

## Onze gezondheidszorg als *fundamental change* opdracht.

Gezondheidszorg in Suriname is zo ongeveer de meest complexe *publieke* dienstverlening die we hebben. Gezondheidszorg is fundamenteel therapeutisch van aard en wordt in Suriname nagenoeg geheel binnen een overheidsbureaucratie georganiseerd en geleverd.

Bezien vanuit deze invalshoek - een therapeutische dienstensector waarbij de overheid én centraal stuurt én monopolistische aanbieder is - betekent *health care reform* (de nationale overheidsambitie) zowel voor de overheid, als voor de leiding van zorgorganisaties (waartoe ik ook *nursing leaders* reken), als voor de zorgmedewerkers (waartoe ik ook medici reken), een bijzonder serieuze opgave. Namelijk: ontwikkelen van **publieke professionele diensten organisaties** binnen een publieke setting waar zulke organisaties nog niet bestaan. Er zijn voor zorgvernieuwing in Suriname - bijna<sup>1</sup> - geen *inheemse* voorbeelden van *best practises* om zich aan 'op te trekken'.

Daarbij komt dat het gedrag van de mensen die er werken en de beleving van de mensen die van de diensten gebruik maken (zeg maar de *mentale anamnese* van patiënten/cliënten en hun verwanten) een weergave is van de manier waarop het Surinaamse gezondheidszorgsysteem in elkaar zit en werkt.

Zorgmedewerkers (van beleidsmakers, stichtingsbesturen, toezichthouders, verpleegkundigen, verzorgenden, medici, paramedici, leidinggevend tot en met facilitair/administratief medewerkers) hebben zich logischerwijs én begrijpelijkerwijs *gesocialiseerd* binnen dit systeem, het is anders onmogelijk om je er in te handhaven.

Gebruikers van de zorgdiensten (patiënten/cliënten en hun verwanten) hebben zich binnen dit systeem *gevoegd*. Binnen de 'paden, routes en procedures' van het systeem, banen ze zich een weg, om uiteindelijk aan te komen op de plaats waar hun zorgvraag in professionele handen is. In een monopolistische situatie zijn er weinig andere keuzemogelijkheden. Of men moet middelen hebben (financieel of relationeel) om de monopolie te omzeilen of anders te doen bewegen; daarmee wordt het systeem nóg meer realiteit.

Onze gezondheidszorg werkt zoals het werkt en, laten we onszelf niet onder de korenmaat schuiven, we hebben in vergelijking met een aantal andere landen in onze regio, goede gezondheidszorg. En we zijn het erover eens dat, in de 21<sup>ste</sup> eeuw, het anders en beter moet én kan. Vandaar de nationale overheidsambitie.

Het waardensysteem van instituties, zoals bijvoorbeeld de gezondheidszorg, functioneert als het *psychologisch-cultureel 'DNA'* van een land. (DNA betekent in dit artikel: desoxyribo nucleic acid. Dat is de moleculaire verbinding die de basis is van genen en chromosomen van een *species*).

Het psychologisch-cultureel DNA van een institutie wil zeggen dat de praktijken en gedragingen van mensen in de institutie, overeenkomen met het waardensysteem van het land waar de institutie is gevestigd. Dit is niet iets specifiek Surinaams. Alle samenlevingen hebben psychologisch-cultureel DNA dat zich weerspiegelt in hun instituties. (Daarom is overname van uitheemse zorgvisies, zorgpraktijken/-modellen, beroepsprofielen - zonder grondige aanpassingen aan en voor de lokale situatie - vevreemdend en niet duurzaam.)

Organisatiesociologen, gedragswetenschappers en andere professionals die zich beroepshalve bezighouden met organisatie- en gedragsverandering, noemen de interne dynamiek van het psychologisch-cultureel DNA van organisaties ook wel *spiral dynamics*.

Beperkte of geen kennis van en inzicht in of - erger- negeren van deze kennis en dit inzicht, leidt bij organisatieverandering tot weinig anders dan meer van hetzelfde en verstoort het veranderproces. Soms in die mate dat het proces moet worden afgebroken.

Je kunt een institutie/organisatie niet veranderen (althans niet fundamenteel en duurzaam) en het gedrag en de waarden van de mensen die er werken - in dit verband dus ook: artsen, directeuren, toezichthouders, stichtingsbesturen, management én eventuele externe procesleiders! - buiten beschouwing laten. Dat is ook een reden waarom veranderprocessen mislukken: mensen die het proces moeten (bege)leiden, aanvoerder of *rolmodel* zijn, maar zichzelf buiten het veranderveld plaatsen.

---

<sup>1</sup> Ik schrijf bijna, omdat er wel een enkele zorgorganisatie is die in mijn opvatting een geslaagde transformatie doormaakt, maar in het bestek van dit artikel vind ik het niet gepast om in te zoemen op uitzonderingen.

Waarden zijn geen natuurwetten maar sociale constructies. Dat wil zeggen, door mensen gemaakt. Mensen kunnen daarom zelf beslissen om ze te veranderen. De aarde gaat daardoor niet uit haar baan en de zon verdwijnt niet van de hemel. (Het tegendeel *geloven*, is ook een waarde.)

*Health care reform* is fundamentele verandering die gaat over de relatieve maakbaarheid van gezondheid. *Health care reform* gaat niet over het veranderen van onze rijkdom aan religieuze waarden en onze cultuurspecifieke eigenheid. Integendeel!

Wat ook waar is, is dat het veranderen van waarden moeilijk is, maar niet onmogelijk. Suriname heeft hier goede ervaring mee; bijvoorbeeld de sociaal-maatschappelijk gelijkstelling van alle etnische groepen.

Goed gedefinieerd en gefaciliteerd, helpt *health care reform* overheden en zorgorganisaties om - met hun mogelijkheden in een globaliserende wereld met een veelheid aan *drijvende krachten* en andere invloeden - het hoofd te bieden aan hun systeem- en organisatieproblemen, zodat duurzame verbetering van de gezondheidszorg van burgers tot stand kan komen. Wat goed is wordt behouden en verstevigd, belemmeringen worden opgeheven, van wat overbodig is of niet meer werkt wordt afscheid genomen. *Health care reform* is geen wondermiddel en ook geen *quick fix*. *Health care reform* is een intensief en langdurig mensenproces dat kan variëren van enkele jaren tot meer dan een decennium!

Bij ontwikkeling van geavanceerde instrumenten spreken we van *high-tech*, bij ontwikkeling van *health care reform* is er sprake van *high-touch*.

Wanneer we in onze *health care reform* het psychologisch-cultureel DNA van onze gezondheidszorg niet herkennen, erkennen en begrijpen, missen we de essentie van waar het - wereldwijd - in *health care reform* om draait en kunnen we niet effectief de beoogde verandering bewerkstelligen. Namelijk, het creëren van een gezondheidszorg die de vragen, noden en behoeften van de gebruikers (de burgers van een land) als uitgangspunt heeft en centraal stelt.

Creëren is iets tot stand brengen dat er nog niet is. Wanneer we van onszelf geloven dat we kunnen creëren (een waarde!), heeft dit een zeer gunstig effect op ons zelfbeeld, op het zelfbeeld en zelfvertrouwen van de mensen met wie we werken en aan wie we leiding geven én op het welbevinden van de mensen voor wie we werken: patiënten, de gemeenschap.

Voor Suriname betekent *health care reform*, naast het ontwikkelen van een nieuwe toekomstvisie op gezondheidszorg, het ontwikkelen van nieuw psychologisch-cultureel DNA materiaal. Als basis om de nieuwe visie te ontwikkelen, te dragen, uit te dragen en om te zetten in een andere en betere gezondheidszorg. Ontwikkelen van dit nieuwe DNA materiaal vraagt op alle niveau's van onze gezondheidszorg (supra<sup>2</sup>, macro, meso, micro, nano) en van iedereen die erin werkt, een zekere mate van zelfkennis, zelfreflectie en zelfrelativering. Zelfkennis, zelfreflectie en zelfrelativering hebben betrekking op bewustzijn en zijn basics voor modern organiseren, besturen, leiderschap, toezichthouden en samenwerken in de gezondheidszorg.

Bewustzijn bij organisatieverandering gaat over het kennen, herkennen en erkennen van de veelsoortige en veelvormige, maar logische en noodzakelijke dynamiek (*spiral dynamics*) in organisaties. Besef van de aard en de diepgang van de veranderingen die mensen individueel en collectief doormaken, wat dat voor ze betekent en met ze doet. Besef dat *health care reform* plaatsvindt in een overkoepelend proces met daarbinnen parallele processen die zich gaandeweg in elkaar vervlechten tot een nieuw en duurzaam fundament als resultaat.

Kort en zeer eenvoudig weergegeven gaat het proces van *health care reform* als volgt.

1=> Visieontwikkeling op basis van *facts en figures*. Waar staan we nu en wat betekent dat.

Waar willen we zijn over X jaar en waarom. Hoe en met wie we dat gaan doen. In *health care reform* is visieontwikkeling geen 'ivoren toren' activiteit, of iets dat gebeurt in 'achterkamers', van achter een ambtelijk bureau of topdown. *Health care reform* vindt plaats in een gestructureerde maar open dialoog en wisselwerking met een werkbare en zo breed mogelijke

---

<sup>2</sup> WHO, PAHO, ICN, CARICOM, UNASUR en andere internationale koepelorganisaties. Op dit niveau is men zich bewust van de noodzaak en urgentie van *health care reform* en committeren regeringen zich aan het maken van een *health care reform* agenda voor hun land. De overige niveau's zijn nationaal.

vertegenwoordiging van alle maatschappelijke geledingen, professionals uit de gezondheidszorg en andere sectoren én burgers uit alle etnische groepen en windstreken van ons land.

2 => De verandering die het *gezondheidszorgsysteem* moet ondergaan: van proceduregericht naar burgergericht, van één maat voor allen, naar maatwerk voor velen.

3=> De veranderingen die zorgorganisaties moeten aangaan: van overheids- en aanbodgericht naar samenleving- en patiënt-gericht, van een exclusieve medische oriëntatie naar een inclusieve gezondheidsoriëntatie.

4=> Het individuele en collectieve gedragsveranderingsproces dat gezondheidswerkers doormaken : van de patiënt als onmondig object naar de patiënt als lid van het behandelteam, van *oneigenlijke* systeemafhankelijkheid naar *relatieve en individuele* professionele autonomie, van monodisciplinair werken naar multidisciplinair werken.

Met andere woorden, het in goede banen leiden van *health care reform* vraagt om bewustzijn en inspanningen die veel verder reiken dan 'systeemmanoeuvres'. Zoals bijvoorbeeld: invoering van een nieuwe volksverzekering, of het *reshuffelen* van ambtelijke taken en verantwoordelijkheden, of het instellen van domeinspecifieke overheidscommissies, of het 'verwisselen van poppetjes'. Waarmee ik niet zeg dat deze inspanningen niet nodig zijn, want die zijn óók nodig. Wat ik zeg is dat, voor onze *health care reform*, alleen een systeemtechnische benadering ontoereikend is.

Er moet merkbaar en navolgbaar meer gebeuren aan de *high-touch* kant. *Health care reform* gaat ook over *health care governance*: zichtbaarheid voor de burgers/patiënten én voor de zorgmedewerkers over wat er met hun gezondheidszorg gebeurt, waarom en met welk doel.

Gezondheidszorg gaat over de beste grondstof die een land kan hebben, in zijn meest sterke en tegelijkertijd meest kwetsbare vorm: mensen.

De aard en de realiteit van het gezondheidszorgsysteem van een land hebben een relatie met de sociaal-maatschappelijke ontwikkelingsgeschiedenis van dat land. *Health care reform* bevraagt deze relatie – in de context van de actuele sociaal-maatschappelijke situatie en in het licht van de directe en de nabije toekomst - met als doel een legitiem<sup>3</sup> nieuw veld te maken waarbinnen vernieuwing van gezondheidszorg mogelijk wordt en kan gedijen. Dat gaat zeer zelden soepel en zonder conflicten omdat vernieuwing, in deze orde van grootte en complexiteit, per definitie betekent dat *historische claims en vanzelfsprekendheden* niet meer gelden of vanzelfsprekend zijn. (Zie bijvoorbeeld het proces rond 'Obamacare', of de veranderingsprocessen in de zorgsystemen van de Noord-Europese verzorgingsstaten, of dichter bij huis de veranderingen in de Braziliaanse gezondheidszorg). Vernieuwing van de gezondheidszorg gaat over de toekomst van de gezondheidszorg. Zonder vernieuwing treedt stilstand op, stilstand leidt tot verstarring en uiteindelijk tot uiteenvallen of 'museumwaarde'. Dan is iedereen de pineut. Ook de elite en de financieel meer draagkrachtigen onder ons.

De manier waarop de Surinaamse gezondheidszorg (nog) in elkaar zit en werkt – en dat is zeer begrijpelijk – is meer de weergave van een *afhankelijk* verleden, en minder een reflectie van wat we als jonge zelfstandige natie zouden *kunnen* voorstellen namelijk : zelfbewuste en energieke eenheid. Alleen al economisch gezien, kunnen we ons geen behoud van 'geërfde niet efficiënte en niet effectieve systeemschotten' veroorloven. We zijn een ontwikkelingsland met ruim 500 duizend inwoners. Wat neerkomt op circa 100 duizend huishoudens. Van onze werkende bevolking is 60 % overheidsambtenaar.

Wanneer wij allen die in onze gezondheidszorg werken ons hiervan bewust zijn - en de implicaties van deze feiten beseffen - kunnen we ons bewustzijn tot uiting laten komen in ons denken en doen. Dan kan integraal en collectief die beweging op gang komen, die ons effectief gaat helpen om over de drempel van de huidige *status* te stappen naar gezondheidszorg van de 21<sup>ste</sup> eeuw.

Staan we voor een onmogelijke taak?  
Natuurlijk niet!

---

<sup>3</sup> Binnen ons democratisch systeem.

We staan voor één van de meest inspirerende uitdagingen in ons jong zelfstandig bestaan.

Uitdagend: omdat wij allen – ongeacht onze individuele en/of culturele verschillen - vóór onze geboorte, tijdens ons leven, tot en met ons sterven en daarna (orgaan- en weefseldonatie!), te maken hebben met gezondheidszorg.

Inspirerend: want boeiend en verbindend voor het gemeenschappelijk ideaal van alle gezondheidswerkers: zorgen voor mensen omdat zonder die zorg, een gezonde en welvarende samenleving niet mogelijk is.

Wanneer we in de gezondheidszorg uit deze inspiratie kunnen putten en die betrekken bij onze *health care reform*, en er is – behalve onze wil – geen reden waarom we dat niet zouden kunnen, dan wordt *Suriname health care reform a way of life in Suriname health care*.

Proost op die gezondheidszorg!

Filia Kramp

Verpleegkundige, onderwijskundige en organisatieveranderkundige. Ze werkt als adviespartner van bestuurders, directies, managers en beleidsmakers in de gezondheidszorg.

Filia beschouwt zichzelf als potentiële/toekomstige cliënt van de Surinaamse gezondheidszorg.