door de overheid overgenomen en collectief gefinancierd. Deze ontwikkeling bracht ook mee dat de uitvoering van die sociale voorzieningen geprofessionaliseerd werd. Ook allerlei vormen van hulp- en zorgverlening kwam meer en meer in handen van professionals. De emancipatie en individualisering van burgers hield ook in dat men niet meer van liefdadigheid en van de goedheid van anderen afhankelijk wilde zijn. Dit bracht mee dat de band tussen de uitvoerende professionals en de oorspronkelijke initiatiefnemers vanuit een levensbeschouwelijke zuil steeds zwakker werd. De collectieve financiering van professioneel uitgevoerde voorzieningen, maakte een recht wat voorheen een gunst was. Wat aanvankelijk was bedoeld als een vangnet voor probleemgevallen werd meer en meer een stelsel van voorzieningen die de opkomende calculerende burger reeds bij voorbaat verdisconteerde in de planning van zijn sociaaleconomische bestaan.

Rond 1970 was de verzorgingstaat op zijn hoogtepunt en tegelijkertijd topzwaar geworden. De noodzaak van een kanteling begon zich op te dringen al was het begin van een werkelijke aanpassing pas een decennium later politiek haalbaar (eerste kabinet Lubbers).

²³ Vgl. H. Groen. Identiteit als belofte. Zoetermeer: Boekencentrum 1998

²⁴ Het beroemde kinderwetje van het Tweede Kamerlid Samuel van Houten dat op 5 mei 1874 werd aangenomen.

Tweede verzuiling

In de jaren zeventig van de vorige eeuw begon het traditionele verzuilde bestel in Nederland af te kalven. De oude zuilen brokkelden steeds meer af, niet in laatste plaats omdat de betreffende organisaties en hun achterbannen in de samenleving *grosso modo* minder belijnd vanuit de oorspronkelijke levensbeschouwing dachten en werkten. De grote confessionele zuilen seculariseerden mee met de cultuur als geheel. Dat leidde er vervolgens toe dat zij die dat nog wel wilden doen, zich bij die organisaties niet meer thuis voelden. Een eerste manifestatie van die herzuiling begon al kort na de Tweede Wereldoorlog vanuit de gereformeerde kerken vrijgemaakt. Zij richtten onder meer een eigen krant en een eigen vakvereniging (het GMV) op naast tal van andere gereformeerde organisaties, waaronder scholen en zorginstellingen, onder meer de Wijngaard (behorende bij Accolade zorggroep) en Sprank, die voortkomt uit de begin jaren zeventig opgerichte vereniging 'Dit Koningskind'.

Dat proces voltrok zich breder in diverse kerken vooral in de jaren zestig en leidde in de jaren zeventig tot het oprichten van nieuwe organisaties. Op het protestants-christelijke/evangelische erf verscheen de EO naast de NCRV. Naast Trouw verschenen het Reformatorisch Dagblad, naast het CNV (dat niet meeging met de fusie van het NKV en het NVV in de FNV) en het GMV werd de RMU opgericht. Het Reformatorische Dagblad en de RMU steunde vooral op de SGP achterban. Deze bevindelijk- gereformeerde bevolkingsgroep richtte in die jaren ook reformatorische scholen op; zowel voor basis- als voor voortgezet en middelbaar en hoger beroepsonderwijs (De Driestar). Daarnaast werden ook diverse instellingen in de gezondheidszorg opgericht. Dit betrof vooral instellingen voor ouderenzorg en gehandicaptenzorg (een drietal binnen de bevindelijk-gereformeerde bevolkingsgroep, een uit gereformeerd-vrijgemaakte kring, naast een aantal bestaande protestants-christelijke instellingen waarvan St. Philadelphia Zorg een van jongste was), verpleeghuiszorg en thuiszorg. Een deel van deze instellingen was kerkelijk gebonden, vooral aan de Gereformeerde Gemeenten in Nederland en Noord Amerika, en een deel was interkerkelijk maar wel beperkt tot kerkgenootschappen en verenigingen (m.n. de Gereformeerde Bond en in de PKN).²⁵

Hoe dan ook, deze tweede verzuiling, die veel kleinschaliger bleef dan de eerste, was een manifestatie van een toenemende pluralisering van onze samenleving waarin een diversiteit aan organisaties allerlei niches in het levensbeschouwelijke landschap gingen bezetten.

Omslag

In de loop van de jaren negentig van de vorige eeuw is geleidelijk een omslag in gang gezet van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg.²⁶ Vooral de herziening van de AWBZ is daarbij een drijvende kracht geweest. Tenminste twee krachten kunnen hierachter gesignaleerd worden. Dat is ten eerste de liberalisering van de dienstverlening waarbij collectieve dienstverlening steeds meer aan marktprincipes werden onderworpen. Het geloof in de markt als oplossing van lastige beheersvraagstukken van collectieve voorzieningen maakte in de genoemde periode een geweldige opmars door die zich door negatieve effecten slechts beperkt liet corrigeren (vgl. ervaringen met de NS, en de WMO). In de tweede plaats is dat de emancipatie van de burger die meer en meer een opportunistisch gebruik is gaan maken van collectieve voorzieningen die aanvankelijk bedoeld waren als vangnet voor moeilijke uitzonderingssituaties. Deze geëmancipeerde burger wil zich niet langer onderwerpen aan het regiem van de voorziening maar wenst die te gebruiken in de realisering van het beeld dat men van het eigen leven heeft.

Dit betekende dat zorgaanbieders, in eerste instantie vooral de AWBZ gefinancierde zorginstellingen, meer en meer hun gebruikers moesten 'werven'. Dit vereiste dat zorginstellingen voor de potentiële zorgvrager en voor de financier inzichtelijk moest maken

²⁵ Voor een uitvoerige beschrijving van deze instellingen en hun positie in het veld zie : JJ Polder & H van der Wal. Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte. Oikonomos Foundation 2000.

²⁶ Vraaggestuurd voor wat betreft de concrete zorgverlening; in zekere zin was de verzuilde zorg een uiting van de vraag naar een dergelijke levensbeschouwelijk bepaalde zorg.

wat de zorg inhield die men aanbood. Dus wat men aan zorg 'beloofde'. De zorg moest verder aan bepaalde kwaliteitseisen gaan voldoen (HKZ-certificatie, e.d.). Dit alles vergde van de instellingen een professionaliseringslag, nu niet zozeer van de zorgverleners maar van het bestuur en het management. Veel levensbeschouwelijke instellingen veranderden tussen ruwweg 1990 en 2005 van een Stichting met een bestuur, bestaande uit 'vrijwilligers' uit de achterban en een directie, naar een bestuursvorm van bestuurder(s) (voormalige directie) en Raad van Toezicht (voormalige bestuur). De instellingen van de Tweede verzuiling maakten deze professionaliseringslag relatief laat, maar maakten die veelal wel. Dat vergrootte de slagkracht van het bevoegd gezag, maar creëerde ook een grotere afstand tussen de instelling en de achterban. Dit is een nadeel voor wat betreft de binding van de achterban aan de instelling. Temeer daar in deze zelfde periode de vanzelfsprekendheid dat mensen gebruik maken van de instellingen van de eigen kerkelijke of godsdienstige identiteit, allengs begon af te kalven. Dus terwijl het door de herziening van de AWBZ voor de continuïteit van de instelling noodzakelijk was geworden om zorggebruikers (cliënten) te werven, namen de traditionele bindingen tussen instellingen en achterbannen af. Er moesten nieuwe strategieën bedacht worden om de binding met de achterban en de toestroom van gebruikers te handhaven. Enerzijds is dat natuurlijk een taak van de Raad van Toezicht, een meer op afstand gekomen vervanging van het eerder bestuur. Maar de meer kritische gebruiker wil wel merken dat de identiteit van 'zijn' instelling verschil maakt voor de dagelijkse zorgverlening. Tegelijkertijd ging de omslag naar 'vraaggestuurd' gepaard met een groter nadruk op het financieel-economische aspect. Zorgverlening kreeg meer en meer trekken van een 'gewoon' economisch bedrijf. Daarmee nam de spanning tussen 'praktijk en institutie' (zie boven) toe en daarmee ook weer de druk op een invulling van identiteit in de concrete dagelijkse zorgverlening. Dus ook de doorwerking van de identiteit in de concrete zorg, naast het aanbod van (kerk)diensten en dergelijke direct op de identiteit geënte activiteiten, vroeg in toenemende mate de aandacht van de bestuurders. Vaak werd een identiteitscommissie (of iets van dien aard) ingesteld om een identiteitsstatuut op te stellen als hulpmiddel om de identiteit van de instelling te bewaken en te laten doorwerken in de dagelijkse zorgverlening. Maar het bleef een punt van constante aandacht. Alleen instellingen met een heel sterke kerkelijke binding en daarmee corresponderende cultuur, lijken zich de luxe te kunnen veroorloven van een geringe formalisering van het identiteitsbeleid.

De genoemde nieuwe uitdagingen en de professionaliseringslag brachten wel een nieuwe dynamiek in het veld van de christelijke zorg, ook in dat deel dat zich in Focaris verenigt. Maar dat neemt niet weg dat het zoeken naar een adequate positionering van de eigen instelling en invulling van de identiteit een belangrijk aandachtspunt bleef.

1.4 Typologie en vormgeving identiteitsbeleid

We zien dat Nederland een geschiedenis kent waarin een diversiteit van christelijke zorginstellingen op eigen wijze geprobeerd hebben gestalte te geven aan de belofte zorg te zullen verlenen die aan bepaalde kenmerken voldoet. Het bovenstaande overziende, valt te constateren dat de christelijke identiteit voor verschillende instellingen geheel verschillend kan functioneren. Deze verschillen kunnen geordend worden door het onderscheid tussen *interne of externe gerichtheid* en het onderscheid tussen *formele en feitelijke* identiteit.

Aanbod- of vraagbepaald

De oorspronkelijke motivatie van christenen om zorg te gaan verlenen was de christelijke barmhartigheid jegens mensen in nood, van welke aard die nood dan ook was. We zien dit in de middeleeuwse zorg maar ook bij het Reveil nadrukkelijk naar voren komen. De zorg strekte zich uit tot ieder die daaraan behoefte had. Het was, kerkelijk geformuleerd, *een vorm van diaconaat naar buiten*. Deze zorg was vooral *aanbodbepaald*. Dergelijke christelijke instellingen bestaan nog altijd. We kunnen bijvoorbeeld denken aan Stichting Ontmoeting, maatschappelijke opvang voor zwervers en daklozen, aan De Hoop, verslavingszorg en aan

Stichting tot Heil des volks die onder meer werkt onder prostituees, en aan het Leger des Heils dat allerlei vormen van opvang en zorg voor 'buitenstaanders' aanbiedt.

Ook christelijke ziekenhuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg zijn aanvankelijk vooral opgericht van uit een christelijke motivatie tot zorgverlening en niet met het oog op een bepaalde doelgroep. Voor sommige instellingen is dat er later wel bijgekomen.

Daarnaast is in het voetspoor van de verzuiling en de tweede verzuiling (zie boven) een diversiteit aan christelijke instellingen ontstaan vanuit kerken en kerkelijke organisaties die zich vooral richten op mensen uit de eigen achterban. De levensbeschouwelijke en morele pluraliteit in de samenleving bracht mee dat christenen meer en meer behoefte kregen aan zorg die beantwoorde aan de eigen geloofsovertuiging en levensstijl. De christelijke identiteit van deze instellingen was vooral *doelgroep gericht*; een vorm van *diaconaat naar binnen*. Deze zorg is vooral vraagbepaald (wat nog niet wil zeggen vraaggestuurd) waarbij de vraag zich onderscheidt in levensbeschouwelijk opzicht (en bijbehorende cultuur).

Dit type instellingen vinden we vooral in langdurige zorg zoals ouderenzorg en verpleeghuiszorg. Maar ook in bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg (Eleos) en de jeugdzorg (SGJ). Sommige instellingen kennen beide oriëntaties, bijvoorbeeld Agathos die thuiszorg en psychosociale zorg verleent aan allen die op haar weg komen, maar vanuit een duidelijk omschreven christelijke identiteit (zie tabel 1).

Van dit tweede type instellingen zien we soms dat de identiteit zich geleidelijk aan wat verbreedt. Dit kan gebeuren onder invloed van kerkelijke en theologische ontwikkelingen waarin de eigen identiteit minder stringent geformuleerd wordt. Het kan ook plaatsvinden onder druk van de noodzaak meer gebruikers te trekken dan op een bepaald moment uit de oorspronkelijke achterban komt. De vraagbepaalde zorg kan dan alleen in stand blijven als de vragende doelgroep iets breder wordt getrokken. De noodzakelijke gerichtheid op een bredere markt zet de specifieke eigen identiteit onderdruk. Maar bij het te breed trekken van de grenzen voldoet voor sommige vragers het aanbod niet meer aan de wensen en ze maken daarvan geen gebruik meer. En dan kan het 'marktaandeel' van die instelling door de verbreding van de doelgroep ook feitelijk weer kleiner worden. Zo zitten de instellingen soms tussen de twee vuren van markt en identiteit.

Tabel 1: Twee typen instellingen qua achterliggend motief

Reveilmodel	Verzuilingsmodel
Aanbodbepaald	Vraagbepaald
Primair gericht op 'buitenstaanders'	Achterbangericht
Diaconaat naar buiten	Diaconaat naar binnen
Identiteit als motivatie	Identiteit als cultuur

Formele en feitelijke identiteit

De tweede invalshoek ter typering van de soms verwarrende diversiteit van christelijke identiteiten is die van de verhouding tussen formele en feitelijke identiteit. Idealiter stemmen die twee overeen. Men doet wat men in de formele identiteit belooft. Er zijn echter ook instellingen die formeel een protestants-christelijke identiteit hebben maar in de loop van de jaren, vooral in de jaren zestig en zeventig van vorige eeuw, medewerkers hebben aangenomen en zorgvrager hebben opgenomen die met die identiteit geen of nauwelijks een binding hadden. De feitelijke identiteit komt daardoor slechts in beperkte mate nog overeen met de formele identiteit. De traditionele achterban, voor zover die niet in de tweede verzuiling is meegegaan, heeft zich daarbij, in de erkenning van de pluraliteit in onze samenleving, vaak bij neergelegd. Soms probeert het management van een dergelijke instelling op een bepaald moment de eigen identiteit weer scherper profiel te geven, al dan niet in de richting van een bepaalde christelijke traditie. De formele identiteit wekt bij een deel van de potentieel cliëntele nog een zekere vertrouwdeheid maar een duidelijke functie heeft de identiteit in deze instellingen niet.

Anderzijds zijn er instellingen die wel voortkomen uit een christelijk initiatief, inmiddels formeel een algemene instelling zijn geworden, maar waar de christelijke identiteit feitelijk nog steeds nadrukkelijk aanwezig is en ook een duidelijke rol speelt bij het aantrekken van zorgvragers.

De formele veralgemenisering is vaak een gevolg van fusies met een niet-christelijke instelling. Dat de feitelijke identiteit nog altijd een christelijke stempel heeft, hangt dan vaak samen met het feit dat er veel christenzorgverleners (meestal verpleegkundigen en verzorgenden) in die instelling werken. Het hangt dan vooral van het voortgaande aanstellingsbeleid af hoe de identiteit zich ontwikkelt (zie tabel 2).

Tabel 2: Vier typen instellingen qua functioneren van identiteit

	Formeel	Christelijk	Niet-christelijk
Feitelijk			
Christelijk		Christelijk	Feitelijk christelijk
Niet-christelijk		Formeel christelijk	Niet christelijk

Instrumenten voor identiteitsbeleid

Een belangrijke vraag die nu opkomt voor bestuurders en managers is hoe men kan werken aan de vervulling van de belofte die besloten ligt in de formele identiteit van hun instelling. Welke middelen en strategieën heeft men daarbij ingezet en welke zijn effectief (voor zover bekend)? Het antwoord op deze vragen is van belang om vast te stellen welke middelen bestuurders kunnen hanteren bij het vormgeven van de identiteit van hun instelling in het zorgbeleid en in de concrete zorgverlening.

Hierover is eerder onderzoek verricht door het Prof. Lindeboom Instituut en door het lectoraat Ethiek van de zorg. We geven van dat onderzoek enkele uitkomsten die hier van belang zijn.

De vraag die in het identiteitsonderzoek van mw. Turksema werd onderzocht, is op welke wijze leidinggevendenden de identiteit van hun instelling proberen gestalte te geven in ethisch beleid in de zorgverlening.²⁷ Deze vraag kan ons inziens gezien worden als een toespitsing van de meer algemene vraag naar middelen en manieren om het identiteitsbeleid vorm te geven.

De resultaten lieten zien dat de manieren en methoden waarmee leidinggevendenden van instellingen hun identiteitsbeleid invullen, zich lieten groeperen in drie strategieën.

1. Management van identiteit door middel van 'cultuur'
2. Management van identiteit door middel van beleidsvoering ('structuur')
3. Management van identiteit door middel van personeelsmanagement.

Ad 1: Management van identiteit door middel van 'cultuur'.

In deze benadering tracht het management de identiteit gestalte te geven in de praktijk door een bepaalde instellingscultuur te handhaven, dan wel tot stand te brengen. Deze cultuur betreft zowel gedeelde levensbeschouwelijke en morele overtuigingen, als ook de sfeer en het gedrag binnen de instelling. Die overtuigingen zijn in essentie vastgelegd in de statutaire grondslag of andere documenten. Het management belichaamt zelf als het ware de gewenste cultuur en door allerlei maatregelen, waaronder het aanstellingsbeleid, maar ook door godsdienstige vormen, tracht men die cultuur te handhaven. Hierbij gaat men ervan uit dat de cultuur en de hiertoe behorende levensbeschouwelijke overtuigingen het handelen en ook de ethische keuzen onmiddellijk beïnvloeden en sturen.

De methoden in het kort:

- Voorbeeldfunctie leidinggevendenden: bevordering zorgcultuur
- Beschikbaarheid geestelijke verzorging en van zorgverleners uit cultuur van doelgroepen
- Godsdienstige vormen/diensten, kapel
- Gemeenschaps- en cultuurstichtende bijeenkomsten: gebruikers en medewerkers betrekken bij (identiteits)beleid

²⁷ Turksema YG. Moral management en levensbeschouwing. Verslag afstudeeronderzoek in Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte verricht bij het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, 1996; zie ook Jochemsen H. Hoezo Christelijk? Identiteit, ethiek en levensbeschouwing in zorginstellingen. In: Boer ThA. (red.) De meest gestelde vragen over identiteit. Utrecht:CVZ 1997.

Ad 2: Management van identiteit door middel van beleidsvoering.

In deze benadering tracht het management de levensbeschouwelijke identiteit van de instelling gestalte te geven in de zorgverlening zelf, bijvoorbeeld in zorgmethodieken waarin een christelijk (relationeel) mensbeeld is verdisconteerd. Daarnaast kan dit gebeuren via een ethisch beleid door middel van overlegstructuren, procedures, protocollen, commissies e.d. Door middel van overleg en ethische deliberatie, gericht op consensusvorming en het opstellen van procedures, ethische richtlijnen, protocollen e.d. tracht men het ethisch – aangesloten bij methodieken, rest van het hoofdstuk handelen te leiden overeenkomstig de identiteit van de instelling. Voorop staat zorgvuldige besluitvorming en uitvoering.

De methoden in het kort:

- Schriftelijk vastgelegde formele identiteit
- Opschrift gestelde Mission statement en(zorg)visie
- Beleidsplannen (o.a. opnamebeleid)
- Uitwerken betekenis identiteit voor zorgverlening in methodieken
- Uitwerken betekenis identiteit voor zorgverlening in protocollen (vgl. 'Bijzondere Kwaliteit')
- Patiënttevredenheidsmeting
- Informeel overleg
- Formeel overleg
 - Teambesprekingen
 - Commissies
 - Ethische commissie
 - Identiteitscommissie

Ad 3: Management van identiteit door middel van personeelsbeleid

Deze benadering stelt de persoonlijke inhoudelijke verantwoordelijkheid van de leidinggevende en de werknemer centraal. Deze benadering houdt in dat het management bevordert dat zowel de leidinggevendenden als de professionele zorgverleners zich persoonlijk verantwoordelijk stellen voor de morele en levensbeschouwelijke implicaties van de instellingsidentiteit. Het management tracht zowel de deugden te bevorderen die nodig zijn voor een verantwoorde beroepsuitoefening, zoals eerlijkheid, zorgvuldigheid, als de deugden nodig voor het gestalte geven aan de identiteit van de instelling, zoals dienstbaarheid, rentmeesterschap e.a.

Voor het gestalte geven aan voluit christelijke identiteit via nadruk op persoonlijke verantwoordelijkheid en voorbeeldfunctie is het nodig dat de medewerkers zelf hun identiteit vinden in de persoon van Jezus Christus en in de navolging van Hem. Zonder deze persoonlijke geloofshouding kan nog wel aan christelijke waarden gestalte gegeven worden, maar zal toch de geestelijke inspiratie daarvan ontbreken, hetgeen de christelijke cultuur als geheel ten minste kwetsbaarder maakt.

De methoden in het kort:

- Aanstellingsbeleid
- Bijscholing/HRM (zie boven aandachtspunten (2))
 - Kennis
 - Zorginhoudelijk
 - Identiteitsbeleid/ethisch beleid
 - Mediatheekbeleid
 - Vaardigheden
 - Zorgtechnisch
 - Gesprektechnisch
 - Vergadertechnisch
 - Attitude
 - Attitudevorming
 - Morele vorming
 - Bejegening

Conclusie

De drie strategieën zijn complementair. Welke strategie het meeste aandacht krijgt in een bepaalde instelling hangt mede af van waar die instelling op het punt van identiteit is op dat moment in haar geschiedenis, met name de mate van levensbeschouwelijke pluriformiteit. Het blijkt dat de meer uniforme instellingen zich vooral van de cultuurbenadering bedienen. Beïnvloeding van de feitelijke identiteit zoals die onder meer blijkt uit het ethische handelen, vindt daar dus vooral plaats via cultuurgericht identiteitsmanagement. Het gewenste ethische kader wordt gezien als uitvloeisel van gedeelde levensbeschouwelijke overtuigingen. Bij de meer pluriforme instellingen ligt dit anders. Deze instellingen richten zich vaak op een breder publiek dan de meer uniforme, achterban-gerichte instellingen. Bij die pluriforme instellingen ligt het accent bij het identiteitsbeleid meer op beleidsvoering (structuur) en zijn de andere benaderingen meer gericht op het feitelijk ethische handelen dan op de levensbeschouwelijke identiteit.

Uit het genoemde onderzoek als geheel concluderen we dat de meest krachtige methoden van identiteitsbeleid vallen onder de strategieën van beleidsvorming en personeelsbeleid. Bij beleidsvorming is vooral het gestructureerd en systematisch beschrijven van de processen in de zorgverlening en het daarbij aangeven op welke wijze de identiteit daar van invloed is. Bij personeelsbeleid gaat het vooral om aanstellingsbeleid en om bijscholing op het gebied van identiteitsbeleid en attitudevorming. Bij dit laatste kunnen cultuurstrategieën een ondersteunende functie vervullen en zijn ook nodig om de beoogde identiteit ook daadwerkelijk gestalte te geven in de dagelijkse zorg. Onderzoek van Kamstra en Van de Wekken toonde aan dat met name de persoon van de leidinggevende op de werkvloer van doorslaggevend belang is voor de feitelijke, beleefde identiteit in de instelling.²⁸

Het gaat bij identiteitsbeleid om complexe en langlopende maatregelen. De feitelijke identiteit van een instelling is niet gemakkelijk kneedbaar, heeft een zekere eigenstandigheid. Tegelijkertijd is die niet immuun voor beïnvloeding van leidinggevendenden, zeker niet op langere termijn waarbij het aanstellingsbeleid zijn invloed kan doen gelden (onder de voorwaarde dat zorgverleners van de gewenste identiteit beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt; hier ligt in de praktijk nog wel eens een knelpunt).

²⁸ J Kamstra- van Manen, E van der Wekken. Identiteitsbeleid. Heeft de levensbeschouwelijke identiteit invloed op de ethische keuzen in de zorgverlening? Afstudeerscriptie SPH opleiding CHE, mei 2004

Hoofdstuk 2 De externe context

2.1 Toekomstverkenning

Nadat in het vorige hoofdstuk gekeken is naar de christelijke zorg ‘van binnenuit’, zal in dit hoofdstuk de externe context worden verkend. Immers, het kunnen vormgeven van christelijke zorgvisies hangt niet alleen van de kwaliteit van intern management af, maar ook van externe factoren en randvoorwaarden. Het is duidelijk dat Nederland vergrijst en dat de vraag naar zorg alleen maar toeneemt. Tegelijkertijd wordt geprobeerd de zorg betaalbaar te houden. Er wordt een beroep gedaan op marktmechanismen en er zijn allerlei kortingen, eigen bijdragen en ‘herallocaties’ om de zorgkosten in de hand te houden. De AWBZ wordt sterker gericht op groepen die het meest aangewezen zijn op langdurige en intensieve zorg. De WMO is van kracht geworden om vorm te geven aan de participatiedoelstellingen en langs deze weg een impuls te geven aan de ontwikkeling van informele zorgsystemen in de samenleving. De verwachting is dat langs deze weg de druk op formele zorg kan worden verminderd.

Wat betekenen deze ontwikkelingen voor het zorgstelsel en voor Focaris-instellingen? Met welke ontwikkelingen krijgen zij te maken? Binnen welk krachtenveld moeten zij hun weg zoeken om - ook onder nieuwe condities - vorm te geven aan hun zorgidentiteit? Hoe verhouden christelijke zorgvragers zich tot deze ontwikkelingen? Zullen zij blijven kiezen voor christelijke zorginstellingen? De toekomstverkenning die in dit hoofdstuk wordt uitgevoerd heeft als doel de relevante ontwikkelingen in kaart te brengen waar Focaris-instellingen mee te maken krijgen. Het gaat om een schets van de factoren, randvoorwaarden, kansen en bedreigingen van de instellingen. Deze toekomstverkenning zal tevens de grondslag bieden voor een scenario-benadering die we verderop in dit rapport ontwikkelen.

Op basis van statistische gegevens en literatuuronderzoek schetsen we in dit hoofdstuk de maatschappelijke ontwikkelingen en de (beleids)ontwikkelingen in de gezondheidszorg (2.2). Deze ontwikkelingen zijn ingedeeld naar demografische ontwikkelingen, marktontwikkelingen, sociale en maatschappelijke ontwikkelingen, kerkelijke ontwikkelingen en daarmee samenhangende ontwikkelingen in christelijke zorg. In 2.3 geven we een analyse van nieuwe zorgvisies die rondom AWBZ en WMO ontwikkelen. In 2.4 wordt ingegaan op de christelijke zorgconsument en in 2.5. worden de kansen en bedreigingen van deze ontwikkelingen voor christelijke zorginstellingen geschetst. In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 3), dat de resultaten van het empirisch onderzoek bevat, wordt duidelijk hoe christelijke zorginstellingen anticiperen op deze ontwikkelingen. In hoofdstuk 4 komen we met een scenario-benadering voor christelijke zorginstellingen.

2.2 Maatschappelijke trends

Allereerst beginnen we met een kort overzicht van de belangrijkste trends in onze samenleving, voorzover ze rechtstreeks de ontwikkeling van de sectoren zorg en welzijn beïnvloeden. Deze trends zullen bepalend zijn voor de toekomstige vraag naar zorg, de volumegroei en de spreiding over de sectoren. Behalve demografische, economische, maatschappelijke en kerkelijke ontwikkelingen, zijn er sociaal-culturele trends, die de mentaliteit en attitude van mensen raken.

Demografische ontwikkelingen

Nederland zal de komende decennia geconfronteerd worden met een aantal ingrijpende veranderingen in de bevolkingsgroei en de bevolkingssamenstelling. Deze demografische ontwikkelingen zullen de komende jaren hun weerslag hebben op de ontwikkelingen in de zorg en het beleid met betrekking tot de zorg. Demografische ontwikkelingen hebben effect op culturele trends en op de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

Als dominante ontwikkelingen zijn te typeren (Polder & Van der Wal, 2000; SER, 2000; Van Vliet et al, 2004):

- Een stijgende levensverwachting. De Nederlandse bevolking wordt in algemene zin steeds ouder. Er is sprake van een sterke stijging van het bevolkingaandeel ouder dan 65. In 2050 zal 24,5 procent van de bevolking ouder dan 65 jaar. Tevens is het aandeel van mensen ouder dan 80 in 2050 toegenomen (zie tabel 3.1). We spreken in dat verband van de zogenaamde (dubbele) vergrijzing (CBS, 2008; RIVM, 2007).
- Een afnemende bevolkingsgroei. Een parallel gaande ontwikkeling is dat tegelijkertijd het geboortecijfers afneemt (ontgroening). Duidelijk is dat vergrijzing en ontgroening samen leiden tot een zogenoemde bevolkingskrimp. Naar verwachting zal de Nederlandse bevolkingsomvang de komende decennia stabiliseren rond de 17 miljoen en daarna een daling te zien geven.
- In samenhang met vergrijzing en ontgroening is sprake van een kleiner wordende werknemerspopulatie: minder mensen kunnen bijdragen aan betaalde arbeidsprocessen. Dit betekent dat de sociaal-economische en financiële druk op deze kleinere populatie groter zal worden. Dit heeft onder andere gevolgen voor de betaalbaarheid van de zorg (SER, 2000; Van Vliet et al., 2004). De kosten voor de zorg per hoofd van de bevolking vertonen reeds nu een continue stijging. De kredietcrisis en economische crisis van 2008 en volgende jaren zal een nog onbekend negatief effect hebben op de betaalbaarheid van de gezondheidszorg.
- De behoefte aan zorg zal niet verminderen, maar eerder groter worden. Als gevolg van de dubbele vergrijzing zullen mensen meer specifieke zorg en ondersteuning nodig hebben op allerlei levensgebieden. Tegelijkertijd zal het aantal mensen dat lijdt aan een chronische aandoening groter worden (veel voorkomende chronische aandoeningen zijn bijvoorbeeld: diabetes, hartfalen, CVA, osteoporose, hoge bloeddruk). Door de stijgende levensverwachting hebben deze cliëntengroepen ook vaker meer jaren zorg nodig.
- De waardering van eigen gezondheid neemt toe. Mensen hechten veel waarde aan een gezond bestaan en doen daar veel voor. Het aantal mensen met een gezonde leefstijl neemt toe. Anderzijds wordt een sterker beroep gedaan op hooggespecialiseerde zorg wanneer de kwaliteit van de eigen gezondheid in geding is. Dit kan leiden tot verdere medicalisering. Bij de hoge waardering van eigen gezondheid bestaat er een relatief sterk beroep op medische zorg bij lagere inkomensgroepen. Zeven op de tien ouderen met een langdurig laag inkomen bezoeken ten minste een keer per jaar een specialist (CBS, 2008).
- De zorgmarkt diversifieert en fragmentariseert. Zorgondernemerschap leidt tot nieuwe zorginitiatieven. Dit leidt tot een breder en specifiek aanbod voor specifieke groepen en segmenten. Nieuwe zorginitiatieven zien we bijvoorbeeld in de jeugdzorg en ouderenzorg en in de buurtzorg. Deze ontwikkeling biedt kansen, maar maakt ook verdere afstemming en coördinatie van zorg noodzakelijk.
- De samenleving is niet alleen in sociaal-economisch opzicht meer divers aan het worden, ook zijn de sociaal-culturele verschillen toegenomen. In de afgelopen decennia zijn nieuwe groepen migranten naar Nederland gekomen en dit heeft geleid tot een toenemende etnische en culturele diversiteit. De trend van het ontstaan van een multiculturele samenleving heeft op allerlei levensgebieden vragen opgeroepen over etnische of culturele eigenheid en zelfbeschikking (RVZ, 2003). Culturele diversiteit heeft ook effect op de gezondheidszorg (interculturele uitdagingen, specifieke tekorten en ziektebeelden).
- Er is sprake van grotere diversiteit in samenlevingsvormen: steeds meer mensen leven in een ander samenlevingsverband dan de traditionele huwelijks- of partnerrelatie. Er zijn meer eenpersoonshuishoudens en er zijn meer samengestelde gezinnen, na een tweede huwelijk. Ook is er sprake van het samenwonen van familieleden van verschillende generaties of van het samenwonen van één of meerdere volwassenen of ouderen zonder kinderen (Van Vliet et al., 2004). Deze ontwikkeling heeft onder andere effect op het

verlenen van gebruikelijke zorg in het eigen huishouden en informele zorg in sociale netwerken.

Tabel 2.1: Vergrijzing en ontgroening in beeld (CBS, 2008)¹

Onderwerp			1950	2008	2050
Bevolking naar geslacht	Totale bevolking		10.026.773	16.405.399	17.342.986
	Man		4.998.251	8.112.073	
	Vrouw		5.028.522	8.293.326	
Bevolking naar leeftijd	Jonger dan 20 jaar		37,3%	24,0%	21,6%
	20 – 65 jaar		54,9%	61,3%	53,9%
	65 – 80 jaar		6,7%	11,0%	18,4%
	80 jaar en ouder		1,0%	3,8%	6,1%
	Demografische druk	Totale druk ¹	81,9%	63,2%	85,5%
		Groene druk ²	67,9%	39,2%	40,1%
		Grijze druk ^{3,4}	14,0%	24,0%	45,5%

¹Het aantal personen van 0 tot 20 jaar én 65 jaar of ouder per honderd personen van 20 tot 65 jaar .

²De verhouding tussen het aantal personen van 0 tot 20 jaar en het aantal personen van 20 tot 65 jaar. Dit cijfer geeft inzicht in de verhouding van de jeugd tot het werkende deel van de bevolking.

³De verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen van 20 tot 65 jaar. Dit cijfer geeft inzicht in de verhouding van de ouderen tot het werkende deel van de bevolking.

⁴Na 2050 zal de grijze druk weer afnemen door het kleiner wordende aandeel van de populatie ouderen.

Tabel 2.2: Volumeontwikkeling in de zorgsectoren (in miljoenen euro)(VWS, RVZ, 2008)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Volksgezondheid	20	6	-2	5	2	27	66	-26	18	-11	8	7
Gezondheidszorg	123	357	472	425	417	1111	1238	845	-300	415	1021	876
Extramurale zorg	-153	55	38	18	12	249	226	81	-683	-36	161	209
Ziekenhuizen en medisch specialisten	113	101	131	177	289	526	648	492	519	325	582	421
Ziekenvervoer	18	8	6	11	5	24	46	14	-45	-19	-5	17
Genees- en hulpmiddelen	144	190	297	214	116	255	371	260	-95	141	264	299
Overig gezondheidszorg	1	2	1	5	-4	57	-53	-3	5	3	18	-69
Langdurige zorg	163	193	375	303	598	382	1138	1221	345	921	934	907
Maatschappelijke ondersteuning	3	5	3	11	6	14	20	19	11	-1	1	0
Overig	4	67	-57	72	150	263	162	-81	-174	-138	-27	11
Totaal	313	629	792	815	1173	1797	2624	1978	-100	1187	1937	1802

Structurele trends en het beroep op de markt

Als gevolg van vergrijzing en de daarmee samengaanbebevolkingskrimpzullen steeds meer mensen, voornamelijk ouderen, een beroep moeten doen op professionele zorgvoorzieningen. Deze trend is structureel en gaat gepaard met een toenemende stijging van de zorgkosten (SER, 2000). Die trend is nu al waarneembaar. Vanaf 2004 nemen de zorguitgaven jaarlijks met drie tot vijf procent toe. Deze groei is sterker dan in de jaren ervoor. Het percentage zorguitgaven ligt momenteel iets boven de 13 procent van het BBP. In de politiek bestaat al geruime tijd het inzicht dat het stelsel van gezondheidszorg, zoals het was opgebouwd in de na-oorlogse jaren, niet gehandhaafd kan worden (Van Vliet et al., 2004). De hervorming van de verzorgingsstaat is al gaande vanaf de jaren tachtig en is zichtbaar geworden in aangepaste wet- en regelgeving rondom ziekte, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid (Van Vliet et al., 2004; VWS, 2008). Vanaf het eind van de jaren tachtig is langdurig gediscussieerd over een nieuw gezondheidszorgstelsel. Uiteindelijk is deze tot stand gekomen door de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) van 2006. In deze wet wordt de uitvoering van de basisgezondheidszorg in handen gelegd van de zorgverzekeraars. Daarmee is de marktwerking in de zorg geïntroduceerd. Zorgverzekeraars zijn ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ.

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat deze ontwikkelingen zullen leiden tot grotere ongelijkheden in de gezondheidszorg. Aan de aanbodzijde zal de diversiteit in zorgvormen en kwaliteit toenemen als gevolg van de beoogde onderlinge concurrentie tussen instellingen. Aan de vraagzijde zal geld als sturingsmiddel een grotere rol gaan spelen. Het is aan de politiek om solidariteit te waarborgen en de gezondheidszorg betaalbaar en

toegankelijk te houden voor iedereen, maar deze solidariteit staat door de invoering van marktmechanismen permanent onder druk. Patiënten met een grotere beurs zullen toegang hebben tot een ruimere hoeveelheid zorgarrangementen. Kwaliteit kan worden ingekocht. De politiek zal zich richten op de garantie van een basispakket aan gezondheidszorg voor iedereen, maar zal aan de groeiende diversiteit geen halt toeroepen.

Dat geeft vrijheid aan instellingen, maar ook ongelijke zorgarrangementen voor patiënten. Daarmee wordt informele zorg een vorm van sociaal kapitaal dat zorgpraktijken aanzienlijk kan verrijken. Wie beschikt over dit sociaal kapitaal kan de kwaliteit van zorg langs deze weg verhogen.

Naast formele (betaalde) zorg zal de rol van informele (onbetaalde) zorg steeds belangrijker worden, zowel intramuraal als extramuraal.

De gezondheidszorg moet meer gaan functioneren als een markt, maar zal nooit een geheel vrije markt zijn. De overheid blijft via de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) in belangrijke mate - en in sommige sectoren meer dan andere - toezien op de prijsvorming, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Aangezien de gezondheidszorg niet een volledig vrije markt is en er tal van regels in acht moeten worden genomen, blijft de gezondheidszorg een complex systeem dat weliswaar efficiënt en kostenbesparend zou moeten werken en daarbij ook de vraag van de patiënt en cliënt tot uitgangspunt moet nemen, maar daarbij ook zal blijven kampen met ongewenste en onbedoelde effecten op het gebied van coördinatie, bureaucratisering, toegankelijkheid en kwaliteit. Dit leidt tot intransparantie, bereikbaarheids- en verzilveringsproblemen. Hiervan zullen niet alleen instellingen, maar ook patiënten en cliënten de gevolgen ondervinden. De vraag naar kwalitatief hoogwaardige zorg en de nadruk op efficiënte en besparende zorgsystemen die bovendien aan tal van eisen moeten voldoen moeten ergens botsen. De aantrekkelijkheid van de sector als geheel staat onder druk en dit heeft een effect op de werving van personeel. Wanneer de last van al deze ongewenste effecten als onaanvaardbaar worden beschouwd is het niet ondenkbaar dat de overheid op den duur moet optreden. Dat brengt de overheid in een sterkere regulerende en coördinerende rol. Hoe dit ook zal zijn, voor zorginstellingen is het de beste strategie zich te richten op een cliënt- en patiëntvriendelijk aanbod, dat de lasten van ontoegankelijkheid, intransparantie en bureaucratie zoveel mogelijk voor hen wegneemt.

Zorginnovatie en bedrijfsmatige zorg

Zorginstellingen worden gestimuleerd om innovatief te zijn. Technologische ontwikkelingen en zorginnovaties kunnen steeds betere en geavanceerdere zorg opleveren (Van Vliet et al., 2004). Er is veel aandacht voor preventieve en curatieve zorginnovaties. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek (prenatale screening), ziektepreventie en behandelopties (als: biotechnologie, gentherapie), het automatiseren van zorgprocessen en het inzetten van vormen van telecommunicatie en domotica. Naast kostenbesparende innovaties zijn er in de hooggespecialiseerde zorg ook kostenverhogende innovaties. De inzet van medische en informatietechnologie kan leiden tot hogere kosten in de gezondheidszorg en heeft een sterke relatie met de trend van kostenefficiënt werken en doelmatigheid (SER, 2000). Ook aan de kant van de care en de zorgmethodiek wordt ingezet op innovaties. Ook deze kunnen bijdragen aan kwaliteitsverhoging en efficiëntie.

Een belangrijke algemene ontwikkeling is verder de trend van het streven naar effectieve en doelmatige zorg. Systemen van benchmarking worden gezien als geschikt instrument om doelmatigheid in de zorg te bevorderen en situaties die als *best practice* getypeerd worden koploper in de zorg te laten zijn (VWS, 2004; 2008). Polder & Van der Wal (2000) noemen in de context van het streven naar doelmatigheid in de zorg de valkuil van zorgvershraling: de zogenaamde 'stopwatchzorg' in de thuiszorg is hiervan een voorbeeld. Van belang is dus om bij het organiseren van zorgprocessen aan de hand van prestatie- en kwaliteitsindicatoren oog te hebben voor de positie van de individuele, unieke zorgvrager.

Maatschappelijke en sociale ontwikkelingen

Een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling is de aandacht die er is gekomen voor de individuele verantwoordelijkheid van de burger. Mensen ervaren in toenemende mate een eigen verantwoordelijkheid voor hun leven, welzijn en gezondheid en willen ook graag vrijheid en ruimte om over de invulling van hun leven en zorgbehoeften eigen keuzen te kunnen maken. De Nederlandse overheid heeft de burger ook gestimuleerd in het nemen van eigen zorgverantwoordelijkheid (VWS, 2008). Eigen verantwoordelijkheid vertaalt zich ook in de trend van cliëntgerichte of -gestuurde zorg, waarin de cliënt en de eigen, individuele behoeften en wensen centraal staan. Binnen deze trend is er vraag naar zorg die kwalitatief goed is, die flexibel is en waarbij sprake is van een prettige woon- en of leefomgeving (Van Vliet et al., 2004; Polder & Van der Wal, 2000). Zorg wordt ook steeds vaker in de eigen woonomgeving van de cliënt gegeven; er vindt dus een verschuiving plaats van intramuraal naar extramuraal, en van re-integratie van de zorgvrager in de dagelijkse samenleving (Polder & Van der Wal, 2000). Het indalen van het zorgverleningsproces in de dagelijkse woonomgeving van mensen en de daarmee gepaard gaande aandacht voor de beslissende stem van het individu wordt ook wel de vermaatschappelijking van de zorg genoemd (Van Vliet et al., 2004). Een gevolg van deze trend is dat zorg in toenemende mate lokaal (territoriaal) georganiseerd wordt, immers: een lokale organisatie geeft meer ruimte voor cliëntgerichtheid, flexibiliteit en samenwerking (Polder & Van der Wal, 2000; Movisie, 2007; 2008). In samenhang hiermee staat een ontwikkeling waarin vaker samenwerkingsverbanden ontstaan tussen professionele zorgaanbieders en andere welzijnsorganisatie als woningcorporaties of kerkverbanden. Consequentie van deze trends is dat de rol van de betrokken zorgverleners hiermee soms ook die van netwerkbeheerder of advocaat van de cliënt wordt (Van Vliet et al., 2004; Movisie, 2007; 2008). Door onze overheid zijn deze trends gestimuleerd en verder bevorderd: in het nieuwe beleid zijn een versterking van de positie van de individuele cliënt en lokalisering van de zorg belangrijke peilers (RVZ, 2003; VWS, 2007; 2008). Dit beleid wordt onder andere zichtbaar in de wetwijziging Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)(Movisie, 2007, 2008; VWS, 2008).

In direct verband met de (dubbele) vergrijzing staat het gegeven dat met name onder de oudere bevolkingsgroep er in sterkere mate sprake is van eenzaamheid en een sociaal isolement. Dit hangt samen met het feit dat deze mensen in deze levensfase vaker een beperkter en uitdunnend sociaal netwerk hebben (Van Vliet et al., 2004). Deze ontwikkeling lijkt dus een keerzijde te zijn van de toenemende aandacht voor vraagsturing en zelfbeschikking door het individu (autonomieprincipe). In aanvulling hierop kan gesteld worden dat er soms ook sprake is van een spanningsveld tussen gehoor willen geven aan de autonome stem van het individu en het streven naar algemeen toegankelijke en doelmatige zorg (RVZ, 2003).

Ontwikkelingen in kerk en christelijke zorg

In onze huidige maatschappij is de rol van de kerk en aan kerken verbonden instituten kleiner geworden. Hoewel er momenteel tevens een trend zichtbaar is van een terugkerende belangstelling voor religie en spiritualiteit, hebben gevestigde kerken moeite de band met hun leden sterk te houden. De doorwerking van deze ontwikkelingen in de bestaande kerkelijke stromingen in Nederland is dat de band met de kerk losser is geworden; het is niet langer zo dat mensen automatisch trouw blijven aan de kerk waarin men geboren is (ontzuiling). De impact hiervan op christelijk zorg is dat er niet meer automatisch gekozen wordt voor een zorgaanbieder van de eigen kerkelijke achtergrond en dat vrijwilligerswerk zich minder richt op de eigen kring. Men voelt zich niet meer vanzelfsprekend verplicht jegens de instituten en organisaties behorende bij de eigen kerk of geloofsgemeenschap.

Om meer inzicht te krijgen in deze keuze voor zorg door leden van kerkgenootschappen van de gereformeerde gezindte, is in 2004 een vraagpeiling naar christelijke zorg uitgevoerd (Lems, 2004). Een belangrijke conclusie van deze vraagpeiling was dat de aanwezigheid van christelijke zorginstellingen en christelijke zorg belangrijk is voor christelijke zorgvragers. Echter, in een groot aantal gevallen blijkt dat men in de praktijk toch kiest voor een

zorgaanbieder met een algemene signatuur. De achterliggende reden van deze keuze is dat veel zorgvragers geen keuzevrijheid blijken te ervaren met betrekking tot het selecteren van een zorgaanbieder. Lems (2004) geeft aan dat een mogelijke oorzaak hiervan is dat zorgvragers zich op een relatief kleine regio oriënteren. Factoren ten gunste van de algemene zorginstelling zijn: reisafstand, de eventuele wachtlijst en een goede reputatie van de instelling. Hebben christelijke zorgvragers wel de keuze voor een christelijke zorgaanbieder dan kiezen zij vaker voor deze christelijke zorginstelling (Lems, 2004; Polder & Van der Wal, 2000).

De gedeelde
levensovertuiging is van
grote waarde voor
christelijke zorgontvangers.

Wanneer de zorgvrager eenmaal gekozen heeft voor de christelijke zorgaanbieder, blijken met name de kwaliteit van zorg, de bejegening door zorgverleners, de lengte van de wachtlijst en de sfeer ofwel het leefklimaat belangrijke factoren te zijn met betrekking tot cliënttevredenheid.

Bij de keuze voor de instelling zijn de reisafstand van de zorglocatie naar bijvoorbeeld familie en kerk uiteindelijk niet (meer) van doorslaggevend belang. In het onderzoeksrapport wordt verder de optie genoemd om een adres te ontwikkelen waar alle vragen over christelijk zorg en christelijke zorgaanbieders beantwoord zouden kunnen worden. Op een dergelijk adres zou men ook verwezen kunnen worden naar een juiste aanbieder van de gewenste zorg. In het onderzoeksrapport *Kerk & Caritas* (2006) wordt overigens de aanbeveling gedaan van de oprichting van een kerkelijke of christelijke ondersteuningsstructuur voor mantelzorgers en het formaliseren van het beleid rondom de inzet van vrijwillige zorgverleners afkomstig uit de diverse kerkverbanden (Roorda-Lukkien et al., 2006). Deze twee aanbevelingen lijken in elkaars verlengde te liggen en kunnen aan elkaar verbonden worden.

Vrijwilligersinzet is vanzelfsprekend een belangrijk thema binnen christelijke zorginstellingen. Deze instellingen betrekken vrijwilligers uit de eigen achterban, maar hebben ook te maken met een tekort aan vrijwilligers. Christelijke instellingen hebben weliswaar een minder groot tekort dan christelijke instellingen, maar kennen ook terugloop en een vergrijzend en eenzijdig samengesteld bestand (relatief veel ouderen, relatief meer vrouwen). Bij ongewijzigd beleid (in kerken en bij instellingen) zal dit tekort verder oplopen, zo luidt de verwachting van het rapport *Kerk & Caritas*. Christelijke zorginstellingen recruter hun vrijwilligers doorgaans zelf vanuit de kerken. De meest effectieve methode daarvoor is de persoonlijke uitnodiging (vrijwilligers vragen nieuwe vrijwilligers). Het op peil houden van vrijwilligersbestanden vraagt om gecoördineerd en geformaliseerd beleid dat door instellingen en (lokale) kerken samen wordt vormgegeven. Uiteraard is de beschikbaarheid van christelijke vrijwilligers van belang voor de identiteit van de instelling. Het behoort tot een van de belangrijke externe randvoorwaarden.

Binnen christelijke zorginstellingen hebben de externe en interne processen geleid tot een herbezinning op het gevoerde identiteitsbeleid. Bij het invulling geven aan het identiteitsbewijs zijn er onderscheiden strategieën te onderscheiden (Turksema, 1996). Deze zijn in het vorige hoofdstuk genoemd. De feitelijke identiteit van een instelling wordt beïnvloed door zowel interne factoren (als: beïnvloeding door leidinggevenden) als externe factoren (als: beschikbaarheid van personeel en vrijwilligers vanuit de eigen kring). Bij herbezinning op het identiteitsbeleid gaat het om het steeds opnieuw iken van de eigen uitgangspunten en om het omzetten van identiteitsgebonden uitgangspunten in aspecten van dagelijkse zorgprocessen. Identiteit moet daarbij ook tastbaar gemaakt worden in de toerusting van de christelijke organisatie en haar medewerkers en vrijwilligers. Dat bepaalt voor een belangrijk deel de aantrekkingskracht en uitstraling van een christelijke zorginstelling. Het maakt ook dat christelijke zorggebruikers voor een christelijke zorginstelling blijven kiezen.

2.3 Visies op zorg: AWBZ en WMO

Naast de zorgverzekeringswet kent de Nederlandse gezondheidszorg twee andere belangrijke wetten: de AWBZ en de WMO. De AWBZ is bedoeld voor langdurige en intensieve zorg in geval van chronische ziekte, handicap of ouderdom. De AWBZ verzekert aan iedere Nederlander de zorg die onbetaalbaar zou zijn wanneer men deze zelf zou moeten bekostigen. De AWBZ bestaat sinds 1968. De WMO is op 1 januari 2007 ingegaan en richt zich op een negental prestatievelden uiteenlopend van mantelzorg, alcoholpreventie, tot bestrijding van huiselijk geweld en maatschappelijke opvang. De WMO wordt een 'participatiewet' genoemd en geeft het zorg- en welzijnsbeleid een plaats in de lokale 'civil society'. Van de wet moet een stimulerend effect uitgaan op zelfzorg en vormen van informele zorg in de samenleving.

De WMO wordt mede gebruikt om de AWBZ te ontlasten. De kosten die gemoeid zijn met de AWBZ zijn enorm en de beheersing daarvan zal een opgave zijn voor de komende jaren. In reactie op de te verwachten prijs- en volumegroei wordt echter getwijfeld of de AWBZ op den duur

Er is stevig politiek draagvlak voor de visie waarin de AWBZ er is voor de echte en langdurige zorg en de WMO er is voor de ondersteuning van mensen en lichtere vormen van zorg en begeleiding.

houdbaar zal zijn. In het verleden richtte de AWBZ zich in beginsel op intramurale voorzieningen als de zorg voor gehandicapten en verpleging, maar hier werden in latere jaren onder andere preventie, wijkverpleging (kruiswerk) en GGZ aan toegevoegd. In de jaren negentig leidde de stijging van de AWBZ-uitgaven ertoe dat er vormen van zorggrantsoenering, zorgbudgettering en aanbodsturing geïntroduceerd werden. Tevens zijn de zorgkantoren geïntroduceerd, die als taak kregen het vaststellen van het recht van individuele cliënten op AWBZ-zorg. Recentelijk werden onderdelen van de AWBZ overgeheveld naar de ZVW en de WMO (VWS, 2008). Niettemin blijft de kostenontwikkeling een zorg: de AWBZ kost jaarlijks 23 miljard en wordt via premies opgebracht.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat gezocht wordt naar manieren om bepaalde kosten weer terug te leggen bij de burger. Dit zal leiden tot onder meer de splitsing van wonen en zorg in de GGZ en de gehandicaptenzorg, waarbij de kosten voor wonen niet meer via de AWBZ worden vergoed. In het verlengde hiervan ligt de ontwikkeling van het persoonsvolgend budget, dat de keuzes helemaal in handen legt van de patiënt of cliënt. Deze ontwikkeling zal leiden tot een rechtstreekser contact tussen zorgvrager en zorgaanbieder. Op den duur maakt deze ontwikkeling het stelsel van zorgkantoren overbodig. Aangezien cliënten met een persoonsvolgend budget in hun eigen omgeving naar zorg op zoek zullen gaan, zal deze vorm van vraagsturing leiden tot verdere lokalisering van zorg.

Beheersingsvraagstukken, vermaatschappelijking van de zorg en het streven naar vraagsturing door de individuele zorgvrager raken in deze ontwikkeling meer en meer verknoot. Deze ontwikkeling wordt begunstigd door de WMO. Deze legt nadruk op de ontwikkeling van maatschappelijke en informele zorgsystemen, mede in samenhang met het lokaal aanwezige formele zorgaanbod. Lokale zorginstellingen worden uitgedaagd hierop in te spelen. Binnen de verschillende zorgsectoren wordt meer en meer gestreefd naar zorg-op-maat en zorg thuis (extramuralisatie). Dit heeft als gevolg dat de traditionele scheidingen tussen organisatietypen aan het verdwijnen zijn: gezondheidszorg wordt vaker transmuraal en regionaal georganiseerd (Polder & Van der Wal, 2000). In samenhang hiermee staat de introductie van zorgzwaartebekostiging: bij patiëntvolgende zorgfinanciering wordt bij zorgfinanciering niet langer uitgegaan van de instelling en het aantal beschikbare bedden, maar volgt de financiering de individuele zorgvrager naar de zorginstelling van eigen keuze (VWS, 2008). Samenvattend zijn er in het huidige overheidsbeleid rondom de AWBZ zorg vijf belangrijke aandachtsgebieden die evenzoveel ambities uitdrukken: cliëntsturing, meer keuzevrijheid en ruimte voor diversiteit in zorg- en woonvoorzieningen, het bepalen en werken met kwaliteitsindicatoren, het bestendigen van de solidariteit en financiële houdbaarheid van de zorg, en het verminderen van bureaucratie door efficiënte indicatiestelling (VWS, 2008; zie tabel 3.2).

Andere pijlers van het huidige gezondheidszorgbeleid zijn de verdere invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC-systeem), vrije prijsvorming en het verbeteren van de eerstelijnszorg in de curatieve sector. Er komt verder meer nadruk te liggen op participatie door aandacht voor preventie (als: aandacht voor leefstijl, beweging, zelfmanagement) en versterking van het lokale netwerk en de zorgketen door verdere uitwerking van aan de implementatie van de WMO gekoppelde initiatieven. Centraal staan tevens de aandacht voor veiligheid in de zorg, zorginnovatie, de invoering van het elektronisch patiënten dossier (EPD) en het verbeteren en versterken van palliatieve en terminale zorg (Movisie, 2007; 2008; VWS, 2008).

Tabel 2.3: Overzicht van veranderingen in AWBZ regelgeving (VWS, 2008)

Veranderingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn:	
1.	<i>Cliënten moeten invloed kunnen uitoefenen op de zorgverlening.</i> Door de invoering van persoonsvolgende financiering worden gelden in de gezondheidszorg niet langer verdeeld naar het aantal bedden van de zorgorganisatie, maar volgt het geld de zorgvrager naar de zorgorganisatie van eigen keuze. Verder wordt vanaf 2010 de zorg na opname in het ziekenhuis overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW). Hiermee wordt een betere aansluiting op de zorg thuis nagestreefd.
2.	<i>Meer keuzevrijheid en diversiteit in wonen.</i> Zorgvragers moeten zelf kunnen kiezen hoe en waar zij willen wonen. Cliënten kunnen ervoor kiezen om zelf de woonkosten te betalen behorende bij de woning van eigen voorkeur, met als voorwaarde dat de zorgverlening wel op doelmatige wijze geleverd kan worden. Er wordt naar gestreefd om dit beleid vanaf 2010 werkbaar te maken voor mensen met een lichamelijke beperking en/of zintuiglijke handicap.
3.	<i>Kwaliteit verbeteren, innovatie bevorderen.</i> Zorgvragers moeten beter geïnformeerd worden met betrekking tot de geleverde kwaliteit van zorg. In 2008 zijn er kwaliteitsindicatoren voor verpleging, verzorging en thuiszorg op kiesbeter.nl gepubliceerd.
4.	<i>Bestendigen van de solidariteit en financiële houdbaarheid.</i> Aanspraken op de AWBZ moeten helder worden omgeschreven. Momenteel zijn deze te ruim geformuleerd. Een heldere omschrijving dringt onbedoeld gebruik van de AWBZ voorzieningen terug. Verder komt er voor alle AWBZ functies een eigen bijdrage.
5.	<i>Bureaucratie verminderen door de zorg weer terug te geven aan de werknemers.</i> Het proces van indicatiestelling moet minder complex worden en dichter bij de eigenlijke zorgvrager plaatsvinden. De regionale zorgkantoren blijven tot 2012 de AWBZ uitvoeren, maar zij krijgen meer publieke sturing. De zorgkantoren dienen bij de zorginkoop meer eisen te stellen ten aanzien van de kwaliteit van zorg.

2.4 Christelijke zorgconsumenten

Vatten we het voorgaande samen dan zien we enkele hoofdtrends die bepalend zullen blijven voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland.

- De toename van de vraag aan zorg (toename van het zorgvolume) als gevolg van vergrijzing en hoge kwaliteitsverwachtingen van de eigen gezondheid.
- Sterkere vraagarticulatie door de nadruk op vraagsturing, zorg-op-maat en kwalitatieve aspecten van de gezondheidszorg.
- Doorgaande vermaatschappelijking van de zorg in combinatie met extramuralisering en lokalisering.
- Sterkere (lokale) verbindingen tussen vormen van informele en formele zorg, zowel intramuraal als extramuraal.
- Blijvende financiële en bureaucratische druk op instellingen en toenemende intransparantie en contraproductieve effecten binnen het zorgstelsel als geheel.

2.5 Kansen en risico's voor christelijke zorgaanbieders

De uitdaging voor instellingen zal zijn een kwaliteit van zorg te bieden die patiënten en cliënten blijvend doet kiezen voor de instelling. De inbedding in de lokale structuur is daarbij voor bepaalde typen van zorg een belangrijke opgave. Hooggespecialiseerde zorg zal in het algemeen niet in de lokale context te vinden zijn. Van alle zorgorganisaties wordt uiteraard verwacht dat zij inspelen op principes van vraagsturing en cliëntgerichtheid, efficiëntie en effectiviteit, flexibiliteit en innovatie door onder andere de inzet van zorgtechnologie en een gerichtheid op verbetering van kwaliteitskenmerken. De huidige en toekomstige kaders van relevante wet- en regelgeving als de AWBZ, WMO en ZVW zijn hierbij een leidraad.

Geredeneerd vanuit de aldus gedefinieerde criteria kunnen voor christelijke zorgorganisaties een aantal risico's onderscheiden worden:

- Schommelingen op de arbeidsmarkt. Verwacht wordt dat het tekort aan professionele, goed geschoolde in de komende jaren verder kan oplopen, al zal de kredietcrisis de arbeidsmarktomstandigheden ongetwijfeld beïnvloeden. De Focaris-instellingen kennen het probleem dat het lastiger is zorgmedewerkers uit de eigen kerkelijke kring te werven. Voor de beantwoording van het probleem van de personeelskrapte staan enkele wegen open: (1) investeren in behoud van eigen medewerkers door bijvoorbeeld verbetering van secundaire arbeidsvoorwaarden en scholing, (2) vergroten van instroom van nieuw personeel en (3) innovatie in zorgprocessen door arbeidsbesparende technologie (VWS, 2007). Inzet op persoonsbeleid is van belang omdat zorgmedewerkers een grote rol spelen in het vormgeven aan identiteitsbeleid.
- Potentiële zorgvragers blijken de christelijke zorgaanbieder niet in alle gevallen te kunnen vinden. De oprichting van een landelijk of regionaal, christelijk zorgloket kan een oplossing bieden. Ook het uitbouwen van (boven)regionale samenwerkingsverbanden kan de herkenbaarheid van de zorgorganisatie vergroten.
- Steun vanuit de eigen kerkelijke achterban is niet altijd vanzelfsprekend meer. Christelijke zorgorganisaties kunnen hierop inspelen door een actieve opstelling. Van belang hierbij is onder andere het inzichtelijk en begrijpelijk maken van gekozen beleidsrichtingen.
- Er wordt in toenemende mate afgerekend op prestatie- en kwaliteitsindicatoren. Om deze reden zullen christelijke zorgorganisatie de komende jaren moeten inzetten op het verder professionaliseren van de kwaliteit van zorg en het kwaliteitszorgsysteem. Overigens kan het goed scoren op bepaalde kwaliteitsindicatoren ook de aantrekkelijkheid van de zorginstelling vergroten (bijvoorbeeld: lage decubites prevalentie).
- Er wordt in toenemende mate een eigen bijdrage verwacht van zorgvragers. Onderzocht dient te worden in hoeverre dit impact heeft op de cliëntèle van de Focaris-instellingen.

Geredeneerd vanuit de consequenties voor christelijke zorg en ontwikkelingen binnen de christelijke zorginstellingen kunnen tevens kansen onderscheiden worden:

- Verstevigen van de lokale positie door het zoeken naar netwerkvorming of samenwerkingsverbanden met zorginstellingen uit de eigen lokale regio. Gedacht kan worden aan het elkaar versterken bij de organisatie van de AWBZ zorg (onder andere: voorzieningen voor ouderenzorg, ketenzorg) en aansluiting bij de diverse prestatievelden van de WMO (onder andere: jeugd- en gezinszorg, ondersteuning van mantelzorg). Punt van bezinning is in hoeverre netwerkvorming en samenwerking gezocht kan worden met zorginstellingen met een andere levensbeschouwelijke identiteit en op welke wijze aan samenwerking gestalte gegeven kan worden.
- In het verlengde van het zoeken naar netwerkvorming en samenwerking ligt het verstevigen van de samenwerking met de lokale kerken en welzijnsorganisaties vanuit de eigen kerkelijke kring. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan het samenwerken met woningbouwcorporaties om zo kwaliteitsverbeteringen na te streven in het kader van de verbinding tussen wonen en zorg. Zo kan tegemoet gekomen worden aan de wens van cliëntgerichtheid en flexibiliteit.
- Het werken aan zorginnovatie en de ontwikkeling van unieke zorgproducten. De christelijke zorgorganisatie kan zich hiermee onderscheiden en zich op de kaart zetten (*unique selling point*). Gedacht kan worden aan initiatieven met betrekking tot effectieve, doelmatige zorg en Evidence Based Care (onder andere: inzet van technologische innovaties, ontwikkeling van richtlijnen), maar ook aan initiatieven juist op het gebied van de levensbeschouwelijke identiteit en spirituele zorg. Het verwerken van de christelijke identiteit van de zorgorganisatie in de gehanteerde zorgmethodiek en de professionele

attitude van organisatiemedewerkers zijn voorbeelden van dergelijk initiatieven. Bij het ontwikkelen van nieuw zorgaanbod kan aangesloten worden bij de presentatievelden van de WMO.

- Het inzetten op de behoefte aan vraaggestuurde zorg-op-maat. De christelijke zorgaanbieder kan zich specialiseren in de organisatie van cliëntgestuurde zorg-op-maat en zich op deze wijze profileren in de eigen regio. Gelet op de druk op cliënten en patiënten om hun zorgarrangement in een ingewikkelder wordend zorgstelsel te bepalen zouden lokaal verwortelde zorginstellingen ook services kunnen aanbieden om patiënten te helpen hun weg te vinden. Dit vraagt een vertrouwensband tussen zorginstelling en een zorgvragende achterban.

In tabel 2.4 wordt een aantal concrete voorbeelden van kansen voor christelijke zorg weergegeven.

Tabel 2.4: Kansen voor christelijke zorg

Voorbeelden van kansen en initiatieven voor christelijke zorgstellingen zijn:
▪ Het ontwikkelen van bovenregionale zorgketens gericht op een specifieke doelpopulatie (jeugdzorg, psychiatrische zorg, etc.). ▪ Het inzetten op ontwikkeling van initiatieven met betrekking tot de organisatie van eerstelijnszorg (diabeteszorg, zorg voor dementerenden in de thuissituatie, etc.). ▪ Het ontwikkelen en aanbieden van innovatieve zorgarrangementen (als: het aanbieden van kwalitatief goede palliatieve en terminale zorg in thuissituaties). ▪ Expliciet christelijke zorgproducten ontwikkelen en leveren. Hierbij kan samenwerking van de eigen kerkelijke achterban gezocht worden. ▪ Het ontwikkelen van initiatieven op het gebied van preventie en specifieke vormen van informatie en advies. Marktonderzoek kan gebruikt worden om zicht te krijgen op de specifieke regionale of bovenregionale behoeften van de beoogde doelgroep. ▪ Het bieden van subcultuurgebonden zorg en vormen van interculturele zorg. ▪ Het ontwikkelen van innovatie op zorgtechnologische gebied (vormen van telegzorg, Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), etc.). ▪ Het inzetten op vormen van zorgcoördinatie en casemanagement. ▪ Het inzetten op samenwerking met mantelzorgers en informele zorginitiatieven (<i>civil society</i>). ▪ Het ontwikkelen en inzetten op systemen van benchmarking. ▪ Samenwerking door het vormen van expertisecentra en onderzoekslijnen. Dit geeft mogelijkheden tot het werken aan Evidence Based Care (richtlijnen, kennisverspreiding).

In het voorgaande zijn risico's en kansen voor christelijke zorg in kaart gebracht. In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 4) worden deze risico's en kansen vertaald naar positionering en scenario benaderingen. Daarbij worden ook de resultaten geïntegreerd van het nu volgende hoofdstuk dat de resultaten bevat van het onderzoek naar christelijke zorgvisies bij Focaris-instellingen.

Hoofdstuk 3 Zorgvisies bij christelijke zorgaanbieders

Resultaten van het empirisch onderzoek

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirische onderzoek onder de leden van Focaris beschreven.²⁹ Het empirische onderzoek is uitgevoerd conform de werkwijze beschreven in bijlage 1. De onderzoeksresultaten van het kwalitatieve en het kwantitatieve onderzoek worden waar mogelijk met elkaar in verband gebracht. De beide onderzoeken vullen elkaar aan. De kwalitatieve bevindingen zijn gebruikt voor nadere verdieping van de resultaten van het kwantitatieve gedeelte. Op relevante plaatsen zullen de resultaten worden ondersteund en geïllustreerd met citaten. Achtereenvolgens zal worden behandeld: (1) karakterisering instellingen; (2) christelijke zorg in de praktijk; (3) strategieën identiteits-handhaving in de toekomst en (4) strategisch-fitmodel voor handhaving christelijke zorg. Dit laatste betreft een ordeningsmodel van diverse factoren, die van belang zijn om de christelijke identiteitsgebonden zorg te realiseren.

3.2 Karakterisering instellingen

Aan van de hand van drie onderscheidende kenmerken: (1) zorgcategorieën, (2) diensten en (3) levensbeschouwelijke achtergrond wordt een beschrijving gegeven van de deelnemende instellingen. Deze informatie beoogt inzicht te geven *waarom* instellingen bepaalde keuzes maken.

3.2.1. Zorgcategorieën

De Nederlandse gezondheidszorg bestaat uit een aanzienlijk aantal sectoren. De gebruikelijke indeling van zorg in sectoren is: curatieve somatische gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleging en verzorging, genees- en hulpmiddelen, preventieve zorg, beheer en diversen. Aanpalende sectoren zijn jeugdzorg en opvangtehuizen. Een indeling in sectoren geeft inzicht in de aard van de geboden zorg.

De instellingen die aangesloten zijn bij Focaris vertegenwoordigen de sectoren weergegeven in tabel 3.1. Het blijkt dat de helft van de respondenten, $n = 19$ (55,9%), de categorie ouderenzorg vertegenwoordigen. Bij de categorie anders gaven respondenten maatschappelijke opvang ($n = 2$) en welzijnswerk aan.

Tabel 3.1. Indeling Focaris leden in groepen zorgcategorieën (N = 34) – meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Zorgcategorieën	<i>n</i>	%
Ouderenzorg	19	38,0
Thuiszorg	10	20,0
Jeugdgezondheidszorg	2	4,0
Maatschappelijk werk	3	6,0
Jeugdhulpverlening	3	6,0
Geestelijke gezondheidszorg inclusief sociale hulpverlening	5	1,0
Gehandicaptenzorg	5	10,0
Anders	3	6,0

²⁹ Resultaten van FEO worden opgenomen in voetnoten

Zorgcategorieën	<i>n</i>	%
Totaal aantal antwoorden	50	100%

3.2.2. Diensten

In de AWBZ worden zeven functies ofwel aanspraken op zorg onderscheiden. In de vragenlijst is gevraagd naar de diensten die door een instelling worden geleverd. Tabel 3.2 geeft weer welke diensten de respondenten leveren. De verschillende diensten worden in combinatie aangeboden. Dat wil zeggen dat één instelling verschillende soorten diensten kan leveren. Bij de categorie anders gaven respondenten diensten aan zoals: dagverzorging voor externe ouderen, intensieve ambulante zorg, pleegzorg; kraamzorg; maaltijden, welzijnsactiviteiten; maatschappelijke integratie; palliatieve zorg; psychosociale hulpverlening; psychiatrische thuiszorg; resocialisatie; restaurant functie; WMO en wonen met zorgondersteuning.

Tabel 3.2. Diensten aangeboden door de leden van Focaris (N = 34) - meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: *n* = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Diensten	<i>n</i>	%
Ondersteunende begeleiding	30	15,8
Verblijf	26	13,7
Persoonlijke verzorging	25	13,2
Verpleging	25	13,2
Huishoudelijke zorg	25	13,2
Activerende begeleiding	23	12,1
Behandeling	18	9,5
Verstrekken van voorzieningen	3	1,6
Anders*	15	7,9
Totaal aantal antwoorden	190	100%

Het is duidelijk dat de meeste instellingen hun financiering voornamelijk verkrijgen via de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) of via de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Binnen deze wetgevingen hebben de afgelopen jaren veel veranderingen plaatsgevonden. Het is op zijn plaats om dan ook te onderzoeken wat de gevolgen zijn van deze ontwikkelingen voor de instellingen.

3.2.3. Levensbeschouwelijke achtergrond

Aan de respondenten werd gevraagd wat de levensbeschouwelijke achtergrond is van de instellingen. De levensbeschouwelijke achtergrond van de instellingen biedt relevante informatie wanneer het gaat om de invulling van bijvoorbeeld cliënten- en personeelsbeleid of de positionering van de achterban.

Tabel 3.3 geeft een overzicht van de levensbeschouwelijke achtergrond van de instelling. Opvallend is dat door 15 respondenten de categorie anders is ingevuld. Uit deze open antwoordcategorie blijkt dat er vaak sprake is van meerdere kerkelijke verbanden. Om een nadere analyse mogelijk te maken, is op basis van kerkelijke achtergronden een onderscheid gemaakt tussen uniforme en pluriforme instellingen. Uit deze analyse blijkt dat 22 instellingen een pluriforme kerkelijke achtergrond kennen en 11 instellingen één kerkelijke signatuur

hebben. Bij het bepalen van welke strategie een instelling hanteert, is dit een belangrijk gegeven.^{30, 31}

Tabel 3.3. Levensbeschouwelijke achtergrond van de instelling (N = 34) - meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Levensbeschouwelijke achtergrond	n	%
Gereformeerde Gemeente	16	25,0
Christelijk gereformeerde kerk	10	15,6
Gereformeerde kerk vrijgemaakt	9	14,1
PKN	8	12,5
Hersteld hervormd	6	9,4
Anders	15	23,4
Totaal aantal antwoorden	64	100%

3.2.4. Kenmerken cliënten en medewerkers

In de vragenlijst werd specifiek gevraagd naar de kenmerken met betrekking tot levensovertuiging van zowel cliënten als medewerkers. Deze informatie is met name belangrijk wanneer het gaat om het formuleren van strategieën van handhaving van identiteitsgebonden zorg.³²

Tabel 3.4. Kenmerken cliënten (N = 34)

Aannamebeleid cliënten	Eens		Eens noch oneens		Oneens	
	n	%	n	%	n	%
Alle cliënten hebben een christelijke levensovertuiging	21	61,8	1	2,9	12	35,3
Alle cliënten komen uit de achterban	20	58,9	1	2,9	13	38,3
Er is ruimte voor niet-christelijke cliënten	26	76,5	1	2,9	7	20,6
De zorg sluit aan bij de levensovertuiging van de cliënt	29	85,3	5	14,7	--	--

De respondenten gaven aan niet alleen cliënten met een christelijke levensovertuiging en cliënten uit de achterban te helpen. In het kader van wet- en regelgeving en de zorgplicht is men soms gedwongen om niet-christelijke cliënten te verzorgen of dan op te nemen.

‘We krijgen cliënten uit de regio die niet-christelijk zijn. De reden om voor onze organisatie te kiezen is meestal gebaseerd op het gegeven dat ze de sfeer en de bejegening van onze medewerkers als prettig ervaren.’

Vraaggestuurde zorg betekent dat cliënten hun zorgaanspraak bij iedere – passende – zorgaanbieder mogen verzilveren. Zolang cliënten nog zelf de zorgaanbieder kunnen kiezen biedt dit een markt voor christelijke instellingen om zorg aan te bieden die zoveel mogelijk

³⁰ Vanuit het FEO-verband gaven alle respondenten (4) aan dat men niet specifiek verbonden is met één kerkelijke gemeenschap.

³¹ Vanuit het FEO-verband gaven alle respondenten (4) aan dat men niet specifiek verbonden is met één kerkelijke gemeenschap.

³² Vanuit het FEO-verband gaven alle respondenten aan dat het opnamebeleid van cliënten zowel gericht is op zowel niet als wel christelijke cliënten. Een instelling gaf te kennen dat ook het hebben van niet-christelijke medewerkers **geen** bedreiging is voor identiteitshandhaving van de instelling. Terwijl vanuit het Focarisverband dit wel als een – sterke - bedreiging wordt gezien.

aansluit bij de levensovertuiging van de cliënt; het is dan ook niet verwonderlijk dat dit aspect hoog scoort (85,3%), zie tabel 3.4.

‘Zo lang de overheid het nog toe staat dat de cliënt zelf mag bepalen waar hij of zij wil hebben, hebben wij nog geen probleem. Maar zodra dit wel het geval is zal dit gevolgen hebben voor onze identiteitscultuur.’

In de focusgroep verwoordde een respondent dit als volgt:

‘Voorlopig hoeft onze organisatie geen zorgen te maken. We bedienen een specifieke doelgroep waar nog veel vraag naar is. Zo lang we maar kunnen aantonen dat er vraag is, beperken de overheidsmaatregelen onze wijze van identiteitsgebonden hulpverlening (nog) niet.’

Uit bovenstaande citaten blijkt dat de vraag naar identiteitsgebonden zorg een centraal aandachtspunt is in de strategische beleidsvorming van de instellingen. Het hebben (of creëren) van een specifieke doelgroep kan als het ware een strategische keuze zijn om identiteit van de instelling te waarborgen; waarbij de aantoonbaarheid door middel van bijvoorbeeld een wachtlijst een belangrijk sturingsmechanisme is.

Tabel 3.5 geeft een overzicht van de kenmerken met betrekking tot het aannamebeleid van medewerkers. Medewerkers hebben vaak een christelijke levensovertuiging en komen veelal uit de achterban van de instelling.

Tabel 3.5. Kenmerken medewerkers (N = 34)

Aannamebeleid medewerkers	Eens		Eens noch oneens		Oneens	
	n	%	n	%	n	%
Alle medewerkers hebben een christelijke levensovertuiging	27	79,4	2	5,9	5	14,7
Alle medewerkers komen uit de achterban	26	79,4	2	5,9	6	17,6
Bij de instelling is ruimte voor niet-christelijke medewerkers	9	26,4	2	5,9	23	67,7

Het is opmerkelijk dat instellingen weinig ruimte bieden voor niet-christelijke medewerkers. Instellingen nemen bij voorkeur medewerkers aan uit de eigen achterban. De medewerkers zijn belangrijke ‘dragere’ van identiteit, waarop instellingen hun identiteitsbeleid inhoud en vorm willen geven.³³

‘Voorheen namen wij alleen maar medewerkers aan die afkomstig waren uit de achterban. Echter, die vijver raakt langzamerhand uitgeput en het ontbreekt in het huidige aanbod soms aan professionele medewerkers. Dit betekent dat de instelling steeds vaker kiest voor medewerkers met een andere levensbeschouwelijke identiteit dan die de instelling benadert.’

3.2.5. Samenhang tussen en met karakterisering instelling

Op basis van bovenstaande eigenschappen van de instellingen is onderzocht of er enige relatie is te herkennen tussen de volgende factoren:

- de doelgroep c.q. populatie die een instelling bedient
- de diensten die een instelling levert (bijvoorbeeld ambulant versus residentieel)
- de levensbeschouwelijke achtergrond (uniform versus pluriform);

³³ Vanuit het FEO-verband gaven alle instellingen te kennen dat het hebben van christelijke medewerkers belangrijk is voor het handhaven van identiteit. Eén instelling gaf te kennen dat de aanwezigheid van niet-christelijke medewerkers niet per definitie bedreiging hoeft te vormen voor identiteitshandhaving van de instelling.

- werkingsgebied van de instelling: lokaal of landelijk georiënteerd en wat is daarin de focus van de instelling;
- de doelgroep qua levensbeschouwing: alleen christelijke cliënten of is er ook ruimte voor niet-christelijke cliënten.

Uit de statistische analyse blijkt dat er geen duidelijke samenhang tussen de genoemde onderscheidende kenmerken is te herleiden. (Dit hangt ook samen met het relatief geringe aantal participanten in het onderzoek). Het maken van een strategische keuze in het handhaven van identiteit is hierom een lastig dilemma. In de interviews verwoordden respondenten dit als volgt:

‘Als instelling ben ik voortdurend bezig met de vragen: *hoe* en *waar* de instelling op moet inzetten als het gaat om identiteitshandhaving. Moet de instelling versterking zoeken in het aangaan van nieuwe producten? Of de interne identiteitscultuur wat ruimer gaan formuleren? Het is een lastig proces waarin keuzes maken moeilijk is.’

‘Voor onze instelling zijn belangrijke factoren in strategische positionering van de organisatie o.a. welke doelgroep wil de organisatie bedienen en wat moet de levensbeschouwelijke achtergrond zijn van de medewerkers.’

Het niet kunnen vaststellen van dwarsverbanden tussen de verschillende kenmerken is een belangrijke bevinding. Bij de nadere analyse en uitwerking van de onderzoeksresultaten komen we hierop in de volgende paragrafen terug.

3.3 Christelijke identiteit in de praktijk

Levensbeschouwelijk georganiseerde zorg is niet langer vanzelfsprekend, het is daarom belangrijk dat de zorgaanbieders de eigen waarde van hun zorgverlening en zorgconcepten duidelijk maken. In dit onderzoek is specifiek gevraagd op welke wijze christelijke identiteit zichtbaar wordt in de organisatie. Allereerst wordt beschreven *waarom* instellingen een christelijke identiteit willen nastreven. Vervolgens zal beschreven worden waarin identiteit is vastgelegd en welke strategieën instellingen hanteren voor identiteitshandhaving.³⁴

3.3.1. *Belang van identiteit*

Identiteit gaat over het eigene van mensen en instellingen. De identiteit geeft aan waarin zij van andere personen of instellingen verschillen. Identiteit maakt onderscheid, maar benadrukt, als de andere zijde van de medaille, tegelijkertijd de overeenstemming met gelijkgezinden. Kortom, identiteit is een dynamische grootheid die veel meer omvat dan de statische grondslag zoals die doorgaans in de statuten is opgenomen. In het onderzoek is mede hierom gekeken naar zowel de geschreven als de ongeschreven uitwerking van de grondslag of signatuur in de zorgpraktijk.³⁵

▪ *Bestaansrecht*

Respondenten gaven aan dat de christelijke signatuur het kloppend hart is van de organisatie. Het bestaansrecht van de instelling wordt hieraan ontleend.

‘Identiteit is het unieke van ons product. We verschillen van andere instellingen alleen op het punt dat bij ons de zorg wordt geboden in een (levensbeschouwelijke) context zoals cliënten dat thuis gewend zijn’

‘De interne drijfveer om vorm en kleur te geven aan onze identiteit heeft grotendeels te maken met ons bestaansrecht.’

³⁴ In deze paragraaf, op grond van kwalitatief onderzoek opgevat als handhaving van de identiteit van de eigen instelling.

³⁵ Polder, J.J. & Van der Wal, H. (2000) Zicht op zorg in de gereformeerde Gezindte. Oikonomos Foundation te Putten.

▪ *Missie – waar gaan organisaties voor?*

Uit de beleidsstukken van de respondenten komt naar voren dat organisaties gedreven zijn om vanuit Gods Woord diensten te verlenen aan degene die hieraan behoefte hebben. Het op deze wijze formuleren van de missie geeft aan waar een organisatie voor gaat en staat.

In aansluiting hierop gaven respondenten wel aan dat in de huidige maatschappij het hebben van een christelijke signatuur en missie niet afdoende is om christelijke zorg te waarborgen. Instellingen zijn onderhevig aan landelijke ontwikkelingen en dienen te voldoen aan gestelde eisen vanuit de overheid.³⁶

‘Op dit moment staat de overheid het nog toe dat cliënten zelf mogen kiezen. Als dit gaat veranderen, en dat cliënten alleen nog maar mogen kiezen binnen hun eigen regio dan hebben wij wellicht een probleem als identiteitsgebonden organisatie.’

‘Een organisatie heeft een bepaald vermogen tot aanbesteding nodig om te kunnen bestaan. Onze organisatie is klein waardoor de mogelijkheden om te gaan specialiseren in bepaalde functies een probleem is. In de onderhandelingsposities met de financier wordt onze beperkte vermogen tot aanbesteding steeds expliciet benoemd. Voor de instelling ervaar ik deze ontwikkeling als een bedreiging om de identiteit van de instelling te handhaven.’

3.3.2. Vertaling identiteit in beleid

Vanuit een geformuleerde missie geven instellingen vorm en inhoud aan hun identiteitsbeleid. In het onderzoek is expliciet gevraagd of identiteit schriftelijk is vastgelegd. Van de 34 respondenten gaven 32 (94,1%) aan dat ze hun identiteit schriftelijk hebben vastgelegd. Veelal is het identiteitsbeleid een geïntegreerd geheel binnen het ‘algemene’ beleid van de instelling. Enkele instellingen hebben een afzonderlijke identiteitsnotie geschreven.

▪ *Visie – hoe gaat een organisatie haar diensten verrichten?*

In de visie van een organisatie wordt antwoord gegeven op de vraag *hoe een organisatie haar diensten gaat verrichten*. De visie wil richting geven, inspireren en laten zien waarin de organisatie zich wil onderscheiden van anderen. Een heldere visie helpt om te reageren, kansen en mogelijkheden te creëren om proactief te kunnen handelen in de toekomst, om zo in de onderhavige omgeving de missie te kunnen blijven waarmaken.

Uit de interviews kwam naar voren dat de medewerkers op de werkvloer allen op de hoogte zijn de zorgvisie.

‘Toen ik in dienst kwam moest ik de grondslag van de instelling onderschrijven, waarbij de zorgvisie vanzelfsprekend ter sprake kwam.’

‘Op dit moment zijn wij bezig om vanuit de zorgvisie een vertaalslag te maken om de identiteit te verwerken in onze methodiek.’

Tabel 3.6 geeft een overzicht van de wijze waarop instellingen hun identiteitsbeleid hebben vastgelegd. Drie respondenten gaven aan dat hun identiteitsbeleid op een andere manier is vastgelegd namelijk in een beleidsplan en strategienota ($n = 2$) en in een folder ($n = 1$).

³⁶ De FEO-leden gaven aan vanuit Gods Woord gedreven te zijn om dienstbaar te zijn in deze maatschappij. Waarbij ze ook aangaven dat het hebben van een christelijke signatuur tegenwoordig niet meer afdoende is om de identiteit te behouden. Alle FEO-instellingen hebben hun identiteit expliciet vastgelegd.

Tabel 3.6. Identiteitsbeleid vastgelegd in: (N = 33) – meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Identiteitsbeleid vastgelegd in	n	%
Een visie op de organisatie	26	17,7
Een visie op de zorg-/hulpverlening	30	20,4
Een visie op de mens	23	15,6
Een visie op de patiënt/ cliënt	20	13,6
Gedragsregels tussen medewerkers/ cliënten	24	16,3
Methodiekhanteling	6	4,1
Scholing medewerkers	15	10,2
Anders	3	2,0
Totaal aantal antwoorden	147	100%

Uit de beantwoording van de vragenlijst blijkt dat de meeste instellingen de missie hebben vertaald naar een zorg-/hulpverleningsvisie. Het formuleren van een organisatievisie is veelal verweven in de zorgvisie of opgenomen in de kernwaarden.

Een afzonderlijke analyse van de verschillende zorgsectoren laat geen significante verschillen zien in de wijze waarop het identiteitsbeleid is vastgelegd. Respondenten verstrekten met name identiteitsnoties met betrekking tot signatuur, personeelsbeleid en cliëntenbeleid. Het formuleren van een visie op samenwerking is niet of nauwelijks onderdeel binnen het bestaande identiteitsbeleid.³⁷

Tabel 3.7. Huidige kernwaarden (N = 34) – meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Huidige kernwaarden	n	%
Professionaliteit	29	27,1
Patiëntgerichtheid	22	20,6
Betrouwbaarheid	20	18,7
Identiteit (categorie anders)	8	7,5
Innovatief	7	6,5
Respect	7	6,5
Veiligheid (een veilige omgeving)	6	5,6
Nabijheid (relationeel)	6	5,6
Nabijheid (geografisch)	2	1,9
Totaal aantal antwoorden	107	100%

³⁷ Opmerkelijk is dat twee FEO-respondenten aangaven een visie op samenwerking te hebben als het gaat om identiteitshandhaving; waarbij men nadrukkelijk aangaf alleen vanuit het cliëntperspectief samenwerkingsverbanden op te richten, om zo de zorg en de identiteit voor de cliënt te waarborgen.

De volgende citaat werd in verband gemaakt: 'Onze stichting is er voor de cliënt: helemaal en onvoorwaardelijk. We bieden totale (= integrale) hulpverlening, omdat we de cliënt in zijn totaliteit bezien. Waar we het zelf niet kunnen vragen we anderen. Als partner in de keten, staan we open voor samenwerking. Eerlijk en betrouwbaar met een je-kan-op-ons-rekenen-mentaliteit.'

▪ *Kernwaarden*

Kernwaarden geven min of meer samengevat de richting aan het beleid en zullen zowel in vertaling van doelen als in het dagelijks handelen op werkvloer als toetssteen fungeren. Zie tabel 3.7 voor de kernwaarden die instellingen momenteel het meest benoemen.

Professionaliteit, patiëntgerichtheid en betrouwbaarheid zijn op dit moment leidende kernwaarden binnen de instellingen. Hiernaast gaf men in de interviews aan bezig te zijn met zorgvernieuwingen en innovatieprojecten.³⁸

3.3.3. Managementstrategieën voor identiteitsgebonden zorg

Zowel uit de interviews als vanuit de focusgroep kwam naar voren dat christelijke identiteit op drie verschillende manieren in de praktijk gestalte kan krijgen, namelijk via: *structuur, cultuur en personeel*. Deze indeling sluit aan op een eerder gepresenteerd model.³⁹ Deze drie managementstrategieën vertonen een sterke onderlinge verwevenheid en samenhang. Respondenten gaven aan dat de identiteit onlosmakelijk is verbonden met alle onderdelen binnen de organisatie. Het is als het ware het cement tussen de bouwstenen van de organisatie. 38,7% ($n = 12$) van de respondenten geeft ook aan dat de genoemde strategieën niet te scheiden zijn (zie tabel 3.8).

‘Het is lastig om te zeggen welke strategie de meeste aandacht krijgt binnen de organisatie. Alle drie de onderdelen zijn essentieel om christelijke identiteit te waarborgen.’

‘Identiteit is bij ons verweven in ons denken, doen en laten. Alle ethische vraagstukken worden getoetst aan de identiteit van de organisatie. Identiteit is geïnternaliseerd gegeven binnen de organisatie.’

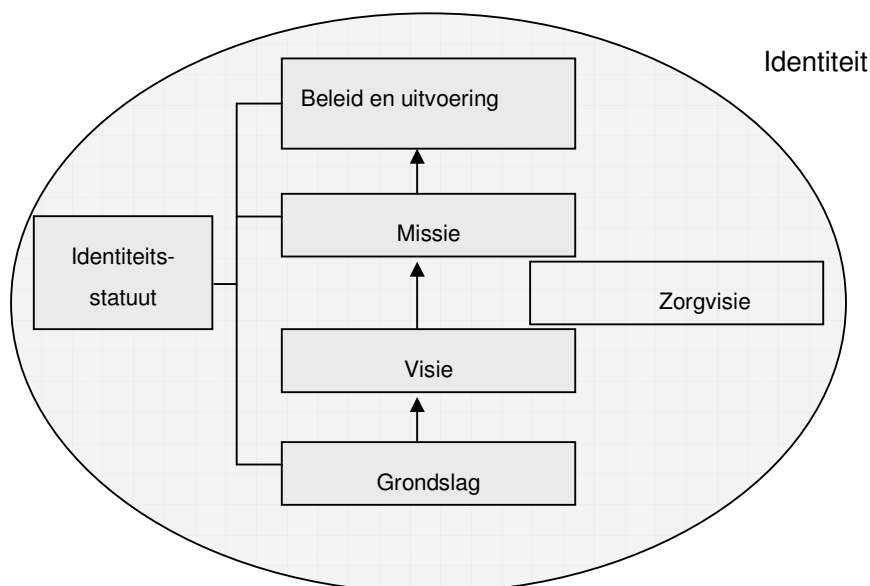
Tabel 3.8. Managementstrategieën (N = 34)

Strategie	<i>n</i>	%
Structuur	8	25,8
Cultuur	5	16,1
Personeel	4	12,9
Structuur en personeel	1	3,2
Personeel en cultuur	1	3,2
Structuur, cultuur en personeel	12	38,7
Missing	3	8,8
Totaal aantal antwoorden	34	100%

Identiteitsbeleid via structuur is min of meer het fundament van identiteitsbeleid binnen de organisatie aldus de respondenten. Vanuit geformuleerde beleidsstukken wordt vorm en inhoud geven aan culturele aspecten binnen de organisatie en het personeelsbeleid.

³⁸ Kernwaarden FEO-leden: (1) betrouwbaarheid; (2) professionaliteit; (3) patiënt-cliëntgerichtheid en (4) innovatie.

³⁹ Hegeman JH et al. ~Management en levensbeschouwing in zorginstellingen. In: Cusveller BS (red). Zorgdragen. Naar een christelijke visie op zorg. Lindeboomreeks dl 8. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 1996, p.62-77



Figuur 3.1. De elementen van een identiteitsstatuut binnen een instelling⁴⁰

De bovenstaande figuur illustreert de verwevenheid tussen structuur, cultuur en personeel. Tijdens de *invitational conference* is deze figuur gepresenteerd. De respondenten gaven aan dat de figuur herkenbaar is in de praktijk. In de focusgroep bijeenkomst gaven medewerkers aan dat identiteit met name verweven zit in - (1) teamdagen; (2) functioneringsgesprekken; (3) onderzoek naar tevredenheid van zowel cliënten als medewerkers; (4) verbondenheid met kerkelijke achterban of pastorale werker; (5) aanstellingsbeleid van medewerkers en (5) soms wordt identiteit verwerkt als hulpverleningsvraag in het zorgplan. Daarnaast ervaren ze enige mate van betrokkenheid als het gaat om identiteitsontwikkelingen van de organisatie.

Respondenten noemden werving en selectie van medewerkers een essentieel onderdeel voor identiteitshandhaving van de instelling. Dit sluit aan bij eerdere resultaten van het onderzoek waarin respondenten het niet kunnen vinden van 'passende' medewerkers voor hun organisatie een bedreiging noemden (zie tabel 3.9) .

'Identiteit op papier is mooi, maar identiteit die wordt uitgedragen is essentiëler. Dit betekent dat medewerkers de dragers zijn van ons identiteitsbeleid.'

Uit de focusgroep kwam naar voren dat naarmate de identiteit van medewerkers en cliënten 'minder' aansluit bij de identiteit van de instelling, de instellingen identiteitsbeleid met name lijken te realiseren via identiteitsgebonden 'cultuur'-activiteiten, zoals (1) de wekelijkse opening/sluiting met medewerkers; (2) de invulling van de zondag (en bid- en dankdagen) of (3) bijbellezen en bidden voor de maaltijd.

'Huize X. staat in een multiculturele wijk. In deze situatie is het hanteren van een te 'strak' identiteitsbeleid funest. Dit zou namelijk betekenen dat het huis dicht moet, omdat we niet kunnen voldoen aan de gestelde eisen vanuit de overheid. Binnen de instelling is dan ook veel aandacht besteed aan het verwerken van identiteit in culturele elementen van de organisatie.'

'Een aantal jaren geleden werd een medewerker nog bij de bestuurder geroepen als zij geen lange rok aan had of lang haar had. Nu wordt tegenwoordig bij het aantrekken van nieuw personeel hier niet meer opgelet. Hierin zie ik een duidelijke verschuiving in het hanteren van identiteitsbeleid. Op dit

⁴⁰ Uit: Meiden JH van der. *Bijzondere kwaliteit. Een handboek over kwaliteit en identiteit van het verzorgingshuis*. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 2003.

moment ervaar ik dit als een bedreiging, omdat het voor mij nog onduidelijk is *wanneer* deze verschuiving eindigt'

De respondenten uit de focusgroep gaven aan dat externe bedreigingen meer aanleiding geven om een ruimer identiteitsbeleid te hanteren. Deze bevinding sluit aan bij de resultaten van de vragenlijst (zie tabel 3.9).

3.4 Strategieën christelijke identiteitshandhaving⁴¹ toekomst

In aansluiting op de voorgaande paragraaf '*Identiteitsbeleid in de praktijk*' zullen in deze paragraaf strategieën naar voren komen die de leden van Focaris (willen) inzetten om identiteitshandhaving in de toekomst te garanderen.

3.4.1. Aanleiding om strategieën in te zetten t.b.v. identiteitshandhaving

Alle respondenten gaven aan bezig te zijn met het formuleren van strategieën voor identiteitshandhaving in de toekomst. In de vragenlijst is gevraagd wat de *reden* is om strategieën te formuleren met betrekking tot identiteitshandhaving

Tabel 3.9. Aanleiding inzetten strategieën t.b.v. identiteitshandhaving (N = 34)

	Oneens (%)	Enigszins Oneens (%)	Noch eens noch oneens (%)	Enigszins eens (%)	Eens (%)
Interne bedreigingen (achterban, personeel, doelgroep) vormen een grotere risico voor identiteitshandhaving dan externe bedreigingen (o.a. overheidsbeleid)	23,5	23,5	17,6	17,6	17,6
Interne bedreigingen geven aanleiding tot het meer inhoud geven aan identiteitsbeleid	20,6	23,5	17,6	26,5	11,8
Externe bedreigingen geven aanleiding tot het meer inhoud geven aan identiteitsbeleid	11,8	17,6	8,8	41,2	20,6
Interne bedreigingen geven aanleiding tot samenwerking	23,5	20,6	11,8	29,4	14,7
Externe bedreigingen geven aanleiding tot samenwerking	--	5,9	8,8	35,3	50,0

61,8 % respondentengaven aan dat externe bedreigingen aanleiding zijn om meer inhoud te geven aan het identiteitsbeleid. Als bedreigingen noemen respondenten: (1) regionalisering, (2) functiegerichte bekostiging en (3) marktwerking.

In aansluiting hierop noemden respondenten *wel* dat ze zorgontwikkelingen met name vanuit inhoudelijke overwegingen (53%) initiëren, in plaats van vanwege doelmatigheids-overwegingen (23,5%).

▪ Op welk terrein worden strategieën geformuleerd

Van de respondenten ziet 61,8 % ($n = 21$) deze externe bedreigingen als een kans om zich als identiteitsgebonden zorginstellingen te onderscheiden in het marktveld. In tabel 3.10 wordt weergegeven op welk terrein de respondenten kansen zien liggen met betrekking tot zorgontwikkelingen.

⁴¹ Identiteitshandhaving betekent hier vooral handhaving van zorg met de eigen identiteit.

Tabel 3.10. Zorgontwikkelingen (N = 33) - meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Zorgontwikkeling	n	%
Anticiperen op nieuw zorgbeleid	25	28,4
Identiteit verwerken in methodiek	17	19,3
Ontwikkelen van een nieuw zorgproduct	12	13,6
Aangaan van samenwerkingsrelaties	11	12,5
Ontwikkelen van een integrale zorgvisie	8	9,1
Formuleren van christelijke waarden	6	6,8
Zorgontwikkeling anders	5	5,7
Evidence based methodiekvorming	2	2,3
Technologische zorginnovatie	2	2,3
Totaal aantal antwoorden	88	100%

Het belang van identiteit in de toekomst wordt met name gezocht door tijdig te anticiperen op nieuwe (externe) ontwikkelingen aangaande het zorgbeleid. Leden van Focaris bepalen aan de hand hiervan op welke wijze ze deze zorgontwikkelingen – desgewenst – vertalen naar de organisatie. Momenteel betekent dit dat de instellingen: (1) samenwerkingsrelaties aangaan; (2) nieuwe zorgproducten ontwikkelen; (3) identiteit verwerken in methodiek, (4) christelijke waarden formuleren en/of (5) een integrale zorgvisie formuleren.

3.4.2 Het formuleren van strategieën

▪ Kernwaarden: huidig versus toekomst

In het onderzoek is gevraagd naar leidende kernwaarden in de toekomst, om inzicht te krijgen in welke richting de instellingen – willen - groeien. In tabel 3.11 worden de toekomstige kernwaarden met de huidige kernwaarden vergeleken.

Tabel 3.11. Vergelijking van kernwaarden momenteel en toekomst (N = 34) - meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Kernwaarden	Momenteel	Toekomst ⁴²	Vershil
Professionaliteit	27,1%	26,7%	-0.4%
Patiëntgerichtheid	20,6%	19,8%	-0.8%
Betrouwbaarheid	18,7%	20,8%	+ 2,1%
Identiteit (categorie anders)	7,5%	6,9%	-0.6%
Innovatief	6,5%	9,9%	+3.4%
Respect	6,5%	5,9%	-0.6%
Veiligheid (veilige omgeving)	5,6%	--	-5,6%
Nabijheid (relationeel)	5,6%	5,0%	-0.6%
Nabijheid (geografisch)	1,9%	5,0%	+3,1%

Professionaliteit, patiëntgerichtheid en betrouwbaarheid zijn momenteel leidende waarden. In vergelijking met de leidende waarden voor de toekomst valt op dat de leden van Focaris *innovatie, geografische nabijheid en betrouwbaarheid* belangrijker vinden. Andere belangrijke waarden die genoemd worden – maar niet als antwoordcategorie in de vragenlijst

⁴² FEO-leden noemen betrouwbaarheid, professionaliteit, cliëntgerichtheid en innovatie als belangrijkste kernwaarden voor de toekomst. In vergelijking met de huidige kernwaarden 'veranderen' de FEO-leden niet van strategische kernwaarden als gaat om toekomstig beleid.

waren opgenomen – zijn een herkenbare christelijke identiteit, barmhartigheid en geborgenheid.

De kernwaarde veiligheid scoort niet hoog 5,6% ($n = 6$), terwijl deze met name in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg als leidend – ook in de toekomst - werd genoemd in de interviews.

‘In het kader van identiteit is het bieden van veiligheid voor de voorzieningen met een woon- en leefcultuur voor onze doelgroep - die nog geen zelfstandige keuzes kunnen maken - essentieel.’

‘Wij leveren zorg aan een specifieke doelgroep, die geen andere christelijke identiteitsgebonden organisatie in Nederland kan bieden. Het aanbod blijven we (voorlopig) houden, omdat onze doelgroep die veiligheid binnen de instelling zoekt. De overheid erkent dat onze organisatie aan een specifieke doelgroep diensten leveren, waar vraag naar is. Dit geeft ons op dit moment de ruimte om als organisatie de identiteit te kunnen handhaven.’

▪ *Strategieën met betrekking tot de kernwaarden*

Doordat de leden van Focaris elk hun eigen diensten en zorgproducten bieden, en daarbij een eigen christelijke achterban vertegenwoordigen (zie hiervoor ook tabel 3.1, 3.2 & 3.3), is het moeilijk om vanuit de analyse met betrekking tot de kernwaarden aan te geven waarop een instelling haar identiteitsbeleid formuleert.

In aansluiting op de uitkomsten in tabel 3.11 kan samen met de resultaten van het kwalitatieve onderzoek het volgende worden geconcludeerd:

1. instellingen, ongeacht van welke zorgcategorie zien betrouwbaarheid (o.a. kwaliteit), innovatie (evidence-based) en transparantie als kernwaarden;
2. instellingen, waarvan er maar één is die dat type zorgproduct - vanuit een levensbeschouwelijke achtergrond - verleent (o.a. jeugdzorg, verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg), zijn met name gericht op *nabijheid* (geografisch) en *herkenbaarheid* van hun diensten aan de achterban;
3. instellingen met ambulante voorzieningen zijn met name gericht op *professionaliteit* en *betrouwbaarheid* (medewerkers dragers van identiteit alsook sterk de drang identiteit te verwerken in de methodiek), en
4. instellingen met intramurale voorzieningen zijn met name gericht op het handhaven van *veiligheid* en *betrouwbaarheid* (cultuur als sturingsmechanisme).

Tijdens de focusgroepsbijeenkomst zijn bovenstaande bevindingen ter verificatie voorgelegd aan de deelnemers.

‘Identiteit is een belangrijk punt bij opname van de cliënten. Wij zijn een gereformeerde instelling, die als het ware een verlengstuk is (en wil zijn) van de huiselijke situatie van de cliënt. Beleidsopzetten en –uitvoeren met betrekking tot doelgroepenbeleid is essentieel voor identiteitshandhaving; waarbij het met name wordt gezocht in het bieden van een veilige vertrouwde omgeving voor de cliënt. Bij niet-christenen adviseer ik altijd: *wellicht kunt u beter naar een andere zorgaanbieder gaan, omdat we bepaalde normen en waarde nastreven*. De plekken die ik te vergeven heb zijn specifiek voor mensen met een christelijke achtergrond.’

‘Als er niet-christelijke cliënten komen voor hulp, is het denk ik voor ambulante voorzieningen gemakkelijker dan residentiële settings om hieraan hulp te verstrekken. De identiteit is bij ons namelijk niet gebonden aan culturele aspecten. We proberen de identiteit in onze werkwijze (o.a. methodiek en bejegening) via de medewerker gestalte te geven.’

In de interviews, inclusief de focusgroepsbijeenkomst noemden de respondenten drie gemeenschappelijke strategieën met betrekking tot identiteitshandhaving: (1) activiteiten gericht op de eigen cultuur en op de beleving van medewerkers; (2) aantoonbaar maken van de meerwaarde van christelijke zorg en (3) het aangaan van samenwerkingsverbanden. We lichten deze strategieën achtereenvolgens toe.

1. *Gericht op cultuur en beleving medewerkers*

Uit de interviews kwam naar voren dat naarmate het handhaven van identiteit in de knel komt, er verschuivingen plaatsvinden in het beleid plaatsvinden.

‘Huize X. staat in een multiculturele wijk. In dergelijke situatie zou het hanteren van een te strak identiteitsbeleid betekenen dat het huis dicht moet, omdat de instelling anders niet kan voldoen aan de externe eisen. Identiteit vindt voornamelijk nog plaats via culturele activiteiten alsook dat leidinggevendenden christelijk dienen te zijn.’

‘Medewerkers zijn de dragers van identiteitsbeleid binnen de organisatie. Om gezamenlijk als medewerkers op één lijn te zitten qua uitdragen van het identiteitsbeleid houden we bijeenkomsten en/of verzorgingen we trainingen op identiteitsbeleid.’

Als identiteit niet meer volledig kan aansluiten bij de identiteit van de cliënten en medewerkers, streven instellingen naar structurele momenten waarin de identiteit zichtbaar wordt gemaakt, zoals een gezamenlijke weekopening of het vieren van de christelijke feestdagen. Het investeren in de christelijke beleving van de medewerkers om deze te laten aansluiten bij de instelling, vormt dan een belangrijk onderdeel van het beleid.

2. *Aantoonbaarheid christelijke zorg*

Praktisch alle instellingen zijn bezig met het aantoonbaar maken van hun christelijke zorg. Het verwerken van identiteit in de methodiekhantering (zie tabel 3.10), wordt na anticiperen op zorgbeleid veelvuldig genoemd. De aantoonbaarheid dat christelijke zorg meerwaarde heeft, wordt steeds belangrijker, niet alleen voor overheden maar ook voor mensen uit de eigen achterban.

‘Voor de mensen uit onze eigen achterban krijgen we steeds vaker de vraag of onze instelling een meerwaarde heeft dan een niet-christelijke instelling, en zo ja waarin komt dat naar voren? Dat mensen deze vraag stellen heeft te maken met het feit dat ze steeds meer overwegen om zorg dichtbij huis te willen hebben, in plaats van identiteitsgebonden zorg.’

‘Om te kunnen blijven bestaan als instelling op langer termijn zal de aantoonbaarheid dat christelijke zorgaanbieders in een behoefte voorzien die andere instellingen niet kunnen waarmaken essentieel zijn.’

Het opmerkelijke is dat het behalen van het christelijk keurmerk door de respondenten daarentegen niet gelijk wordt gezien als toegevoegde waarde (41,2%). Wel gaven respondenten aan dat de effectiviteit van christelijke zorg kenmerkend is voor de instelling (52,9%), terwijl bij het navragen naar deze effectiviteit nog geen instelling dit expliciet heeft benoemd en/of beschreven.

3. *Aangaan van samenwerkingsrelaties*

Tijdens de interviews werd aangegeven dat het aangaan van samenwerkingsrelaties voor de respondenten belangrijk is om identiteitsgebonden zorg te kunnen blijven leveren. In de vragenlijst is naar aanleiding hiervan expliciet gevraagd naar de reden van samenwerking. De reden om te gaan samenwerken en het doel waarop de samenwerking is gericht, wordt in tabel 3.12 weergegeven. Andere redenen om te gaan samenwerken zijn een verplichting in verband met verpleeghuiszorg, betere steun van de achterban en de WMO.

Op dit moment werkt 85,3% ($n = 29$) van de instellingen samen met een andere instelling. Redenen voor samenwerking zijn:

- versterking van de marktpositie;
- versterking van het zorgaanbod.

Tabel 3.12. Reden om te gaan samenwerken (N = 29) - meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Reden voor samenwerking	N	%
Versterking marktpositie	26	30,2
Versterking zorgaanbod	21	24,4
Delen van overhead	14	16,3
Versterking van de organisatie	12	14,0
Versterking van identiteit	8	9,3
Verminderde steun uit de achterban	1	1,2
Personeelstekort	1	1,2
Anders	3	3,5
Totaal aantal antwoorden	86	100%

Het delen van overheadkosten en het versterken van de organisatie worden minder aantrekkelijk gevonden dan het versterken van de marktpositie.

‘We zullen moeten groeien om te kunnen blijven voldoen aan de wensen van onze cliënten. Ik kan dan kiezen om te aan te sluiten bij een algemene aanbieder, maar dan ben ik bang dat ik op termijn mijn identiteit verlies. Het zou goed zijn om met andere organisaties – opgezet vanuit dezelfde culturele traditie – te gaan samenwerken. Op deze wijze beoog ik dat de christelijke identiteitsgebonden zorg behouden blijft.’

‘Onze cliënten zijn verspreid over het gehele land. Om tegemoet te komen aan hun wensen & behoeften is het belangrijk met andere organisatie te gaan samenwerken - die al werkzaam zijn in die regio – zodat de cliënten bereikt worden.’

‘Eventuele samenwerking met andere zorgaanbieders dient gezocht te worden in een coöperatie. Deze coöperatie is dan de gesprekspartner met de financiers, zo behouden we met elkaar een sterk christelijk label in Nederland.’

Wanneer instellingen gaan samenwerken is de samenwerking vaak primair gericht op zorgverlening. Onderstaande tabel 3.13 geeft een overzicht van de gebieden waarop samenwerking primair gericht kan zijn. Als alternatieven worden genoemd: kwaliteitsbeleid ($n = 4$), public relations ($n = 2$), het delen van overhead ($n = 1$), een zorgloketfunctie ($n = 1$) en dat waarbij men het meeste baat heeft ($n = 1$).

Tabel 3.13. Gerichtheid van de samenwerking (N = 30) - meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Samenwerking vindt primair plaats op het gebied van	N	%
Zorgverlening	23	29,5
Zorginnovatie	12	15,4
Doelgroepenbeleid	11	14,1
Financiën	9	11,5
Inkoop	8	10,3
Personeelsbeleid	6	7,7
Anders	9	11,5
Totaal aantal antwoorden	78	100%

Verminderde steun uit de achterban en personeelstekorten lijken geen reden te zijn voor samenwerking.
Voor wat betreft de vorm is de samenwerking vooral gericht op ketensamenwerking en netwerkvorming.

Tabel 3.14. Type van samenwerkingsrelaties (N = 29) - meerdere antwoorden mogelijk (d.w.z.: n = aantal keren dat er geantwoord is en % = het percentage van het totale aantal antwoorden).

Samenwerkingsrelatie	n	%
Ketensamenwerking	19	50
Netwerkvorming	14	36,8
Fusie	2	5,3
Strategische alliantie	1	2,6
Anders	2	5,3
Totaal aantal antwoorden	38	100%

Bij de antwoordcategorie 'anders' vulden twee respondenten in dat bij het aangaan van een eventuele samenwerkingsrelatie de reden moet zijn het versterken van het cliëntenbelang; samenwerkingsrelaties dienen, kortom, geen doel op zichzelf te zijn maar een middel. Aansluitend hierop zal in de volgende paragraaf aan de orde komen dat het hebben van een gemeenschappelijke (zorg)visie essentieel is om samenwerkingsrelaties aan te gaan. In de onderstaande tabel wordt duidelijk dat instellingen wel samenwerken om identiteit te behouden, maar deze samenwerking niet per definitie zoeken met organisatie met dezelfde identiteitscultuur of zorgaanbod.

Tabel 3.15. Uitspraken met betrekking tot samenwerking (N = 32)

	Oneens (%)	Enigszin s Oneens (%)	Noch eens noch oneens (%)	Enigszin s eens (%)	Eens (%)
Samenwerking alleen met organisaties met dezelfde identiteitscultuur.	26,5	14,7	14,7	17,6	20,6
Samenwerking alleen met organisatie met dezelfde zorgaanbod.	35,3	29,4	17,6	2,9	8,8
Samenwerken om identiteit te behouden	2,9	5,9	2,9	--	82,4
Voor het aangaan van een samenwerkingsrelatie is het formuleren van een gemeenschappelijke zorgvisie eerste stap.	14,7	5,9	29,4	29,4	14,7
Het hebben van een integrale zorgvisie is noodzakelijk voor een succesvolle samenwerkingsrelatie.	8,8	--	14,7	29,4	41,2
De beoogde samenwerkingsrelaties zijn verbanden waarin zowel de primaire als de randvoorwaarden zijn geïntegreerd.	11,8	26,5	20,6	14,7	20,6
De achterban heeft een bepalende invloed of er wel of niet wordt samengewerkt.	29,4	11,8	23,5	26,5	2,9
Een kloof tussen zorgvisie en organisatievisie bij een mogelijke partner is een reden om <u>geen</u> samenwerkingsrelatie aan te gaan.	8,8	8,8	11,8	26,5	38,2
Er worden alleen samenwerkingsrelaties gezocht met de leden van Focaris.	70,6	14,7	5,9	2,9	--

Vanuit bovenstaande tabel komt naar voren dat respondenten bij het ontwikkelen van (nieuw) zorgbeleid, waarbij eventueel samenwerkingsrelaties worden aangegaan - het onderscheid tussen een zorgvisie en de rol van hun eigen zorgorganisatie daarin, niet noodzakelijk achten. Een dergelijk onderscheid kan inhouden dat men in het kader van samenwerkingsverbanden bereid is tot herpositionering van de eigen organisatie en de te leveren diensten om gezamenlijk de bestmogelijke zorg te bieden. De interviews ondersteunen deze bevinding:

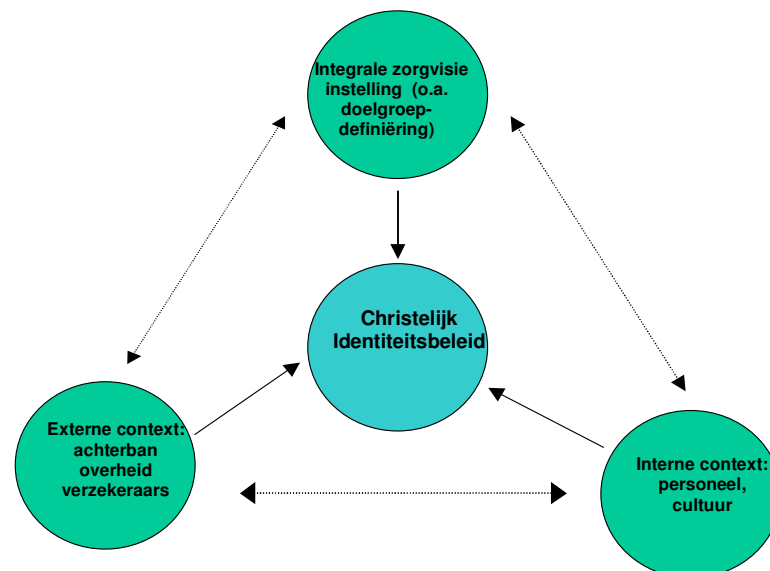
‘De organisatie maakt geen onderscheid tussen de inhoud en de organisatie van de zorg. Dit heeft al eens geleid tot spanningen omdat dan zowel de inhoud als de organisatie van zorg beiden te snel worden benaderd vanuit een technisch organisatiemodel.’

‘Het bereiken van een gemeenschappelijke visie op het primaire proces is op dit moment wellicht nog een brug te ver. De vorm van een eventuele ketenzorgorganisatie waarbij een ieder zijn of haar eigen identiteit en achterban houdt, ligt dan ook voor de hand. Voor klanten kan dit een extra keuzemogelijkheden bieden en voor de organisatie kan dit betekenen dat dergelijke bedrijfsprocessen efficiënter worden ingericht, met als eventueel gevolg ontschottingen in de organisatiestructuur en de financieringsstromen overbrugd kunnen worden.’

3.5 Strategisch-fitmodel voor het bieden van christelijke zorg

Ter afsluiting van dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirische onderzoek met elkaar in verband gebracht. Uit het kwalitatief onderzoek kwam vooral naar voren dat het kunnen aanbieden van christelijke zorg gebonden is aan voorwaarden (zie analyse van factoren met betrekking tot kansen en bedreigingen). Figuur 3.2 brengt deze drie typen voorwaarden met elkaar in verband.

Centraal staat waar het in dit rapport primair om gaat: zorg met een duidelijke christelijke identiteit, met de bandbreedte die het mogelijk maakt in te spelen op de wensen en behoeften van de doelgroep(en). De bolletjes er omheen vertegenwoordigen de diverse typen voorwaarden waaraan voor realisering van dergelijke zorg voldaan moet zijn. In de eerste plaats dient men een transparant integraal zorgmodel te hebben dat de inhoud van de zorg en de wijze waarop die geboden wordt, beschrijft. Dat model moet van de identiteit



Figuur 3.2. Strategisch fitmodel met betrekking tot identiteitshandhaving zorginstellingen

doortrokken zijn en potentiële gebruikers, maar ook de financiers, duidelijk maken wat men te bieden heeft. Hoofdstuk 1 van dit rapport ging hierover. Om dergelijke christelijke zorg te kunnen leveren en adequaat te kunnen uitvoeren, dient de zorgorganisatie te beschikken

over goede medewerkers/zorgverleners die de identiteit in hun zorgverlening belichamen en dient in de (intramurale) instelling een daarmee overeenstemmende cultuur te heersen (het bolletje rechtsonder; de 'interne' context). Hier spelen onder meer de strategieën voor identiteitsbeleid die in hoofdstuk 1 genoemd zijn en in paragrafen 3.3.3 en 3.4.2 van dit hoofdstuk nader besproken zijn. In de derde plaats hebben instellingen te maken met de externe context waarbinnen men moet opereren. Deze betreft de relaties met partijen in het veld, dus zowel de achterban (doelgroep), als de overheid en de verzekeraars. Die context is globaal in hoofdstuk 2 in kaart gebracht. Hier gaat het vooral om het macroniveau, terwijl de andere voorwaarden vooral betrekking hebben op micro- en mesoniveau. De visie op zorgverlening (bovenste bolletje) is een voorwaarde die op alle drie niveaus een rol speelt. Vandaar dat deze drie niveaus op elkaar afgestemd moeten zijn, wil de instelling ook in de toekomst christelijke zorg blijven verlenen.

Elk deelaspect van de figuur is onderhevig aan diverse factoren.⁴³ In de interviews is expliciet aan de respondenten gevraagd welke factoren zij per deelaspect als dreiging of kans ervaren. In onderstaand schema zijn de factoren benoemd. In de middelste kolom staan de aspecten die op micro-, meso- en macroniveau van invloed zijn op handhaving van de christelijke identiteit van de instelling. In de linkerkolom worden de belangrijkste risicofactoren geïnventariseerd, in de rechterkolom de belangrijkste kansen.

Wat in een schema onvermijdelijk aan het zicht onttrokken wordt, is de complexiteit waarmee een instelling op het terrein van identiteitshandhaving te maken heeft en de verwevenheid van de verschillende factoren.

A) Toelichting factoren op cliënt- en medewerkerniveau

Instellingen merken dat mensen vanuit de achterban niet langer vanzelfsprekend kiezen voor identiteitsgebonden zorg. De toekomstige cliënt is mondiger, vraagt om professionele en kwalitatief goede zorg, het liefst zo dicht mogelijk in zijn of haar eigen omgeving. Aantonen dat christelijke zorg meerwaarde heeft, zal (toekomstige) cliënten kunnen binden. Instellingen zullen op deze wensen en behoeften moeten inspelen, ter behoud van de vraag. Dit vereist goed gemotiveerde en opgeleide medewerkers.

B) Toelichting factoren op instellingsniveau

▪ *Factoren met betrekking tot de visie op zorgverlening*

Het formuleren van strategieën om christelijke zorg te handhaven, begint bij de vraag: *waar gaan instellingen voor?* Het beantwoorden van deze vraag is essentieel om de koers van de instelling te bepalen. Respondenten gaven aan dat een gemeenschappelijke visie en kernwaarden – tezamen met andere christelijke zorgaanbieders – richting moeten geven voor de toekomst. In dit proces dienen de *zorgmotieven leidend* te zijn en de cliënt centraal te staan. Vanuit deze integrale zorgvisie werken verschillende zorgaanbieders met elkaar samen.

Deze visie op zorgverlening vraagt om een *integrale, cliëntgerichte structuur*. De diverse zorgverleners, mantelzorgers en/of vrijwilligers werken met elkaar samen in het primaire proces rond de patiënt/cliënt. Voor een goede uitvoering is een duidelijk transparant zorgmodel noodzakelijk om bij ieder lid duidelijkheid te scheppen wat zijn of haar taken en verantwoordelijkheden zijn in het samenwerkingsverband. Het benoemen van een duidelijk coördinatiemechanisme is essentieel om de samenwerking te bevorderen.

▪ *Factoren met betrekking tot de organisatie*

Uit het onderzoek blijkt dat het bepalen van de koers met betrekking tot identiteitshandhaving onderhevig is aan twee factoren: (1) welke type zorgproduct levert een instelling en (2) voor welke doelgroep verleent de instelling het product.

⁴³ zie bijlage 3. Labelingstabel, onderdelen (1) voorwaarden (= kansen) voor christelijke zorg en (2) bedreigingen voor christelijke zorg.

Tabel 3.16. Overzicht factoren m.b.t. kansen & bedreigingen handhaven christelijke zorg

Bedreigingen		Kansen
	I Microniveau	
	<i>Cliënt- en medewerkersfactoren</i>	
Vervreemding; onvoldoende betrokkenheid;	<i>Herkenbaarheid</i>	Herkenbaarheid christelijke zorg; landelijke dekkend aanbod.
Onvoldoende aantoonbaarheid goede zorg en meerwaarde christelijke zorg; 'christelijke' zorg als dekmantel	<i>Professionaliteit</i>	Aantoonbaarheid goede zorg; meerwaarde christelijke zorg; deskundigheid personeel
	II Mesoniveau	
	<i>Visie op zorgverlening</i>	
Organisatie als doel stellen; geen afstemming over gemeenschappelijke waarden	<i>Gemeenschappelijke visie en kernwaarden</i>	Zorgmotieven leidend (organisatie = middel); integrale zorgbenadering
Onvoldoende verbondenheid met kerken en/of christelijke instanties	<i>Sociale inbedding christelijk segment</i>	Verbondenheid met o.a. kerken en christelijke instanties
Onvoldoende onderscheidend vermogen	<i>Meerwaarde christelijke zorg</i>	Aantoonbaarheid christelijke zorg; zorgverlening methodisch in overeenstemming met christelijke principes
	<i>Organisatie</i>	
Diffuus zorgmodel; geen onderscheid tussen organisatie- en zorgvisie (gevolg: functioneel zorgtechnisch organisatiemodel); functiegerichte structuur	<i>Transparant zorgmodel (organisatie afgestemd op de zorgvisie)</i>	Transparantie zorgprocessen (o.a. taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden), coördinatiemechanismen, onderscheid tussen organisatie- en zorgvisie; patiëntgerichte structuur
Geen onderscheidend doelgroep	<i>Doelgroepenbeleid</i>	Specifieke doelgroepbediening; type zorgverlening (intramuraal vs. extramuraal)
	<i>Medewerkers</i>	
Afname aanbod medewerkers; (o.a. ook door verschuivingen beleving medewerkers)	<i>Aanbod</i>	Voldoende aanbod; beleving medewerkers aansluiten bij identiteit instelling; trainingen, cursussen bieden m.b.t. identiteit; dienend leiderschap
Sluit niet aan bij / nadert niet de identiteit van de instelling	<i>Beleving</i>	Waardegericht leiderschap; versterken identiteitsbeleving medewerker
Tegenover de cliënt gaan staan; onvoldoende bekwaam personeel	<i>Attitude</i>	Naast de cliënt gaan staan; professioneel handelen
	<i>Achterban</i>	
Vervreemding, verwachtingen management; achterban groeit niet mee in de ontwikkelingen van de organisatie.	<i>Open mind</i>	Meedenken / - groeien in de ontwikkelingen v/d instelling; duidelijkheid geven, m.n. om de verwachtingen af te stemmen.
Versnippering van diaconieën	<i>Centraal aanspreekpunt</i>	Herkenbaarheid achterban; duidelijkheid t.a.v. verwachtingen
Onvoldoende diaconale gelden en/of vrijwilligers	<i>Ondersteuning</i>	Diaconale gelden, verkrijgen van vrijwilligers
	III Macroniveau	
	<i>Overheidsbeleid</i>	
Onvoldoende vermogen tot aanbesteding; onvoldoende middelen voor innovatie	<i>Financiële middelen</i>	Prikkels voor innovatie, m.n. programma's voor zorgvernieuwingen;
Geen landelijke dekking, WMO, kwaliteitseisen, effectiviteit methodieken; wet- en regelgeving	<i>Zorgstelsel</i>	Vraaggestuurde zorg, regionalisering, verplaatsen van zorg; kwaliteit en effectiviteit
	<i>Maatschappelijke positie</i>	
Meerwaarde christelijke zorg niet aantoonbaar; geen maatschappelijke relevantie	<i>Erkenning voor religie</i>	Toestaan identiteitsgebonden instellingen; verweven in maatschappij; bediening specifieke doelgroep
Vervreemding, nabijheid	<i>Individualisering</i>	Aantoonbaarheid meerwaarde,

‘Onze instelling verleent zorg aan geestelijk gehandicapten, waarbij veiligheid en vertrouwen essentieel zijn voor het slagen van de hulpverlening.’

‘Onze medewerkers werken vooral ambulant. Hierdoor is de instelling niet gebonden aan bepaalde culturele aspecten, zoals die bij een intramurale voorziening wel nodig zullen zijn. Het verlenen van hulp aan niet-christelijke cliënten kan vanuit ambulant perspectief prima worden versterkt. Immers, de medewerkers zijn bij ons de identiteitsdragers. Maar als de instelling met name intramurale voorzieningen aanbood dan zou ik geen water bij de wijn willen doen...’

Om tot strategische keuzes te komen is het belangrijk dat de organisatie transparant is over haar bedrijfsvoering en dat het inzichtelijk is dat christelijke zorg meerwaarde heeft. Als instellingen zich op deze wijze kunnen profileren zal dat meewerken aan hun geloofwaardigheid.

Voor het aangaan van eventuele samenwerking met andere christelijke partners is het een valkuil om teveel vanuit de eigen instelling te denken en op basis daarvan strategieën te formuleren. Het onderscheiden tussen de eigen zorgorganisatie en de zorg die men geleverd wil zien (door wie dan ook), kan hierbij helpend zijn.

▪ *Factoren met betrekking tot medewerkers*

Voor het realiseren van een gemeenschappelijke zorgvisie zal de opstelling (attitude) van de zorgverlener daarbij moeten aansluiten. Het formuleren van identiteitsstrategieën ligt dan ook met name op het terrein van personeelsbeleid. Alle respondenten gaven aan dat het aanbod van medewerkers krap is en dat men de verschuivende identiteitsbeleving van medewerkers als een bedreiging ervaart voor identiteitshandhaving.

‘De medewerkers zijn de dragers van ons identiteitsbeleid. Om ze te boeien en te binden wordt van de instelling steeds meer gevraagd kleur te geven aan het identiteitsbeleid. Dit kwam ook uit de resultaten van tevredenheidsonderzoek onder medewerkers. In navolging hierop heeft de instelling besloten een driedaagse cursus aan te bieden aan elke medewerker over identiteit in de praktijk.’

▪ *Factoren met betrekking tot de achterban*

De opstelling van de achterban wordt door de meeste respondenten niet zozeer als een bedreiging ervaren. Toch heeft de achterban een bepalende rol in het voortbestaan van de organisatie. Met name op het terrein van financiële middelen, toekomstige cliënten en vrijwilligers liggen kansen voor de achterban. Het goed informeren van de achterban over welke ontwikkelingen bepalend zijn, is voor de instelling essentieel om daarmee verbinding te houden. Een lastig punt in het betrekken van de achterban is de diversiteit van kerken / diaconieën en kerkelijke instanties. Een centraal aanspreekpunt voor diaconieën voor gelden en/of vrijwilligers kan een ondersteunend factor zijn bij identiteitshandhaving.

C) Toelichting op factoren vanuit de externe omgeving

Externe ontwikkelingen ervaren veel respondenten als een bedreiging om identiteit te kunnen blijven handhaven in de toekomst. Van overheidswege wordt de positie van de zorggebruiker met name versterkt door vraaggerichte zorg. Zolang dit principe geldig blijft, biedt dit voor christelijke zorgaanbieders de mogelijkheid daarop in te spelen. Dit geldt evenzo voor de aanspraak die cliënten kunnen doen op hulp buiten hun eigen regio (aanspraak bovenregionale voorzieningen). Dit rapport gaat niet uitvoerig in op de invloed die het politiek beleid heeft op de mogelijkheid om christelijke zorg te blijven bieden.

Ook al ervaren respondenten op dit moment ruimte om als christelijke zorgaanbieder een speler te zijn in het zorgaanbod, het blijft heel belangrijk om een duidelijk transparant en christelijk zorgmodel te ontwikkelen dat voldoende wordt ondersteund met financiële middelen. Hiervoor is de ondersteuning vanuit de achterban een belangrijk gegeven, met name om zorgontwikkelingen in te kunnen zetten (door zowel financiële middelen als vrijwilligers).

Hoofdstuk 4 Nieuwe sporen trekken

4.1 Waar staan christelijke zorginstellingen?

In dit hoofdstuk willen we de lijnen uit dit onderzoek bij elkaar brengen, conclusies trekken en aanbevelingen formuleren. Is het mogelijk bepaalde strategieën te volgen teneinde de positie van christelijke zorginstellingen en daarmee christelijke zorg in het algemeen te versterken? Welke voorwaarden moeten worden vervuld om dit te bereiken. We proberen nu eerst enkele lijnen uit het onderzoek samen te brengen en daar conclusies uit te trekken.

4.2 Lijnen uit het onderzoek

Aan het eind van hoofdstuk 2 is het speelveld aangeduid waar christelijke zorginstellingen zich op bewegen. De komende jaren en vermoedelijk zelfs de eerste decennia hebben zorginstellingen te maken met een aantal ontwikkelingen die een structureel karakter dragen:

- Een blijvend hoge zorgvraag als gevolg van de dubbele vergrijzing
- Sterkere vraagarticulatie als gevolg van de nadruk op vraagsturing. Dit zal zich vertalen in een behoefte aan zorg-op-maat en een meer gespecificeerde vraag naar kwaliteit.
- Doorgaande vermaatschappelijking van de zorg met nadruk op extramuralisering en lokalisering.
- Versterkte inzet op lokale wisselwerking tussen vormen van formele en informele zorg, mede door de WMO.
- Blijvende financiële druk op instellingen door pogingen van de overheid de zorgkosten beheersbaar te houden en waar mogelijk te reduceren
- Bureaucratische last en regeldruk op zowel instellingen als cliënten

In dit speelveld hebben christelijke zorginstellingen specifieke kansen. Zij leveren een bepaalde vorm van zorg, namelijk christelijke zorg, die bij een nadere articulatie van de zorgvraag ook de specifieke behoefte kan zijn van cliënten.

Christelijke zorginstellingen kunnen van de identiteitszorg die zij bieden een 'unique selling point' maken.

Een andere specifieke kans ligt in de toegang die christelijke zorginstellingen hebben tot een bepaalde doelgroep. In principe hebben zij een voordeel als het er om gaat deze doelgroep te betrekken bij de zorginstelling en voor die doelgroep bepaalde diensten te verlenen. Ook kunnen christelijke zorginstellingen een beroep doen op een kerkelijke achterban met vrijwilligersnetwerken. Daarvoor is het nodig intensiever samen te werken met kerken en rekenschap te geven van wat diaconale presentie in de samenleving voor kerken betekent. Komt de nadruk te liggen op verdere vermaatschappelijking, lokalisering en de wisselwerking tussen informele en formele vormen van zorg, dan hebben christelijke zorginstellingen een zeker voordeel.

Brengen we deze lijnen samen met de uitkomsten uit het empirisch onderzoek dan is het mogelijk een beeld te geven van waar Focaris-instellingen nu staan. Dit onderzoek richtte zich op (a) zorgvisies, (b) de vormgeving hiervan in het zorgbeleid, (c) de visie op de identiteit van de instelling en (d) de inschatting van kansen en bedreigingen voor de christelijke zorg.

- (a) Zoals aangeduid willen de onderzochte instellingen hun christelijke identiteit vasthouden. Christelijke identiteit is de bestaansreden en spil waar het in deze instellingen om draait. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de inzet rondom samenwerking: 82%

van de respondenten zegt bij samenwerking de eigen identiteit te willen behouden. Ook meent 71% van de respondenten dat het hebben van een integrale zorgvisie een voorwaarde is voor samenwerking. De bereidheid die identiteit te versterken en verder te ontwikkelen ondersteunt de conclusie dat identiteit een zeer bepalend element is voor de onderzochte christelijke zorginstellingen en dat de inzet erop gericht is deze identiteit te behouden.

- (b) Wat de zorgvisie betreft, is het duidelijk dat de Focaris-instellingen (en ook de onderzochte FEO-instellingen) in de achterliggende jaren zich bewust rekenschap hebben gegeven van eigen identitaire opvattingen. De eigen visie is verder geëxpliciteerd en heeft vorm gekregen in gedragsregels, protocollen, in personeelsbeleid en in het zorgproces zelf. Geconcludeerd kan worden dat christelijke zorginstellingen zich bewust zijn van het belang van deze explicitering. Wel is het zo dat de eigen visie zich vooral richt op de formele aspecten en de cultuur van de instelling. Geconstateerd wordt dat christelijke zorgvisies in methodieken en zorgproducten zelf nog niet sterk verankerd zijn. Het beeld op dit punt is in elk geval divers. Sommige instellingen zijn hiermee bezig, anderen niet of kennen een zekere verlegenheid op dit punt.
- (c) Wat de vormgeving van identiteit betreft is in hoofdstuk 1 gewezen op de bepalende elementen van beleidsvorming (structuur), personeelsbeleid en de cultuur van een instelling. Geconstateerd kan worden dat Focaris-instellingen (en de onderzochte FEO-instellingen) zich hiervan rekenschap geven. Focaris-instellingen zijn professioneel geleide instellingen die in staat blijken identiteit vorm te geven via algemeen beleid, personeelsbeleid en het bewaren van een zekere sfeer of cultuur in de zorg. In het algemene beleid is de vormgeving van identiteit een belangrijk thema. In de management-laag is men bereid daar nog meer inhoud aan te geven, mede in reactie op externe dreigingen. Wat het personeelsbeleid betreft meent 79% van de respondenten dat de medewerkers christelijk dienen te zijn. Op dit punt is de grote meerderheid er dus van overtuigd dat een sterke identiteit staat of valt met de medewerkers van de instelling. Op het gebied van de cultuur van de instelling is het beeld niet eenduidig. Een meerderheid van de instellingen richt zich op professionele en patiëntgerichte zorg, maar een waarde als 'veiligheid' scoort lager dan bijvoorbeeld 'innovatie'. Onze duiding van dit gegeven is dat instellingen 'veiligheid' in belangrijke mate gerealiseerd achten en nu vooral professionele en innovatieve instellingen willen zijn, die sterker willen inzetten op nieuw zorgbeleid en de ontwikkeling van nieuwe zorgproducten. Er is een bereidheid mee te veranderen met het zorgstelsel als geheel en in te spelen op nieuwe ontwikkelingen. Dit mag echter niet ten koste gaan van de kwalitatieve kenmerken van deze instellingen op het gebied van patiëntgerichtheid, betrouwbaarheid en christelijke bejegening.
- (d) Als het gaat om de inschatting van kansen en bedreigingen is het zo dat de onderzochte instellingen zich vooral beducht tonen voor externe bedreigingen. Dat zijn de bedreigingen die voortkomen uit overheidsbeleid en de financiële kaders waarbinnen gewerkt moet worden. Externe bedreigingen krijgen een zwaarder gewicht dan interne bedreigingen. Onder interne bedreigingen is in dit onderzoek verstaan: vraaguitval in de eigen doelgroep, identiteitsverlies van de instelling en de beschikbaarheid van personeel dat de identiteit van de instelling draagt. Instellingen zijn zich wel bewust dat ook hier nieuwe ontwikkelingen mogelijk zijn, maar toch lijken dit beter hanteerbare factoren dan de externe dreigingen. Welke kansen instellingen zien is voor henzelf nog niet zo duidelijk, maar in elk geval verwachten zij dat de betekenis van waarden als innovatief vermogen, nabijheid en betrouwbaarheid zullen toenemen. Opvallend is dat de meeste instellingen bezig zijn met een strategie van samenwerking. Deze is gericht op de zorgverlening zelf en ook wel om innovatie te realiseren. Dat het hierbij gaat om de versterking van de eigen marktpositie of het

zorgaanbod is voor verreweg de meeste situaties (85%) het geval. Opvallend hierbij is ook dat niet naar fusies wordt gestreefd, maar naar keten- of netwerksamenwerking. Instellingen beseffen breed dat samenwerking een strategie is om kansen te behouden in een beweeglijke markt. Het niet realiseren van innovaties of een bepaald zorgaanbod (al dan niet in de keten) wordt gepercipieerd als een bedreiging, zo kan worden geconcludeerd.

4.3 Algemene conclusies

Vatten we het bovenstaande samen dan kunnen we de volgende algemene conclusies trekken uit dit onderzoek:

1. Christelijke zorginstellingen (uit dit onderzoek) hechten veel belang aan het behoud van hun identiteit en zijn bezig een christelijke zorgvisie in steeds meer opzichten te expliciteren binnen hun instelling.
2. Christelijke zorginstellingen zien externe en interne bedreigingen (vraaguitval) en schatten de externe (overheidsbeleid, financiële kaders) als een grotere bedreiging dan de interne.
3. Christelijke zorginstellingen willen groeien in kwaliteit en geven aan dat professionaliteit, cliëntgerichtheid en zorginnovatie daarbij belangrijke sleutelwaarden zijn.
4. Christelijke zorginstellingen zijn samenwerkingsbereid als dit leidt tot groei van zorgvolume, zorgvernieuwing, verbeterde zorgverlening en zorginnovatie. Er is een afweging tussen het voortbestaan van de eigen instelling of het voortbestaan van een bepaald type christelijke zorg.
5. Christelijke zorginstellingen menen dat de nabijheid van zorg in de toekomst belangrijk gaat worden, maar hebben zelf hun kansen op dit gebied nog niet verkend. De lokale omgeving als zorgmarkt is voor de meeste Focarist-instellingen nog niet in beeld.

4.4 Hoe verder?

Christelijke zorginstellingen willen stappen nemen, maar zijn onzeker over de richting waarin zij zich verder moeten ontwikkelen. In het onderzoek werd het dilemma verwoord als een keuze tussen een inzet voor zorginnovatieve producten die ook vermarkt kunnen worden en het koesteren van de interne cultuur van de instelling, waarin cliënten en medewerkers zich veilig voelen. Instellingen ervaren meer van dit soort dilemma's. Zo kan verdere professionele ontwikkeling en functiedifferentiatie binnen de instelling leiden tot de aantasting van gemeenschappelijkheid, kleinschaligheid en beslotenheid als kenmerken van de instelling. Uiteraard speelt in deze ontwikkelingen ook mee dat in veel instellingen – veelal voortgekomen uit verzuilde werelden - de logica van de aanbodsturing sterker is dan de logica van de vraagsturing. Overschakeling op vraagsturing vraagt een cultuurverandering waar zorginstellingen (onder meer intramuraal werkende instellingen) meer vertrouwd mee moeten raken. Men kan zich hiervan afzijdig houden en inzetten op voortzetting van oude patronen, waarbij instellingen blijven vertrouwen op hun eigen doelgroep. Het risico hiervan is dat de instelling geen marktstrategie ontwikkelt en niet tot innovatie of kwaliteitsverbetering komt. Het risico is ook dat de eigen doelgroep op zeker moment toch tot nieuwe afwegingen komt en voor een nieuwe zorgaanbieder kiest. Nu de gezondheidszorg zich tot een markt ontwikkelt dienen ook christelijke zorgaanbieders zich te richten op de eigen marktstrategie. Daarbij zouden zij gezamenlijk ook hogere belangen moeten laten wegen, teneinde een stelsel van christelijke zorg in Nederland onder nieuwe condities te versterken.

Volgens de onderzoekers zouden christelijke zorgaanbieders zich *twee vragen* moeten stellen.

In de *eerste plaats* moeten zij zich de vraag stellen wat hun eigen marktpositie is als christelijke zorginstelling en hoe zij deze marktpositie kunnen versterken.

Dit betekent dat instellingen zich welbewust moeten richten op een vraagmarkt, waarin de vraag naar christelijke zorg tevens een vraag is naar een bepaalde zorgkwaliteit. Die zorgkwaliteit – met de inherente waarden - zouden christelijke zorgaanbieders welbewust moeten inzetten om hun marktaandeel te behouden en te vergroten.

In de *tweede plaats* zouden zij zich de vraag moeten stellen wat de bijdrage van christelijke zorg is aan de gezondheidszorg in Nederland. Lokaal werkende instellingen zouden daarbij moeten streven naar groei, uitbreiding en innovatie in de lokale context. Daarvoor zullen zij moeten samenwerken op bovenlokale schaal. Landelijk werkende instellingen zouden ervoor moeten zorgen dat hun aanbod steeds deel blijft uitmaken van kwalitatief hoogwaardige zorgketens. Het Nederlandse zorgstelsel staat onmiskenbaar onder grote druk. Het zou er christelijke zorgaanbieders om te doen moeten zijn om een goed aangesloten stelsel van christelijke zorg in Nederland overeind te houden.

In dit slothoofdstuk willen we deze twee kernvragen verder uitwerken. Dat gebeurt door eerst enkele strategische hulpmiddelen aan te reiken aan de hand waarvan instellingen hun marktpositie kunnen overwegen. Daarbij gaat het om verschillende scenario's die voor hen open liggen. Vervolgens gaan we letten op de vraag hoe christelijke zorgaanbieders zich gezamenlijk kunnen versterken.

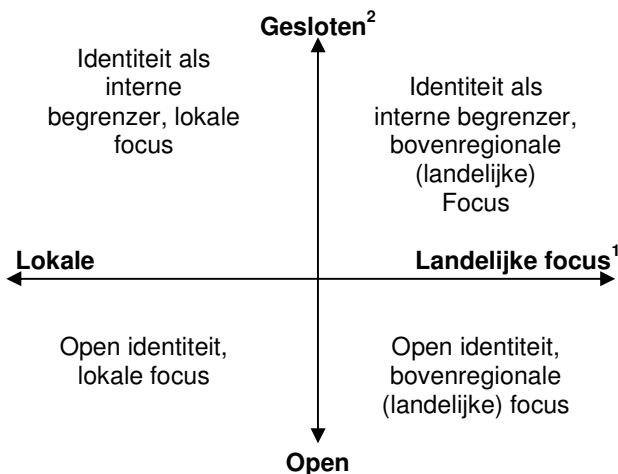
4.5 Naar een scenario-benadering

Het gaat er dus om de strategie te bepalen voor christelijke instellingen die willen groeien in kwaliteit, zorginnovatie en marktaandeel. Dit vergt uiteraard eerst een exercitie die instellingen moeten maken met betrekking tot de kwaliteit waarover zij beschikken en zouden willen beschikken. Is deze kwaliteit gelegen in kleinschaligheid, christelijke bejegening of in de ontwikkeling van bepaalde christelijke zorgproducten? Moeten christelijke instellingen zich nu richten op de eigen traditionele doelgroep of zich richten op een bredere markt?

Om deze exercitie te kunnen maken onderscheiden we om te beginnen vier typen van instellingen. Deze zijn representatief voor de instellingen die bij Focaris zijn aangesloten. Het gaat om ideaaltyperingen. In werkelijkheid bestaan er tal van tussenvariaties.

1. Lokaal werkende instellingen met een eigen doelgroep en een personeelsbeleid en toelatingsbeleid dat een sociale begrenzing vormt voor de identiteit van de instelling. Identiteit beperkt hier dus de actieradius van de instelling.
2. Lokaal werkende instellingen die weliswaar een christelijke identiteit handhaven (bijvoorbeeld via het personeelsbeleid), maar met een open toelatingsbeleid.
3. Landelijk werkende instellingen met een eigen doelgroep en een personeelsbeleid en toelatingsbeleid dat een sociale begrenzing vormt voor de identiteit van de instelling. Ook hier beperkt de identiteit de actieradius van de instelling.
4. Landelijk werkende instellingen met een christelijke identiteit (bijvoorbeeld via het personeelsbeleid) en een open toelatingsbeleid.

Deze typering is weergegeven in de volgende figuur (4.1).



Figuur 4.1: Organisatietypering voor (christelijke) zorginstellingen

Uiteraard is het zo dat instellingen die een restrictief identiteitsbeleid hanteren (identiteit als begrenzer) hun marktaandeel vinden binnen een welomschreven doelgroep. Het kan een weloverwogen keuze zijn om dit zo te doen en te handhaven. We spreken in dit verband ook wel van een 'verzuilingsmodel' (zie hoofdstuk 1). In dit scenario hebben instellingen de steun van de doelgroep nodig om dit type zorg te continueren.

Het kan evenzeer een weloverwogen keuze zijn christelijke zorg te ontwikkelen in een open scenario. Het doel is dan een algemeen aanbod te doen van christelijke zorg. Dit hebben we ook wel het 'Reveilmiddel' genoemd. In dit scenario zullen instellingen zich wervend en innovatief opstellen om dit type zorg te continueren. Uit dit onderzoek blijkt dat deze overweging bij veel zorgmanagers een rol speelt.

Instellingen die landelijk opereren hebben te maken met andere condities dan instellingen die lokaal opereren. Gaat de bereikbaarheid en de nabijheid van zorg een grotere rol spelen dan is dat van invloed op de keuze voor landelijk werkende instellingen. Met name instellingen met een restrictief identiteitsbeleid ondervinden dit. Is er een alternatief in de buurt dan zal het keuzegedrag van cliënten kunnen leiden tot vraaguitval. Landelijk opererende instellingen kunnen voor de strategie kiezen om ook lokaal te opereren, maar daarvoor zijn de Focaris-instellingen doorgaans te klein.

De keuze voor het open, wervende model' (en dus het verlaten van een restrictief identiteitsbeleid) is een andere mogelijkheid. Landelijk werkende instellingen zouden dan welbewust de keuze moeten maken voor nieuwe doelgroepen. Dit zou de keuze impliceren voor een wervend en innovatief aanbod van christelijke zorg.

Lokaal werkende instellingen kunnen een voordeel halen uit het ontstaan van een lokale zorgmarkt. De WMO biedt een nieuw kader voor deze vorm van vermaatschappelijking. Intramuraal werkende instellingen kunnen bijvoorbeeld ondersteuning bieden aan de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen in de eigen woonomgeving. Ook zouden zij kunnen denken aan het ter beschikking stellen van faciliteiten voor bijvoorbeeld respijtzorg om mantelzorgers te ontlasten. Een open model is hiervoor dienstiger dan een model dat zich exclusief op de eigen doelgroep richt.

Binnen het zich ontwikkelende stelsel van gezondheidszorg in Nederland is het van belang dat met name de kleinere christelijke instellingen volumegroei realiseren door uitbreiding van hun marktaandeel. Aangenomen wordt dat de kwaliteit van de geleverde zorg daarbij een belangrijke voorwaarde is. De identiteit van een instelling, die moet doorwerken in de geboden zorg, is een bepalend aspect van deze kwaliteit. Dit onderzoek laat zien dat dit op verschillende manier vorm krijgt. Instellingen leggen hun eigen accenten en maken impliciet of expliciet hun keuzes.

Het is van belang die kwaliteit zowel op te merken in de cultuur van instellingen waar een bepaalde christelijke identiteit wordt geconsolideerd in alledaagse leef- en werkpatronen (bejegening, vertrouwdheid met tradities en gewoonten, christelijke sfeer) als in innovatieve zorgverlening (specifieke methoden of zorgproducten). Het kan zelfs zo zijn dat de interne cultuur het 'unique selling point' is van de instelling voor een specifieke doelgroep. Die kwaliteit is soms geheel afhankelijk van vormgeving in een lokale context. Innovatief vermogen hangt samen met bewust beleid of wordt aangejaagd via bovenlokale krachtenbundeling of ketensamenwerking.

De keuzes die instellingen maken voor wat betreft hun verdere ontwikkeling laat zich in enkele scenario's samenvatten. Ieder benadering begint uiteraard met de bepaling van instellingen zelf wat hun gewenste identiteit is en de bepaling van eigen mogelijkheden. Vervolgens kan men zich de vraag stellen waar men sterk in is of zich nog sterker in zou kunnen ontwikkelen. Instellingen bevinden zich altijd in een dynamisch proces, waarbij zij voor kiezen voor een bepaalde focus op de identiteit van de instelling. Die kan dus consoliderend of innovatief zijn, gericht op een eigen welomschreven doelgroep dan wel gericht op de bredere zorgmarkt.

De volgende figuur maakt dit inzichtelijk (4.2). De horizontale as is de product-as (standaardzorg versus nieuwe en vernieuwende zorg) en de verticale as is de markt-as (identiteit grenst marktaandeel af versus identiteit ingezet als wervend kenmerk van de zorg).



Figuur 4.2: Markt versus product.

De vier vlakken van deze figuur geven ideaaltypische posities aan die men kan innemen. In de praktijk zijn tussenvormen en natuurlijk ook overgangen mogelijk. Veel intramuraal werkende Focaris-instellingen zullen zich herkennen in de positie van 'standaardzorg, zowel zorg als doelgroep identiteitsbepaald' dan wel 'standaardzorg en identiteit als marktwerver'. In dit laatste geval dienen de identiteit en de kwaliteit nader geëxpliciteerd te worden. Het begrip standaardzorg bevat geen waarde-oordeel over deze zorg; het kan om kwalitatief goede, 'ambachtelijke' zorg gaan. Ook dit is een gangbaar 'zorgproduct'. De werving zit dus in de identiteit waarmee men zich op een specifieke afgebakende of een bredere doelgroep richt. De ontwikkeling die een aantal instellingen doormaken is die naar verdere articulatie van hun professioneel en innovatief vermogen om voor hun identiteitsbepaald innoverend zorgaanbod een groeiende markt te vinden. In dit geval werft men met twee kwaliteitskenmerken: zowel met identiteit als met innovatie. De identiteit kan zich ook hier weer richten op een afgebakende doelgroep of op een bredere markt voor wie die identiteit interessant kan zijn (hetzij in sfeer, zorgverlening of zorgproduct). Sommigen kunnen juist in de combinatie van identiteit en innoverende zorgaanbod hun 'unique selling point' zoeken.

Daarbij kan bij intramurale instellingen wel de spanning ontstaan tussen de eigen identiteit van de aanbieder en het gegeven dat de beleefde identiteit mede door de zorggebruikers wordt bepaald.

Deze ontwikkeling naar een identiteitsbepaald innoverend zorgaanbod is belangrijk en anticipeert op een versterking van de eigen marktpositie. De eerste stap die hiervoor ondernomen moet worden, is de articulatie van de eigen identiteitszorg als 'unique selling point' voor de eigen doelgroep. Daarmee blijft men binnen de kaders van de eigen identiteit. Als het gaat om zorginnovatie is er behoefte aan ontwikkeltrajecten met professionele ondersteuning. Dit vergt creativiteit en innovatief vermogen, kwaliteiten van de organisatie waar instellingen soms expliciet behoefte aan hebben.

Gesteld kan worden dat instellingen die hun zorgidentiteit meer expliciet gaan maken, ook een ruimere markt zullen kunnen vinden voor hun 'zorgproduct'. Innovatie loont vaak op meer dan een manier. Die ruimere markt kan worden gevonden in een lokale context, waar men eerder nog niet actief was, of in verbeterde samenwerkingsstructuren met andere instellingen, al dan niet van dezelfde identiteit.

De vier scenario's die we in dit hoofdstuk presenteren behoren alle tot de mogelijkheden die voor instellingen openstaan. Men kan zich consoliderend opstellen, dicht bij de eigen doelgroep, maar men kan zich ook innovatief opstellen en zich met een bepaald welomschreven nieuw zorgproduct richten op de algemene zorgmarkt. Daartussen in bevinden zich de twee andere posities, waarvan de positie die dicht bij de eigen doelgroep blijft maar via samenwerking en innovatie komt tot explicitering van het eigen zorgproduct op de korte termijn een heel belangrijke zal zijn.

Het volgende schema vat de scenario's nog eens samen:

Scenario	Kernwaarden zorginstelling	Doelgroep	Samenwerkingspartners
<i>Standaardzorg; Zorgaanbod en doelgroep identiteitsbepaald</i>	Nabijheid (relationeel) Veiligheid Zekerheid	Zorgvrager van eigen levensbeschouwelijke kleur	Partners met dezelfde identiteit (veelal op nationale schaal)
<i>Standaardzorg; (geëxpliciteerde) identiteit wervend op (brede) markt</i>	Nabijheid (geografisch) Herkenbaar	Zorgvrager hoeft niet per definitie dezelfde identiteit te hebben	Lokale partners met en zonder dezelfde identiteit
<i>Innoverend zorgaanbod zorg en doelgroep identiteitsbepaald</i>	Innovatievermogen Nabijheid (relationeel) Zekerheid	Zorgvrager van eigen levensbeschouwelijke kleur	Partners met dezelfde identiteit (op nationale en lokale schaal)
<i>Innoverend zorgaanbod identiteit wervend op bredere markt</i>	Innovatievermogen Flexibiliteit Herkenbaar Extern gericht	Zorgvrager hoeft niet per definitie dezelfde identiteit te hebben	Partners met en zonder de eigen identiteit (op nationale en lokale schaal)

4.6 Strategische positionering

Christelijke zorginstellingen kunnen hun positie in de zich ontwikkelende zorgmarkt behouden en versterken. Het vraagt zelfbewustzijn met betrekking tot hun eigen unieke zorgproduct, samenwerkingsbereidheid en innovatief vermogen.

De routes naar versterking van christelijke zorg kunnen als volgt worden omschreven.

1. Lokaal werkende instellingen versterken zich in de lokale context. Dat doen ze door zich samen met andere lokale partners in te zetten voor een goed lokaal zorgaanbod. Dit kan gericht zijn op een bepaalde doelgroep (als de vraag uit deze groep sterk genoeg is) of door het leveren van zorg of zorgfaciliteiten aan een bredere doelgroep.
2. Om zorginnovaties tot stand te brengen zal soms professionele ondersteuning nodig zijn. Dit vergt bovenlokale samenwerking.
3. Landelijk werkende instellingen versterken zich door in te zetten op cliëntvriendelijke zorg en zorginnovaties. Het unique selling point zal hier bestaan uit de leverantie van zorg-op-maat die precies past bij een bepaalde vraag (en de vraag op landelijke schaal continueert) of die van zo hoogwaardige kwaliteit is dat deze zichzelf aantrekkelijk maakt.
4. Om de vraag naar christelijke zorg in stand te houden is goede ketensamenwerking noodzakelijk. Een aspect van zorg-op-maat is cliëntvriendelijke zorg, waarbij transparantie van zorgverlening en gemakkelijke doorstroming gewaarborgd kan worden.

4.7 Een landelijk stelsel van christelijke zorg

We komen nu toe aan onze tweede hoofdvraag. Niet alleen zullen christelijke zorginstellingen zich hebben te beraden op hun marktstrategie, ook is hun voortbestaan afhankelijk van goede onderlinge samenwerking en de vorming van een landelijk net van samenwerkende organisaties in de zorg. Tenslotte zal het nodig zijn meer steun te geven aan instellingen ter versterking van hun innovatief vermogen. Over deze twee dimensies tot slot een enkele aanbeveling.

4.8 Professionele ondersteuning

Dit onderzoek laat zien dat veel instellingen willen innoveren als het gaat om zorgvisies en zorgproducten. Hierin uit zich de wens de christelijke identiteit van de instelling sterker te ontplooiën, bijvoorbeeld ook in methodieken en zorgaanpak. We kunnen constateren dat dit een oude wens is van instellingen, die een zekere urgentie krijgt nu de zorgmarkt een vraagmarkt wordt en kwaliteit een onderscheidend element wordt. Ook kunnen we constateren dat veel christelijke zorginstellingen worstelen met dit vraagstuk. Vaak wordt dit vraagstuk verpakt in een algemene discussie over aard en betekenis van christelijke zorg. Niet zelden blijft werkelijk innovatief en creatief vermogen achter bij het gewenste beeld van christelijke zorg. Het zou daarom goed zijn instellingen te ondersteunen bij deze zorginnovatie. Dit zou kunnen door pilots te gaan ontwikkelen, bijvoorbeeld als het gaat om de wisselwerking tussen formele en informele christelijke zorg. Ook is verdere kennisondersteuning nodig als het gaat om de ontwikkeling van christelijke methodieken en zorgbenaderingen. Verder kan gedacht worden aan technische innovaties als vormen van teleshouding en –bewaking die ook de behoefte aan zorgmedewerkers kan verminderen. Wel blijft de menselijke kwaliteit van de zorg dan een aandachtspunt. Een verbinding naar kennisinstituten als lectoraten van hogescholen is mogelijk om dergelijke innovaties te bewerkstelligen. Ook kan gedacht worden aan een innovatieplatform dat door christelijke zorginstellingen zelf in leven wordt geroepen. Vanuit een dergelijk platform kunnen zorginstellingen hulp krijgen bij het ontwikkelen van christelijke zorg.

4.9 Samenwerkende instellingen

Het is van belang dat christelijke zorginstellingen elkaar goed weten te vinden. Dit onderzoek laat zien dat leidinggevend in principe samenwerkingsbereid zijn. Er ontstaan vormen van ketensamenwerking en netwerksamenwerking. Dit duidt op het vrijwillig karakter van deze samenwerking, die doorgaans wordt ondernomen om de eigen marktpositie te versterken. Samenwerking met het oog op de zorgmarkt kan in bepaalde combinaties win-win-situaties opleveren. Vrijwillige samenwerking is over het algemeen geen bedreiging voor de eigen identiteit. Toch menen wij dat voor het behoud en zo mogelijk de uitbreiding van de christelijke zorg zoals door Focaris-instellingen wordt geboden, het wenselijk is te komen tot

een zo goed mogelijk landelijk gespreid aanbod van zorgvormen teneinde ook geografisch zo dicht mogelijk bij de zorgvrager te komen. Vooral voor intramurale zorg is dat van belang. Dat vereist verdergaande samenwerking van instellingen in de vorming van netwerken en zorgketens (van thuishulp tot verpleeghuiszorg, en van psychosociale ondersteuning tot intramurale geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg). Daarbij kan Focaris wel een initiatief nemen maar zal de samenwerking breder gezocht moeten worden, eventueel ook met instellingen die zelf een andere identiteit hebben maar ruimte geven om lokaal een specifieke identiteit te realiseren. Daarbij dienen bestuurders en managers primair gericht te zijn op de instandhouding van de gewenste identiteitsgebonden zorg en niet primair op het voortbestaan van de eigen instelling. Dit vergt een waardegericht, dienend leiderschap. Christelijke bestuurders en managers mogen ons inziens daarop aanspreekbaar zijn.

Het zou goed zijn als hierin meer coördinatie plaatsvindt. Een mogelijkheid zou zijn de verder uitbouw van bestaande overlegstructuren (zoals bijvoorbeeld het IBA-beraad), waar relevante partijen rond de tafel zitten. Wel zullen alle deelnemers van dat beraad dan sterker het eigenaarschap van het overleg en de daarin uit te zetten lijnen moeten nemen. Van daaruit zou ook de link gelegd kunnen worden met de mogelijkheden die tot ontwikkeling komen voor de ondersteuning van innovaties (Vita Valley, kenniscentra).

\Wij achten dergelijke ontwikkelingen van groot belang voor de handhaving en verdere ontwikkeling van christelijke zorg en een sluitend aanbod daarvan in Nederland.

Bijlage 1 Onderzoeksmethodiek ten behoeve van het empirische onderzoek

1 Inleiding

Het inventariserend empirische onderzoek (hoofdstuk 3) treft een onderzoek naar zorgvisies (impliciet/expliciet) bij de leden van Focaris⁴⁴. Hiermee wordt beoogd specifieke en feitelijke informatie te krijgen over christelijke zorgvisies die onder leden van Focaris bestaan en daarin aanknopingspunten te herleiden voor beleidsontwikkelingen in een veranderende omgeving. *Welke zorgvisies zijn (impliciet)/expliciet aanwezig bij de leden van Focaris en hoe verhouden die zich tot het bestaande en voorgenomen beleid van de instelling?*

Hiervoor is inzicht nodig *waar* het belang van het huidige identiteitsbeleid ligt. Het achterhalen van welke factoren daarin een belangrijke rol spelen (hebben) vereist de nodige aandacht. Uiteindelijk beoogt het onderzoek bij te dragen aan inzicht in welke kansen en bedreigingen gezien worden noodzakelijk worden voor het handhaven van christelijke identiteit. Er is onderzoek gedaan aan de hand van interviews (individuele afname alsook focusgroepinterview), vragenlijsten en een invitational conference.

2 Uitwerking onderzoeksvragen

Om bovenstaande onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende, elkaar complementerende onderzoeksmethoden. Er is zowel kwalitatief als kwantitatief empirisch onderzoek verricht.

3 Het kwalitatieve deelonderzoek

Het kwalitatieve onderzoek onder Focarisleden richtte zich in eerste plaats op het verkrijgen van informatie en inzicht in de factoren die van belang zijn voor het (identiteits)beleid van de christelijke instellingen. In de tweede plaats waren de resultaten van dit onderzoek van belang voor het opzetten van de vragenlijst voor het kwantitatieve onderzoek en bij de interpretatie van de resultaten hiervan. In de kwalitatieve fase zijn interviews afgenomen met een of twee vertegenwoordigers van zes verschillende instellingen (o.a. zorgcategorieën: ouderenzorg, thuiszorg, maatschappelijk werk, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg).

Interviews

Het selectiecriteria voor de interviews was om vanuit elke zorgcategorie één zorgaanbieder te interviewen. Afhankelijk van de grootte en omvang van de organisatie werd ernaar gestreefd om bij elke zorgaanbieder zowel de bestuurder als een zorgmanager te spreken. De volgende selectiecriteria werden gehanteerd: (1) één zorgaanbieder van elke type zorgcategorie en (2) over de totale bandbreedte van de interviews dat alle kerkelijke gezindte – zoveel mogelijk – vertegenwoordigd was. In totaal zijn er 6 instellingen geselecteerd waarbij de mogelijke varianten van levensbeschouwelijke achtergrond binnen Focaris vertegenwoordigd waren.

Werkwijze

De interviews namen gemiddeld een uur in beslag en werden afgenomen aan de hand van een 'interview guide'. Zo'n semi-gestructureerde vragenlijst biedt meer mogelijkheden voor verdieping dan volledig gestructureerde vragen. De interviews zijn opgenomen en uitgetypt, en vervolgens met behulp van het softwareprogramma Maxqda geanalyseerd. Tenslotte zijn de resultaten van zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve fase ter verificatie voorgelegd aan betrokkenen tijdens een invitational conference.

⁴⁴ Het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek is eveneens uitgevoerd onder de FEO-leden (Federatie Evangelische Opvang). Vanwege een te lage respons (11,5%) kunnen deze resultaten niet afzonderlijk worden verwerkt. Indien de resultaten van de FEO-leden op een bepaald onderdeel afwijken van de Focarisleden zal dit in de tekst worden genoemd.

Inhoud interview

In de interviews kwamen diverse actoren aan de orde, zoals: de missie & visie, identiteit & cultuur, kenmerken van de doelgroep en het personeel en de achterban. Op basis van de literatuurstudie, hoofdstuk 1 van dit rapport zijn deze actoren samengesteld. Tot slot werd aan de respondenten gevraagd welke actoren – naast genoemde actoren zijn ook van belang achten met betrekking tot identiteitsbeleid en –ontwikkeling.

Het interview was als volgt opgebouwd:

Algemene vragen over missie, (zorg)visie en kernwaarden van de organisatie

Specifieke vragen identiteitsbeleid van de organisatie:

- welke factoren dragen bij aan het identiteitsbeleid (personeel, achterban, doelgroep, 'product' of cultuur)?
- welke kansen of bedreigingen ervaart een organisatie ten aanzien van identiteitshandhaving in de toekomst?
- welke mogelijkheden zien organisaties ten aanzien van identiteitshandhaving in de toekomst?

Tenslotte vragen naar opvattingen over de eventuele rol van Focaris in de toekomst.

Focusgroepbijeenkomst

Om inzicht te krijgen in de vertaling van (strategisch) identiteit naar de praktijk heeft na de eerste analyse van de onderzoeksresultaten een focusgroepsbijeenkomst plaatsgevonden. In de focusgroep namen mensen vanuit het operationeel niveau van de instelling aan deel. Als methodiek is het houden van focusgroepsbijeenkomsten een geschikte methodiek om een hypothese te onderzoeken, begrippen te verhelderen en ervaringen in kaart te brengen.⁴⁵ In totaal waren er 4 instellingen vertegenwoordigd, onder andere ouderenzorg en maatschappelijk werk. In de interviewfase zijn tevens twee afzonderlijke interviews gehouden met medewerkers van de werkvloer; bij de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg.

4. Het kwantitatieve deelonderzoek

Vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de bevindingen uit de interviews (kwalitatieve fase). De vragenlijst beoogde inzicht te geven in welke zorgvisies geformuleerd en gebruikt worden binnen het Focaris-verband en hoe dezen in verhouding staan met de praktijk.

De vragenlijst (zie bijlage 2 voor meer informatie) is door het onderzoeksteam opgesteld en ter beoordeling voorgelegd aan twee deskundigen. Naar aanleiding hiervan is de vragenlijst waar nodig bijgesteld. In maart 2008 is de vragenlijst definitief gemaakt en verstuurd naar alle instellingen die aangesloten zijn bij Focaris. Per instelling werd de vragenlijst ingevuld door een bestuurder en een zorgmanager. Alle instellingen waarvan we de vragenlijst op 21 april 2008 nog niet retour hadden ontvangen, kregen een herinnering gestuurd. Alle vragenlijsten die voor 20 juni 2008 door ons werden ontvangen, zijn in het onderzoek verwerkt.

In totaal zijn er 56 vragenlijsten verstuurd. Het responspercentage was 61% (n = 34). Hiervan is 59% (n = 20) door bestuurders ingevuld en 41% (n = 14) door zorgmanagers.

Non-respons

Om te achterhalen waarom een deel van de respondenten de vragenlijst niet retourneerde, is aan hen gevraagd naar de reden van non-respons.

Instellingen die niet meewerkten aan het onderzoek (n = 2) gaven als redenen drukte binnen de organisatie en het feit dat het invullen van de enquête veel tijd kostte en een

⁴⁵ Krueger, R.A., Casey, M.A. Focus Groups 3rd Edition A Practical Guide for Applied Research, 2000 Sage Publications, Londen.

reorganisatie. Daarnaast hebben drie instellingen lopende het onderzoek hun lidmaatschap bij Focaris opgezegd.

Werkwijze

De vragenlijst bestond uit open-, meervoudige half open- en gesloten vragen. Bij de open vragen konden de respondenten zelf hun antwoord formuleren. Bij de meervoudige half open vragen had de respondent de mogelijkheid meerdere gesloten antwoordcategorieën invullen. De gesloten vragen werden afgenomen aan de hand een 5-punts Likert Schaal.

De vragenlijsten werden zowel aan de bestuurder als aan een zorgmanager van een instelling toegezonden met verzoek deze in te vullen. De meervoudige half open en gesloten vragen zijn verwerkt en geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma SPSS. De open vragen zijn kwalitatief geanalyseerd.

5. Invitational conference

Ter verificatie van de voorlopige resultaten volgend uit het kwalitatieve en kwantitatieve gedeelte is een invitational conference gehouden. Het doel van de invitational conference was om de voorlopige uitkomsten en aanbevelingen (o.a. toekomstscenario's) van het onderzoek ter validering voor te leggen aan diverse genodigden die betrokken zijn bij christelijke identiteitshandhaving binnen de zorg. De invitational conference werd gehouden op 1 oktober 2008. In totaal waren er 20 experts aanwezig.

6. Beperkingen van dit onderzoek

1. Van een aantal instellingen kwam maar één vragenlijst terug, terwijl andere instellingen wel twee vragenlijsten retourneerde (zowel de bestuurder als een zorgmanager). Dit kan vertekening geven in de betrouwbaarheid van de analyse.
2. Bij de statistische analyse bleek dat statistische toetsing niet mogelijk was vanwege de diversiteit binnen de – en daardoor te kleine – onderzoekspopulatie.
3. De conceptualisering van de begrippen in de vragenlijst bleken soms op verschillende wijze interpreteerbaar te zijn. Dit kan de subjectiviteit vergroten wat betreft de beantwoording van de vragen.

Bijlage 2 Vragenlijst

Focarisonderzoek toekomstverkenning christelijke zorgvisies

Dit is een vragenlijst in het kader van het Focarisonderzoek 'toekomstverkenning christelijke zorg'. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in mogelijkheden voor toekomstvisies van christelijke zorgverlening. In deze vragenlijst wordt uw mening c.q. strategie gevraagd met betrekking tot toekomstige beleidsvorming en de plaats van christelijke waardeovertuigingen in de praktijk van uw instelling.

Handleiding voor deze vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit 25 vragen, verdeeld over 7 thema's:

1. Algemene vragen;
 2. Vragen over identiteit;
 3. Vragen over zorgontwikkeling & zorgvernieuwingen;
 4. Vragen over beleidsontwikkeling, kansen & bedreigingen;
 5. Vragen over samenwerking;
 6. Vragen over toekomstperspectief;
 7. Overige vragen.
- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15-20 minuten.
 - Probeer een zo betrouwbaar mogelijk beeld te geven.
 - De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en komen alleen in de handen van de onderzoeker.
 - Er bestaan geen goede of foute antwoorden. In dit onderzoek gaat het om het perspectief van uw instelling.
 - Probeer altijd een antwoord in te vullen, ook als u twijfelt.
 - De terminologie die gehanteerd wordt in de vragenlijst kan mogelijk afwijken van de termen die uw instelling gebruikt. Wij verzoeken u, waar nodig, de vraagstelling te vertalen naar uw instelling.
 - De vragen hebben betrekking op de gehele organisatie. Hebt u binnen uw instelling diverse werkwijzen op het terrein van identiteit ontwikkeld, bijvoorbeeld vanwege de achtergrond van uw specifieke doelgroep dan kunt u dit aangeven.
 - Voor het terugsturen van de vragenlijst kunt u gebruik maken van de bijgevoegde antwoordenvolp. U hoeft geen postzegel te gebruiken!
 - Voor verdere vragen kunt u terecht bij Dora Schiphof (e-mail: dschiphof-halma@gh-gpc.nl / 038-425 55 87) of Joukje Faber, secretaresse van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken (e-mail: jfaber@gh-gpc.nl / 038-425 55 14).

Wij stellen het bijzonder op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen!

Prof. dr. ir. Henk Jochemsen: lindinst@che.nl

Prof. dr. Roel Kuiper: rkuiper@gh-gpc.nl

Drs. Japke-Nynke de Haas- de Vries

Drs. Dora Schiphof- Halma: dschiphof-halma@gh-gpc.nl

Deel 1. Algemene vragen

Deze vragenlijst is ingevuld door:

Naam: _____

Werkzaam bij (naam instelling) _____

Functie (graag invullen) _____

Telefoon _____

E-mail adres _____ Website (instelling) _____

- | | |
|--|--|
| 1. Tot welke (zorg)categorie behoort uw instelling? Meerdere antwoorden mogelijk / evt. doorhalen wat niet van toepassing is. | ☐ Ouderenzorg
☐ Thuiszorg
☐ Jeugd gezondheidszorg, inclusief kraamzorg
☐ Maatschappelijk werk / dienstverlening
☐ Jeugdhulpverlening
☐ Geestelijke gezondheidszorg, inclusief sociale hulpverlening
☐ Gehandicaptenzorg, namelijk lichamelijk / geestelijk
☐ Anders, nl. |
| 2. Zijn de activiteiten en diensten van uw instelling gericht op specifieke doelgroepen? <i>Bijvoorbeeld ouderen, jongeren, etc.</i> | ☐ Nee
☐ Ja, op de volgende doelgroep(en):
.....
..... |
| 3. Welke diensten worden door uw instelling verricht? | ☐ Persoonlijke verzorging
☐ Verpleging
☐ Ondersteunende begeleiding
☐ Actieverende begeleiding
☐ Behandeling (niet mogelijk met PGB)
☐ Verblijf (bij een PGB; alleen tijdelijk verblijf)
☐ Huishoudelijke zorg
☐ Verstrekken van voorzieningen of hulpmiddelen
☐ Anders, nl. |
| 4. Wat is de levensbeschouwelijke achtergrond van uw instelling | ☐ PKN
☐ Christelijke Gereformeerde Kerk
☐ Gereformeerde Gemeente (in Nederland) |

- ☐ Gereformeerde kerk vrijgemaakt
☐ Hersteld Hervormd
☐ Anders, nl.
5. Welke belangrijkste kernwaarden zijn in uw instelling momenteel leidend? (*Maximaal drie antwoorden mogelijk*)
- ☐ Betrouwbaarheid
☐ Innovatief
☐ Nabijheid (geografisch)
☐ Nabijheid (relationeel)
☐ Patiënt-/ cliëntgericht
☐ Professionaliteit
☐ Respect
☐ Veiligheid
☐ Anders, nl.

6.a Beschrijf u hieronder de missie & zorgvisie van de instelling

Missie:

.....

.....

.....

Zorgvisie:

.....

.....

.....

*Graag meesturen **organogram** / **besturingsmodel** van de instelling!*

6.b Hoe vertalen deze missie, visie en kernwaarden zich onder anderen in:

(*Graag meesturen eventuele bijbehorende beleidsnotitie*)

Cliëntenbeleid:

.....

.....

.....

Personeelsbeleid:

.....

.....

.....

Samenwerkingsbeleid:

.....

.....

.....

Zorgbeleid:

.....

.....

.....

Anders, nl.

.....

.....

.....

Deel 2. Vragen over identiteit

7.a Is uw identiteitsbeleid schriftelijk vastgelegd?

☐ ja, schriftelijk vastgelegd (*ga naar vraag 7.b*)

☐ nee, maar we hebben wel een gebruikelijke gang van zaken (*hieronder kort toelichten*)

☐ nee (*ga naar vraag 8*)

7.b Zo ja, het identiteitsbeleid is vastgelegd in
(*Meerdere antwoorden mogelijk*)

- ☐ Een visie op de organisatie
- ☐ Een visie op de zorg-/ hulpverlening
- ☐ Een visie op de mens
- ☐ Een visie op de cliënt/ patiënt
- ☐ Gedragsregels tussen medewerkers en/ of cliënten onderling
- ☐ Methodiehantering
- ☐ Scholing medewerkers
- ☐ Anders, nl.

Toelichting

8. Welke factoren beïnvloeden de identiteit bij uw instelling? (*Maximaal drie antwoorden mogelijk*)
- ☐ Signatuur (beleden identiteit)
 - ☐ Professionele hulpverleners
 - ☐ Doelgroep (cliënten, bewoners etc.)
 - ☐ Historische achtergrond van de instelling
 - ☐ Samenwerkingsverbanden
 - ☐ Bestuur van de instelling
 - ☐ Beleid van het management
 - ☐ Anders, nl.

9. **In het onderzoek onderscheiden we drie managementstrategieën ter beïnvloeding van identiteit, respectievelijk: structuur, cultuur en personeel.**

- Identiteitsbeleid via **structuur** wil zeggen: schriftelijk vastgelegde formele identiteit; verwerkt in missie; zorgvisie; beleidsplannen; uitwerking betekenis identiteit voor zorgverlening (bijvoorbeeld in protocollen; kwaliteitskeurmerk); klanttevredenheidsmeting; informele & formele overlegstructuren (bijvoorbeeld ethische / identiteitscommissie).
- Identiteitsbeleid via **cultuur** wil zeggen: leiderschap; beschikbaarheid geestelijke verzorging; Godsdienstige vormen/ diensten (bijvoorbeeld kapel) & gemeenschaps- en cultuurstichtende bijeenkomsten: gebruikers en medewerkers betrekken bij (identiteits)beleid.
- Identiteitsbeleid via **personeelsbeleid** wil zeggen: aanstellingsbeleid; bijscholing / HRM; vaardigheden & attitude.

Welke managementstrategie ter beïnvloeding van identiteit krijgt in uw instelling de meeste aandacht? (*hieronder kort toelichten*)

- ☐ Identiteit via structuur
- ☐ Identiteit via cultuur
- ☐ Identiteit via personeelsbeleid

Toelichting

10. **Kruis voor de volgende uitspraken het hokje aan dat het beste past bij het beleid van uw instelling.**

Uitspraak	Eens	Enigszins eens	Noch eens, noch oneens	Enigszins Oneens	Oneens
Al onze cliënten hebben een christelijke levensovertuiging.					
Al onze cliënten komen uit de achterban van de instelling.					
Bij de instelling is ruimte voor niet-christelijke cliënten.					
De zorg sluit aan bij de levensovertuiging van de cliënt.					
Al onze medewerkers hebben een christelijke levensovertuiging.					
Al onze medewerkers komen uit de achterban van de instelling.					

Bij de instelling is ruimte voor niet-christelijke medewerkers.					
De rol van identiteit is expliciet omschreven in het beleid van de instelling.					
Medewerkers en gebruikers worden betrokken bij het vormgeven van identiteitsbeleid.					

Deel 3. Vragen over zorgontwikkeling en zorgvernieuwingen

11. Op dit moment wordt door de instelling qua zorgontwikkeling vooral gewerkt aan:
(Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Formuleren christelijke waarden
 - ☐ Anticiperen op nieuw zorgbeleid
 - ☐ Evidence-based methodiek vorming
 - ☐ Identiteit verwerken in de methodiek
 - ☐ Ontwikkelen integrale zorgvisie
 - ☐ Ontwikkelen nieuw 'zorgproduct'
 - ☐ Aangaan van samenwerkingsrelaties
 - ☐ Technologische zorginnovatie
 - ☐ Anders, nl.
12. Kruis voor de volgende uitspraken het hokje aan dat het beste past bij het beleid van uw instelling.

Uitspraak	Eens	Enigszins eens	Noch eens, noch oneens	Enigszins Oneens	Oneens
Het behalen van een christelijk kwaliteitskeurmerk heeft voor handhaving van identiteit van de instelling toegevoegde waarde.					
Zorgontwikkelingen vinden alleen plaats op zorginhoudelijke gronden.					
Zorgontwikkelingen vinden alleen plaats vanuit doelmatigheids-overwegingen.					
Het aantonen van effectiviteit van christelijke zorg is kenmerkend voor de instelling.					
De invloed van de achterban is bepalend m.b.t. welke zorgontwikkelingen worden ingezet.					
Zorgvernieuwingen worden ook aangegaan met organisaties die niet dezelfde identiteit hebben.					
Zorgvernieuwingen vinden altijd plaats in overleg met medewerkers.					

Deel 4. Vragen over beleidsontwikkelingen, kansen & bedreigingen

- 13.a Welke landelijke beleidsontwikkelingen zijn op dit moment voor uw instelling bepalend voor uw strategie m.b.t. identiteitsbeleid?

.....

.....

.....

- 13.b Ik zie die beleidsontwikkelingen als een kans / als een bedreiging. *Doorhalen wat niet van toepassing is. (hieronder kort toelichten).*

Toelichting

14. Kruis voor de volgende uitspraken het hokje aan dat het beste past bij het beleid van uw instelling.

Uitspraak	Eens	Enigszins eens	Noch eens, noch oneens	Enigszins Oneens	Oneens
Voor de toekomst liggen de bedreigingen voor de instelling op het terrein van het keuzegedrag van cliënten.					
Voor de toekomst liggen de bedreigingen voor de instelling op het terrein van identiteitsbeleving medewerkers.					
Voor de toekomst liggen de bedreigingen voor de instelling op het terrein van onvoldoende beschikbare medewerkers.					
Voor de toekomst liggen de bedreigingen voor de instelling op het terrein van de loyaliteit van de achterban.					
Voor de toekomst liggen de bedreigingen voor de instelling op het terrein van overheidsbeleid.					
Voor de toekomst liggen de bedreigingen voor de instelling op het terrein van beschikbare vrijwilligers.					
Voor de toekomst liggen de bedreigingen voor de instelling op het terrein van financiën.					

Uitspraak	Eens	Enigszins eens	Noch eens, noch oneens	Enigszins Oneens	Oneens
Voor de toekomst liggen de kansen voor de instelling op het terrein van het keuzegedrag van cliënten.					
Voor de toekomst liggen de kansen voor de instelling op het terrein van identiteitsbeleving medewerkers.					
Voor de toekomst liggen de kansen voor de instelling het terrein van onvoldoende beschikbare medewerkers.					
Voor de toekomst liggen de kansen voor de instelling op het terrein van de loyaliteit van de achterban.					
Voor de toekomst liggen de kansen voor de instelling op het terrein van overheidsbeleid.					
Voor de toekomst liggen de kansen voor de instelling op het terrein van beschikbare vrijwilligers.					
Voor de toekomst liggen de kansen voor de instelling op het terrein van financiën.					

15. Welke strategieën wendt uw organisatie aan om in de toekomst uw marktpositie te behouden?

.....

.....

.....

.....

16. Kruis voor de volgende uitspraken het hokje aan dat het beste past bij het beleid van uw instelling.

Uitspraak	Eens	Enigszins eens	Noch eens, noch oneens	Enigszins Oneens	Oneens
Interne bedreigingen (achterban, personeel, cliënten) vormen een groter risico voor identiteitshandhaving dan externe bedreigingen (overheidsbeleid).					
Interne bedreigingen geven aanleiding tot het meer inhoud geven aan identiteitsbeleid					
Externe bedreigingen geven aanleiding tot het meer inhoud geven aan identiteitsbeleid					

Interne bedreigingen geven aanleiding tot samenwerking					
Externe bedreigingen geven aanleiding tot samenwerking					
De rol van identiteit is expliciet aanwezig in beleidsontwikkeling.					
De instelling maakt jaarlijks een identiteitswerkplan.					
Medewerkers worden betrokken bij identiteitsontwikkelingen binnen de instelling.					
De achterban wordt betrokken bij identiteitsontwikkelingen binnen de instelling.					

Deel 5. Vragen over samenwerking.

- 17.a Werkt uw instelling op dit moment samen met (een) andere organisatie(s) *(Indien ja, ga naar 17b)* ☐ Ja ☐ Nee
- 17.b Wat is de reden voor samenwerking ☐ Verminderde steun uit de achterban
☐ Teruglopend cliëntenaantal
☐ Personeelstekort
☐ Versterking van identiteit
☐ Versterking van marktpositie
☐ Versterking van zorgaanbod
☐ Versterking van organisatie
☐ Delen van overhead
☐ anders, nl.
- 18 Het aangaan van samenwerkingsrelaties is uiteindelijk gericht op: ☐ Fusie
☐ Netwerkvorming
☐ Ketensamenwerking
☐ Alliantie
☐ anders, nl.
19. Het aangaan van samenwerkingsrelaties zal primair plaatsvinden op: ☐ Financiën
☐ Personeelsbeleid
☐ Doelgroepenbeleid
☐ Zorgverlening
☐ Inkoop
☐ Zorginnovatie
☐ Anders, nl.

20. Kruis voor de volgende uitspraken het hokje aan dat het beste past bij het beleid van uw instelling.

Uitspraak	Eens	Enigszins eens	Noch eens, noch oneens	Enigszins Oneens	Oneens
De organisatie gaat alleen maar					

samenwerkingsrelaties aan met organisaties van dezelfde (identiteits)cultuur.					
De organisatie gaat alleen maar samenwerkingsrelaties aan met organisaties die hetzelfde zorgaanbod leveren.					
Behoud van eigen identiteit is een voorwaarde om te gaan samenwerken met evt. derden.					
Voor het aangaan van een samenwerkingsrelatie is het formuleren van een gemeenschappelijke zorgvisie de eerste stap.					
Het hebben van een integrale zorgvisie is noodzakelijk voor een succesvolle samenwerkingsrelatie.					
De beoogde samenwerkingsrelaties zijn verbanden waarin zowel de primaire processen als de randvoorwaarden met elkaar zijn geïntegreerd.					
De invloed van de achterban is bepalend of er wordt samengewerkt.					
Een kloof tussen zorgvisie en organisatievisie bij een mogelijke partner is een reden geen samenwerkingsrelatie aan te gaan.					
Er worden alleen samenwerkingsrelaties gezocht met Focarisleden.					

Deel 6. Vragen over toekomstperspectief

21. In de toekomst zijn de leidende kernwaarden voor uw instelling?
(Maximaal drie antwoorden mogelijk)
- ☐ Betrouwbaarheid
☐ Innovatief
☐ Nabijheid (geografisch)
☐ Nabijheid (relationeel)
☐ Patiënt-/ cliëntgericht
☐ Professionaliteit
☐ Respect
☐ Veiligheid
☐ Anders, nl.
22. In de toekomst heeft Focaris voor de instelling een rol als ...
(Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Geen
☐ Belangenbehartiger
☐ Kennisinstituut m.b.t. beleid christelijke zorg

- ☐ Platform identiteits / gereformeerd gebonden zorg
- ☐ Facilitering samenwerkingsrelaties
- ☐ Anders, nl.

Deel 7. Overige vragen

23. We willen enkele vertegenwoordigers van zorginstellingen uitnodigen om de resultaten van het onderzoek te bespreken. Wilt u deelnemen aan deze bespreking? ☐ Ja ☐ Nee

24. Overzicht van de documenten die u meestuurt:

Naam document	Hoort bij vraag	Eventuele opmerkingen
Organogram instelling	6a	
Eventuele beleidsnotities	6b	

Tot slot

25. Zijn er nog zaken die u hier wilt opmerken naar aanleiding van de vragenlijst?

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst. U kunt de lijst *uiterlijk 21 april 2008* terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp naar onderstaand postadres. Een postzegel is niet nodig.

Centrum voor Samenlevingsvraagstukken
 Gereformeerde Hogeschool
 T.a.v. drs. D.T. Schiphof- Halma
 Antwoordnummer 2004
 8000 VB Zwolle

Bijlage 3 Labelingstabel kwalitatief onderzoek

Hieronder is schematisch weergegeven welke kernlabels met bijbehorende sublabels in het kwalitatieve onderzoeksgedeelte (o.a. interviews, focusgroepbijeenkomst en de invitational conference) naar voren kwamen. Vanuit de resultaten zijn de onderstaande drie kernlabels benoemd, met daarbij aangegeven de sublabels.

Kernlabel	sublabel
Kernwaarden	Huidige kernwaarden Toekomstige kernwaarden
Voorwaarden (= kansen) identiteitshandhaving	Visie op zorgverlening Kenmerken cliënt Kenmerken medewerker Kenmerken organisatie Kenmerken achterban Organisatie zorgproces Overheidsbeleid
Bedreigingen identiteitshandhaving	Kenmerken cliënten Kenmerken medewerkers Kenmerken organisatie Overheidsbeleid

A. Kernwaarden

Kernwaarden	Voorwaarde	Citaat
Huidige kernwaarden		
	Christelijke identiteit	'De christelijke identiteit is het unieke van ons product. Organisatorisch gezien wijkt de instelling niet af vergeleken met andere instellingen. Het grote verschil ligt gelegen in het feit dat bij ons de zorg geboden wordt in een (sociale) context zoals cliënten dat thuis gewend zijn. We beogen door o.a. het verzorgen van culturele activiteiten dat de cliënten hetzelfde als thuis beleven.' 'De interne drijfveer om vorm en kleur te geven aan onze identiteit is afkomstig vanuit het bestaansrecht.'
	Veiligheid	'Het bieden van een veilige omgeving waarin het kind wordt opgevoed betekent voor onze organisatie dat we een verlengstuk moeten zijn van de context van het ouderlijk gezin van waaruit het kind komt.' (citaat van een hulpverlener in verstandelijk gehandicapte sector) 'Ouders hebben het vertrouwen in ons als organisatie dat we hun kind in een zelfde context van woon- en leefcultuur grootbrengen.'
	Betrokkenheid	'De betrokkenheid en bewogenheid waarmee onze medewerkers vanuit hun identiteit zorg verlenen maakt het verschil met niet-christelijke instellingen. Ik zeg vaak: <i>de hand die het stuk brood geeft die moet het verschil maken en niet het brood.</i>' 'Als professioneel kun je nooit betrokken genoeg zijn. Het gaat om de extra plus die wij als christelijke organisatie naleven: naast professioneel echte betrokkenheid bij de cliënten. 'De identiteit is niet de grondslag van de organisatie, maar dat is wat mensen ervaren, voelen en zien als ze met ons in contact komen.'
	Betrouwbaarheid / transparantie	'Voor onze klanten zullen wij een betrouwbare zorgaanbieder moeten zijn. Dit betekent dat we zo open en transparant mogelijk moeten operen in onze handelwijze, en hiernaar verantwoording kunnen afleggen. Het behalen van een kwaliteitscertificaat is uitvloeisel van deze visie.' 'Door het bieden van een veilige woon- en leefcultuur, geeft het vertrouwen aan ouders dat hun kind op die wijze zorg verkrijgt zoals ze die wensen.'

Kernwaarden	Voorwaarde	Citaat
Toekomstige Kernwaarden		
	Christelijke identiteit	'Voor de toekomst is het handhaven van de christelijke identiteit misschien nog wel belangrijker dan nu. Immers, als we de identiteit loslaten wat onderscheid ons dan nog van andere organisaties? Nu is de identiteit , en het bedienen van een specifieke doelgroep voor financiers een argument om budget te blijven verstrekken.' 'De vraag naar zorg vanuit christelijke identiteit is er. Wel merk ik dat christelijke identiteit gaandeweg de jaren qua invulling, verlangen en wensen van de zorgvragers is veranderd. Als organisatie is het de uitdaging om op deze vraag in te kunnen spelen.'
	Nabijheid/ toegankelijkheid	'Sommige voorzieningen van onze organisatie veroorzaken een te grote afstand tussen ouder en kind. Ouders kiezen tegenwoordig daarom liever voor een voorziening in de regio. Voor onze organisatie is het een uitdaging om middelen en/of voorzieningen aan te wenden waardoor we deze doelgroep gaan bereiken.' 'De nabijheidsgedachte is zeker een gevaar voor onze organisatie. We zien een afname in de primaire doelgroep - waarvoor de organisatie oorspronkelijk is opgericht - ons gaat verlaten. Het is een gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen van wat zorgvragers belangrijk vinden in het zorgproces.'
	Betrokkenheid	'Binnen de organisatie treedt al een lichte verschuiving op dat christelijke betrokkenheid van medewerkers bij klanten in toenemende mate een belangrijker rol krijgt, en waardoor culturele activiteiten en het onderschrijven van de grondslag op nummer 2 is komen te staan.' 'Betrokkenheid van medewerkers vanuit hun geloofsbeleving is een dragende waarde met betrekking tot het waarborgen van identiteit in het zorgverleningsproces en dus van de organisatie.'
	Transparantie/ duidelijkheid	'Het bieden van openheid over de christelijke identiteit en de doorwerking ervan in bijvoorbeeld methodieken, wordt steeds belangrijker gevonden door financiers en zal in de toekomst alleen maar sterker worden.' 'Naar andere christelijke zorgaanbieders is meer openheid nodig doch wenselijk. Bijvoorbeeld over strategische beslissingen met betrekking tot het aanbod, hierin zouden we elkaar als organisaties kunnen versterken om de identiteit te handhaven.'

Kernwaarden	Voorwaarde	Citaat
Toekomstige Kernwaarden		
	Professionaliteit	'Bewust omgaan met je professionaliteit vanuit een christelijke identiteit is van <i>overlevingsbelang</i> voor de organisatie.'
	Bieden van (gevoel van) veiligheid	'De ouders moeten kunnen vertrouwen dat ze de hulpverlener mogen ontvangen die qua identiteit en geloofsbeleving aansluit bij het ouderlijk gezin.' 'Het stukje veiligheid bieden in het kader van identiteit zal met name van toepassing zijn voor voorzieningen met een woon- en leefcultuur en voor doelgroepen die (nog) niet zelfstandige keuzes kunnen maken (m.n. kinderen & mensen met een beperking).'
	Betrouwbaarheid	'Als organisatie zul je naar de financiers een betrouwbare partner moeten zijn. Op basis hiervan krijg je eerder (extra) budget toegewezen. Onlangs heb ik nog een project toegewezen gekregen met als argument: <i>u bent zo'n betrouwbare partner</i>.' 'Om het vertrouwen van de achterban te behouden is het aangaan van de dialoog belangrijk. Het gesprek moet bijvoorbeeld gaan over: wat betekent het huidige overheidsbeleid voor de organisatie, en bijvoorbeeld in concrete zin voor het opnamebeleid van cliënten. Tot op heden is er nog geen afname geweest van de achterban, terwijl er zeker in de afgelopen jaren fundamentele wijzigingen in het identiteitsbeleid hebben plaatsgevonden.'
	Kwaliteit	'De organisatie moet er voor zorgen dat het kwaliteit levert, alleen de label gereformeerde zorg is voor zorgvragers niet meer voldoende' 'Het kunnen aantonen dat christelijke zorg meerwaarde biedt in het hulpverleningsproces (evidence-based) is een belangrijk '<i>onderhandelingstool</i>' bij financiers. Binnen de organisatie is het dan ook een doel om de meerwaarde van de christelijke identiteit aantoonbaar te maken'

Kernwaarden	Voorwaarde	Citaat
Toekomstige Kernwaarden		
	Herkenbaarheid	'De herkenbaarheid is nodig zodat dat onze klanten en achterban ons blijven vinden.' 'Het zoeken van mogelijkheden om dichterbij de klant te komen is gericht op het vergroten van de herkenbaarheid van het zorgaanbod.' 'Per zorgvorm kan ik mij indenken dat christelijke zorg anders wordt aangestuurd. Binnen woon- en leefculturen is met name het aspect van cultuur en structuur leidend, terwijl bij ambulante voorzieningen de beleving van de medewerker een nadrukkelijker rol heeft. Deze herkenbaarheid van identiteit binnen de verschillende zorgeenheden kan niet zomaar aan de kant worden geschoven.'

B. Voorwaarden christelijke identiteitshandhaving

Christelijke identiteit	Voorwaarde	Citaat
Visie op zorgverlening (1/2)		
	Gemeenschappelijke missie en kernwaarden	'Het is belangrijk dat christelijke zorg in de toekomst nog steeds mogelijk is; desnoods betekent dit inlevering van onze organisatie. Uiteindelijk gaat het er om dat christelijke zorg gehandhaafd blijft en niet onze organisatie.' 'De start om identiteit te kunnen behouden in deze samenleving is dat christelijke organisaties allereerst met elkaar een gemeenschappelijke visie moeten gaan formuleren en vervolgens kijken hoe dit past in <i>een organisatie</i>model; hetgeen niet meer is dan een middel om de missie te willen bereiken.'
	Zorgmotieven leidend	'De zorginhoud van ons werk zal leidend moeten zijn om identiteitsgebonden zorg te kunnen blijven garanderen in de toekomst.' 'Op dit moment doen wij niet mee aan marktwerking in de zorg. We hebben formeel protest aangetekend bij de overheid. De reden hiervoor is dat we identiteitsgebonden zorg willen blijven handhaven en op basis van dit model kan dit in het gedrang komen.'

Christelijke identiteit	Voorwaarde	Citaat
Visie op zorgverlening (2/2)		
	Integrale zorgbenadering	'Christelijke zorg zal geen soloactie meer van instellingen moeten zijn. Er zal een overzicht moeten komen welke christelijke diensten geleverd worden en hoe dit weggezet kan worden per cliënt, per regio e.d. om zo in de vraag en behoefte van de cliënten te kunnen blijven voorzien.' 'Om de toegang van mijn klanten te behouden of te vergroten zal ik als organisatie moeten gaan samenwerken met andere christelijke partners. Hierdoor ontstaat een integratie van verschillende zorgaanbod binnen één loket. De klant kan op basis van dit aanbod kiezen door welk 'type hulpverlener' hij of zij geholpen wil worden. Dit is met name belangrijk in regio's waar op dit moment nog weinig diversiteit is aan christelijke hulpverlening.'
	Vraaggerichte zorg	'De cliënt zal en moet centraal blijven staan in het aanbieden van christelijke zorg, alleen dan hebben we namelijk een bestaansrecht.'
	Verwevenheid	'Identiteit is bij ons verweven in ons denken, doen en laten. Alle ethische vraagstukken worden getoetst aan de identiteit van de organisatie. Identiteit is geïnternaliseerd in de organisatie.' 'Een stukje geloofsopvoeding kan een onderdeel zijn van een zorgplan, maar dit is wel een afgeleid doel van andere doelen. Hiermee proberen wij als organisatie de <i>plus</i> aan te geven.'
	Sociale inbedding in christelijk segment	'We onderscheiden ons als het gaat om de verbindingen met de woonvoorzieningen met het kerkelijk leven. De huizen zijn verbonden met het kerkelijk leven. De verworteling in het christelijke segment is zeer zeker aanwezig en essentieel voor onze organisatie.'
	Methodiek	'In de methodiek zal altijd de geloofswaarde van de cliënt worden gerespecteerd. Spiritualiteit is dan ook opgenomen als een van de dimensies in onze methodiekantering; hierdoor heeft het een gelijkwaardige positie gekregen ten aanzien van de vier andere hulpverleningsdimensies.' 'Bewust hebben wij gekozen voor de rehabilitatiemethodiek, waarbij het aspect presentie belangrijk is. Jezus is immers aanwezig bij de armen, wezen en weduwen. Dit willen we als organisatie dan ook uitdragen: gewoon het aanwezig zijn bij de cliënt.' 'De systeemtherapie is ingevoerd als afgeleide van onze identiteit. We werken namelijk met gezinnen en verbanden en vanuit een christelijke visie sluit deze methodiek aan omdat God de mens geschapen heeft als een relationeel wezen.'

Christelijke identiteit	Voorwaarde	Citaat
Cliëtniveau		
	Nabijheid	'De wensen en behoeften van cliënten zijn steeds meer gericht om dichtbij huis de zorg te ontvangen. Deze nabijheidsgedachte sluit aan bij landelijke trends, maar kan op den duur nekkend zijn voor het bestaan van de organisatie.'
	Herkenbaarheid	'Vroeger was de keuze voor gereformeerde zorg een vanzelfsprekendheid. Tegenwoordig maken cliënten afwegingen om al of niet gereformeerde zorg te nemen. Er ontstaat - met name in onze primaire doelgroep - vervreemding met de organisatie.' 'De beleving van de jongere generatie om automatisch te doneren of vrijwilligerswerk te verrichten voor de organisatie neemt af. Gaandeweg de jaren kunnen we dan ook nauwelijks de vacatures vullen voor vrijwilligers.'
	Professionaliteit	'We merken dat cliënten steeds meer waarde hechten aan wat is de professionaliteit van een bepaalde organisatie. De keuze om voor identiteitsgebonden zorg te kiezen is voor ons gevoel op gelijk niveau gekomen met wat is de professionaliteit van een organisatie.'
Medewerkersniveau (1/2)		
	Aanbod	'Vitaal voor de toekomst is het personeelsbeleid. De medewerkers dragen de identiteit van de organisatie uit in plaats van de beleidsnotities.' 'Om een aantrekkelijke werkgever te zijn voor personeels proberen we middels trainingen personeel te binden en te boeien voor christelijke zorg.'
	Attitude & beleving	'De houding van een medewerkers zal nog sterker ontwikkeld moeten worden in de richting van een transparante en dienende medewerker.' 'Ik zie verschuiving in de beleving van het personeel. Waarbij het vroeger vooral ging om vanuit welke cultuur komt mijn medewerker, is nu de criteria wat is de christelijke beleving van mijn medewerker op de voorgrond gekomen.'
	Professionaliteit	'Bewust omgaan met je professionaliteit vanuit een christelijke identiteit is van <i>overlevingsbelang</i> voor de organisatie.' 'Voortdurende scholing en het geven van trainingen <i>hoe</i> als christelijke hulpverlener te handelen is essentieel voor het handhaven van identiteit binnen de organisatie.'

Christelijke identiteit	Voorwaarde	Citaat
Organisatieniveau (1/2)		
	Onderscheidend aanbod/ meerwaarde	'Met de financiers hebben wij als organisatie niet zoveel moeite. Het is helder dat wij er zijn en dat wij een specifieke doelgroep bedienen.' 'In het afgelopen onderhandelingsgesprek kwam naar voren waarom wij als organisatie niet gingen samenwerken met de andere christelijke organisaties, die hetzelfde aanbod verlenen.' 'Het zorgaanbod is aanvullend op het reguliere aanbod in de samenleving. We zijn er voor bepaalde doelgroepen die nergens anders naar toe kunnen vanwege identiteits-/cultuurverschillen. Als organisatie hebben we dus duidelijk een meerwaarde op het huidige zorgaanbod.'
	Landelijke spreiding (dekkend zorgaanbod)	'Een landelijke spreiding van ons zorgaanbod is belangrijk om in de nabijheid van de klant te komen.'
	Samenwerken	'Eventuele samenwerking met andere zorgaanbieders dient gezocht te worden in een coöperatie. Deze coöperatie is dan de gesprekspartner met de financiers, zo behouden we met elkaar een sterk christelijk label in Nederland.'
	Type zorgverlening (intramuraal versus extramuraal)	'Afhankelijk van welk type zorgaanbod de organisatie verleent zal identiteit op een bepaalde wijze worden aangestuurd. Bij ambulante voorzieningen is een open aannamebeleid voor cliënten gemakkelijker te realiseren dan bij residentiële instellingen, waarbij veiligheid van woon- en leefcultuur gewaarborgd moet blijven.' 'Vanuit onze organisatie bieden we ambulante diensten aan alle mensen die een beroep op ons doen. De medewerker is het sturende element qua identiteitshandhaving. Echter, als het zou gaan om intramurale voorzieningen zou ik geen water bij de wijn willen doen omdat die leefcultuur zo bepalend is voor de borging van identiteit die een organisatie wil naleven.'
	Doelgroep	'Afhankelijk van de doelgroep die je bedient als organisatie zal gekeken moeten worden hoe identiteit een plaats kan krijgen. Bij kinderen en/of klanten die vanwege hun handicap of geestelijke stoornis opgenomen moeten worden zal de inzet met name zijn om identiteit te handhaven in een veilige woon- en leefcultuur, waarbij de toelating van niet-christelijke klanten, maar ook klanten vanuit een totaal verschillende achterban moeilijker zal gaan.'

Christelijke identiteit	Voorwaarde	Citaat
Organisatieniveau (2/2)		
	Transparant zorgprocessen	'Transparantie in het zorgproces is een voorwaarde om te weten welke eventuele samenwerkingsverbanden kan ik als organisatie aangaan.' 'Een transparant zorgproces is een afgeleide van identiteit: zeggen wat je doet en doen wat je zegt als organisatie maakt je een betrouwbare partner met de financiers.'
	Onderscheid tussen organisatie- en zorgvisie	'Als organisatie moet je een structuur hebben om zaken te kunnen regelen. Echter, is deze structuur niet leidend maar dat is zorgvisie, de missie waarvoor je als organisatie bestaat. Vaak zie je dat organisaties hun houvast zoeken in structuren en vormen, terwijl dit juist belemmerend kan werken als je wilt inspelen op de marktontwikkelingen.' 'Voor samenwerken is het een bedrijfskundig gegeven dat je de zorgvisie los moet gaan koppelen van de organisatievisie. Formuleer eerst maar een zorginhoudelijk concept vanuit een gemeenschappelijke visie en vul als stap 2 pas de organisatiestructuur in.'
Voorwaarden ten aanzien van de achterban (1/2)		
	Open mind	'Vroeger waren instellingen veel meer verbonden aan bepaalde kerkelijke instanties, hieraan legde de organisatie dan ook verantwoording af. Tegenwoordig o.a. in het kader van de Wet maatschappelijke ondernemen (Wmo), ben je als organisatie verplicht je te verantwoorden naar de overheid. Hierdoor raak je als organisatie al min of meer los van een bepaalde kerk. De organisatie moet immers aantonen wat de maatschappelijke plaats en meerwaarde is, waarbij toetsing hierop een belangrijk onderdeel is. Dit vraagt van de kerken c.q. de achterban een andere manier van kijken (en benaderen) naar ons als organisatie.' 'Het handhaven van verzuiling binnen de organisatie is nekkend voor mij als organisatie. Zowel de toevoer van klanten, medewerkers als de regionale positie van de organisatie is moeilijk te waarborgen. Het zou wenselijk zijn er als een verschuiving in het denken van de achterban gaat plaatsvinden om te gaan voor christelijke zorg in plaats van teveel gericht op cultuurgericht zorgaanbod.'

Christelijke identiteit	Voorwaarde	Citaat
Voorwaarden ten aanzien van de achterban (2/2)		
	Duidelijkheid ten aanzien van verwachtingen	'Het is belangrijk om duidelijk te zijn naar de achterban over wat ze van de organisatie kunnen verwachten op het vlak van identiteit. Vroeger kwamen de verwachtingen vanzelfsprekender overeen met de geleverde zorg dan tegenwoordig. Na afloop van de hulpverlening krijgen we soms als reactie terug dat ze iets anders of meer aandacht hadden verwacht voor identiteit in het zorgproces.' 'Door open te zijn naar de achterban worden er ook geen valse verwachtingen gecreëerd. Vaak levert deze openheid alleen maar respect op dan dat de achterban het oneens is met de uitvoering van het identiteitsbeleid.'
	Centraal aanspreekpunt	'We hebben een aanschrijfbaar achterban en dat is de meerwaarde van onze organisatie.' 'Sommige kerken zijn georganiseerd volgens een bepaalde infrastructuur, hierdoor is het lastig om deze doelgroepen te bereiken. Ik denk naarmate dat deze groepen beter georganiseerd zouden zijn, dat ze gemakkelijker naar onze organisatie zouden komen.'
	Diaconale gelden	'We hebben regelmatig contact met de achterban. Niet alleen vanwege het feit dat de achterban de Raad van Advies is binnen de organisatie, maar ook om extra gelden aan te kunnen trekken. Sommige ontwikkelingen en voorzieningen kunnen we niet betalen vanuit budgets, waarvoor de diaconale gelden belangrijk zijn.' 'De achterban hebben we nodig om bepaalde functies binnen de organisatie, zoals palliatieve zorg financieel dekkend te kunnen krijgen. Dit vraagt van ons als organisatie voortdurende promotie.'
	Input cliënten /vrijwilligers	'Onze klanten komen uit de achterban, en zijn dus ook medebepalend voor het voortbestaan van de organisatie.'

Christelijke identiteit	Voorwaarde	Citaat
Overheidsniveau		
	Prikkels voor innovatie	'Als organisatie moet je een bepaald vermogen tot aanbesteding houden. Wij kunnen ons niet gaan specialiseren in bepaalde functies en of je daar vroeg of laat problemen mee krijgt dat weet ik nog niet zo goed. Op dit moment is dit nog geen punt in de onderhandelingspositie, wel komt de vraag naar aantoonbaarheid van effectiviteit van de hulpverlening.'
	Financiële middelen	'Dit jaar zijn we gekort op onze nieuwe zorgafspraken. De kosten worden dus hoger tegenover meer overheadkosten binnen de organisatie. Groei op dezelfde financiële middelen zal niet meer gaan lukken; hetgeen creativiteit vraagt van ons als zorgaanbieders hoe dit op te lossen en waarbij tevens identiteit gehandhaafd moet blijven...is een zoekproces!'
	Erkenning religie	'Religie en spiritualiteit tegenwoordig mag het allemaal weer, op dit vlak hebben we de maatschappelijke ontwikkelingen mee.' 'Als je mij vijf jaar geleden had gevraagd had ik ook de overheid genoemd als bedreiging, maar nu niet meer. Spiritualiteit mag namelijk weer, er is meer ruimte voor gekomen.'
	Vraaggericht	'Op dit moment staat de overheid het nog toe dat cliënten zelf mogen kiezen. Als dit gaat veranderen, en dat cliënten alleen nog maar mogen kiezen binnen hun eigen regio dan hebben wij wellicht een probleem.'
	Aantoonbaarheid vraag	'Voorlopig hoeft onze organisatie geen zorgen te maken. We bedienen een specifieke doelgroep waar nog veel vraag naar is. Zo lang we maar kunnen aantonen dat er vraag is, beperken de overheidsmaatregelen onze wijze van identiteitsgebonden hulpverlening (nog) niet.'

C. Bedreigingen identiteitshandhaving

Bedreigingen identiteitshandhaving	Voorwaarde	Citaat
Kenmerken cliënten		
	Nabijheid	'De wensen en behoeften van cliënten zijn steeds meer gericht op om zorg dichtbij huis te halen. Deze nabijheidsgedachte sluit aan bij de maatschappelijke ontwikkelingen maar kan op den duur nekkend zijn voor het bestaan van de organisatie.' 'Ouders verwijzen hun kind veel eerder naar een woonvoorziening dan vroeger. De betrokkenheid bij het kind en op welke wijze zorg wordt verleend is dan ook groter. Ten gevolge hiervan kiezen ouders vaak voor een dichtstbijzijnde instelling dan voor een christelijke instelling.'
	Vervreemding	'Vroeger was de keuze voor gereformeerde zorg vanzelfsprekend, terwijl de cliënten tegenwoordig veel meer afwegingen maken om wel of geen gereformeerde zorg te nemen. Je ziet in onze primaire doelgroep een vervreemding ontstaan met de organisatie.' 'De beleving van de jongere generatie om automatisch te doneren of vrijwilligerswerk te verrichten voor de organisatie neemt af. Gaandeweg de jaren kunnen we de vacatures voor vrijwilligers nauwelijks vullen.'
Kenmerken medewerkers (1/2)		
	Beleving medewerkers	'De medewerker zijn de dragers van onze identiteit als organisatie. De resultaten van het afgelopen klanttevredenheidsonderzoek bleek dat medewerkers minder inspeelde op geloofsvragen van onze cliënten.' 'Gelet op alle verschuivingen in de achterban, maak ik mij zeker zorgen over de geloofsbeleving van vooral nieuwe medewerkers, en met name hoe ze dit uitdragen binnen hun vakgebied.' 'We hebben gemerkt dat een kerkelijk label niets zegt over hoe de persoon zijn of haar geloof uitdraagt in het werk. Ook buiten onze kerkelijke zuilen van de achterban zitten bewogen christenen, soms nog wel betere. Deze constatering was een aanleiding om het aannamebeleid van onze medewerkers te verruimen.'

Bedreigingen identiteitshandhaving	Voorwaarde	Citaat
Kenmerken medewerkers (2/2)		
	Aanbod	'Vitaal voor de toekomst is het personeelsbeleid. De medewerkers dragen de identiteit van de organisatie uit in plaats van de identiteitsnotities.' 'In het afgelopen jaar heb ik voor eerst signalen gekregen dat we moeilijk de vacatures kunnen vullen.'
	Professionaliteit	'Voorheen namen wij alleen maar medewerkers aan die afkomstig waren uit de achterban. Echter, die vijver raakt langzamerhand uitgeput en het ontbreekt in het huidige aanbod soms aan professionele medewerkers. Dit betekent dat de instelling steeds vaker kiest voor medewerkers met een andere levensbeschouwelijke identiteit dan die de instelling benadert.'
Kenmerken organisatie (1/2)		
	Samenwerkingsrelaties	'We zullen moeten groeien om te kunnen blijven voldoen aan de wensen van onze cliënten. Ik kan dan kiezen om te aan te sluiten bij een algemene aanbieder, maar dan ben ik bang dat ik op termijn mijn identiteit verlies. Het zou goed zijn om met andere organisaties – opgezet vanuit dezelfde culturele traditie – te gaan samenwerken. Op deze wijze beoog ik dat de christelijke identiteitsgebonden zorg behouden blijft.'
	Belangenverstrengeling	'Een organisatie heeft te maken met vele partijen: overheid, achterban, medewerkers, cliënten en financiers. Al die verschillende belangen zullen met elkaar overeen moeten komen om als organisatie adequate strategische beslissingen te kunnen nemen. Op dit moment zijn de belangen zo verweven met elkaar en niet-transparant dat dit het proces van samenwerken vertraagt.'
	Verschuivingen / 'soepeler' beleidsvoering	'Een aantal jaren geleden werd een medewerker nog bij de bestuurder geroepen als zij geen lange rok aan had of lang haar had. Nu wordt tegenwoordig bij het aantrekken van nieuw personeel hier niet meer opgelet. Hierin zie ik een duidelijke verschuiving in het hanteren van identiteitsbeleid. Op dit moment ervaar ik dit als een bedreiging, omdat het voor mij nog onduidelijk is <i>wanneer</i> deze verschuiving eindigt'

Bedreigingen identiteitshandhaving	Voorwaarde	Citaat
Kenmerken organisatie (2/2)		
	Geen onderscheidend aanbod – bestaansrecht	'In deze regio zitten meerdere christelijke zorgaanbieders met min of meer hetzelfde zorgpakket. Financiers, ambtenaren stellen aan mij nu al de vraag: <i>waarom werken jullie niet samen als christelijke zorgaanbieders?</i>' 'Als organisatie hadden we toestemming gekregen om te kunnen uitbreiden. Echter alle plannen worden vertraagd met als argument: <i>we willen geen christelijke enclave in deze regio, aan u de keuze om te gaan samenwerken of anders helemaal niet?</i>' 'Als we zowel christelijke als niet-christelijke cliënten aannemen wat onderscheid ons dan nog? De financier zal dan snel zeggen waarom werk je nog landelijk en niet regionaal? Het onderscheidende van ons aanbod is een bevorderende factor om als organisatie zo te kunnen blijven bestaan.' 'Een gemeenschappelijke visie ontwikkelen met andere zorgaanbieder(s) op het terrein van identiteit zal nog wel lukken, maar het proces zelf zal denk ik blijven hangen op de cultuurwaarde; hierin is het moeilijk om identiteit te gaan verruimen of te versmallen omdat dit veelal het bestaansrecht is, hetgeen tevens de steun van de achterban genereert.'
Kenmerken achterban (1/2)		
	Verschuivingen	'De bedreiging zit niet zozeer in het zorgaanbod. De vraag naar dit type zorgaanbod blijft wel bestaan. De bedreiging zit veeleer in de achterban. Er vinden verschuivingen plaats in de achterban waardoor ik een doelgroep binnen de organisatie zie afnemen.' 'Waar ik mij zorgen over maak in de toekomst is dat de organisatie niet verschiet van kleur. De primaire doelgroep waarvoor de organisatie is opgericht doet minder aanspraak op de organisatie, terwijl andere kerkelijke doelgroepen steeds meer aanspraak doen op de organisatie.'
	Voldoen aan verwachting	'We hebben te maken met bepaalde achterbannen die verwachtingen - met name van het uitdragen van bepaalde cultuur - hebben. Echter merken we dat we aan deze eisen als organisatie helaas niet meer aan kunnen voldoen.'
	Positionering achterban	'Met bepaalde visies op thema's merk je dat kerken, scholen soms meer gezag hebben dan de ouders, t ouders de gezagsdragers zijn en die moeten bepalen wat er moet gebeuren.' 'De cultuur van sommige achterbannen is zo sterk, er wordt zo strak vastgehouden aan eigen identiteit dit zet de organisatie af en toe ontzettend klem.'

Bedreigingen identiteitshandhaving	Voorwaarde	Citaat
Kenmerken achterban (2/2)		
	Vervreemding	'De kloof tussen kerk en organisatie wordt steeds groter' 'Als de organisatie zo blijft door ontwikkelen is een bedreiging zeker aanwezig of er geen vervreemding gaat optreden tussen de verschillende subculturen binnen onze achterban.' 'De vraag die ik wel heb kunnen we op termijn bij elkaar blijven als achterban of raken we elkaar kwijt? Expliciet worden in beleid en identiteit leidt altijd tot bepaalde risico's. Onlangs gaven sommige leden al aan dat de herkenbaarheid in de organisatie steeds diffuser is geworden.' 'Ik krijg wel eens van cliënten de vraag of de voorziening niet tot maandag open kan. Hierin kunnen we als organisatie niet tegemoet komen. De cliënten maken de keuze veelal bij aanmelding waarin ons beleid wordt doorgesproken.'
	Vrijwilligers	'Waaraan kan ik merken dat de achterban ons gaat verlaten is met name de afname van de vrijwilligerspool; en dat het vinden van nieuwe vrijwilligers ontzettend moeilijk is.'
Kenmerken overheidsbeleid (1/2)		
	Wet- en regelgeving	'Op dit moment voldoen we niet aan de huidige wet- en regelgeving; we wijken af van het stelsel. De overheid heeft niet zozeer inhoudelijke moeite dat we hiervan afwijken, maar veeleer inhoudelijke moeite.'
	Kwaliteitseisen	'De bedreiging zit ook dat organisatie alle kwaliteitseisen moten kunnen bijhouden. Voor kleine organisatie, hetgeen christelijke organisatie vaak zijn is dit soms moeilijk.'
	Effectiviteit christelijke zorg	'Het aantonen van christelijke meerwaarde brengt ook financiële kosten met zich mee. Er is ook meer tijd nodig om alles goed in de kaart te brengen en kost meer tijd. Deze middelen kunnen we niet halen vanuit onze budgets en zal dus moeten komen vanuit fondsen.'
	Functiegerichte benadering	'Wij kunnen als organisatie niet echt specialiseren in functies, daar is de organisatie te klein voor. Of we hier vroeg of laat problemen mee krijgen dat weet ik nog niet zo goed. Wel komt dit aspect regelmatig ter sprake bij het maken van zorgafspraken met het zorgkantoor; met name ook in het kader van kwaliteitsborging.'

Bedreigingen identiteitshandhaving	Voorwaarde	Citaat
Kenmerken overheidsbeleid (2/2)		
	Volume	'Een organisatie heeft een bepaald vermogen tot aanbesteding nodig om te kunnen bestaan. Onze organisatie is klein waardoor de mogelijkheden om te gaan specialiseren in bepaalde functies een probleem is. In de onderhandelingsposities met de financier wordt onze beperkte vermogen tot aanbesteding steeds explicieter benoemd. Voor de instelling ervaar ik deze ontwikkeling als een bedreiging om de identiteit van de instelling te handhaven.' Als over vijf jaar de zorginkoop door de zorgverzekeraars wordt gedaan zal de organisatie moeten gaan uitbreiden om aanspraak te kunnen blijven doen op financiering.'
	Verplicht tot opname	'Huize X. staat in een multiculturele wijk. In deze situatie is het hanteren van een te 'strak' identiteitsbeleid funest. Dit zou namelijk betekenen dat het huis dicht moet, omdat we niet kunnen voldoen aan de gestelde eisen vanuit de overheid. Binnen de instelling is dan ook veel aandacht besteed aan het verwerken van identiteit in culturele elementen van de organisatie.'

