



Over de nieuwe regels, gehoorzaamheid en verstandigheid

Andries Baart 2016

Stichting Presentie *te* Utrecht

Over de nieuwe regels, gehoorzaamheid en verstandigheid

Reflecties bij het kwaliteitskader ouderenzorg in ontwikkeling

door

Andries Baart

23 augustus 2016
Stichting Presentie *te* Utrecht



Colofon

© A.J. Baart 2016

Dit is een uitgave van Stichting Presentie en Leerstoel *Presentie en Zorg* te Utrecht. We moedigen de vrijelijke verspreiding van deze tekst aan. Overname van grote delen van de tekst na instemming van de auteur; korte citaten en aanhalingen zijn vrij, mits voorzien een juiste en volledige bronvermelding. Deze luidt: Andries Baart (2016). *Over de nieuwe regels, gehoorzaamheid en verstandigheid. Reflecties bij het kwaliteitskader ouderenzorg in ontwikkeling*. Utrecht: Stichting Presentie.

Stichting Presentie, De Pionier, Grebbeberglaan 15, 3527 VX Utrecht; www.presentie.nl; www.andries-baart.nl. E-mail: secretariaat@presentie.nl.



Inhoud

Ten geleide	4
Twee voorbeelden	4
Betekenis van protocollen	5
Protocollen eisen gehoorzaamheid	5
De prijs voor gehoorzaamheid	6
Moralicide	7
Methodische regels volgen volstaat niet	8
Wat zorgen eigenlijk is.....	8
Zorgen in een laatmoderne context	9
Zorg geven in abstracto	10
Zorg geven in de werkelijkheid.....	11
De wenselijkheid van verstandigheid.....	12
Kern van mijn pleidooi.....	12
Het nieuwe kwaliteitskader	13
Praten.....	14
Kwaliteitsbewustzijn ontwikkelen en cultiveren.....	14
Kwaliteitsbewustzijn in de organisatie.....	15
Instructies of vorming?.....	16
Presentietheoretisch kwaliteitsmodel	17
Verantwoorden	17
Terug naar verstandigheid en het kwaliteitskader	18
Geraadpleegde bronnen (<i>grey literature</i>)	20
Over de auteur	21
Verantwoording.....	21



Ten geleide

Dit essay wil op een kritische en beschouwende wijze stof tot nadenken bieden bij de ontwikkeling en het gebruik van moderne kwaliteitskaders in de zorg. De directe aanleiding ligt in het op handen zijnde Kwaliteitskader Ouderenzorg 2016 maar de strekking van het essay gaat veel verder dan dat. Ik hoop dat eenieder die geïnteresseerd is in het vaststellen en verantwoorden van de kwaliteit van zorg en in de betekenis van protocollen daarbij, deze tekst met plezier en met vrucht zal lezen.

Twee voorbeelden

Begin augustus trok een krantenbericht¹ de aandacht: eerder dit jaar was er in een Rhenens zwembad een 9-jarig kind verdronken dat zich kennelijk niet, zoals de andere kinderen, na het douchen naar de kleedkamer had begeven maar haar eigen weg was gegaan en later dood op de bodem van het zwembad werd teruggevonden. Rhenen was ontgaan en nu had dus ook justitie zich uitgesproken: vijf of zes mensen worden vervolgd (badmeesters en onderwijsgevendenden) wegens dood door schuld en grove nalatigheid. Dat is nogal wat. Het nieuws meldt verder dat het OM niet alleen het voorval heeft bekeken maar zich ook heeft verdiept in het protocol voor schoolzwemmen. Ik wist niet dat het bestond maar heb het inmiddels ook gelezen. Daarin zijn de verantwoordelijkheden en taken tussen school en zwembad verdeeld. Wat, luidens de persberichten, de betrokkenen verweten wordt, is dat ze zich niet aan dit protocol hebben gehouden en het ook onvoldoende kenden. Ik zou denken: wat hun verweten behoort te worden, is dat ze zich niet voldoende om de kinderen bekommerd hebben – met of zonder een protocol.

Waarschijnlijk is het redelijk en misschien zelfs onvermijdelijk om hier vervolging in te stellen, maar de verwijzingen naar het protocol roepen bevreemding op. Hoezo hebben de betrokken leerkrachten en zweminstructeurs een protocol nodig om kinderen die aan hun zorg zijn toevertrouwd in de gaten te houden? Moet dat in een voorschrift geregeld zijn? Doe je dat niet uit jezelf?

Het voorbeeld doet denken aan een ander dat ik twee jaar geleden gebruikte in een essay². Ik citeer:

Het was een aangekondigd bezoek van de Inspectie en de instelling had zich tot in de puntjes voorbereid: mappen en plannen op orde, tweemaal een generale repetitie met het personeel gehouden zodat iedereen weer bij de les was, een apart overzichtje van de verbeteringen sinds de vorige keer, de oude tillift tijdelijk in de kelder geparkeerd en het sleuteltje uit het medicijnkastje gehaald. Het kost even moeite maar dan heb je ook wat. Er was geen reden tot ongerustheid: de zorg was oké, weinig incidenten, geen klachten, acceptabele CQ-score, goed doorgegaan met innoveren en het personeel verder getraind. Laat de Inspectie maar komen: niet bang maar trots zijn op wat we hebben bereikt, was het motto.

De directeur ontvangt de inspecteur en trots vertelt ze dat de instelling een decubitus-richtlijn heeft ingevoerd. Een extraatje, want zo beroerd was het niet eens gesteld en klachten erover waren er niet. Gewoon, een wakkere instelling die kwaliteit wil en eraan werkt. Dus, met gepaste trots... De inspecteur neemt zijn bril af, complimenteert de directeur: “Goed om te zien dat u

¹ “OM wil rechtszaak om verdrinking Syrisch meisje”, NPO-NOS, 1 aug. 2016 (web: <http://nos.nl/artikel/2122631-om-wil-rechtszaak-om-verdrinking-syrisch-meisje.html>) en bijvoorbeeld “Badmeesters en docenten van verdronken meisje vervolgd,” *de Volkskrant* 6 aug. 2016 (web: <http://www.volkskrant.nl/binnenland/badmeesters-en-docenten-van-verdronken-meisje-vervolgd~a4352657/>).

² Andries Baart, *Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn*. Utrecht: Actiz en Stichting Presentie 2014 (web: <https://www.actiz.nl/stream/het-cultiveren-van-kwaliteitsbewustzijn-essay-andries-baart-uit-eindrapport-23-oktober-2014.pdf>).



zulke initiatieven neemt maar, mevrouw, kunt u mij zeggen wat er mis is met uw personeel dat het tijdens het wassen een richtlijn nodig heeft om decubitus te kunnen waarnemen? Hoe komt het dat het niet eigener beweging alert is op plekjes op de stuit, aan de hielen? Hoe kan het dat daar een richtlijn voor nodig is?”

Betekenis van protocollen

De casussen draaien beide om protocollen maar op een verschillende manier; de eerste omdat het protocol niet werd gevolgd, en de tweede omdat men een protocol gaat volgen waar dat niet zou moeten. De overeenkomst is echter ook evident: uit zichzelf doen de werkers hier niet de goede dingen. De casussen roepen daarom een belangrijke vraag op: als professionals goede zorg moeten geven, wat is dan de plek daarin van een protocol of richtlijn? Of: in hoeverre moet je goede zorgverlening willen afdwingen met een beroep op handelingsvoorschriften? Of nog een keer anders geformuleerd: als je goede zorg wilt uitlokken, hoe wenselijk is dan het middel ‘protocol’³? De vraag is in elk geval urgent omdat het beroep op dergelijke protocollen nog altijd toeneemt. Ook waar in de zorg nu nieuwe kwaliteitskaders worden ontwikkeld – in het najaar aanvaardt de sector ouderenzorg zijn nieuwe kwaliteitskader – zien we lijsten met aandachtspunten, voorschriften, beslispunten, overlegpunten, criteria, richtlijnen, aangeraden tools en referentiepunten⁴. Ze gaan over de zachte kanten van de zorg (beeld van de ouderen en leefplan opstellen) maar ook over de harde aspecten (veiligheid, gezondheid, financiën *et cetera*).

In vergelijking met dergelijke lijsten van pakweg vijf jaar geleden, zijn de huidige opener, betrekken meer belanghebbenden bij de zorginrichting en steunen vaker op dialoog en overleg. Dat is winst, maar fundamenteel lijkt me er ook weinig veranderd: uitvoerders krijgen voor de verschillende zorgaspecten lijstjes met wat ze moeten doen en laten om goede of minstens verantwoorde zorg te verlenen. Het geheel is onverminderd ingekaderd in aanhoudende rapportages, openbare vergelijkingen en streng, periodiek toezicht. Als er gedonder komt, blijken die lijsten min of meer kracht van voorschrift of wet te hebben en in elk geval dekking te bieden als je je eraan hebt gehouden.

Protocollen eisen gehoorzaamheid

Dergelijke protocollen zijn natuurlijk overwegend een zegen: ze zijn voor onzekere werkers dikwijls een ware uitkomst; ze waarborgen een minimale kwaliteit, zelfs als de zorggever niet echt een ster is, en ze maken zorgen eenvoudiger, voorspelbaar en dus ook beheersbaar. Het (publieke) belang daarvan valt moeilijk te overschatten. De bezwaren zijn evenwel ook groot en dan doel ik niet zozeer op de populaire verwijten van gebrek aan bewegingsruimte, formalisme en administratief gedoe. Ik doel evenmin op de last die zorgverleners van die protocollen (al dan niet) hebben. Die bedenkingen snijden hout, maar het echte bezwaar zit dieper.

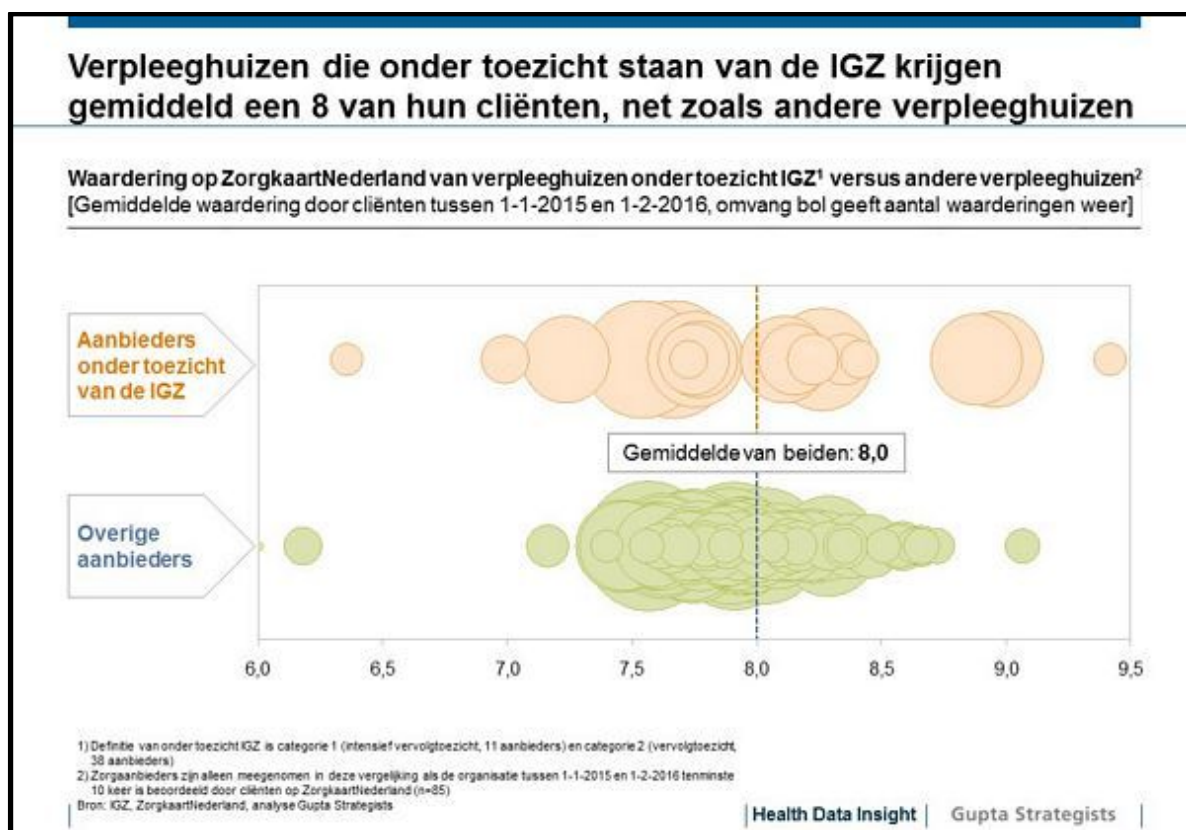
Protocollen lokken in sterke mate – niet absoluut dus – gehoorzaamheid uit en dwingen dat vaak af met straf en *blaming and shaming*. De ‘zwarte lijst’ van Van Rijn met daarop verpleeghuizen onder verscherpt toezicht [#20] is er een treffend voorbeeld van. Wie zich niet aan de regels houdt (hier van de Inspectie), krijgt een boete, verliest desnoods zijn licentie, komt voor de tuchtrechter of bungelt met

³ Over het verschil tussen kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen, zie de site van de V&VN (<http://www.venvn.nl/Themas/Richtlijnen-en-protocollen>). Hoewel de verschillen in een bepaald opzicht relevant zijn, geldt dat voor deze uiteenzetting nauwelijks: ik gebruik het begrip ‘protocol’ globaal, als de verzameling van regels, voorschriften, richtlijnen, procedures, verplichte stappen, methodische aanwijzingen die zeggen hoe de praktijk het best kan en ook behoort te worden ingericht.

⁴ Voor geraadpleegde literatuur, zie slot van dit essay. Ik vermijd graag een voortdurend verwijzen. Waar verwijzingen niettemin dringend gewenst zijn, geschiedt dat naar de daar genoemde bronnen in deze tekst met nummers tussen vierkante haken; zo verwijst [#20] naar *Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen*.



nare kwalificaties onderaan openbaar gemaakte overzichten. Deze sancties die een betere moraliteit pogen uit te lokken met empirische middelen zoals geld en straf, en niet met versterking van het moreel redeneren, dienen een publiek doel: ‘wij’ hebben er recht op te weten waar de zorg goed gegeven wordt en waar niet, en we willen gevrijwaard blijven van charlatans. Die moeten ontmaskerd worden en verwijderd uit de sector. Wie zou daar bezwaar tegen maken? (De huizen onder IGZ toezicht op de zwarte lijst van Van Rijn werden nader bekeken en daarbij bleek dat bewoners en familieleden dik tevreden waren – niet afwijkend van de rest van Nederland, zie onderstaande plot.)



Figuur 1: Cliëntwaardering van de zorg in huizen met en zonder IGZ toezicht.

De prijs voor gehoorzaamheid

Maar deze vorm van sturing leidt er ondertussen toe dat gehoorzaamheid aan externe regels zo ongeveer de hoogste norm wordt en professionaliteit feitelijk neerkomt op de controleerbare toepassing daarvan. Met ‘gehoorzaamheid’ is hier het Engelse begrip *compliance*⁵ bedoeld dat ook kan worden vertaald met ‘naleving’. Daar zitten nog wel wat marges en vrijheden in – je moet erbij nadenken – maar als puntje bij paaltje komt is toch de vraag of je je aan de regels (protocollen, richtlijnen, aanwijzingen, voorschriften) gehouden hebt.

Daarmee wordt er in de professionals maar ook in de organisatiecultuur iets fundamenteels ondermijnd of zelfs kapot gemaakt. Als we van professionals het naleven van externe kwaliteitsregels vergen en het onvoldoende volgen daarvan aan de publieke schandpaal nagelen, dan dooft hun eigen waarnemings-

⁵ “Compliance is either a state of being in accordance with established guidelines or specifications, or the process of becoming so.” (Retrieved on Aug. 11, 2016 at: <http://searchdatamanagement.techtarget.com/definition/compliance>)



en beoordelingsvermogen. Dan verbleekt hun reflectie tot een armoedig nadenken over de toepassingsvraag en wordt het morele redeneren gereduceerd tot het oplossen van ethische dilemma's volgens een strak stappenplan. De blikrichting van de professionals wordt weggetrokken van de zorgontvanger en gericht op de eisen van buiten. Men let gemakkelijk op de verkeerde dingen.

Pikant genoeg wordt met de nadruk op het naleven van protocollen ook de beroepstrots ondermijnd, terwijl uitgerekend dat een van de ambities van het huidige programma is. Trots veronderstelt een innerlijke kwaliteitsmaatstaf ('Zo vind ik het goed', 'Als ik het zo doe, ervaar ik zelf dat het goed werk is') en als het eigen werk aan die standaard voldoet, ontwikkelt de werker beroepstrots, beroepseer. Deze moet onderscheiden worden van 'blij zijn met complimentjes' omdat je voldoet aan andermans normen: trots ontwikkelt de werker (of niet) als hij of zij iets lastigs kan doen volgens de eigen hoge standaarden. Trots steunt op zelfrespect, niet op pluimen van de baas.⁶

Als die gehoorzaamheid een cultuur wordt en jarenlang in de sector, in de organisaties, in de opleidingen, in de financieringssystemen is opgekweekt, verspreid en ingeoeffend, ontstaat er flinke schade. Werkers verliezen hun morele sensitiviteit, hun moreel kapitaal verdampt en hun morele verbeelding verschrompelt, zoals spieren atrofiëren als ze langdurig niet gebruikt worden. Dat is precies wat we zagen in de beide voorbeelden waarmee ik opende: het onvermogen om uit zichzelf het (moreel) wenselijke te doen, zelfs als dat voor de hand ligt. De van buitenaf opgelegde gehoorzaamheid is overgegaan in zelfdwang en geheel vanzelfsprekende vernauwing van het denkkader: ja, als goede werker wil ik ook zelf de regels volgen en niets anders dan de regels.

Voor goede zorg zijn deze morele sensitiviteit, verbeelding, afwegingen, beraadslagingen echter onmisbaar, en zouden niet aangetast mogen worden.

Moralicide

Je kunt natuurlijk zeggen dat er niet veel aan de hand is en dat de moraliteit slechts verplaatst wordt: de gevoeligheid, deugdelijkheid en bekwaamheid die voor goede zorg vereist zijn, hoeven niet opgebracht te worden door elke afzonderlijke medewerker die daar ja of nee aan toe komt maar liggen gedegen verankerd in het systeem. Beslissingen van de wankelmoedige enkeling zijn overgedragen aan het dwingende systeem. Dat gebeurt momenteel op andere terreinen op grote schaal: de drinkebroer hoeft helemaal niet meer na te denken over ja of nee autorijden, voor het starten moet hij in het pijpje van het alcoholslot blazen en de auto start daarna wel of niet. Die beslissing wordt hem niet meer toevertrouwd en veiligheid gaat voor alles. De treinreiziger komt niet meer in de verleiding zwart te rijden: als hij niet incheckt, gaat het poortje niet open. De werknemer kan zijn computer (en werkdag) niet afsluiten als hij geen kloppende urenregistratie heeft ingevoerd. De moraliteit zit in de machine, in het systeem, wordt automatisch gewaarborgd. Computers hebben een pornofilter, potentiële recidivisten dragen een zendertje, brommers hebben een snelheidsbegrenzer, de verspreiding van besmettelijke (kinder)ziekten wordt voorkomen in een nationaal vaccinatieprogramma en bijdragen voor ontwikkelingssamenwerking worden via de belasting geïnd: veel morele beslissingen worden ons niet toevertrouwd, zijn reeds voor ons genomen en zitten ingebakken in een onontwikkbaar systeem van regels, overdrachten en controles.

⁶ In de notitie [#3] waarmee staatssecretaris Van Rijn het programma *Waardigheid en Trots* lanceert, verklaart hij op p. 1 de titel van het programma als volgt: "Goede zorg voor ouderen in de verpleeghuizen draait in essentie om maximaal behoud van zelfrespect en kwaliteit van leven. Zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten: *waardigheid*. Zorg die met plezier geleverd wordt door gemotiveerde verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars. Zorg die voldoet aan hun beroepsstandaard geleverd in een beschermde woningomgeving, waar sprake is van: (beroeps)trots. Dat zijn de sleutelementen voor liefdevolle zorg voor onze ouderen."



In de zorg zien we iets soortgelijks gebeuren: vrije kwesties en handelingen worden bij de individuele zorgverlener weggehaald, elders beslist en vervolgens met tal van regels en mechanismen in het systeem ingebouwd.

Sommigen zullen zeggen: de morele beslissingen zijn niet louter verplaatst, maar door die verplaatsing zijn ze vervormd en eigenlijk opgeheven. Enkele jaren geleden verscheen er een bundel opstellen over dit mechanisme (in de bio-ethiek) onder de treffende titel *moralicide*⁷: het om zeep helpen van het morele denken (door dat in te bouwen in techniek en regels). Van het zelfstandig nadenken en afwegen blijft weinig over: dat wordt op tal van terreinen diep gewantwoord en vervangen door een kant-en-klare moraal in op te volgen lijsten met (methodische) aanwijzingen die veilig zijn gesteld met sancties. De tendens is onmiskenbaar en zeker niet beperkt tot de techniek of de zorg. Er is alle reden om naar een goed antwoord te zoeken.

Methodische regels volgen volstaat niet

Voor de duidelijkheid: ik ben niet tegen het naleven van (vak)regels. Van het medische bedrijf wisten we het al, maar ook in andere zorgdomeinen kan met de strikte toepassing van regels heel veel uitstekend afgehandeld worden. Maar veel ook niet. Hoe ouderdomssuiker of decubitusplekken behandeld moeten worden, staat wel vast. Hetzelfde geldt min of meer voor de aanpak van een acute psychose, mondhygiëne, faalangstigheid, slikproblemen of ontwenningverschijnselen. Ook in de jeugdhulpverlening, in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en in de begeleiding van schooluitvallers, weet men wel min of meer wat werkt en aan welke regels de professional zich tijdens de zorgverlening maar beter kan houden. Het gaat om ‘getemde problemen’: we begrijpen er veel van en we zijn het er ook over eens wat verkieslijk is om te doen⁸. Veel van de inzichten in ‘getemde problemen’ liggen opgeslagen in de propvolle databanken van onze nationale onderzoeksinstituten. Toch wordt de status van dergelijke ‘kennis’ ook onophoudelijk en dikwijls met succes betwist⁹: veel staat helemaal niet zo onomstotelijk vast en wat wel vaststaat, blijkt in de concrete en onoverzichtelijke praktijk van alle dag niet zo te werken. De gezochte zekerheid bestaat nauwelijks en *dat geeft ook niks*. Maar als de kennis over hoe zorg te verlenen minder gedegen is dan het lijkt, is het wijs terughoudend te zijn met het uitvoeren van daarop gebaseerde voorschriften.

De oorzaken waarom zulke kennis minder voldoet dan je zou willen, liggen deels in wat zorg eigenlijk is en deels in de laatmoderne omstandigheden waarin ze gegeven wordt.

Wat zorgen eigenlijk is

Men maakt binnen de zorgverlening wel een onderscheid tussen ‘zorgen dat...’ en ‘zorgen voor...’. ‘Zorgen dat’ heeft betrekking op het repareren, voor elkaar krijgen, fixen: goede huisvesting bieden, geldproblemen wegnemen, medicatie verstrekken, een baan of opleidingsplek vinden, een voedzame maaltijd op tafel krijgen en bijvoorbeeld veilig douchen. ‘Zorgen voor’ gaat eerder over de ander zien staan, de moeite waard vinden en willen horen en begrijpen, je om hem of haar bekommeren, de zorgontvanger troosten, bijstaan, serieus nemen en betrekken in belangrijke beslissingen. ‘Zorgen dat’ is georiënteerd op dingen, taken, zaken; ‘zorgen voor’ op mensen en hun belevingen. ‘Zorgen dat’ gaat

⁷ Marli Huijer & Martijntje Smits (2010) (red.) *Moralicide*. Nieuwe vocabulaires voor technologie. Zoetermeer: Uitgeverij Klement. Ik gebruik het begrip ‘moralicide’ hier enigszins anders dan in dit boek gebeurt.

⁸ Het onderscheid ontleen ik aan de typologie van Douglas en Wildavsky, zoals uitgewerkt in *Lerende overheid. Een pleidooi voor probleemgerichte politiek*, WRR Rapport nr. 75, Amsterdam: Amsterdam University Press 2006, pp. 29-36. De typologie ontstaat doordat twee variabelen worden gekruist: mate van cognitieve zekerheid en mate van normatieve zekerheid: (1) getemde problemen (+/+); (2) vooralsnog ontembare wetenschappelijke problemen (-/+); (3) vooralsnog ontembare ethische problemen (+/-); en (4) ongetemde politieke problemen (-/-).

⁹ Mel Gray, Debbie Plath, Stephen Webb (2009). *Evidence-based Social Work: A Critical Stance*. New York: Routledge.



vooral over waarneembare gebeurtenissen en feiten terwijl ‘zorgen voor’ eerder gaat over het scheppen van betekenissen. ‘Zorgen dat’ kan niet zonder ‘zorgen voor’, en omgekeerd. Zorg moet immers – wil het *goede* zorg zijn – afgestemd worden, passend voor deze ene mens, op dit moment en in deze situatie: daarom is succesvol ‘zorgen dat’ afhankelijk van succesvol ‘zorgen voor’. Zo kan de zorg geselecteerd en afgestemd worden, aansluiten bij wat nodig, wenselijk en passend is¹⁰. ‘Zorgen voor’ weegt uiteindelijk het zwaarst, want als je niets meer kunt doen en al je middelen zijn uitgeput (alle ‘zorgen dat’), kun je altijd nog bij iemand blijven en zijn leed verzachten met je aandacht. Zorg gaat niet alleen over wat ‘werkt’ – heel veel zorg lost helemaal niets op en moet zelfs levenslang geboden worden – maar ook over wat goed doet, wat fatsoenlijke mensen elkaar bieden en wat moreel juist is om te doen of te laten jegens behoeftigen. Zorg is dus altijd ook een (politiek) ethische aangelegenheid en vraagt moreel maatwerk. Daarom is gehoorzaamheid aan externe (vak)regels onvoldoende en daarom is moralicide schadelijk voor de zorg. Zorg geven is niet alleen een ‘*evidence-based* zorgen dat’ maar heeft ook altijd een vrije ruimte nodig waarin door zorggever en zorgontvanger bezien wordt wat goede zorg in de betreffende situatie zou kunnen of moeten zijn, waarin de morele afwegingen worden gemaakt en waarin de modus van zorgen gevonden wordt (zorgzaam, barmhartig, activerend, empowerend *et cetera*). Er is meer nodig dan inzicht in wat werkt en er is meer nodig dan tevoren reeds op ideologische gronden weten wat je moet doen.

Zorgen in een laatmoderne context

In de laatmoderne samenleving is zorg bieden bovendien een bijzonder complexe zaak. Romantische of ethisch opgeblazen beelden als zou zorg verlenen neerkomen op iets heel poëtisch en unieks tussen twee personen die elkaar van mens tot mens aanspreken, zijn misleidend. Dat mag dan een enkele keer het geval zijn, maar zorg is bijna altijd hard werken en wordt ook verleend aan fysiek afstotelijke mensen, aan onbegrijpelijke en gewelddadige patiënten, aan onhanteerbare verslaafden, diep weggezonden dementerenden, onverbeterlijke jongeren, gevaarlijke forensische patiënten enzovoort. Zulke zorg vindt plaats in grote, complexe en vaak intern gelede organisaties, onder invloed van gedurig wisselende politieke sturing, op de voet gevolgd door een kritische openbaarheid, op basis van wat heet: wetenschappelijk inzichten, gecontroleerd door cliëntenorganisaties en de Inspectie, en uitgevoerd door professionals met hun eigen standaarden en vakkennis. In die omstandigheden mag het een godswonder heten dat er dagelijks hoogwaardige, samenhangende en overwegend vriendelijk gegeven zorg wordt geproduceerd.

In het samenkomen van deze invloeden gebeuren er niettemin dingen die nauwelijks te voorzien of te beheersen zijn (men noemt dat emergentie of als het een ontbindende ‘on-orde’ wordt: entropie)¹¹. Het moderne welzijnswerk en ook de zorg bieden van emergentie, waartoe ik me beperk, soms indrukwekkende voorbeelden. De Transitiecommissie Sociaal Domein wees in haar eerste rapport van 2014 [#12] op de onvoorziene interne tegenstellingen van het huidige transitiebeleid en noemde ze ‘dubbele verlangens’. Denk aan de gelijktijdige eis van ‘maatwerk’ en de wens van gelijkheid voor alle burgers; de eis te innoveren en de gelijktijdige eis je aan de protocollen te houden; de opdracht de buurt in te gaan en van onderop te werken maar tegelijk te bereiken wat de gemeenteraad (van bovenaf dus) wil en zoals hij het wil in vorm, tijd en omvang. In onze eindevaluatie van het programma *Menslievende zorg in een*

¹⁰ Ik houd hier dus afstand tot de interpretatie die momenteel onder invloed van de ‘Participatiemaatschappij’ opgang maakt, namelijk dat zorgen voor een vorm is van betuttelen en mensen klein houden. Dat kan genuanceerder worden uitgelegd, zie Jan Vorstenbosch, *Zorg, een filosofische analyse*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds 2005.

¹¹ Zie Jens Greve & Annette Schnabel (Hrg.). *Emergenz - Zur Analyse und Erklärung komplexer Strukturen*. Frankfurt a/Main: Suhrkamp Taschenbuch 2011; ook Keith Sawyer (2005). *Social Emergence: Societies as Complex Systems*. Cambridge: Cambridge University Press; of het interdisciplinaire tijdschrift *Emergence: Complexity & Organization*.



algemeen ziekenhuis constateerden Vosman en ik¹² dat de leerprocessen van en voor de verpleegkundigen ongewild – het meest vanwege de onbeheersbare effecten van complexiteit en emergentie – hun leren aantasten en uitdoven.

Met andere woorden: in de praktijk is zorg verlenen ontzettend veel meer dan bewezen kennis toepassen, en omgekeerd: bewezen kennis die in (de complexe) praktijk wordt gebracht, verliest zijn zuiverheid en dus vaak ook veel van zijn bewezen werkzaamheid¹³.

Zorg geven in abstracto

Zulke complexiteit is velen een doorn in het vlees en daarom wordt er aanhoudend gezocht naar vereenvoudiging ofwel complexiteitsreductie¹⁴ – al is het bekend dat complexiteitsreductie nieuwe complexiteiten voortbrengt. Er bestaat een schreeuwende behoefte aan overzicht, aan glasheldere doelen, schematische voorstellingen van zaken, eenduidig gemaakte begrippen, inzicht in patronen en verbindingen *et cetera*.

Zo ontstaat er bijna ongemerkt een tweede werkelijkheid: het beeld van de zorg nadat ze van haar complexiteit is ontdaan. Een nieuwe werkelijkheid die voor de bestaande schuift. Dat sterk vereenvoudigde beeld vindt men in kwaliteitskaders, protocollen, in beleidsstukken, maar ook in de hoofden van uitvoerende werkers en van zogeheten wetenschappelijke onderzoekers¹⁵. De ondraaglijke complexe werkelijkheid wordt ingewisseld voor overzichtelijke modellen, gemakkelijk te tekenen, goed te onthouden en eenvoudig samen te vatten. Daar gaat grote aantrekkingskracht van uit, want zo bereik je de illusie te weten hoe je zorg kunt aansturen en verbeteren. Verbeteraars blinken dan ook uit in dergelijke modellen, liefst met titels die allitereren of uit drie maal dezelfde letter bestaan. Er is een verband tussen complexiteitsreductie, handzame zorgmodellen en innovatie: in innovatieprocessen – en dat speelt zich nu ook af rond kwaliteitssystemen – worden vanuit alle kanten en allerlei belangen wensen op tafel gelegd die de zorg vaak niet alleen veel ingewikkelder maken maar vaak ook tegenstrijdig of moeilijk verenigbaar zijn. Het moet efficiënter, menslievender, goedkoper, veiliger, aandachtiger, technisch moderner, met inschakeling van ICT en domotica, persoonlijker, transparanter, *et cetera*. Lastig te verenigen allemaal en een model dat het vereenvoudigt en laat neerkomen op PPP (people, process, product), 7s (Strategy, Structure, Systems en de zachte Ss van Shared values, Skills, Staff, Style) of 3V (Verbinden, Vernieuwen, Versterken of Versterken, Verlichten, Verbinden)¹⁶ is meer dan welkom.

Deze vereenvoudigingen hebben echter ook hun prijs, waarvan de hoogste wellicht is dat het ontstane beeld sluipend gehouden wordt voor de werkelijkheid of minstens voor een getrouwe afspiegeling ervan. Die illusie wordt versterkt doordat het maken van modellen omgeven is met het aureool van analytische wetenschappelijkheid (“Wetenschappelijk gesproken, komt het hierop neer: *zo is het!*”) – prof. Robert de Hoog geeft al jaren les over de bedrieglijkheid van modellen. Gewoonlijk wordt het werk ingericht

¹² Andries Baart & Frans Vosman e.a. *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP 2015.

¹³ Zie verder de bundel van Justus Uitermark, Amy-Jane Gielen en Marcel Ham (red.), *Wat werkt nu werkelijk? Politiek en praktijk van sociale interventies*, Amsterdam: Van Genneep 2012.

¹⁴ Zie Alain Berthoz. *Complexity: Simplifying Principles for a Complex World*. New Haven & London: Yale University Press 2012. Jeffrey Kluger. *Complexity: Why Simple Things Become Complex (and How Complex Things Can Be Made Simple)*. New York: Hyperion 2008.

¹⁵ Hier komt dus mijn pessimisme vandaan over de veelgehoorde oplossing ‘Laat de professionals zelf de protocollen maken want dan zijn ze niet zo monsterlijk’. Daar schuilt de gedachte achter dat die werkers een zuiver en onaangetast, waar en levensecht beeld hebben van de praktijk. Maar dat staat te bezien: veelal zijn ze jaren gesocialiseerd in de versimpelde manier van denken en zullen precies dat reproduceren. Het kost veel moeite en borging om professionals on-simpel te laten denken over on-simpele praktijken.

¹⁶ Het PPP-model is van Philips, het 7s-model van McKinsey en het VVV-model is breed in gebruik, onder meer bij Movisie en Mezzo (die maakt ervan: Vind, versterk, verbind en verlicht!).



op basis van deze modellen en stuurinformatie op basis van dezelfde modellen opgevraagd en niet of nauwelijks dus op basis van de praktijklogica. Regels en protocollen spruiten meestal voort uit deze sterk versimpelde werkelijkheidsbeelden en houden op hun beurt die beelden weer in stand. Wie minder voorschriften wil, zal de moed moeten opbrengen zich open en onbevangen tot de alledaagse, complexe en vaak onoverzichtelijke werkelijkheid te gaan richten.

Zorg geven in de werkelijkheid

Om in de niet-abstracte, niet-geschematiseerde maar geleefde werkelijkheid¹⁷ van alle dag zorg te kunnen geven, is meer nodig dan de naleving van regels en protocollen. Dat is misschien een open deur, maar toch nuttig om verder te verkennen.

De beide voorbeelden lieten het al zien: als je ermee akkoord gaat dat er een protocol vereist is om decubitus tijdens het wassen op te merken of om toezicht te houden op kinderen in het zwembad, dan sla je de weg in dat er niet geïnvesteerd wordt in het eigen waarnemings- en beoordelingsvermogen van de werker en er ook geen beroep gedaan wordt op een eigen verantwoordelijkheidsgevoel. Dat is riskant, want eenmaal op die weg zal blijken dat er vervolgens voor letterlijk alles protocollen nodig zijn, omdat het eigen waarnemings- en beoordelingsvermogen ondermijnd of buiten werking gesteld is. Simpel gezegd: als er geen protocol voor is, geef je er geen aandacht aan en hoef je dat ook niet te doen. En: durf je het ook niet te doen ('buiten je boekje gaan'), want je kunt er pijnlijk op afgerekend worden.

Waar je zou willen dat werkers iets *zijn* (bekommerd, waakzaam, verantwoordelijk, kritisch op zichzelf, onderzoekend *et cetera*), wordt gekozen voor 'iets hebben': een opdracht, een richtlijn, een lijstje met af te werken punten, een stappenplan. En zelfs wanneer we daarmee vrede zouden hebben – bijvoorbeeld omdat het veiligheid en volledigheid bevordert – dan nog volstaat het onmogelijk.

Maar het bezwaar is niet alleen het doven van eigen beoordelingen door het inlassen van protocollen. Wie in onze laatmoderne omstandigheden zorg geeft komt onvermijdelijk voor tal van (emergente) vragen te staan die, om opgelost te worden, minder geholpen zijn met de naleving van protocollen dan met een beroep op verstandigheid. Ik denk aan vragen als: wat te doen als het volgen van de gebruikelijke aanpak tot ongewenste resultaten gaat leiden, als je ongewild leed dreigt toe te voegen met je hulp en zorg, als je de zorg behoort te beëindigen terwijl dat niet zou moeten gebeuren, als je alle relevante kennis hebt verzameld en toch niet tot helderheid komt wat te doen, als de organisatie van het zorgproces je het zicht beneemt op waar het eigenlijk om zou moeten gaan, als de logica van de zorg ernstig conflicteert met de logica van de zorgontvanger en diens leefwereld, als de algemene richtlijnen in deze casus zo niet toegepast kunnen worden? Dat zijn geen denkbeeldige of uitzonderlijke vragen. De idee dat je je in deze omstandigheden moet houden aan de protocollen is funest.

Er bestaat, al bij al, dus ook behoefte aan een vrije positie om zelf te kunnen kijken en afwegen, en om te kunnen bepalen waar en in welke mate protocollen, geheel of gedeeltelijk, terzijde gelaten moeten worden.

¹⁷ Niet alleen de fenomenologie kan doordringen tot het leven zoals het geleefd wordt, maar ik ben ook onder de indruk van enkele Franse filosofen die zich daarop richten via de aandacht voor het alledaagse leven; natuurlijk doel ik dan op De Certeau, maar in deze context moet in elk geval Sandra Laugier genoemd worden die de lijnen doortrekt vanuit het late werk van Ludwig Wittgenstein, zie bijvoorbeeld Sandra Laugier, L'éthique comme politique de l'ordinaire, *Multitudes* 2/2009 (n° 37-38), pp. 80-88 (web: www.cairn.info/revue-multitudes-2009-2-page-80.htm / DOI : 10.3917/mult.037.0080). Idem (ed.), *Le retour à la vie ordinaire*, (themanummer van) *Raison Publique*, 2013. Pascale Molinier, Sandra Laugier, Patricia Paperman, *Qu'est ce que le care?*, Petite Bibliothèque Payot, 2009.



De wenselijkheid van verstandigheid

Je zou in dit soort situaties willen dat de zorgverlener het werk niet uit haar of zijn handen laat vallen noch de boel op zijn beloop laat. Je zou niet willen dat de werker nogal slaafs algemene richtlijnen doorzet als ze in bijzondere gevallen geen goed doen of zelfs kwaad aanrichten. Je zou eerder wensen dat de werker begrijpt waar het werk (deze zorg) *uiteindelijk* om draait – en dat is zelden de toepassing van de richtlijn of het protocol – en in dat licht eigener beweging taken en verantwoordelijkheden op zich neemt. Je zou willen dat iemand met een open blik blijft kijken of het werkelijk goed gaat, en in beweging komt als dat niet zo is. Je zou wensen dat iemand niet te bang is en zelfs de moed opbrengt om zo nodig het grijze gebied te betreden waar de grenzen onscherp zijn tussen verantwoord en dubieus, en tussen eigen en andermans taken. Je zou willen dat als de procedures te kort schieten zorgverleners hun werk onderbreken, kiezen voor beraadslaging en daartoe ook geëquipeerd zijn: kunnen nadenken, afwegen en besluiten nemen. Je zou willen dat wat in de praktijk van de zorgverlening heel verstandig is gebleken (bij mensen blijven die het moeilijk hebben, ook vanuit hun perspectief kijken, hun kennis ernstig nemen, dieper graven dan de vraag, behoefte of preferenties) niet meteen weer wordt vergeten of ‘weggeïnnoveerd’. In al deze gevallen wil je dus een werker hebben die – zoals dat heet – *verstandig* is en verstandig handelt. In al die gevallen wil je beleid dat verstandigheid een plek geeft en bereid is zich te plooiën naar wat in de praktijk verstandig *blijkt*. Je wilt meer dan – rigide of losjes – vasthouden aan de regels.¹⁸

Kern van mijn pleidooi

Dat betekent niet dat er geen acht geslagen zou moeten worden op de protocollen en dergelijke. Mijn pleidooi is subtieler. Verstandigheid is vereist om te weten hoe je in specifieke situaties met protocollen (en allerlei andere instructies, bijvoorbeeld vanuit je ‘vakkennis’) om kunt te gaan, waar je ze zou moeten volgen en waar je ze beter terzijde kunt laten, hoe je verder gaat waar protocollen ophouden of tekort schieten. Om goede zorg te bereiken, blijft ‘zorgen voor’ het omvattende kader – het aangaan van de relatie, het vrijelijk zoeken van begrip, aansluiting en afstemming en de bepaling van wat voor iemand op dat moment goed zou kunnen zijn; protocollen zijn dáárop een aanvulling en helpen hopelijk daarbij. Ze zijn niet het startpunt noch het kader ervan.

Maar het echte pleidooi is dit: zonder protocollen kunnen we niet en zouden we ook niet moeten willen, maar het gebruik van protocollen in de zorg zou niet de verstandigheid kapot mogen maken waar we niet buiten kunnen. Wie protocollen pusht, moet in gelijke mate verstandigheid bevorderen om een passend gebruik van die protocollen mogelijk te maken. Verstandigheid ‘kapot maken’ betekent: verstandigheid overrulen, ondermijnen en buiten werking stellen door regelgeleid gedrag tot norm te maken. Verstandigheid die een bijdrage aan goede zorg wil zijn, moet niet ondermijnd maar juist actief ontwik-

¹⁸ Ik heb bij verschillende gelegenheden beschreven wat ik onder verstandigheid versta en wanneer ze aangewezen is (recentelijk met Anne Oude Egberink in de serie ‘De praktisch wijze professional’ in *Zorg + Welzijn* 2016, nr. 1 t/m 6; zie http://www.presentie.nl/publicaties/item/544-praktisch_wijze_prof_6-artikelen; zie ook het verslag van een studieochtend in april 2016 over dat onderwerp: http://www.presentie.nl/publicaties/item/539-verslag_studiebijeenkomst_praktisch_wijze_professional_8_4_2016) Aan meer publicaties wordt gewerkt of ze zijn reeds in druk. Ik beschouw ‘verstandigheid’ en ‘praktische wijsheid’ hier als uitwisselbare termen. Het begrip is ontleend aan Aristoteles (phronésis) en betreft een weten tussen theoretische en praktische vaardigheden in, geworteld in deugden en gerijpte ervaringen, gericht op het goede leven en met vermogen om in complexe situaties het (moreel) goede te herkennen en daar daadwerkelijk (‘metterdaad’) naar te streven. Praktische wijsheid is een manier van *doen*. “Praktische wijsheid, zoals daar eeuwenlang in de ethiek over is nagedacht, is namelijk niet alleen het weten toepassen van een voorgegeven regel. Ervaren artsen en zorgverleners weten ook meer en anders – juist door hun gewogen ervaring – dan alleen uit de boeken en uit instructies. Doordat de dokter haar of zijn praktische wijsheid verzamelt, aanscherpt test zij of hij bijvoorbeeld dingen die in het leerboek of in de richtlijn niet voorkomen. Praktische wijsheid is ook een bron van kennis, en niet alleen kennis over het slim toepassen van voorgegeven regels,” aldus Frans Vosman op <http://zorgethiek.nu/praktische-wijsheid-als-bron-van-kennis>.



keld worden, geduldig inge oefend, goed onderhouden, in de organisatie gecultiveerd en dus ook ge waardeerd. Dan pas kunnen we spreken van effectieve verstandigheid. Ik vrees dat dat niet het geval is in het nieuwe kwaliteitskader (en toetsingskader) ouderenzorg.

Protocolen zouden – om bij de titel van dit essay te blijven en het nog eens kort en bondig te zeggen – niet de input van gehoorzaamheid moeten zijn maar de input van verstandigheid.

Het nieuwe kwaliteitskader

We weten op dit moment nog niet zeker hoe het nieuwe kwaliteitskader er precies uit komt te zien en we weten ook nog niet welke criteria het toetsingskader van de Inspectie omvat¹⁹. Maar wat we nu – op weg naar dat nieuwe kwaliteitskader – zien, staat nog ver af van het ‘gebruik van lijstjes’ *in een afgestemde balans met de bevordering van verstandigheid*. Voorschriften in velerlei vorm en uit de koker van allerlei partijen prevaleren terwijl we over het bevorderen en ontwikkelen van verstandigheid niets horen. Jazeker, de toon en strekking van de regels zijn anders, maar het onderliggende denkmodel is ongewijzigd gebleven.

Dát de bedoelde tweesporigheid (protocolen én verstandigheid ontwikkelen en uit goede praktijken destilleren) ontbreekt, lijkt me zeer waarschijnlijk. Maar misschien ligt het minder helder. We moeten ons immers afvragen *hoe dwingend* aanwijzingen in dat nieuwe kwaliteitskader worden geformuleerd en wat hun aard is. Protocolen kunnen – in een minimale betekenis – opgevat worden als een simpel geheugensteuntje: denk aan x, y en z als je zorg geeft. Ze bevatten dan amper instructies of regels hoe te werk te gaan. In dat geval kunnen we amper volhouden dat het kwaliteitskader regels oplegt. Misschien zal het dus blijken mee te vallen bijvoorbeeld als het nieuwe kwaliteitskader zou formuleren: ‘X is een belangrijk aandachtspunt voor goede zorg en denk er goed over na hoe je dat oppakt, praat erover met de zorgontvanger, de naasten en je collega’s *en dan is het goed*’. De aanwijzingen zijn dan open geformuleerd en zeggen in inhoudelijke zin nauwelijks wát je moet doen maar vooral in formele zin dát je het moet doen en hoe je dan het best te werk kunt gaan. Ze zeggen ook niet wat er bereikt moet worden. In de huidige papieren [met name #10, 11, 16, 18 en 19] vinden we inderdaad dergelijke aanwijzingen, meer dan vroeger, maar tegelijk worden vele instrumenten, indelingen en rijtjes opgesomd die gebruikt kunnen worden *als je het goed wilt doen*. Toch dus dwingende aanwijzingen? Dat kan beter – ik kom er op terug.

Dat de aanwijzingen ondertussen onderling strijdig kunnen zijn, lijkt in de huidige voorstellen geen punt waar men zich druk over maakt en het leidt ook niet tot een pleidooi voor verstandigheid. Wat de zorgontvanger wenst, wat andere betrokkenen zeggen, wat vakkennis ingeeft, wat de politiek oplegt, wat de financier betalen wil en waarop de Inspectie toetst: we kunnen er allerminst zeker van zijn dat dat allemaal harmonieert. We lezen nergens hoe je zulke spanningen hanteert, laat staan of een van de betrokken partijen uiteindelijk de laatste stem heeft (de Inspectie?). Het gevaar bestaat dat alle dialogen die bepleit worden uiteindelijk vast gefietst worden in een onbuigzaam beoordelings- en toetsingskader. In dat geval is het vele overleggen met de betrokkenen *Spielerei* en zet uiteindelijk niet echt zoden aan de dijk. Je zou ook minder welwillend kunnen zijn en denken dat al dat praten juist tot doel heeft de evidente strijdigheden glad te strijken, ervoor te zorgen dat ze niet te hoog oplopen en dat het gebied van de werkelijk splijtende verschillen (bijvoorbeeld moreel) gemeden worden. De betrokkenen vliegen elkaar dankzij het gespreksmodel dus niet in de haren en het proces kan soepeltjes verdergaan. Praten niet om

¹⁹ Ik baseer me op de ‘grey literature’ die aan het slot van dit essay is opgesomd.



iets uit te praten maar om iets weg te praten, praten als *liquefier*. In eerder onderzoek²⁰ kwamen we dat tegen: gespreksmodellen die weg voeren van wat besproken zou moeten worden, namelijk de inhoudelijke vraag naar goede zorg.

Of al dat praten werkelijk gaat helpen, zullen we zien maar nadenken over de innerlijke strijdigheden van de eisen aan goede zorg is urgent. Zo mag ook het nadenken over de onderlinge verhouding van de instanties die bepalen wat goede zorg is, die het leveren en die het toetsen niet ontbreken. Dat is momenteel wel het geval. Het betekent in zekere zin dat er wel suggesties gedaan worden over *goede* zorg maar niet over *verantwoordbare* of legitieme zorg.

Praten

Er valt in de aanzetten tot het nieuwe kwaliteitskader nog iets heel anders op. Er wordt een sterk accent gelegd op praten, ‘het goede gesprek’ en ‘de dialoog’: met de zorgontvanger, met de naasten, met de collega’s enzovoort. Er worden tal van methoden gesuggereerd om dat gesprek uit de startblokken te krijgen en van de juiste agenda te voorzien. Praten zal men. Vergeleken met enkele jaren geleden is dat winst omdat toen het accent bijna uitsluitend lag op meten en standaardinterviews.

Maar er is ook reden om kritisch te zijn. Frans de Waal – wereldberoemd onderzoeker van apengedrag – pleegt in interviews te zeggen dat hij als onderzoeker blij is niet aangewezen te zijn op verhalen, gesprekken en dergelijke en het moet hebben van gedragsobservaties. Hij wantrouwt mensen die *vertellen* wat ze doen, bedoelen en belangrijk vinden. Hij meent dat we een beter antwoord op dit soort vragen krijgen door langdurig en nauwgezet gedrag, interacties, bewegingen, andere partijen in het veld en bijvoorbeeld responsen te observeren. Dat mag dan gelden voor deze primatoloog, maar een soortgelijk geluid kunnen we vernemen onder de moderne theoretici van het praktijkdenken, zoals Schatzki, Schmidt en Nicolini²¹ die erop aandringen te letten op de ‘*sayings and doings*’ als je wilt begrijpen hoe een bepaalde praktijk verloopt en dus ook beoordeeld kan worden. Deze denkers roepen dus de vraag op waarom in het kwaliteitskader-in-wording vrijwel alle kaarten gezet worden op praten en de zorgverleners niet krachtig aangemoedigd worden om veel beter te observeren. Om kennis en inzicht te ontwikkelen uit directe, wakkere waarneming, door inleving, via perspectiefwisseling en bijvoorbeeld door zelf zorg(handelingen) te ondergaan. In ons onderzoek naar goede zorg neemt die insteek een centrale plek in en in onze scholing eveneens. Deels is dat een etnografische benadering van de praktijk, deels ook een fenomenologische.

Kwaliteitsbewustzijn ontwikkelen en cultiveren

Maar dat alles valt grotendeels buiten het bestek van deze beschouwing. Die gaat over de wenselijkheid van verstandigheid of praktische wijsheid naast het aanreiken van protocollen. In een eerder essay heb ik in deze context gepleit voor de ontwikkeling en cultivering van een kwaliteitsbewustzijn²².

De gedachtegang was deze: als je wilt weten of de zorgverlening goed is, moet je uiteindelijk ter plekke kunnen kijken. Dat kan niet van buitenaf beoordeeld worden – enkele harde gegevens daargelaten (zoals

²⁰ Eveline Bolt, Andries Baart, Ger Palmboom, Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn. Leren anders te kijken, te duiden en doen. Een onderzoek naar de werking van leermiddelen. Utrecht: Stichting Presentie 2014 (in opdracht van Actiz); (web: <https://www.actiz.nl/stream/het-cultiveren-van-kwaliteitsbewustzijn-eindrapport-23-oktober-2014.pdf/20141029164546>).

²¹ Davide Nicolini, *Practice Theory, Work and Organization. An Introduction*. Oxford: Oxford University Press 2012. Robert Schmidt, *Soziologie der Praktiken. Konzeptionelle Studien und empirische Analysen*, Berlin: Suhrkamp, 2012. Theodore R. Schatzki *Social Practices. A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*. Cambridge: Cambridge University Press (1996) 2008.

²² Andries Baart, *Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn*. Utrecht: Actiz en Stichting Presentie 2014 (web: <https://www.actiz.nl/stream/het-cultiveren-van-kwaliteitsbewustzijn-essay-andries-baart-uit-eindrapport-23-oktober-2014.pdf>).



cijfers over medicijnvergiftiging, slechte mondhygiëne *et cetera*). Overigens zijn sommige van die harde gegevens dubieus: wat zegt een verhoogd valpercentage in de verpleegzorg als we weten dat meer vallen de prijs is voor meer bewegen, maximale vrijheid en het vermijden van medicijnen die maken dat je de hele dag als een tam konijn aan tafel zit? In dat laatste geval is een vertelling bij de telling nodig om deze op waarde te kunnen schatten.

Gewoonlijk is zorg *niet in het algemeen* goed of fout maar voor deze ene man of vrouw, op dat moment in zijn/haar leven, op die plek en in dat perspectief. Goed is zorg als ze de zorgontvanger helpt een bevredigende verhouding te vinden tot de brekelijkheid van diens leven – en als dat niet lukt, zou het motto moeten zijn: niet weggaan maar begrijpen dat bekommernis zwaarder telt dan problemen oplossen én begrijpen dat de zorgverlener van nu de zorgvrager van morgen is; ze delen in dezelfde kwetsbaarheid en hetzelfde verlangen. Om te weten of deze solidariteit van de goede zorg gevonden is, moet je kunnen zien wie (en hoe) de zorgontvanger op het moment van zorgen (eraan toe) is, wat hem of haar op dat moment zou helpen of goed doen, wat realiter aan middelen beschikbaar is en of de zorg in goede aansluiting en afstemming werd gegeven en voltooid.

Beoordelen of zorg goed is, moet dus steeds weer (a) ter plekke, (b) in de relatie en (c) momentaan gedaan worden. Metingen achteraf, algemene criteria, beoordelingen vanuit een positie buiten de zorgsituatie: ze zijn geen onzin maar schieten te kort. Beoordelen of zorg goed is, geschiedt dus onophoudelijk in het verkeer van zorggever en zorgontvanger: er is geen apart moment waarop de zorgontvanger zich mag of moet uitspreken. Integendeel: deze is onafgebroken betrokken bij de vraag wat goede zorg voor hem of haar zou kunnen zijn, kan daarover spreken maar er ook op tientallen andere manieren kond van doen, door te bewegen, te hummen, onrustig te zijn, te huilen, zich te beschadigen, te glimmen van trots, door actief te zijn, de tong uit te steken of naar het bad te reiken.

Daarom, zo stelde ik in het bedoelde essay, zijn we aangewezen op de zorgverleners zelf want zij zijn ter plekke, kunnen zien wat past en nemen onmiddellijk de uitwerking van de zorg waar. Tenminste, als ze daarop getraind zijn, als ze behalve praten ook willen kijken, ruiken, voelen en zich inleven, en als de organisatie hun daartoe de ruimte biedt. Essentieel is de gedachte dat een gerichte, permanente scholing hen in staat stelt zelfstandig – ieder voor zich maar vooral met elkaar – kritisch en open te kijken, zelf de kwaliteit van de zorg te beoordelen en waar nodig uit zichzelf bij te stellen. Willen ze daartoe in staat én bereid zijn dan moet die scholing heel specifieke elementen bevatten. Ik werkte in het essay uit welke dat zijn.

Kwaliteitsbewustzijn in de organisatie

De suggestie van de cultivering van het kwaliteitsbewustzijn richt de focus dus niet alleen op de werkers maar ook op de organisatie waarbinnen zij werken. Dat is een belangrijke implicatie want een effectief en hoogwaardig kwaliteitsbewustzijn bestaat slechts als in de organisatie de wil bestaat aan iets dergelijks te werken, daar de ruimte en middelen voor beschikbaar te stellen, daartoe aan werkers in relatie met de zorgontvangers het vertrouwen te geven en zelf in veel opzichten terughoudend te zijn. Geen van deze voorwaarden is vanzelfsprekend, vaak zelfs integendeel. De organisatie is in dat geval weinig terughoudend in de manier waarop ze leiding geeft. Als de regels en richtlijnen al niet van buiten komen dan toch van binnenuit, van het afdelingshoofd, van de kwaliteitsfunctionaris, van de deskundigheidsbevorderaar, van de accountmanager, van de Lean-functionaris *et cetera*. Allemaal kleine baasjes die, als het tegenzit, meer investeren in de vrolijke of strakke organisatie van volgzaamheid dan van kritische leerprocessen, vorming of het ontwikkelen van kwaliteitsbewustzijn.



Soms voelen zij zich op hun beurt weer klem gezet en ingekapseld door het hoger management en de raad van bestuur. Daar wordt niet zelden beleidsmatig een onrustige koers gevaren met een gedurige overproductie van beleid, met almaar nieuwe programma's en slogans, met de introductie van nieuwe ambities, een komen en gaan van ondersteuners met hun eigen voorliefdes en tools. Medewerkers voelen zich niet zelden voortdurend op de tocht staan. Misschien valt dat niet helemaal te vermijden – ook de wettelijke kaders en financiële regelgeving veranderen onophoudelijk – maar het punt hier is dit: een kwaliteitskader komt simpelweg nooit geïsoleerd voor en behoort dus ook niet zo uitgewerkt of gepresenteerd te worden. Aandacht voor kwaliteit is ingebouwd in een organisatie met alle gevolgen van dien. En de organisatie zelf staat onder allerlei externe druk, variërend van de wetgeving en Inspectie, tot de financiering, stelselwijzigingen en een openbaarheid die elk incident breed uitmeet.

Je zou willen dat het kwaliteitskader zich dus ook uitspreekt over zijn eigen, lokale realisatievoorwaarden: zelfs een heel goed, relationeel en narratief ingericht kwaliteitssysteem kan eenvoudig om zeep geholpen worden door de manier waarop het in praktijk wordt gebracht. Met het pleidooi om het kwaliteitsbewustzijn te *cultiveren* en door daarbij de noodzakelijke voorwaarden op het terrein van de organisatie, leiding, *et cetera* op te sommen én in ons kwaliteitsmodel te verdisconteren wordt een onmisbare stap gezet. Een kwaliteitsbewustzijn ontwikkelen en cultiveren betekent nadrukkelijk vertrouwen gaan stellen in de medewerkers, hen in staat stellen zo'n kwaliteitsbewustzijn met vallen en opstaan te ontwikkelen, terughoudend zijn met bazen maar juist scheutig met aanmoedigen, de feedback vanuit de praktijk omarmen, in het beleid de ruimte bieden aan uitvoerenden om werkelijk zelf toe te gaan zien op de kwaliteit van de zorg.

Instructies of vorming?

Samenvattend kunnen we hier zeggen dat deze professionals eerder permanent gevormd dan getraind worden en dat ze – zeker ook organisatorisch – geholpen worden vrijelijk waar te nemen, kritisch welwillend te interpreteren, goed te beraadslagen, onderbouwd te beoordelen en beredeneerd tot besluiten te komen hoe de zorg voortgezet wordt. We zeiden: met deze vorming wordt een kwaliteitsbewustzijn ontwikkeld en dat wordt uiteindelijk gecultiveerd, onderhouden, ververst en een goede gewoonte in de organisatie. Deze zorgverleners *hebben* geen instrumenten (instructies, gespreksschema's, vragenlijsten, interviewschema's *et cetera*) om de kwaliteit van de zorg te beoordelen maar *zijn* primair zelf hun instrument. *En ze zijn dat in een onophoudelijke relationele afstemming op de zorgontvanger.* Of deze vorming goed verloopt en gecultiveerd wordt, kan gecontroleerd worden. Ook laag opgeleide zorgverleners kunnen op dit pad gezet worden, als de vorming maar zijn middelen aanpast, bijvoorbeeld door meer uit de nabespreking van praktijkbeelden (video-opnames) te leren dan uit de verwerking van taal, colleges en instructies.

Dat alles roept uiteraard de vraag op of een kwaliteitskader resp. toetsingskader wel educatieve elementen mag hebben. Doorgaans worden de opleiding, scholing, vorming *et cetera* elders geregeld en zou men kunnen zeggen dat zulke kaders zich dienen te beperken tot normen, richtlijnen, voorschriften. Toch werd de koppeling al eerder gemaakt (bij het 'oude' kwaliteitskader verantwoorde zorg) doordat men beseftte dat voor het voldoen aan de normen, richtlijnen en voorschriften bepaalde tools en vaardigheden vereist zijn die dan maar beter meteen ook ingeoeffend kunnen worden. Die lijn wordt door mij voortgezet maar nu met het kwaliteitsbewustzijn als (intern) tool. Een kwaliteitskader is in deze zienswijze onderdeel van een breder programma.



Presentietheoretisch kwaliteitsmodel

Binnen de presentie hebben we een kwaliteitsmodel uitgewerkt dat onder deze ideeën (kwaliteitsbewustzijn, verstandigheid, vorming *et cetera*) ligt²³. Het gaat om een normatief model – dat zich dus uitspreekt over wat zorg tot goede zorg maakt – en dat vervolgens kan functioneren als raster: om het kwaliteitsbewustzijn en bijbehorende vormingsprocessen in te richten en om de kwaliteit van de zorgverlening te onderzoeken en zo nodig te verbeteren. Het model schrijft niet voor maar formuleert wat de kritische inzichten zijn als je zorgverlening zorgethisch denkt: relationeel en situationeel uit te werken, moreel en politiek op te vatten en institutioneel in te kaderen. Het model is dus onderdeel van een breder betoog waarin allereerst wordt uitgelegd dat goede zorg relationeel wordt gegeven en alleen lokaal, situationeel beoordeeld kan worden. Dat inzicht is bepalend voor de uitwerking van de idee dat we aangewezen zijn op het kwaliteitsbewustzijn en dus moeten inzetten op een heel specifiek soort leerprocessen en de cultivering daarvan: de vorming van de kritische zelfregulatie. Het inmiddels min of meer uitgewerkte zorgethische kwaliteitsmodel functioneert in die leerprocessen als zoekplaatje; met welke instrumenten dat onderzoek wordt ingesteld hebben we niet bepaald, al denken we dat ze betrekking moeten hebben op het waarnemen, interpreteren, beoordelen en besluiten, in gezamenlijk beraad en ook in zelfreflectieve processen.

Het politiek ethische karakter van dat kwaliteitsmodel vertaalt zich uiteraard naar de kritische reflectie op de maatschappelijke betekenis van zorg (waarde, prioriteit, gender, wie voor de zorgverlening verantwoordelijk is, de plaats van kwetsbaarheid *et cetera*). Maar in deze context is ook een andere uitwerking ter zake: de politieke vraag naar de maatschappelijke effecten van de moralicide, dat wil zeggen de betekenis van het tegelijk laten verdampen van moreel actorschap, het bevorderen en belonen van regelgehoorzaamheid, het doven van het eigen waarnemings- en beoordelingskader en het uitlokken van risicomijding in plaats van het aangaan van verantwoordelijkheden en moedig zijn. Dat zijn niet slechts kenmerken van het kwaliteitskader ouderenzorg in wording, het zijn ook kenmerken van een maatschappelijk klimaat, een stilzwijgende volksopvoeding en zo van de moderne burger. Het is een relevante politieke vraag of we dat zouden moeten willen en of we zo de dringende vragen van deze tijd tegemoet kunnen treden. Het kwaliteitskader ouderenzorg komt niet uit in een maatschappelijk vacuüm en een politiek ethische dimensie wordt dan ook node gemist.

Verantwoorden

Wat zou dit alles betekenen voor de verantwoording? De vraag moet bij een andere gelegenheid grondig uitgewerkt worden maar hier kunnen we losjes enkele contouren tekenen. Alvorens dat te doen, wil ik nog eens beklemtonen wat de plek en invloed van de zorgontvanger is in deze presente manier van zorggeven: de zorgverlener en zorgontvanger zoeken onophoudelijk – in een breed register van denken, spreken, bewegen, besluiten, doen, reageren enzovoort – de aansluiting bij en afstemming op elkaar. *In die zin vindt er een continue verantwoording van de zorg plaats, van de zorggever aan de zorgontvanger: ‘vind je dat ik dit zo goed doen?’, ‘is dit wat jou nu goed doet?’*. Zoals eerder gezegd: de stem of respons van de zorgontvanger wordt in ons idee van zorg verlenen *niet* bij tijd en wijle gehoord, maar continu.

Hoe zou de verantwoording er verder uitzien? Fundamenteel zou er een splitsing komen. Ik pleit immers voor een tweesporenbeleid. In de lijn van de regels en kengetallen die een zekere hardheid bezitten (vallen, decubitus, mondhygiëne, medicatiefouten, veiligheid, schriftelijke plannen *et cetera*), kan de verantwoording *publiek en generiek* blijven, min of meer zoals ze nu is en verder ontwikkeld wordt. Ze

²³ Het model wordt momenteel stap voor stap in de Werkplaats *Kwaliteit en Verantwoording* gepresenteerd en besproken, met het doel het bij te stellen en in de komende periode ook op papier beschikbaar te stellen.



zou niettemin ingebed moeten zijn in een lokaal gesprek over het hoe en waarom van het gevoerde beleid en dat gesprek zou tegelijk de leerzame input kunnen zijn voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbewustzijn en verstandigheid.

Maar in de lijn van mijn voorstel ligt het voor de hand een ander deel van de verantwoording niet langer publiek en generiek te doen maar over te laten aan de *betrokkenen zelf, ter plekke* en daar als toetsende instantie ook buiten te blijven²⁴. Hier is het goed ontwikkelde, goed onderhouden en goed gecultiveerde kwaliteitsbewustzijn het instrument waarmee men (a) continu, (b) op het moment van zorgverlening zelf, (c) in voortdurende wisselwerking met de zorgontvanger en diens naasten, (d) vanuit meerdere invalshoeken, (e) uit zichzelf (en dus niet omdat het tijd is voor het invullen van een of andere lijst) en (f) in een kritisch gezamenlijk beraad de kwaliteit van de zorg volgt, beoordeelt en verbetert. Er kan wél (extern) toezicht gehouden worden op de cultivering van dat kwaliteitsbewustzijn en het onderliggende leer- en vormingsproces: de kwaliteit van de leerprocessen, leermiddelen, de trajecten, de manier waarop de organisatie ermee omgaat, de plek die bewoners in die leerprocessen hebben *et cetera, et cetera*. De toetsing is dan dus indirect en geschiedt in een audit of visitatie. Hier is de directe toets op de inhoudelijke kwaliteit van de zorg overgelaten aan degenen die dat ook werkelijk kunnen en behoren te beoordelen; toegevoegd wordt een indirecte toets, namelijk op de kwaliteit van hun kwaliteitsbewustzijn, op de kwaliteit van het aanleren en het cultiveren daarvan, op de vraag of het bevorderen van het kwaliteitsbewustzijn in de organisatie een vaste en goede gewoonte is.

Terug naar verstandigheid en het kwaliteitskader

De beide casussen waarmee ik dit essay opende zouden zo nooit bestaan hebben als dat kwaliteitsbewustzijn en die verstandigheid bevorderd zouden zijn. En de problematiek zou beter opgelost kunnen worden door het te zoeken in een veel wakkerder eigen besef onder de zorggevers van wat zorgen eigenlijk is en wanneer je dat goed doet. De gestage vermenigvuldiging van protocollen brengt men het best tot staan door de mogelijkheid te faciliteren dat zorggevers zelf in gezamenlijk beraad hun zorg kritisch waarnemen, beoordelen en bijstellen, en door hen in staat te stellen waar nodig praktisch wijs te handelen.

Het bedoelde kwaliteitsbewustzijn dient niet slechts de beoordeling en verbetering van de zorgkwaliteit maar stelt ook in staat tot die onmisbare verstandigheid of praktische wijsheid. Dat wil zeggen tot het vermogen om adequaat te handelen als de zorg vastloopt (vast dreigt te lopen), de benodigde kennis ontbreekt, de eigenlijke doelen van de zorg uit het oog verloren raken, de protocollen geen uitkomst bieden, de morele sturing ontspoot of ontbreekt, de gestelde eisen tegenstrijdig zijn en verlammen, niemand de verantwoordelijkheid neemt, algemene regels op maat gemaakt moeten worden voor het bijzondere geval, *et cetera*. Een kwaliteitskader dat niet alleen protocollen (lijstjes met aanwijzingen en bijbehorende tools) wenst aan te reiken maar ook verstandigheid en kwaliteitsbewustzijn zou willen bevorderen, moet suggesties bevatten voor de *vorming van professionals* (tot hun eigen kwaliteitsinstrument) en voor de faciliterende organisatie waarbinnen dat kan gebeuren. Het nieuwe kader kan inzetten op de ontwikkeling van het eigen, zelfregulerende vermogen van zorgprofessionals en de regulering van

²⁴ Voor mij is dit eenzelfde soort pleidooi als we in de organisatie- en beleidswetenschappen zien, waar men stelt dat schaalvergroting altijd gelijktijdig met schaalverkleining gepaard moet gaan. Aansprekend voorbeeld is de ontwikkeling van de Europese Unie via tal van processen van schaalvergroting. Deze leiden onder de bevolking gemakkelijk tot distantiëring, vervreemding, boosheid en apathie, en voeden zelfs populisme. De klacht is de ontvreemding: anderen maken de dienst uit, nemen 'onze' identiteit en cultuur af, leggen met bureaucratisch geweld gelijkvormigheid op en bazen vanuit 'Brussel' over rauw-melkse kaasjes, veilige ritssluitingen en de aanbesteding van de verbouwing van mijn badkamer. Een veel gesuggereerd antwoord bestaat in de gelijktijdige schaalverkleining: dat wat je zelf mag / moet uitmaken, ter plekke, zoals het daar past. Deze schaalverkleining laat veel meer over aan de *locals* en de schaalvergroting bepaalt en beperkt zich tot de noodzakelijke randvoorwaarden.



buitenaf aanvullen met kwaliteitsbeoordeling en -bevordering van binnenuit, vanuit een kwaliteitsbewustzijn, vanuit goed en open kijken en vanuit praktische wijsheid. Het zal dan afstand houden tot de (modieuze en versimpelde) beelden van de zorg en de weg inslaan van de toewending naar de geleefde praktijk van het zorgen, naar levensechte beelden en ervaringen – het zou de wenselijkheid van verstandigheid naast protocollen ondersteunen. Waarom niet meer en krachtiger inzetten op een tweesporenbeleid?



Geraadpleegde bronnen (*grey literature*)

Hieronder volgt een overzicht van met name beleidsstukken, discussienota's, voorstellen en rapportages die direct en indirect betrekking hebben op de ontwikkeling van het nieuwe kwaliteitskader ouderenzorg, en die ten behoeve van dit essay werden geraadpleegd.

1. *Verbetering kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam*. Den Haag: IGZ juni 2014 (web: http://www.igz.nl/actueel/nieuws/verbetering_kwaliteit_ouderenzorg_gaat_langzaam.aspx).
2. *Advies doorontwikkeling kwaliteitsstandaarden in de gehandicaptenzorg*. Den Haag: ZonMw september 2014.
3. *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Den Haag: VWS februari 2015
4. "New public governance: op zoek naar nieuwe vormen van organiseren en verantwoorden". Interview met Annemarie van Dalen. *Kwaliteit in zorg*, 2015/2, pp 4-6.
5. *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen. Plan van aanpak verpleeghuizen*, Den Haag: VWS, februari 2015.
6. *Addendum Ontwikkeling van Kwaliteitsstandaarden bij Programma Kwaliteit van Zorg: Versnellen, verbreden, vernieuwen*. Den Haag: ZonMw maart 2015.
7. Jan Coolen, *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier*. Amsterdam: Ben Sajet Centrum sept. 2015.
8. Patrick Jansen, Angela Welling, Sanja Bouman, Judith Kippers, *Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling voor verpleeghuizen in Nederland*, Enschede: Bureau HHM, dec. 2015.
9. Jan Coolen, *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier. Met elkaar in gesprek over kwaliteit van verpleeghuiszorg*. Amsterdam: Ben Sajet Centrum 2016 (Deze publicatie is een bewerking van het rapport *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier*, zoals op 18 november 2015 aangeboden aan de Tweede Kamer. Het rapport is te downloaden via www.waardigheidentrots.nl).
10. *Concept kwaliteitskader Verpleegzorg: Schematische weergave van visie op kwaliteit verpleegzorg*, Den Haag: VWS januari 2016 (web: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2016/01/29/concept-kwaliteitskader-verpleegzorg-schematische-weergave-van-visie-op-kwaliteit-verpleegzorg>).
11. *Bijlage bij concept Kwaliteitskader ouderenzorg*, Den Haag: VWS januari 2016 (web: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2016/01/29/bijlage-bij-concept-kwaliteitskader-ouderenzorg>).
12. *De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont? Essays over de relatie tussen burger en bestuur*, met bijdragen van o.m. Han Noten, Tineke Abma, René ten Bos, Herman van Gunsteren, Arjo Klamer, Pauline Meurs, Martijn van der Steen en Evelien Tonkens. Uitgave van Transitiecommissie Sociaal Domein; Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties jan. 2016.
13. *Voortgangsrapportage Waardigheid en Trots 2*. Uitgave van Taskforce Kwaliteit Verpleeghuizen; Den Haag: VWS feb. 2016 (web: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2016/02/19/voortgangsrapportage-waardigheid-en-trots-2>).
14. "Concept kwaliteitskader ligt er, nu is het veld aan zet". Interview door Frank van Wijck van Margje Mahler, 3 maart 2016 (web: <http://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/concept-kwaliteitskader-ligt-er-nu-is-velde-aan-zet/>).
15. A.J.E. de Veer, P. Spreuwenberg, A.L. Francke, *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2015. Cijfers en trends*. Utrecht: Nivel 2016 (web: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2016/02/19/de-aantrekkelijkheid-van-werken-in-de-zorg-2015>).
16. Marie-Josée Smits, Patricia van den Brink, *Zicht en grip krijgen op de kwaliteit van de ondersteuning aan ouderen. Resultaat van de praktijkverkenning naar bestanddelen voor een nieuw Kwaliteitskader in de ouderenzorg*. Den Bosch: ZorgEssentie mei 2016.
17. Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Esther van den Berg, Maaïke den Draak. *Samenvatting: overall rapportage sociaal domein 2015*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, mei 2016.
18. *Kwaliteit in dialoog: kwaliteitskader ouderenzorg. Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover?* Utrecht 2016 (Consultatiedocument van de WERKGROEP: ActiZ, BTN, NPCF, Verenso, V&VN).
19. *Zo houdt de inspectie de komende jaren toezicht op de verpleeg(huis)zorg*. Den Haag: IGZ juni 2016.
20. *Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen. Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden*. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht, juli 2016.



Over de auteur

Prof. dr. A.J. (Andries) Baart (1952) studeerde andragologie in Amsterdam, specialiseerde zich op het terrein van de praktische theologie en promoveerde in de wijsbegeerte. Hij was lange tijd werkzaam in het maatschappelijk activeringswerk. Sinds 1991 is hij tevens bijzonder hoogleraar, van 1991-2006 aan de Katholieke Theologische Universiteit te Utrecht en sinds 2007 heeft hij de leeropdracht *Presentie en Zorg*, van 2007 – 2012 aan de Faculteit Geesteswetenschappen van de Universiteit van Tilburg en van 2012-2015 had hij dezelfde leeropdracht aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Hij is tevens hoogleraar aan de North-West University in Zuid-Afrika. Sinds 2007 werkt hij met en vanuit de Stichting Presentie. Hij is geestelijk vader van de presentietheorie. Voor een overzicht van zijn publicaties zie www.andriesbaart.nl.

Verantwoording

Deze tekst is gebruikt voor een besloten lezing en gedachtewisseling op 23 augustus 2016 in Zandvoort voor uiteenlopende bestuurders, toezichthouders en anderen in en rond de verpleeg(huis)zorg; de uitnodiging ging uit van Anja Schouten (RvB Zorgbalans), Laurent de Vries (RvB Viattence) en Andries Baart (Stichting en Leerstoel Presentie).

Ik dank voor hun meedenken over en commentaar op een eerdere versie van deze tekst Frans Vosman, Monique de Bree, Marjanneke Ouwkerk en Elly Beurskens. Wat er nu nog aan fouten in staat, is te wijten aan mijn eigen sufheid.



www.presentie.nl en www.andriesbaart.nl