

### 13 Een communicatie-advies uitbrengen in een verpleeghuis

A. Brammer

In dit artikel bespreek ik een onderzoek dat als doel had een advies uit te kunnen brengen over een communicatiesysteem in een verpleeghuis. Het ging daarbij om het opzetten en invoeren van een nieuw bewonersdossier. Zo'n bewonersdossier kan beschouwd worden als een communicatiesysteem ten behoeve van de verzorging, begeleiding en behandeling van de bewoners in het verpleeghuis. Een communicatiesysteem kan je niet loskoppelen van de functionele context, de omgeving, waarin het functioneert. Daarom werd die omgeving nadrukkelijk in het onderzoek betrokken.

Theoretisch kader in mijn onderzoek is het artikel "Het spel en de knikkers" van Van den Hoven en Korpel (1989). Van den Hoven en Korpel onderscheiden binnen een organisatie verschillende aspecten, die elkaar wederzijds beïnvloeden. In het verpleeghuis heb ik een drietal aspecten onderscheiden. Ten eerste een verpleegkundig aspect. Daaronder reken ik alles wat op afdelingsniveau met de verzorging van de bewoners te maken heeft. Ten tweede een organisatorisch-beleidsmatig aspect. Binnen dit aspect worden alle beslissingen genomen en wordt het beleid bepaald ten aanzien van verpleegvisie, financiën, personele bezetting en dergelijke.

Tenslotte onderscheid ik een communicatief aspect. Binnen dit aspect spelen de communicatieprocessen zich af en willen actoren, de deelnemers aan het communicatieproces, communicatieve functies realiseren. Bij een communicatieve functie vraag je je af welke effecten de communicatie moet bewerkstelligen. Vanuit zo'n functie kun je taakdefinities voor de actoren afleiden. Je beantwoordt de vraag wat een actor moet doen om een bepaalde functie te kunnen realiseren. Een dergelijke taakdefinitie kan geoperationaliseerd worden in de vorm van handelingsstructuren. Een handelingsstructuur beschrijft een reeks handelingen die in een bepaalde volgorde uitgevoerd moeten worden.

De organisatie doelen bepalen uiteindelijk de communicatieve functies die vervuld moeten worden. Communicatie is immers geen doel op zich. Vanuit het organisatie-doel kun je het communicatiedoel bepalen, waaruit weer de communicatieve functies afgeleid worden. Van den Hoven en Korpel noemen dit externe taakstelling, want van buiten het communicatieve aspect.

Wanneer er aan een communicatiesysteem eisen dan wel randvoorwaarden gesteld worden vanuit het communicatieve aspect, noemen Van den Hoven en Korpel dit intern kaderstellende factoren. Worden die eisen gesteld van buiten het communicatieve aspect dan spreken zij van extern kaderstellende factoren. Het geheel nu van taakstellingen en kaderstellende factoren van buiten het communicatieve aspect vormt volgens Van den Hoven en Korpel de functionele context waarbinnen de communicatie zich afspeelt.

In de bespreking van het onderzoek onderscheid ik een tweetal fasen. In de eerste fase werd het advies voor een nieuw bewonersdossier opgesteld en het daarvoor benodigde vooronderzoek gedaan. In de tweede fase werd een prototype van het advies op één afdeling ingevoerd en werd deze invoering geëvalueerd.

#### Vooronderzoek en advies voor een nieuw bewonersdossier

In het voorjaar 1988 startte het onderzoek naar een nieuw medisch en verpleegkundig dossier. Een verpleeghuis deed toen het verzoek aan de afdeling Taalbeheersing van de Rijksuniversiteit Utrecht dit dossier te onderzoeken. Het einddoel was een nieuw dossier, omdat het oude dossier volgens de instelling niet meer voldeed. Informatie die in het dossier behoorde te staan, was niet, gedeeltelijk of in onduidelijke termen opgenomen. Verder had men plannen volgens een nieuwe verpleegvisie te gaan werken. Een verpleegvisie die onder andere consequenties heeft voor de opzet van het dossier, omdat een dossier volgens de verpleegkundige literatuur niet meer is dan een resultante van de verpleegvisie (zie Brammer 1989d).

De reden om het onderzoek naar en advies voor een nieuw dossier uit te besteden was dat het intern niet gelukt was een nieuw systeem op te zetten en dat men daarnaast te kampen had met communicatietoornissen tussen medewerkers van verschillende disciplines (geneeskunde, therapie, verpleging, maatschappelijk werk, psychologie, activiteitenbegeleiding, geestelijke verzorging en diëtiek). Twee gevoelige zaken die men liever door mensen van "buiten" op liet lossen.

Omdat de afdeling Taalbeheersing niet bekend was met de gezondheidszorg, werd besloten eerst een inventarisatie-onderzoek te doen. Dit leverde ten eerste inzicht in de huidige manier van werken, de taakgerichte of functionele verpleging, op. De dossiervoering sloot bij die verpleegvisie aan. Ten tweede leverde dit inzicht op in de gewenste verpleegvisie, de bewonersgerichte of integrerende verpleging.

In de taakgerichte verpleging staat de verpleegkundige of medische taak centraal. Dat betekent dat bij de indeling van werkzaamheden uitgegaan wordt van de te verrichten medische of verpleegkundige taken. Hierbij valt te denken aan het uitdelen van medicijnen aan alle bewoners en het meten van de polsslag van alle bewoners. Evenzo is de verpleegkundige of medische taak uitgangspunt voor de ordening van de informatie in de medische en verpleegkundige dossiers. Er zijn bijvoorbeeld mappen aan te treffen met gegevens over medicijnen voor alle bewoners van een afdeling, mappen met de dagelijkse rapportages van alle bewoners van een afdeling, mappen met behandelplannen van alle bewoners met wie een fysiotherapeut werkt etc.

In de nieuwe verpleegvisie, de bewonersgerichte verpleging, is niet de medische of verpleegkundige taak uitgangspunt, maar de bewoner. Kenmerkend is dat de "hele mens" centraal staat. Klachten van bewoners kunnen niet geïsoleerd behandeld worden, maar alle omstandigheden, ook psychische en sociale, van de bewoner dienen betrokken te worden in de vaststelling van de diagnose en behandelplannen. Consequentie van deze visie op zorg is dat alle disciplines waarmee een bewoner te maken heeft, hun verzorg-, begeleidings- en behandelplannen op elkaar af moeten stemmen. De disciplines hebben dus gegevens van andere disciplines nodig en moeten die op hun beurt weer aan andere leveren. Met andere woorden, men werkt binnen deze visie multi-disciplinair.

Omdat de verslaglegging van gegevens over de bewoners aan moet sluiten bij de verpleegvisie, treft men binnen de bewonersgerichte verpleging geen taakgerichte dossiers aan, maar bewonersdossiers. Dat betekent dat bij de ordening van de gegevens de bewoner centraal staat en niet bijvoorbeeld een verpleegkundige taak. In een bewonersdossier treft men dan ook per bewoner een map aan (er wordt (nog) niet geautomatiseerd!), waarin alle gegevens van alle disciplines van de betreffende bewoner opgeslagen zijn.

Behalve het multi-disciplinaire werken is ook het methodisch werken kenmerkend voor de bewonersgerichte of integrerende verpleging. Hieronder verstaat men dat er gewerkt wordt volgens een vijftal fasen. In tegenstelling tot de andere vier fasen is de eerste fase, de anamnese, eenmalig. In deze fase wordt de voorgeschiedenis van de bewoner op zowel medisch als psycho-sociaal terrein beschreven. In de tweede fase wordt de diagnose gesteld en gaat het om het formuleren van problemen waar de bewoner mee te kampen heeft. In de planningsfase formuleert men naar aanleiding van de diagnose doelen die de bewoner bereiken kan. Aan de hand hiervan stelt men een behandel-, begeleidings- of verpleegplan op, waarin middelen, tijdsduur en -fasering vastgelegd worden. De fase planning heeft een centrale plaats in het dossier, omdat zij voor de medewerkers van het verpleeghuis uitgangspunt is voor het dagelijkse behandelen, begeleiden en verplegen van de bewoners. In verpleegplan staat bijvoorbeeld beschreven welke kledingstukken een bewoner zelf aan kan trekken en met welke hij geholpen moet worden. Uitvoering van deze plannen is de vierde fase. Hierin hoort tevens de rapportage over de bewoner thuis, waarin men verslag doet van de toestand van de bewoner aan de hand van de opgestelde doelen uit het verpleegplan. De laatste fase is de evaluatie. In deze fase worden vanuit meerdere disciplines de verschillende verpleeg-, behandel- en begeleidingsplannen en de uitvoering van zorg geëvalueerd. Deze laatste vier fasen worden steeds opnieuw doorlopen en kunnen in principe een oneindig aantal keren herhaald worden. Hoe meer veranderingen in de toestand van de bewoner, hoe vaker deze vier fasen, die immers beginnen met het formuleren van de problemen, herhaald moeten worden.

Met behulp van dit inventarisatie-onderzoek, waarin de huidige en de gewenste situatie onderzocht zijn, en de daar op volgende deelonderzoeken, te weten een onderzoek naar de informele communicatie, naar de formele, mondelinge communicatie en naar de informatiebehoefte en het gebruik van informatiebronnen door de toekomstige gebruikers van het nieuwe dossier, konden de functies die het nieuwe systeem moet vervullen en een (enigszins) in kaart gebrachte functionele context van het systeem geformuleerd worden. Onderstaand zal ik op deze eisen en de context ingaan.

#### Functies en functionele context van het bewonersdossier

Uit de deelonderzoeken bleek dat het dossier vijf taken moest gaan vervullen. In de opsomming geef ik bovendien aan hoe die taakstellingen gerealiseerd zijn.

- het dossier moet bewonersgericht en multi-disciplinair zijn. Bovendien moeten de vijf fasen van het methodisch werken te herkennen zijn. Op deze manier kan gerealiseerd worden dat het dossier aansluit bij de nieuwe, bewonersgerichte verpleegvisie.

Dit is gerealiseerd door als ordeningsprincipe de vijf fasen van het methodisch

- werken te kiezen. Per bewoner worden de gegevens in een map bewaard. Zo'n map is onderverdeeld in vijf delen, te weten de fasen anamnese, diagnose, planning, uitvoering en evaluatie. Binnen deze vijf delen zijn de disciplines vertegenwoordigd met formulieren in eigen kleuren; er is namelijk voor gekozen om iedere discipline, informatieverschaffers, een eigen formulier te geven. In het diagnosegedeelte bijvoorbeeld is er een formulier met de diagnose van de arts en een formulier met de diagnose van de verpleging, van de fysiotherapeut, van de psycholoog;
- het dossier moet een hulp zijn bij het vervullen van de dagelijkse werkzaamheden, zodat bijvoorbeeld een ziekenverzorgende in het dossier op kan zoeken hoe zij de doorligwonden van mevr. Versteeg moet verzorgen. Dit is gerealiseerd in het gedeelte planning, waar de verpleeg-, begeleidings- en behandelplannen beschreven staan;
- het dossier moet gebruikt worden voor de rapportage, een onderdeel van de fase uitvoering. Dat betekent dat bijvoorbeeld een ergotherapeut na afloop van een behandeling van dhr. Ligthart een verslag schrijft en dat een ziekenverzorgende aan het eind van haar dienst de huidige toestand van deze bewoner beschrijft. In het gedeelte uitvoering zijn voor dergelijke rapportages formulieren opgenomen;
- het dossier moet als naslagwerk en archief gebruikt kunnen worden, zodat bijvoorbeeld een arts op kan zoeken of mevr. van der Kolk vorig jaar een griep prik gehad heeft. Vooral de delen anamnese en diagnose vervullen deze functie;
- het dossier moet plaats bieden aan de bijdrage van het multi-disciplinair overleg. In het dossier moet dus ruimte zijn om de evaluaties van de gezamenlijke disciplines, die op het multi-disciplinair overleg aan de orde komen, op te nemen. Dit is gerealiseerd door de fase evaluatie te laten bestaan uit een formulier dat tijdens het multi-disciplinair overleg ingevuld moet worden.

Van deze taakstellingen zijn de communicatieve functies afgeleid. De hoofdfunctie is informeren. Als daaraan ondergeschikte functie kan nog attenderen genoemd worden. Attenderen is ondergeschikt aan informeren, omdat attenderen vooraf gaat aan informeren. Het is voor bijvoorbeeld een ziekenverzorgende niet voldoende geattendeerd te worden op het feit dat er iets met bewoner Van Vliet aan de hand is, maar zij moet op de hoogte gesteld worden van alle relevante gegevens. Zij kan echter pas op de hoogte gesteld worden, nadat zij er op geattendeerd is dat er iets met bewoner Van Vliet aan de hand is. Deze functie attenderen is in het dossier gerealiseerd door middel van een "planbord" waarop aangegeven kan worden, dat iedereen die bij bewoner Van Vliet betrokken is zich via het dossier op de hoogte moet stellen van de veranderde situatie van deze bewoner.

De functie informeren komt op twee manieren naar voren in het dossier. Ten eerste levert iedere discipline informatie aan het dossier voor de eigen en andere disciplines en ten tweede onttrekt iedere discipline informatie aan het dossier, informatie die geleverd is door de eigen discipline en door andere disciplines. Het vervullen van deze twee taken is vastgelegd. Dat betekent dat bepaald is wanneer de disciplines welke informatie moeten leveren. Het is noodzakelijk dat alle disciplines zich aan deze richtlijnen houden, omdat anders andere disciplines op zeker moment benodigde informatie niet aan het dossier kunnen onttrekken.

De richtlijnen kunnen beschouwd worden als taakdefinities voor de actoren, dat wil

zegen handelingen die door deelnemers aan het communicatieproces uitgevoerd moeten worden om een bepaalde functie te kunnen realiseren. Een voorbeeld van zo'n taakdefinitie is dat een ziekenverzorgende aan het begin van haar dienst zich op de hoogte moet stellen van de huidige stand van zaken van bewoner Ebbbers. Een dergelijke taakdefinitie kan geoperationaliseerd worden tot een handelingsstructuur. De handelingen die zo'n ziekenverzorgende in het betreffende voorbeeld moet verrichten, zijn in de map van bewoner Ebbbers alle formulieren "verpleegkundige rapportage" uit de periode van haar afwezigheid lezen, alle ingebrachte formulieren uit dezelfde periode van andere disciplines lezen. Tenslotte moet zij het formulier "verpleegplan" uit de planningsfase lezen, zodat zij de eventuele wijzigingen in het verpleegplan kent en de bewoner dienovereenkomstig kan verzorgen.

Als intern kaderstellende factor, dit is een eis vanuit het communicatieve aspect, werd het aanzienlijk verschil in niveau van scholing tussen de gebruikers van het dossier aangemerkt. Ten eerste zijn er medisch en niet-medisch geschoolden en ten tweede academisch en LBO-geschoolden. Wat betreft het eerste probleem: bij het opstellen van de formulieren is uitgegaan van degenen met de minste medische kennis en zijn onnodige vaktermen daarom vermeden. Het tweede probleem zorgt voor een groot verschil in lees- en schrijfvaardigheid. Toch moeten deze mensen voor elkaar schrijven en elkaars produkten kunnen lezen. Aan dit probleem is geprobeerd tegemoet te komen door formulieren te ontwerpen die sterk voorgestructureerd zijn. Dit heeft twee voordelen. In de eerste plaats hoeven mensen die moeite hebben met schrijven maar weinig te schrijven. In plaats daarvan kunnen zij zich beperken tot het aankruisen van inhoudscategorieën. In de tweede plaats wordt het denkproces van de invuller gestuurd. Deze geeft dan niet alleen de informatie die hij zelf kwijt wil, maar wordt gedwongen na te denken over de inhoudscategorieën waar iemand uit een andere discipline in geïnteresseerd is. Zijn informatiebehoefte kan zodoende bevredigd worden.

Extern kaderstellende factoren vanuit het verpleegkundige aspect zijn dat het gebruik van het dossier weinig tijd mag kosten en dat in het dossier bepaalde inhoudscategorieën om verzorgings-, begeleidings- en behandelingstechnische redenen niet achterwege mogen blijven. De eerste is gerealiseerd door met de voorgestructureerde formulieren te werken. Het aankruisen van inhoudscategorieën kost minder tijd dan het uitschrijven van hetzelfde. Ook voor de verwerker is er sprake van tijdwinst. Deze krijgt de informatie overzichtelijk en in altijd dezelfde volgorde gepresenteerd. Dat bevordert een vlotte verwerking. Wat betreft de tweede extern kaderstellende factor: door middel van enquête en interview is de informatiebehoefte bepaald. Zodoende is getracht zo volledig mogelijk te zijn.

Extern kaderstellende factoren vanuit het organisatorisch-beleidsmatig aspect zijn dat het dossier de privacy van de bewoners optimaal moet beschermen, dat het dossier bruikbaar moet zijn voor de vele gebruikers die in deeltijd werken en dat het dossier bruikbaar moet zijn ondanks het feit dat de gebruikers niet vanuit één plaats opereren, maar verspreid over het hele gebouw. Deze eisen zijn gerealiseerd door het dossier te verdelen in een centraal bewonersdossier met daarnaast voor de verschillende disciplines eigen deeldossiers. Deze deeldossiers worden door de disciplines zelf beheerd en bewaard op hun eigen afdeling. Zo wordt dus een deeldossier logopedie op de afdeling logopedie bewaard en niet in het centrale bewonersdossier. Alle disciplines leveren informatie aan het centrale dossier en kunnen daaraan informatie

onttrekken. In de eigen deeldossiers kan informatie worden opgenomen die voor anderen niet relevant is en informatie die strikt vertrouwelijk is. Bij dit laatste valt te denken aan gegevens van maatschappelijk werk over de thuissituatie van een bewoner en aan gedeelten van de medische informatie.

### Invoering van het nieuwe bewonersdossier

Op het moment dat de uiteindelijke formulieren voor het grootste deel klaar waren, besloot men in het verpleeghuis onverwacht dat het nieuwe bewonersdossier op een nieuwe afdeling ingevoerd zou moeten worden. Eigenlijk was dit tijdstip te vroeg, omdat er nog geen plan was voor een goede introductie. Onder goede introductie moet uitgebreide voorlichting en uitleg aan de gebruikers van het systeem verstaan worden.

Omdat het om de invoering op een nieuwe afdeling ging, werd besloten op het voorstel van het verpleeghuis in te gaan en bovendien werd afgesproken dat het nieuwe informatiesysteem geëvalueerd zou worden en waar nodig aangepast alvorens het ook op andere afdelingen te introduceren.

De invoering van een systeem dat nog bijgesteld moet gaan worden, kan in navolging van de automatisering 'prototyping' genoemd worden. Voor een beperkte groep gebruikers wordt dan snel een prototype van het te ontwikkelen systeem gemaakt, zodat al werkend met het systeem ontdekt wordt wat de gebruikers anders willen en wat er nog bij gemaakt moet worden (zie Flesch 1991). Prototyping bood op dat moment in het onderzoek twee voordelen. Het was steeds bijzonder moeilijk gebleken te achterhalen wat de gebruikers van het nieuwe bewonersdossier precies wilden. De materie was te abstract, men kon zich er te weinig bij voorstellen. Door te gaan werken met een prototype werd dit probleem opgelost. Dat bleek uit het feit dat veel gebruikers nu duidelijker aan konden geven wat zij wilden en wat zij van het nieuwe systeem vonden. Verder hadden de gebruikers het idee dat er iets gebeurde. Dit is belangrijk, omdat bij de gebruikers de betrokkenheid bij en het vertrouwen in het nieuwe systeem daalt wanneer de doorlooptijd van het project te lang is. In het verpleeghuis was deze al langer dan men in de automatisering wenselijk acht (twee in plaats van één jaar). Het invoeren van een prototype was dus om twee redenen wenselijk.

### Evaluatie van het nieuwe bewonersdossier

Het evaluatie-onderzoek leverde op dat er drie soorten problemen ten aanzien van het nieuwe dossier signaleerd zijn, namelijk technische problemen, implementatieproblemen en organisatieproblemen. Achtereenvolgens ga ik op deze drie typen problemen in.

Bij de technische mankementen die er in het systeem zitten, moet gedacht worden aan zaken als formulieren waarop inhoudscategorieën ontbreken, formulieren die nooit gebruikt worden en daarom even goed weggelaten kunnen worden en aan het ontbreken van goede mondelinge voorlichting over het systeem. Er is wel een tekst waarin nauwkeurig beschreven staat hoe er met het systeem gewerkt moet worden, maar dit document is door slechts weinig mensen gelezen. De technische mankementen zijn naar het zich laat aanzien waarschijnlijk vrij eenvoudig te verhelpen.

Ten tweede de typische implementatieproblemen. Gewinning is het eerste implementatieprobleem. De gebruikers hebben jaren met een dossier gewerkt waarbij ze blanco vellen papier vol moesten schrijven, terwijl ze nu voorgestructureerde formulieren moeten invullen. Een tweede implementatieprobleem heeft te maken met weerstand. Sommige gebruikers hebben weerstand tegen het nieuwe systeem, omdat het bewonersdossier er niet exact zo uit ziet als zij zelf voor ogen hadden. Oorzaak hiervan is dat men nog te veel denkt vanuit de gedachte "wat wil ik kwijt in het dossier?" in plaats van "wat wil een ander weten?". Een andere oorzaak van weerstand kan zijn dat de doorlooptijd van het project intussen te lang is. Tussen de start van het project en het moment van invoering van het prototype zat twee jaar. Idealiter mag dit niet langer dan een jaar zijn.

Deze twee typen problemen kunnen binnen het communicatieve aspect opgelost worden. Een communicatiekundige beschikt over de expertise om bijvoorbeeld formulieren aan te passen en om voorlichtingsproblemen op te lossen. Een goede voorlichting zorgt ervoor dat er minder fouten gemaakt worden. Bovendien kan met behulp van voorlichting waarschijnlijk het gewenningsproces versneld worden en de weerstand verminderd wanneer men voldoende op de hoogte is van de werkwijze van het dossier en de reden van bepaalde keuzes. Het derde type probleem dat geconstateerd werd, valt niet door communicatiekundigen op te lossen. Het gaat hier om problemen die binnen het organisatorisch-beleidsmatige aspect opgelost moeten worden. Het probleem is dat men zegt op de nieuwe manier, bewonersgericht, te werken, maar in de praktijk nog vaak volgens de oude methode, taakgericht, werkt. In interviews die voor dit evaluatie-onderzoek afgenomen zijn, bleek namelijk dat verschillende disciplines eigenlijk niet de fasen van het methodisch werken hanteren. Gebleken is dat de fase planning niet die centrale plaats inneemt die ze behoort te hebben. Ook worden formulieren, doordat men niet methodisch werkt, vaak niet op de juiste tijdstippen ingevuld. Evenmin worden formulieren gelezen op momenten dat men dit behoort te doen. Voorts blijkt dat de unitleidster, een leidinggevende van een kleinere eenheid op een afdeling, niet de beherende functie vervult die ze behoort te vervullen. Zij is meer ziekenverzorgende dan leidinggevende en wordt door medewerkers uit andere disciplines ook als zodanig beschouwd. Het is voor haar daarom moeilijk een controlerende taak uit te voeren. Tenslotte is het multi-disciplinair overleg niet de spil van het bewonersdossier. Te veel mensen nemen geen deel aan deze vergaderingen, waardoor de integratie van somatische, sociale en psychische zorgvragen onvoldoende plaatsvindt en de verschillende behandel-, begeleidings- en verpleegplannen onvoldoende op elkaar afgestemd worden.

De conclusie dat dit type problemen niet door communicatiekundigen opgelost kan worden, lijkt gerechtvaardigd. Het gaat hier immers om beslissingen die door verantwoordelijken voor het zorgbeleid genomen moeten worden, dus door medewerkers die een taak hebben binnen het organisatorisch-beleidsmatige aspect. Dan heeft een de keus voor een nieuwe verpleegvisie voldoende draagkracht en kunnen de daaruit voortvloeiende consequenties gedragen worden. Tot nu toe is een dergelijke beslissing in het verpleeghuis niet op deze manier genomen; de keuze voor het bewonersgerichte werken is gegroeid en is geen bewuste beleidskeuze. Wel is er vanuit de verpleging een nota gepubliceerd over bewonersgericht werken, zijn er bijscholingen bewonersgericht werken geweest en bleek uit de informatiebehoeftepeiling onder een groot aantal medewerkers van alle disciplines dat bijna allen achter het bewonersgerichte werken stonden. Bovendien zeiden veel

respondenten reeds op deze manier te werken. Vanwege de bijscholing en het feit dat veel medewerkers zeiden bewonersgericht te werken, werd deels ten onrechte aangenomen dat de keus voor bewonersgericht werken voldoende draagkracht had. Toen echter een prototype van het nieuwe bewonersdossier ingevoerd werd, bleek men nog maar ten dele bewonersgericht te werken en bovendien er maar ten dele achter te staan. Gevolg van het maar ten dele bewonersgericht werken was dat men moest wennen aan een nieuw dossier en bovendien aan een nieuwe manier van werken. Dit verliep uiteraard niet soepel en het ligt voor de hand dat zich dit wreekte in het dossier en men het dossier als "schuldige" aanwees.

Het nieuwe bewonersdossier heeft op deze manier een heel veranderingsproces in de organisatie op gang gebracht, dat veel verdergaand is dan de invoering van alleen een nieuw communicatiesysteem. De invoering van het nieuwe dossier heeft tot gevolg gehad dat het dossier "trekker" is geworden van een veranderingsproces in de organisatie als geheel, namelijk een andere manier van werken. Het is zelfs zo dat het communicatieve aspect een heel denkproces in het organisatorisch-beleidsmatig aspect gestimuleerd heeft. Aanvankelijk waren bijna alle medewerkers voorstander van de nieuwe, bewonersgerichte manier van werken, maar nu men er door impulsen vanuit het communicatieve aspect echt aan begonnen is, blijkt men daar genuanceerder over te denken. Men ervaart verschillende delen van het bewonersgerichte werken als niet realiseerbaar. Wat men eigenlijk wil is een mengvorm van taakgericht en bewonersgericht werken. En dat laatste zou weer een aanpassing van het communicatiesysteem vergen. Een dossier behoort immers niet meer dan een resultaat van de manier van werken te zijn.

Het begeleiden van het maken van keuzes voor een verpleegvisie en van een veranderingsproces in een organisatie, zoals het gaan werken volgens een andere verpleegvisie, ligt niet op het terrein van een communicatiekundige, maar op het terrein van een organisatiedeskundige. Deze problemen zijn dan ook niet meer binnen dit onderzoek op te lossen.

Door volgens het theoretisch kader binnen de organisatie verschillende aspecten te onderscheiden wordt het gemakkelijker te analyseren welke problemen waar in de organisatie thuis horen en binnen welk vakgebied die problemen opgelost moeten worden. De grenzen van de communicatiekunde worden daardoor zichtbaar: alle onderzoek dat buiten het communicatieve aspect valt, behoort niet tot het onderzoeksterrein van communicatiekundigen. Variabelen van buiten het communicatieve aspect kunnen ten aanzien van een communicatiesysteem of -proces als extern kaderstellende factoren fungeren. Daar moet de communicatiekundige rekening mee houden. Hij kan hooguit proberen deze factoren te beïnvloeden of hierover adviezen te geven, maar kan deze echter niet zelf veranderen, omdat ze buiten zijn eigen aspect vallen.

Wanneer er nu naar de rol van het communicatieve aspect in het verpleeghuis met betrekking tot het nieuwe bewonersdossier gekeken wordt, dan heeft het in dit onderzoek een "dienende" rol gehad. Vanuit andere aspecten, in dit geval het organisatorisch-beleidsmatige aspect, werden de extern kaderstellende factoren geformuleerd. Deze factoren zijn randvoorwaarden waar bij de ontwikkeling van het communicatiesysteem, dat immers behoort tot het communicatieve aspect, terdege rekening mee gehouden moest worden. In het organisatorisch-beleidsmatige aspect besliste men bijvoorbeeld hoe men de manier van werken - de verpleegvisie - invult, waar de verschillende disciplines in het gebouw werken en hoeveel geld er beschik-

baar is om een nieuw communicatiesysteem in te voeren en te begeleiden. Vanuit het communicatieve aspect werden adviezen gegeven om de haalbaarheid van het functioneren van het nieuwe communicatiesysteem te bevorderen, maar deze waren in het verpleeghuis niet bindend. Of dat wenselijk is, is een ander verhaal.

#### Literatuur

- Brammer, A.  
1989a *Rapport 3: "Formele overlegvormen"*. Interne publikatie afdeling Taalbeheersing en Stichting "Maria Auxiliatrix". Utrecht/Venlo.
- Brammer, A.  
1989b *Rapport 4: "Resultaten enquête"*. Interne publikatie afdeling Taalbeheersing en Stichting "Maria Auxiliatrix". Utrecht/Venlo.
- Brammer, A.  
1989c *Rapport 5: "Advies bewonersdossier"*. Interne publikatie afdeling Taalbeheersing en Stichting "Maria Auxiliatrix". Utrecht/Venlo.
- Brammer, A.  
1989d *Taalbeheersing in de praktijk: een onderzoek naar een bewonersdossier in een verpleeghuis*. Ongepubliceerde doctoraalscriptie afdeling Taalbeheersing. Utrecht.
- Fleisch, M.  
1990 *Formulieren voor het nieuwe bewonersdossier van verpleeghuis D'n Horstgraaf*. Ongepubliceerd stageverslag afdeling Taalbeheersing. Utrecht.
- Fleisch, M.  
1991 *Rapport 6: "Evaluatie-onderzoek"*. Interne publikatie afdeling Taalbeheersing en Stichting "Maria Auxiliatrix". Utrecht/Venlo.
- Hoven, P.J. van  
1989 "Het spel en de knikkers: een analyse van het begrip "functionele context". In: Janssen, D. en G. Verhoeven (red), *Taalbeheersing in Nederland. Een bundel opstellen voor W. Drop*. Groningen. p. 13-28.
- Punselie, R.  
1989 *Rapport 1: "Inventarisatie-onderzoek"*. Interne publikatie afdeling Taalbeheersing en Stichting "Maria Auxiliatrix". Utrecht/Venlo.
- Riesebos, M.  
1989 *Rapport 2: "Informele communicatie"*. Interne publikatie afdeling Taalbeheersing en Stichting "Maria Auxiliatrix". Utrecht/Venlo.

## 14 Algemene richtlijnen voor informatieplannen

W. Okkerse

### Inleiding

De laatste jaren is de aandacht voor de relatie communicatie en informatisering sterk toegenomen. Sinds enige tijd heeft de informatisering ook de aandacht van onderzoekers binnen de afdeling taalbeheersing aan de RUU. Dit artikel beschrijft een promotieonderzoek naar de status van het informatieplan in theorie en praktijk, dat sinds de zomer van 1990 wordt uitgevoerd.

De toenemende aandacht voor het raakvlak tussen communicatie en informatisering is niet uit de lucht komen vallen. Een van de redenen is dat communicatieproblemen in een aantal gevallen direct leiden tot het falen van een (duur!) informatiseringsproject. Uit recent onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SOZA 1988: 39) blijkt bijvoorbeeld dat bij de onderzochte bedrijven in 25% van de gevallen communicatieproblemen als belangrijkste oorzaak voor het falen van het project werden aangemerkt. Bij 44% van de gevallen was de projectbeheersingsproblematiek de belangrijkste oorzaak. Daaronder valt onder meer projectbewaking, planning en de inzet en bereikbaarheid van interne en externe deskundigen. Het is de vraag welk percentage van deze 44% specifiek betrekking heeft op communicatie-aspecten.

In het promotieonderzoek staat de vraag centraal wat de relatie is tussen vorm, inhoud en functie(s) van een informatieplan in de functionele context (Van den Hoven 1989) van een organisatie. De opzet van het onderzoek kan als volgt kort worden omschreven. In eerste instantie wordt een literatuuronderzoek uitgevoerd. Vervolgens wordt een aantal informatieplannen uit de praktijk geanalyseerd en getoetst aan de bevindingen uit de literatuur. Op basis van deze resultaten wordt een gericht valideringsonderzoek uitgevoerd dat moet leiden tot de formulering van een aantal schrijfproduct- en wellicht ook schrijfprocesprescripties.

### Aandachtsgebied

Het informatieplan neemt in het onderzoek een centrale plaats in. Het is een beleidstekst die wordt geschreven aan het begin van of voortgaand aan een informatiseringsstrategie. Iedere tekst, dus ook deze specifieke beleidstekst, functioneert in de context waarin hij wordt gelezen. Die context bepaalt mede de functies van de tekst; de context bepaalt ook mede het schrijfproces en beïnvloedt dus het schrijfproduct. Voor iedere beleidstekst is een aantal factoren binnen de context van belang. Over de factoren die gemeengoed zijn in het beleidsproces wil ik het nu niet hebben.