

**Thema: Jaarcongres Reliëf**

**Minder hard - meer hart!**

Zorgethiek en management anno 2005

Annelies van Heijst

Andries Baart

Enquête met 30 directeuren

Brief aan de Tweede Kamer

En verder:

Voorlezen aan ouderen

Geestelijke verzorging: scherp aan de wind

Identiteit van katholieke zorgaanbieders

1

jaargang 7  
maart 2005

zinzorg

TIJDSCHRIFT VAN RELIËF OVER ZORG, ETHIEK EN LEVENSBESCHOUWING

geheel vernieuwde website: [www.relief.nl](http://www.relief.nl)

*Zin in Zorg* is een uitgave van Reliëf, christelijke vereniging van zorgaanbieders. Bij Reliëf zijn ruim 300 zorginstellingen met een christelijke signatuur aangesloten. De missie van Reliëf is om in gemeenschappelijkheid vanuit een christelijke achtergrond invloed uit te oefenen op het maatschappelijk debat over en de inhoud, uitvoering en organisatie van de zorg en aldus bij te dragen aan de essentie van zorg. Vanuit die missie richt *Zin in Zorg* zich op gezondheidszorg, ethiek en levensbeschouwing in hun onderlinge relaties. *Zin in Zorg* verschijnt vier maal per jaar.

ISSN: 1389-6490 / jaargang 6

#### Abonnementen

Lidinstellingen van Reliëf ontvangen twee abonnementen. Aanvullende abonnementen kosten € 17,50 per jaar, losse abonnementen € 24,75. Losse nummers € 6,25 + porto. Advertentietarieven op aanvraag. Informatie en opgave: Reliëf, Neckardreef 6, 3562 CN Utrecht, (030) 2610454, fax (030) 2612529. E-mail: info@relief.nl of via de website www.relief.nl. Abonnementen kunnen ieder moment van het jaar ingaan. Opzeggingen moeten voor 1 december gedaan worden.

#### Redactie

Drs. J.M. Beekers  
M.-P. van Mansum  
Dr F. Mertens  
F.G.M. Pothof  
Drs. T. Tromp (eindredacteur)  
Dr H.J. Veltkamp (voorzitter)  
Redactieadres: Reliëf, t.a.v. T. Tromp, Neckardreef 6, 3562 CN Utrecht

#### Redactieraad

Drs. B.A. Blaauw  
Drs. W. Cranen (Cupertino Bulletin)  
Prof. dr F.W.J. Gribnau  
Mr J. de Hoog  
Prof. dr ir H. Jochemsen  
Drs. H.H. van der Kloot Meijburg  
Drs. A.L.W. van Loenen

#### Vaste medewerkers

Dr D.J. Bakker / Prof. dr J. Bouwer  
Drs. B.S. Cusveller / Drs. J.J.A. Doolaard  
Drs. W.J. Dijk / Drs. H.J.E. Hasper  
Dr C.G. Hrachovec / Drs. W. Huizing  
Mr M.J.J. Kooijman / Dr H.P. Meininger  
Drs. A..A.M. van Nistelrooy / Prof. dr D. Post  
Drs. M.A.M. Pijnenburg / Mr. J.J.F. Visser  
W. Zomer

**Uitgever:** Uitgeefmaatschappij Kok, Kampen

**Layout:** Sena Ontwerpers (www.senaontwerpers.nl)

**Druk:** Wilco, Amersfoort

**Omslag Foto:** Wiesje Peels Fotografie

Zinnebeeld: Casella

Frits Mertens ..... 4

## THEMA :

### Congres: Minder hard – meer hart!

Zorgethiek en Management anno 2005

Vragen bij vraaggestuurd zorg  
Een zorgethische bespiegeling  
Annelies van Heijst ..... 5

Bestuurders Reliëf willen wel  
Enquête onder 30 directeuren  
Thijs Tromp ..... 8

Het moet anders en het kan anders!  
Andries Baart over zorgmanagement  
Wout Huizing ..... 10

Wij roepen u op!  
Brief aan de Tweede Kamer  
Arie Kars ..... 13

Nieuws ..... 14

We zijn toch op de wereld om mekaar...  
M.-Paul van Mansum ..... 15

## RECENSIE :

José Franssen, Luisteren in je leunstoel  
Wout Huizing ..... 16

## REPORTAGE :

Aan de wind  
Geestelijke verzorging in beeld  
Wybe Dijk ..... 18

Geloven in wat je doet  
Werk maken van identiteit  
Carlo Leget ..... 20

Kort Nieuws ..... 22

## RUBRIEK :

Ethiek uit het vuistje  
Casus: Zorgen: geen handeling, maar relatie  
Mariëtte van den Hoven ..... 23

Agenda ..... 24

# Vragen bij de vraaggestuurde zorg

Annelies van Heijst

## Een zorgethische bespiegeling

**Al jaren bekommert Annelies van Heijst zich om de essentie van zorg. Die essentie kan volgens haar goed getypeerd worden als menslievendheid. Op het jaarcongres van Reliëf vertelde zij uitgebreid wat dit concept van menslievende zorg behelst.**

**Hieronder schetst zij in grote lijnen haar visie.**

Sinds tien jaar ben ik, als theoloog en ethicus, bezig met zorgethiek. Ik denk na over wat mensen eigenlijk doen als ze professioneel zorg geven, en wat er in de zorginteractie tussen mensen gebeurt. Resultaat van dat onderzoek is vervat in twee boeken. Eén gaat over de zorg van vroeger en één over de actuele situatie in de cure en care - want zorgethiek is geen speciale ethiek voor verzorgenden, maar een fundamentele en kwalitatieve kritiek op de heersende zorgvisie en zorgtaal (die zijn ont-aard in een visie en een taal van markt en management). Over een historische zorgpraktijk, geënt op een christelijke inspiratie, gaat mijn boek *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind, sinds 1852* (uitgeverij Verloren, Hilversum 2002). Mijn denken over de hedendaagse professionele cure en care versijnt zomer 2005 onder de titel *Menslievende zorg* (uitgeverij Klement, Kampen).

**Oogpunt van de zorgontvanger**  
Niet onbelangrijk is verder dat zich acht jaar geleden bij mij een ziekte openbaarde, waardoor ik in de medische molen belandde. Ik ben

anders gaan denken toen ik zelf medische zorg nodig had. Onder meer ben ik me erover gaan verbazen dat collega-ethici automatisch aan de professionele kant van de zorgwerkelijkheid terechtkomen. Ze worden 'ingehuurd' door professionals en vereenzelvigen zich vervolgens met de professionele kijk op de situatie. Ze nemen bijvoorbeeld professionele begrippen over in plaats van die te bevragen, en gaan soms zelfs neerbuigend of bagatelliserend praten over klagende cliënten en bewoners, zoals sommige professionals doen. (Een beproefde manier om kritiek te immuniseren: de kritische cliënt of familie afdoen als een bijzonder geval of een zeur.) Al met al is het standpunt van zorgontvangers, alsmede dat van hun naaste, sterk onderbelicht in de studies die er over zorg bestaan. Een duidelijke uitzondering is het werk van de antropologe Anne-Mei The, onder meer over de communicatie tussen longartsen en terminaal zieken en over hoe in het ziekenhuis met euthanasieverzoeken wordt omgegaan. Tevredenheidsonderzoeken zijn er volop, maar er zijn amper studies zoals die van The, waarin men kwalitatief en verhalender-



FOTO: WILLEM CRANEN

wijs nagaat hoe zorgontvangers de situatie beleven en zien. Dat gebrek aan aandacht voor het perspectief van zorgontvangers is merkwaardig, als je bedenkt dat de sector toch om hen draait.

### **Bekommernis buiten het takenpakket**

In de professionele cure en care worden allerlei verrichtingen gedaan. Dat kost bakken met geld. En toch zitten zorgontvangers met het gevoel dat niemand naar hen omziet en voelen ze zich alleen >>

“Ze zijn de hele dag met je bezig, maar niemand kijkt naar je om.”

met hun leed en verdriet. Dié verlatenheid is een belangrijke voedingsbodem voor het breed bestaande maatschappelijke onbehagen over de professionele zorg. Ik geef een voorbeeld uit eigen ervaring. Op een kille novemberdag, een paar jaar geleden, sleepte ik me van mijn specialist op de polikliniek, naar de röntgen, voor kaakfoto's, en toen naar de KNO-arts, die de foto's en mij zou inspecteren. De problemen kwamen na een serie oogbestralingen maanden tevoren, die de kaak hadden geraakt. Misschien zat daar nu een ontsteking. Ik had er onvoorzien al een paar uur in het ziekenhuis opzitten. Had pijn, was duizelig en kon met moeite het loket vinden in de verbouwing die gaande was. Ineens besepte ik dat ik peperduur liep te wezen op mijn trektocht van de ene naar de andere behandelaar. Tegelijk had ik het gevoel dat het niemand in dit immense gebouw een barst kon schelen hoe het met mij ging. Toen er noch op de foto, noch via een -pijnlijk! - door de neus ingebrachte camera, een kaakontsteking te zien was, werd ik resoluut weg gebonjourd. Waaraan ik leed, was alleen relevant voor zover aanwijsbaar via foto of camera. En daarop was niets te zien. Mijn pijn werd ongeldig verklaard. Steenkoud kwam ik thuis. Er was van alles aan me gedaan, ik was correct en vakkundig behandeld, maar niemand had al die uren iets vriendelijks, laat staan meelevends tegen me gezegd. Ik dacht: het lijkt wel of bekommernis buiten het professionele takenpakket valt.

Ik denk niet licht over de medische en technologische know how. Iedereen die flink ziek is geweest en weer aardig opgeknapt, weet hoe kostbaar dat is en hoe dat tot dankbaarheid stemt. Mijn ergerenis is alleen dat het zo afstandelijk gaat, terwijl het anders kan zonder

dat het extra geld kost; meestal het tegenargument. Het kan anders als er iets zou veranderen in houding, mentaliteit of attitude. Voor die verandering is nodig dat professionals anders gaan aankijken tegen wat zij eigenlijk aan het doen zijn, als ze zorg verlenen (in de cure of care).

Patiënten in het ziekenhuis (maar iets dergelijks zie je ook in verpleeghuizen) krijgen wel veel ondersteuning en aandacht, echter vooral op het niveau van functieherstel, niet op het niveau van de zorgbetrekking. Ze worden benaderd als mensen aan of in wie iets kapot is dat gerepareerd moet worden, alle holistische theorieën die in omloop zijn ten spijt. Meer dan functieherstel schijnen ze niet te mogen verwachten. Is dat eigenlijk niet heel vreemd, in een omgeving waar structureel zoveel mensen aankloppen die pijn en verdriet hebben? Die snakken naar een bemoedigend woord, een vriendelijke blik, een schouderklopje. Waarom lijkt de manier van omgaan in ziekenhuizen toch zo op die in een warenhuis of bij de belastingdienst? De omgang is correct en formeel, maar de mensen die bij een zorginstelling aankloppen komen helemaal niets kopen of betalen. Ze zitten tussen hoop en vrees en er gaat van alles in hen om. Maar daarvoor is totaal geen ruimte. Ik bepleit niet dozen met tissues om de tien meter, op iedere gang. Eerder denk ik aan hoe professionals met je omgaan in de kelder waar bestralingen worden verricht, zoals bijvoorbeeld in het Nijmeegse academisch ziekenhuis. Zij benaderen je hartelijk, laten merken dat zij weten dat je het niet gemakkelijk hebt en doen daarom méér dan hun verrichting: stralen door iemand heen jagen. Ze geven de zieke de erkenning dát die het zwaar heeft, ze steunen en leven mee. Dat doet goed. Ze bouwen, in de korte tijd waarin

ze je tegenkomen, een zorgzame betrekking op en dát helpt.

### Zorg dragen als 'je ding doen'

Ook in verpleeg- en verzorgingshuis neemt het helpend tussenbeide komen de vorm aan van het plegen van verrichtingen: verzorgende, medische, fysiotherapeutische en activiteitenbegeleidende verrichtingen. Ook daar is aan de ene kant een groot aanbod; maar aan de andere kant is er ook iets heel erg niet. Dat afwezige verwoordde mijn vader treffend toen hij terugkeek op vier maanden verpleeghuis: “Ze zijn de hele dag met je bezig, maar niemand kijkt naar je om.” Dit ene zinnetje drukt veel uit. Het zegt iets over alleen staan in een grote drukte om je heen, over alleen gelaten worden. Lijden en verdriet tast mensen aan en hun vermogen om met anderen samen te hangen. Het vreet aan ze, zeker als het lang duurt en ze chronisch pijn moeten verduren of kampen met verliezen die nooit meer overgaan. De heersende vraaggestuurde zorg in een marktmodel heeft op die verlatenheid en dat leed eigenlijk helemaal geen antwoord.

Volgens mij is er daarom iets grondig mis met die dominante zorgvisie. Die visie bevordert bij professionals een blikvernaauwing: ze concentreren zich op de verrichting die tot hun deskundigheid behoort en doen 'hun ding'. Sterker nog: ze ontlenen hun beroepstrots aan het gerealiseerde functieherstel, hoe miniem ook, en zijn eigenlijk alleen daarin geïnteresseerd. Alles wat buiten hun competentie valt, valt ook buiten hun gezichtsveld en - zo ervaar je als patiënt - interesseert hen niet. Andries Baart, schrijver van *Een theorie van de presentie* (uitgeverij Lemma, Utrecht 3e vermeerde druk) zegt daarom dat professionals met hun rug naar het leed gaan staan. De zieke voelt wat er >>

allemaal nog meer aan scheelt; de professionals mikken op het behalen van deelsuccessen. Die discrepantie is volgens mij ook een belangrijke oorzaak voor het maatschappelijk onbehagen over de professionele zorg. Vraaggestuurde zorg werkt heel aardig bij zorgafnemers die lijden aan enkelvoudige, goed te diagnosticeren en te verhelpen mankementen en bij mensen die mondig zijn, en kunnen terugvallen op een sociaal netwerk. Het werkt stukken minder bij mensen die van alles en nog wat mankeren, die ongeneeslijk ziek zijn of onverbeterlijk in de war, verslaafd, of die kampen met chronische gebreken aan lichaam of geest.

#### **Autonomie: overgewaardeerd, maar wel van waarde**

Een ander nadelig effect van vraagsturing in een marktmodel is dat te zwaar wordt ingezet op de autonomie van de zorgontvanger, die in dat marktmodel hardnekkig wordt aangeduid als 'cliënt'. Door degene die zorg heeft een klant te noemen, wordt verhuld dat er een urgente en schrijnende ongelijkheid in de zorgsituatie zit. Toch maakt precies die ongelijkheid dat de een zich bij de ander meldt, ja op die ander aangewezen is. Helemaal als die niet lijdt aan één overzichtelijk gebrek (nieuwe knie nodig) maar aan een complex van zaken. Het al genoemde onbehagen over de zorg gaat mede daarover: over de miskennis van hoe afhankelijk je bent en dat je feitelijk amper een keus hebt, omdat je ziekte of aandoening je geen keus laat.

In dit verband wil ik ook een visie corrigeren die ik zelf in het verleden wel naar voren heb gebracht, in uiteenzettingen over zorgethiek. Ik benadrukte toen net als veel andere zorgethische auteurs dat er een andere gelijkheid was tussen de zorgdrager en de zorg-

ontvanger. Niet de gelijkheid van de contractuele verhouding die op de markt heerst. Maar een existentiële gelijkheid die ligt in het allebei een kwetsbaar mens zijn. Mijn onderzoek in de afgelopen jaren – en eigen ziek zijn – bracht me tot een ander inzicht. De zorgdrager en zorgontvanger zijn allebei kwetsbaar, maar in de zorgsituatie liggen nood en urgentie bij beiden heel verschillend. Niet de potentialiteit van het gekwetst kunnen worden van hen beiden staat op de voorgrond en stempelt de interactie, maar de actualiteit van het gekwetst (ziek of oud) zijn van slechts één van beiden. Toen ik bij de specialist zat, zag ik sterretjes en hij niet, en kon ik nog geen kwartier werken en hij gelukkig wel. Die asymmetrische behoefteigheid moet daarom, ook binnen de zorgethiek, veel meer nadruk krijgen en worden doordacht dan tot dusver is gebeurd.

In trainingen ethische vaardigheid zag ik meermalen hoe professionals teruggrijpen op autonomie als hét toverwoord dat hen verlost uit morele dilemma's. Als ze het niet meer weten, vallen ze daarop terug. Want autonomie, zo is de algemene veronderstelling, kan niet verkeerd zijn. Ik denk dat dit beroep op hun autonomie zorgontvangers te zwaar belast (althans bij zorgontvangers die lijden aan complexe en chronische problemen) en ook dat professionals op die manier onvoldoende een verantwoordelijkheid nemen, die de hunne is.

#### **Werk maken van de zorgbetrekking**

Kan autonomie als waarde in de zorg dan op de helling? Nee, die waarde blijft van kracht: als tegenwicht tegen bevoogding (zoals die een paar decennia geleden door artsen en verpleegkundigen nog volop werd uitgeoefend) en als

tegenwicht tegen de institutionele dwang van 'zo doen we dat hier nu eenmaal' of 'dat zijn nu eenmaal de regels'. Autonomie is een waarde die tot uitdrukking brengt dat ieder mens uniek is, omdat ieder mens iets anders wil, denkt of voelt, en zich in die keuzes laat kennen als een unieke persoon. Dat hoeft niet altijd om grote beslissingen te gaan, die menselijke uniekheid kan ook tot uiting komen in het liefst pindakaas op de boterham willen, of graag bij dat ene plekje aan het raam zitten, of erg blij worden – in het verleden, helaas – van Loeki de Leeuw van de reclame. Professioneel zorg dragen zou zo moeten gebeuren dat die menselijke uniekheid wordt gehonoreerd – maar dat kan alleen als professionals zich niet blind staren op hun verrichting, maar zorgzaam werk maken van de zorgverhouding.

*Dit artikel is een bewerking van de lezing die Van Heijst uitsprak op het congres van Reliëf 'Minder hard – meer hart!'. De volledige tekst zal later dit jaar verschijnen als uitgave bij Reliëf.*

*dr J.E.J.M. van Heijst is docent ethiek aan Theologische Faculteit Tilburg.*

“Blij worden van Loekie de Leeuw.”

Thema enquête:

# Bestuurders Reliëf willen wel

Thijs Tromp

*Enquête onder 30 directeuren*



**Ten behoeve van het congres deed Thijs Tromp onderzoek naar de zorgvisies in de lidinstellingen van Reliëf. Daarom treft u in deze thematische kern geen interview aan, maar een enquête onder dertig directeuren.**

We wilden dit keer op het congres ingaan op de realiteit. We wilden voorkomen dat we directies en managers uit onze achterban zouden beoordelen op zaken, die in werkelijkheid heel anders liggen. En vooral wilden we managers in de zorg handreikingen doen voor reële knelpunten.

### Werkelijkheidsbasis

Om de gewenste werkelijkheidsbasis te verkrijgen deden we een bescheiden onderzoek onder directeuren in onze achterban. We benaderden 30 directeuren met het verzoek om een vragenlijst in te vullen. We wilden van hen weten wat hun visie op goede zorg is. Waar ligt hun verlangen? Wat voor zorg willen ze verwezenlijken? Welke maatregelen nemen ze daartoe? En op welke problemen stuiten ze daarbij? De resultaten uit de 23 geretourneerde formulieren kan ik het beste samenvatten met een dichtregel van Willem Elschot: ‘...want tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren...’

### Droom

Om bij het verlangen van de directeuren te beginnen.

Uit de formulering van hun visie op goede zorg bleek dat de meeste directeuren van Reliëf hun zorgvisie omschrijven in termen die nauw verwant zijn aan de zorgethische benadering. Met name ‘het aansluiten bij de persoonlijke identiteit van de zorgvrager’ en waarden als ‘betrokkenheid’, ‘aandacht’ en ‘wederkerigheid’ vallen op. Zeker als je die waarden vergelijkt met de waarden uit het onderzoek van Hans van Dartel en Ronald Jeurissen, *Ethiek bedrijven in de zorg* (2002). Daar worden met name waarden met een (neo)liberale kleur gerapporteerd, zoals ‘autonomie’, ‘respect’, ‘vrijheid’, ‘transparantie’ en dergelijke. De uitkomsten weerspreken onze verwachtingen. We hadden namelijk gedacht dat de respondenten hun zorgvisie in zorgjargon en procedurele waarden zouden omschrijven. Directeuren in de achterban van Reliëf sluiten echter nauw aan bij de aard van het primaire zorgproces: wederzijds vertrouwen als basis voor goede zorg. Opmerkelijk is wel dat met name in de ouderenzorg deze visie wordt aangetroffen. In de gehandicaptenzorg staan waarden als ‘empowerment’, ‘burgerschap’ en ‘emancipatie’ meer centraal. Eveneens opvallend is het dat de hoeveelheid zorgjargon (‘vraag- >>

gestuurd', 'zorg op maat' etc.) groter wordt naarmate de instelling ook groter is. Mogelijk staan bestuurders van grote instellingen verder van het zorgproces af, of wordt van hen verwacht dat zij hun visie op zorg in operationele termen verwoorden.

### Daad

Gevraagd naar de maatregelen die de directeuren nemen om hun visie te verwerklijken geven ze een keur aan maatregelen, variërend van de invoering van kwaliteitssystemen, maatregelen op het gebied van werving en selectie van personeel, scholing, stroomlijnen van procedures en de logistiek, cultuurbeïnvloeding en visie-implementatie. Met andere woorden, geen opmerkelijke lijst. Het zijn de gebruikelijke maatregelen op alle beleidsterreinen: strategie, cultuur, structuur, mensen, middelen, resultaten.

### Wetten en praktische bezwaren

De bovenstaande constatering wordt echter interessant wanneer we die vergelijken met de voornaamste problemen die de directeuren als stoorzenders aanwijzen. Op eenzame hoogte staan daar: 'gebrek aan tijd', 'gebrek aan geld', gevolgd door 'steeds nieuwe regelgeving', 'niet gehoord worden in de politiek' en 'toenemende druk door externe verantwoording'. Opmerkelijk is dat de bedreigingen met name extern worden gelokaliseerd. De overheid, de politiek en mogelijk zelfs de samenleving worden aangewezen als stoorzenders. Andries Baart neemt dit in zijn bijdrage aan het congres als uitgangspunt, zie de volgende reportage.

Het interessante hieraan is dat de maatregelen die worden genomen om goede zorg te realiseren allemaal intern gericht zijn: op het stroomlijnen van de organisatie, terwijl de belangrijkste bedreigingen van buiten lijken te komen.

Hoe moeten we dat interpreteren? Is hier sprake van 'skape-goating'? Van het externaliseren van problemen om interne spanningen te maskeren? Of leggen de directeuren, geheel te goeder trouw, geen verband tussen de externe probleemfactoren en hun voornamelijk intern gerichte beleidsmaatregelen?

In ieder geval bevestigen de resultaten de uitkomsten van een onderzoek naar managementstijlen van zorg-directeuren, dat Mirko Noordegraaf en Pauline Meurs deden in 2000 <sup>1)</sup>. Zij concluderen dat directeuren in de zorg graag bestuurders en ondernemers willen zijn en vooral geen managers. Maar als je kijkt waar ze zich feitelijk mee bezig houden, dan is dat toch vooral wel management. Eenzijdig gericht op interne zaken, op beheersmatige en planmatige zaken. In mijn woorden, men past op een traditionele manier op de winkel, men stuurt niet op incidenten, maar vooral op de zaken die op gezette tijden in de beleidscyclus de aandacht vragen.

### Gefrustreerd personeel

De directeuren is ook gevraagd om aan te geven waar zij denken dat de grootste frustratie van hun personeel ligt. De uitkomsten zijn eenduidig: 'tijdsdruk', 'werkdruk', 'niet genoeg aandacht kunnen geven', en 'meer en andere dingen willen dan mogelijk zijn of moeten'. Op zich zijn dit geen verrassende uitkomsten. Ze bevestigen de resultaten van eerder onderzoek dat de AVVV deed in 2002 onder verpleegkundigen en verzorgenden. Wat wel verrast, zijn de maatregelen die de directeuren voorstellen om die frustraties te verminderen. Een selectie: 'manage de verwachtingen van het personeel', 'leer het personeel betere prioriteiten te stellen', 'leer ze efficiënter te werken', 'organiseer werkoverleg over rolopvatting zorgverleners'. De directeuren kunnen de werkelijkheid kennelijk niet veranderen en richten hun pijlen daarom op de beleving van die werkelijkheid. Grof gezegd, de tip voor het personeel is: als je er nu gewoon niet meer naar verlangt om aandacht te geven, dan heb je er ook minder last van als het niet lukt. Ik ben me ervan bewust dat dit uiteraard niet de intentie is van die maatregelen, maar van een afstand bekeken kan het beeld gemakkelijk ontstaan.

### De vos en de druiven

Het doet me denken aan de fabel van de vos en de druiven. Een vos, die ontstellend veel van druiven hield, zag een druiventros hangen, een prachtexemplaar. Het scheen dat hij wilde plukken. Maar – wat een drama – de tros hing te hoog. Hoe de vos ook sprong, hij kon er niet bij. Daarop draaide de vos zich om, stak zijn neus hooghartig in de lucht en sprak: 'Ach, ik houd eigenlijk helemaal niet van druiven.'

Mogelijk een gezonde tip voor de emotionele huishouding van de vos. Maar als zorgverleners hun verlangen om aandacht te geven gaan verlooehen, dan staat de zorghuishouding er minder gezond voor, dunkt me.

### Conclusie

We concluderen dat de directeuren van Reliëf wel willen. Hun visie op goede zorg is hartverwarmend, en daar staat of valt goede zorg mee. Maar om die visie te kunnen verwezenlijken is meer nodig: een strategische aanpak van onder meer externe problemen. Ik geloof dat daar ook voor Reliëf een taak ligt.

*drs. T. Tromp is stafmedewerker van Reliëf.*

*Voor een uitgewerkte versie van de enquête zie [www.reliëf.nl](http://www.reliëf.nl).*

Noot

<sup>1)</sup> Noordegraaf, M. e' PL. Meurs, 'Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg', In: Me' O, 2002, nr 3, pp. 22-39

Thema reportage:

# Het moet anders en het kan anders!

Wout Huizing

*Andries Baart over zorgmanagement*



FOTO: WILLEM CRANEN

**‘De vandaag geopende meldlijn voor de verpleeghuiszorg is een succes. Zeshonderd mensen hebben gebeld naar dit nieuwe meldpunt en hun klachten geuit over de misstanden in de verpleeghuizen’.**

**Het waren vrijwel de eerste woorden die ik op de radio hoorde, toen ik huiswaarts keerde na het drukbezochte congres van Reliëf.**

“Mensen  
beginnen  
niet met het  
stellen van  
de hulp-  
vraag.”

De woorden werden haast opgewekt uitgesproken. Kun je in zo’n geval wel spreken van ‘succes’? Duidelijk is dat velen gehóórd willen worden in hun visie op de zorg en wat er naar hun mening momenteel fout gaat. Voorafgaand aan het congres was het gesprek over de zorg in de verpleeghuizen telkens ‘hot news’ en ik had vernomen dat Andries Baart wellicht in zijn betoog op deze actuele discussie zou ingaan. De eerste zinnen die hij sprak, gaven aan dat hij er wél intensief kennis van had genomen, maar bedacht had dat hij er niets in directe zin over moest zeggen. Gelukkig maar, denk ik

nu. Zijn bijdrage was fundamenteler dan een duit in het zakje van de waan van de dag. Baart wees op het belang om een visie te hebben op ‘goede zorg’. Daar ligt de sleutel tot verandering. Dat gaat dieper dan allerhande noodmaatregelen, zoals meer geld, meer inspecteurs, meer controle en een klachtenlijn. Van essentieel belang is dat we opnieuw tegen elkaar zeggen wat we onder goede zorg verstaan en hoe managers kunnen worden geholpen om niet ten onder te gaan aan allerhande belemmerende regelkaders, wetgeving en beperkingen die hen worden opgelegd. >>



Het moet en kan anders, zo betoogde Baart. Hoe? In elk geval door met elkaar na te gaan denken over zoiets als ‘presentie-management’?

### Visie op zorg

Aan de hand van vier kernwoorden schetste Baart waarom het gaat in de zorg. Zorg is bekommernis en is als zodanig:

- *verzorgd*: doen wat nodig is, staat voorop (een relevant aanbod)
- *zorgvuldig*: niet alleen wat nodig is, moet gedaan, maar ook met aandacht voor de ander (zorg is responsief; altijd wisselwerking)
- *zorgzaam*: duurzame aandacht of trouw is van belang (continuïteit)
- *bezorgd*: je mag je eigen gevoelens/ medeleven, empathie inbrengen in het proces. De persoonlijke inbreng van de zorggever doet voluit mee.

Is deze visie op zorg te herkennen in de huidige zorgpraktijk? Een spannende vraag!

### Presentie

Baarts kritische kijk op zorg heeft te maken met het onderzoek dat hij jaren lang verrichtte naar het werk van pastores in de oude wijken in Utrecht. Het leidde tot een theorie van de presentie. In de presentietheorie gaat *wie je voor een ander bent* vooraf aan *wat je voor een ander doet*. Het gaat om aandacht en begrip voor de ander. Om eerst de tijd te nemen om te zien wat de nood voor de ander werkelijk betekent. Bij presentie gaat het Baart om (en nu citeer ik hem): "een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft en zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en in die aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij of zij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw." (Uit: *Aandacht. Etudes in presentie. Lemma: Utrecht 2004 pag.40*).

Volgens Baart is de concrete vraag van mensen in de zorg als volgt te formuleren en op te delen: ‘telt het (1) voor jou (2) dat dit (3) hier (4) bij mij/aan mij (5) almaar weer (6) zo gaat (7), pijn doet (8) en stoppen moet (9).’ Pas bij de 8e en 9e ‘laag’ kom je aan de directe hulpvraag toe. Bij de eerste 7 onderdelen gaat het om die aandachtige toewijding naar de ander. Mensen beginnen niet met het stellen van een probleem of een hulpvraag. Het begint met de vraag of het voor een ander belangrijk is dat de situatie voor iemand zó is zoals die is.

### Kritisch

Vanuit deze visie op zorg en op het zorgproces als pre-

sentie, wordt duidelijk dat Baart stelling neemt tegen de gedachte dat zorg ‘producten’ levert. Fundamenteel voor de zorg immers is dat er minstens twee ‘producenten’ zijn: de zorggever én de zorgontvanger. In de relatie tussen beiden moet worden gezocht naar wat nodig is en goed. Dit moet van twee kanten tot stand worden gebracht. Dat betekent dat een goede professional niet louter een ‘toepasser’ is van het geleerde, maar telkens weer moet kijken naar wat er concreet aan de hand is en daarop moet reageren. En hij moet er vervolgens ook nog eens over nadenken. "Een slimme vogel die reflecteert, dat is de goede zorgverlener".

Als je deze lijnen doortrekt, zo concludeert Baart, sluiten de theorieboeken voor zorgverleners en managers in de zorg niet aan bij de praktijk van alledag. Regels, hoe mooi ook opgesteld en beschreven, schieten voortdurend tekort. Maar als de regels niet (meer) voldoen, wil dit nog niet zeggen dat de professional met lege handen staat. Een professional kan iets doen en kan iemand zijn voor de ander, ook als de regels tekort schieten. Daarom moet er ruimte zijn voor de zorggever om zorg te bieden op een wijze die bij hem of haar past. Ruimte tussen de regels, vaak.

De huidige inrichting van de zorg stelt de verkeerde vragen centraal. Drie voorbeelden:

- In het sociale wordt niet gepróduceerd, maar staat de vraag centraal naar de aard van de relatie. Het gaat om wederkerigheid, om ‘samen het goede zoeken’.
- In de zorg staat ‘evidence based’ hoog op de prioriteitenlijst, maar veeleer is de vraag hoe competent de werker werkt. De persoonlijke factor dóet er toe en meervoudige reflectie is nodig.
- In de huidige zorg voorzien regels van het vak vaak niet in de concrete situatie. Dan komt het aan op intelligent gedrag door een aanspreekbare mens die weet wat goed kan zijn.

### Ruimte voor de zorgontvanger

Ook voor de zorgontvanger moet er ruimte zijn. De zorgontvanger moet niet onderworpen worden aan diagnostiek, maar de ander moet aansluiten op zijn/haar leven. Vragen om hulp worden vaak niet gesteld. ‘Vraaggestuurde modellen’ zitten er dus vaak naast. Mensen vragen vaak niets en kunnen het zelf ook niet verwoorden. En wat is precies een ‘hulpvraag’: een verzoek, een appèl, een eis, een schreeuw, een vraag om samen mee te zoeken? Er is grote verscheidenheid. Geef mensen ruimte om zich te tonen en bedenk dat mensen minder vaak om ‘oplossingen’ vragen. Mensen willen erkend worden in hun situatie en misschien soms eerder leren omgaan met het lijden dan een oplossing. Voor veel situaties zijn er niet eens oplossingen.

In de zorg moet er dus ruimte komen voor de betrekking. Relaties in de zorg zijn méér dan instrumenteel

“Managers moeten zich nog radicaler gaan professionaliseren.”

>>

(‘ieder doet zijn taak volgens de regels en meer niet’). De betekenis van de relatie tussen zorggever en zorgontvanger moet worden benoemd. Vaak zijn zorggevers ‘als’ een vriend of ‘als’ een moeder. De relatie zelf is een groot goed. Natuurlijk komt het soms niet meer goed met iemand (bijv. diep demente oudere). Hoe ga je dan om met het onverhelpbare? Door lijden een plaats te geven in het vak, door géén afstand te nemen, maar trouw te blijven in het tragische. Sommige ingrepen in de huidige zorg zijn gewoonweg niet uit te leggen (je zou het nooit doen als weldenkend mens, maar in de zorg opeens wél – mensen vastbinden, wegsturen e.d.) Stel dus als werker zo af en toe eens de vraag: “Wat zou ik nu doen als dit mijn moeder was?”

politieke logica: de zorg moet mensen helpen, moet leed voorkomen en ziektes wegnemen en dat zo goedkoop en geruisloos mogelijk. Daardoor krijgt de manager ook te maken met de concurrerende marktwerking. Als derde is er de druk van de interne bedrijfseconomische vereisten met alle bureaucratie en het financieel gezond houden van de organisatie. Veel managers dreigen te bezwijken aan die druk of kiezen hun oplossing door nadruk te leggen op één van deze logica’s: ze worden methodiekboer of de verlengde arm van overheid en markt of een bange boekhouder.

De goede manager is geen van deze drie, volgens Baart. De zorgmanager kiest positie. Hij houdt de druk van de verschillende logica’s weg bij het primaire zorgproces. Naar buiten toe bindt hij de strijd aan met die logica’s. Hij probeert dat wat er aan zorg wordt geboden zo goed mogelijk te verantwoorden ten opzichte van de eisen die van alle kanten op hem af komen, in het besef dat het zorgmanagement op het snijpunt staat van deze botsende logica’s. Op verschillende manieren gebeurt dat reeds: Op de vraag wat het professionele handelen van de manager rechtvaardigt kan deze antwoorden met:

- omdat de markt dit verlangt (de vraag)
- omdat ik een contract heb gesloten en dat moet ik nakomen (belofte)
- met bewijs: het handelen is evidence based
- met een beroep op de regel dat gedaan is wat het protocol vraagt (Baart kent een ziekenhuis met inmiddels 1300 protocollen...)

Maar deze verantwoording zou nog uitgebreid kunnen worden met een beroep op de ervaring van de cliënt die de baat van de zorg heeft ondervonden.



figuur 'Baart driehoek'

### Presentie-management

Alles goed en mooi, maar wat kan de manager met deze visie? Volgens Baart kan het echt anders en managers kunnen bij die verandering een sleutelrol spelen. Managers dienen goede zorggevers ruimte te geven, zodat ze aandacht kunnen hebben voor de bovengenoemde elementen. Dat klinkt eenvoudig, maar is in de huidige context heel lastig. Want de zorg in Nederland is momenteel een strijdtoneel waarop tegengestelde logica's elkaar treffen. Dat levert grote druk op voor de manager. Baart belicht drie logica's die druk uitoefenen op de manager. Als eerste de logica van de professionele normen, waarbij zorg vooral oplossingen moet brengen, op een methodisch verantwoorde manier. Vanuit die logica wordt de aandacht eenzijdig gelegd op interventies. Op de tweede plaats is er de maatschappelijke en

### Voortgaande bezinning

Baart roept de managers op zich ervan bewust te zijn dat er hoge eisen worden gesteld en te bedenken dat de manager géén productmanager is. Een manager in de zorg is écht iets anders dan de manager van een fietsfabriek. Een manager moet zich niet lenen voor incidentenpolitiek, een professionele clan-geest of beheerdersopdracht. Verdere professionalisering van de zorgmanagers is nodig om de botsende logica's te leren hanteren. Fundamenteel daarbij is een inhoudelijke zorgvisie en trouw aan de goede zorgpraktijk. Het kán, maar vergt verdere verdieping en bezinning op de visie op zorg en de invulling in de praktijk van alledag. Baart sprak niet het laatste woord, maar wees een weg. En waar velen dezelfde weg gaan, ontstaan begaanbare paden! Dus het begint nu met 'te doen wat gedaan moet worden'.

Drs. W.Huizing is stafmedewerker van Reliëf.

## Congres - brief



**Mr. A.A. Kars, voorzitter van Reliëf, stuurde naar aanleiding van het congres onderstaande brief naar de staatssecretaris en de leden van de Tweede Kamer.**

Utrecht, 7 maart 2005

Aan de staatssecretaris van VWS en de leden van de Tweede Kamer der Staten Generaal,

“Het *moet* anders en het *kan* anders in de zorg.” Deze boodschap klonk op 1 maart op het jaarcongres van Reliëf, met als thema: Minder hard – meer hart! Zorgethiek en management anno 2005. Namens de ruim 300 deelnemers aan het congres, bestuurders, geestelijk verzorgers en andere zorgprofessionals, wil ik uw aandacht op het volgende twee punten vestigen.

Wij roepen u op het debat over goede zorg inhoudelijk te voeren. De focus in de recente discussies over de kwaliteit van zorg, met name in verpleeghuizen, is eenzijdig gericht op misstanden en incidenten. U stelt terecht aan de orde dat de zorg in een deel van de verpleeghuizen onder de maat is. Maar daarbij lijkt u een consensus te veronderstellen over wát de maat van zorg is. Wij betwijfelen of een dergelijke consensus bestaat. Naar ons idee voeren economische en medische motieven de boventoon. Maar zorg is meer! Zorg berust volgens ons in essentie op een vertrouwensrelatie tussen mensen. Waar een dergelijke vertrouwensrelatie tot stand komt, kan goede zorg gerealiseerd worden. Lukt het niet om zo'n relatie aan te gaan, dan gaan we spreken over transacties, over klanten, over producten, over de markt, maar ten diepste niet meer over zorg! De verschraving in de zorg tast de relatie tussen zorggevers en zorgontvangers aan. De maatregelen om goede zorg te bevorderen zoals het stimuleren van efficiëntie, het formuleren van kwaliteitscriteria en het verscherpen van controles zullen niet baten als niet in de menslievende relatie tussen zorggevers en zorgontvangers wordt geïnvesteerd. Omdat zorg in toenemende mate een maatschappelijk kwetsbaar goed is, draagt u de verantwoordelijkheid om de vraag naar goede zorg publiekelijk aan de orde te stellen.

Wij roepen u op om gepaste afstand te houden tot de concrete uitvoering van de zorg. In de recente discussies wordt de zwarte piet vaak gespeeld naar directies, managers en zorgprofessionals. Wij pleiten voor een omgekeerde beweging. Uit recent onderzoek in de achterban van Reliëf blijkt dat het merendeel van de managers bovengenoemde opvatting van goede zorg deelt. Zij geven aan dat zij vaak belemmerd worden om de voorwaarden voor goede zorg te creëren, vooral door de komst van steeds weer nieuwe regels, maar ze blijven zich ervoor inzetten. Voer daarom publiekelijk het debat over wat goede zorg is of zou moeten zijn. En geef bestuurders, managers en zorgprofessionals het vertrouwen dat ze nodig hebben en verdienen.

Bevorder daarnaast dat bestuurders en managers in de zorg zich verder gaan professionaliseren, radicaler dan nu het geval is. Dat ze een zorgeigen visie op leidinggeven in de zorg ontwikkelen. Dat ze hun beroepsgroep gaan versterken, met een zorgeigen beroepsprofiel, met een adequate beroepscode, met een eigen opleiding en met een eigen tuchtsysteem. Vanuit een krachtige professie kunnen zij de ruimte creëren en bewaken voor zorgverleners en zorgontvangers om aan goede zorg te werken. Naar buiten toe kunnen zij dan de toenemende druk vanuit de overheid, de politiek, de verzekeraars, en de samenleving tegemoet treden, zonder dat het primaire zorgproces daardoor verstoord wordt.

Reliëf wil graag een bijdrage leveren aan de discussie over goede zorg. Wij zijn van harte bereid om daarover met u in gesprek te gaan.

Met vriendelijke groeten,

Mr. A.A. Kars, voorzitter