

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. Doolaad  
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

# redactioneel

“Het contrasterend afgetekend zijn van karakteristieke trekken.” Mooie omschrijving vind ik dat. Van Dale geeft ‘m als één van de betekenissen van het woordje *reliëf*. Precies dat bleef bij mij hangen van het afgelopen Reliëf-congres: karakteristieke trekken van goede zorg, contrasterend afgetekend. Dat laatste is nodig, omdat het begrip *zorg*, van huis uit zo’n rijk en kostbaar woord, onrustbarend is uitgehold. Zorgzaamheid, bezorgdheid, aandacht, toewijding, inzet en nog meer komen erin samen (over zorgethiek gesproken, deze *Zin in Zorg* is er vol van). Toch hebben we dit hoge woord laten degraderen tot een technische term voor alle handelingen, verrichtingen en voorzieningen in zorginstellingen.

Geen wonder dat er nogal wat vervlakking volgde. Zorgland werd platland, zorgtaal werd turbotaal. Alsof zorg in dit land niet meer is dan een verzameling logistieke processen waarbij zorgconsumenten vraaggestuurd, oplossingsgericht en efficiencygekort langs gecertificeerde productieketens worden gevoerd.

Doe en praat toch niet zo plat, riepen Annelies van Heijst en Andries Baart het congres toe. Juist in de zorg kun je toch beter weten! Wordt weer trots op de taal die daar gangbaar was, totdat zorgland werd bezet door vreemde machten. Oefen je weer in taal die het hart verwarmt, die ook aansluit bij de motivatie waarmee zorgverleners voor dit werk gekozen hebben. Laat zorgpraktijken niet deva-lueren tot productieprocessen. Jaag je zorgverleners niet de deur uit, en de *burn-out* in, door ze naar zo’n zorgvreemd land te verbannen

waar alles van waarde gereduceerd wordt tot wat het kost. Natuurlijk moet zorg ook betaald worden en betaalbaar blijven. Cijfers en getallen zijn belangrijk, maar dan in de sfeer van midde-len. Maar laten we niet doen alsof een zorginstelling die zijn produc-tieplannen haalt daarmee tegelijk ook zijn doelen heeft gerealiseerd. Voor dat laatste komt nog heel wat méér kijken. Kernwoorden uit de christelijke traditie passen veel beter bij de doe-len van zorg dan die vreemde talen van management en economie die het in zorginstellingen zomaar voor het zeggen hebben gekre-gen. Voor mij was dat de even kostbare als tegendraadse kern van dit congres. Voorzitter Arie Kars deed er nog een schepje bovenop: Zorgnederland is nog niet van ons af. *Reliëf* zal zich laten horen, overal waar verplattung van de zorg dreigt. Deze *Zin in Zorg* is nog warm van het congres. En verder moesten we als redactie afscheid nemen van dr. Eric Corsius, die met zijn scherpe oog voor reliëf nogal wat contrasterende, karakteristieke trekken aan *Zin in Zorg* heeft bijgedragen. Bedankt! En welkom aan Annemieke Beekers. Na inrichtingswerk, maatschappelijk werk en een studie theologie is ze nu werkzaam bij Vizier, voor dienstverle-ning aan mensen met een verstandelijke handicap. De column in dit nummer is van haar hand.

Henk Veltkamp

## Wiesje

“Het was weer poppenkast vanmorgen”, ver-telt Wiesje hoofdschuddend.

‘Poppenkast’ is haar benaming voor een aanvaring met de begeleiding. Wiesje heeft al heel wat slagen moeten winnen. Ze woont al een eeuwigheid in de verstandelijk gehandi-captenzorg. Ooit is ze geplaatst bij de zusters in het klooster van het oude Maria Roepaan – ze was toen nog klein. Wiesje is nu op leeftijd; hoe oud ze is mag niemand weten. Daartoe verft ze trouw haar haren. Noem haar ook geen Wies want dat vindt zij echt niet klinken. In haar fotoboek zie je haar nog samen met de zusters. “Ja hoor, ze waren lief”, zegt ze geruststellend. Ze mocht meehelpen met de zusters. Trots vertelt ze: “Bij de bedkinderen de handdoeken en de washandjes vouwen. Ik kan ook goed de waszakken wegbrengen.”

Nog steeds is er geen waszak veilig voor haar. Voor je het weet gaat ze er mee op sjouw. Met aan de ene hand de waszak over de rug vast-houdend en de andere hand aan de rollator. Haar nekervels zijn versleten en vaak heeft ze erge hoofdpijn.

Wiesje is goed in staat mensen voor zich te winnen. Ze is in haar element als ze je wat kan geven, een snoepje of een koekje. Ze is blij met elk bezoek. Wekelijks probeer ik haar te bezoeken. Het liefst wil ze dat ik haar voorlees uit Jip en Janneke. Als Jip en Janneke zich weer eens in de nesten hebben gewerkt dan roept ze elke keer angstig en verschrikt: “Wat nou?” Er is duidelijke opluchting voelbaar als de moeder, God zij dank, niet boos wordt. Ook volgt ze de hond Takkie met spanning. “Arme Takkie”, zegt ze steevast. Het moet wat zijn om je leven lang in afhankelijkheid te leven. Afhankelijk van de verzorging van anderen

maar ook wat betreft je welzijn. Wiesje heeft de tijd nog meegemaakt dat ze niet zelf haar ontbijt mocht kiezen. Ook die slag heeft ze moeten winnen, de keuze te mogen maken: brood of pap. Aan het eind van mijn bezoek bidden we samen. Ze bidt trouw: “Voor de bedkinderen, de begeleiding, de zieke mensen en de mensen in de hemel.” Ook mijn men-sen noemt ze bij naam. Tot slot: “Dat je maar veilig thuis mag komen en morgen weer veilig terug.” We eindigen met elkaar te zegenen. Een kruisje op haar voorhoofd, met de zegen van onze lieve Heer. Sinds ik in het begin heb gezegd dat ik het kruisje ook wel terug wil, komt haar zachte hand naar mijn gezicht en volgt het kruisje voor mij. Als twee gezegende vrouwen vervolgen we dan weer onze weg.

Annemieke Beekers





## Casella

Door haar fascinerende hanger kom ik met Lies Laumans in gesprek. De hanger die Lies draagt, vormt het symbool van Casella. Casella is een nieuwe leefvorm van de Zusters Augustinessen van St. Monica. Het is ontstaan vanuit het verlangen naar een meer open gemeenschapsleven en vanuit het verlangen dat de jongere zusters verder wilden en niet wilden afbouwen. Zo ontstond een religieus gemeenschapsleven, met zowel religieuzen als niet religieuzen. De laatste groep sluit zich in eerste instantie voor een jaar aan. Het is niet de intentie van het project om een nieuwe toestroom van zusters te creëren. Het gaat om een uitwisseling tussen twee werelden en om het voortzetten van het werk op Meisjesstad. Meisjesstad is de opvang voor dakloze vrouwen en kinderen die tijdelijk onderdak vinden bij de zusters Augustinessen. Lies Laumans werd geraakt door de verhalen van zusters Augustinessen en maakte enige tijd deel uit van Casella. Later stuurde ze mij deze e-mail:

“De hanger van Casella is gemaakt door mijn moeder. Mijn moeder doet als hobby aan edelsmeden en deze hobby is iets uit de hand gelopen :-). J. Casella wilde graag een eigen hanger hebben en die moest bescheiden zijn, maar toch ook opvallen. In die zin opvallen dat mensen er naar gaan vragen en dan zouden wij ook iets te vertellen moeten hebben over de achtergrond van de hanger. Op die manier krijg je ook ontmoeting.

In het midden van de hanger zit het hart; het hart als symbool van Augustinus, maar ook ons hart. Je in jouw hart laten raken. De stralen die in de hanger zijn gemaakt, symboliseren dat. Ze gaan naar het hart toe, maar ook van het hart uit. Het is dus een over en weer betekenis, geven en ontvangen, stralen en uitstralen. Om het hart heen is een open huisje gemaakt dat symbool staat voor Casella en dat we open willen staan voor de Ander en voor anderen.

Het samenwonen, werken en bidden hebben mij enorm verrijkt en ik heb mezelf ook kunnen verdiepen in mijn eigen geloof. Omdat ik Casella en haar gedachtegoed verder wil blijven steunen en uitdragen, ben ik sinds mijn vertrek lid van de kerngroep. Daarom draag ik de hanger van Casella en dat doe ik met veel plezier en trots. De tijd in deze gemeenschap is mij dierbaar en de mensen binnen de gemeenschap zijn mij dierbaar en door het dragen van de hanger kan ik dat uitdragen.”

Een intrigerende ontmoeting. Ik ben onder de indruk.

*Frits Mertens*

*Casella 'een huisje langs de weg', Waterstraat 2, 3511BW Utrecht, tel. 030 – 2430538 of [Casella@zustersaugustinessen.nl](mailto:Casella@zustersaugustinessen.nl); [www.leefgemeenschappen.nl/casella](http://www.leefgemeenschappen.nl/casella).*

# 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, cultuurbëinvloeding 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 roloppvatting 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 verlooehenen, 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.relief.nl](http://www.relief.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 fundamenteleler 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

## VERENIGINGSNIEUWS

In onze vorige editie maakten we melding van onze brief aan de minister van VWS in reactie op de Beleidsagenda 2005 van het ministerie van VWS. Nog voor het einde van 2004 ontvingen we een reactie van minister Hoogervorst. Uit deze reactie een paar punten:

Hoogervorst ziet een sterk, ondernemend particulier initiatief als deel van de oplossing om goede kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg te handhaven in weerwil van toenemend beroep op zorg en kostenstijgingen. Hij deelt onze positieve waardering voor ouderenzorg die uitging en uitgaat van levensbeschouwelijke inspiratie. De rol van de overheid moet z.i. worden teruggedrongen tot het bepalen van spelregels in zaken als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De minister deelt de kritiek niet die Reliëf heeft op het gebruik van de term 'kritische zorgconsument' Hoewel hij onze zorgen begrijpt over de negatieve associaties die de term bij velen van ons oproept, blijft hij vasthouden aan zijn omschrijving. Kritische consumenten zijn "bekwame gebruikers van zorg die gepast omgaan met gebruik van zorg en wier oordeel over de kwaliteit van de zorg die zorgaanbieders en -verzekeraars zeer serieus moeten nemen".

Als reactie op ons pleidooi voor een wettelijke borging en verankering voor geestelijke verzorging zegde Hoogervorst toe dat zijn ministerie de huidige en toekomstige wet en regelgeving zal bekijken om te bezien of deze voldoende basis bieden voor een goed antwoord op deze vraag. Deze discussie wordt dus vervolgd.

Een afschrift van de brief van minis-

ter Hoogervorst te op te vragen bij het bureau van Reliëf.

### **Sterrenbergconferentie**

In deze editie veel aandacht voor de bijeenkomsten van Reliëf in het eerste kwartaal van dit jaar. Op 20 januari vond in Den Bosch de 5e Sterrenbergconferentie plaats met als thema Geestelijke Verzorging: spel of speelbal. Hans Hillen, voorzitter van het College voor Zorgverzekeringen, was hoofdspreker. Meer hierover op pagina 20.

### **Geloven in wat je doet**

Op 2 februari presenteerden wij het boek *Geloven in wat je doet, identiteit en katholieke traditie* in het prachtige stiltecentrum van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam. Indrukwekkend was de inleiding van de heer Ton Kassing over de wijze waarop de Onze Lieve Vrouwe Kapel ongeveer twee jaar geleden tot stand kon komen. Het was een helder voorbeeld van 'geloven in wat je doet' en het committent dat je daarmee blijkbaar genereert! Emile Lohman, de huidige voorzitter van de Raad van bestuur van het OLVG, vertelde in een persoonlijk verhaal wat spiritualiteit doet met mensen en welke waarden hij met spiritualiteit verbindt. Luc Löwenthal verzorgde samen met twee jonge musici muzikale intermezzo's en liet de aanwezigen aan het eind van de bijeenkomst zelfs het genoegen van samen zingen smaken! Meer hierover op pagina 14.

### **CIO-G conferentie**

Een dag later was de voorzitter van Reliëf, Arie Kars, een van de sprekers op een conferentie van het CIO-G (interkerkelijk contact in overheidszaken – gezondheidszorg) in het Landelijk Protestants Dienstencentrum in Utrecht. De

inleiding van de heer Kars vindt u terug op onze geheel vernieuwde website [www.reliëf.nl](http://www.reliëf.nl). Meer hierover op pagina 20.

### **Overleg met het ministerie over WMO**

In februari 2005 sprake een delegatie van de Raad van Kerken in Nederland met de top van het ministerie van VWS over het Wetsvoorstel Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De directeur van Reliëf, Paul van Mansum was bij dat overleg aanwezig.

Van Mansum: "De topambtenaren zijn er van overtuigd dat de WMO positief bijdraagt aan het versterken van sociale structuren op lokaal niveau. Zij zien grote kansen voor de kerken hun maatschappelijke positie beter te profileren. Waar wij vooral kijken naar de gevolgen voor zorgvragers in een kwetsbare positie, zien de beleidsmakers vooral de brede doelstelling van de WMO: een instrument om de civil society te versterken. Op mijn pleidooi oog te hebben voor geestelijke verzorging, ook in extramuraal zorg kwam als antwoord dat de zelfstandig wonende oudere daar in eerste instantie zelf verantwoordelijkheid voor draagt. Ik vroeg me hardop af of men een idee heeft hoeveel procent van deze doelgroep (nog) een band heeft met een kerk of kerkgenootschap. Het zou goed zijn wanneer dit aspect wordt meegenomen bij de beoogde pilotprojecten rond de WMO.

# We zijn toch op de wereld om mekaar...

M.-Paul van Mansum, directeur van Reliëf

**“Bent u uit de kleine kinderen? Waarom dan nog premie betalen voor kraamzorg?”**

**“U hebt inmiddels een kunstgebit? Gooi die tandarts er toch uit!”**

En wat te denken van: “Wij hebben geen wachtlijsten!” Ieder uur praten verzekeraars ons op de radio onverbloemd egoïsme aan: Je bent gek om nog langer mee te betalen aan andermans risico. Natuurlijk noem je dat geen egoïsme, want dat scoort niet in een reclameboodschap. Nee, er wordt een beroep gedaan op ons gezond verstand om op grond daarvan niet solidair te zijn met ongezonde vreemde of minder gelukkige medemensen...

’t Lijkt een paradox. Bij een tsunami trekken we gul het giroboek en vestigen een nationaal record fondswerving. En tegelijk vinden velen CAO's en collectieve pensioenen niet meer van deze tijd: je kan je eigen arbeidsvoorwaarden toch veel beter zelf regelen? Als je kinderloos wilt blijven, waarom zou je dan meebetalen aan kinderopvang of aan jeugdzorg. Maar als je afhankelijk wordt, ben je waarschijnlijk maar al te blij met jonge mensen, die voor een zorgberoep hebben gekozen. En jonge mensen die vergeten zijn dat vroeger anderen meebetaalden aan de dekking van de kraamzorg, betitelen nu de babyboomers als de meest verwend generatie ooit, die alleen maar aan hun pensioenen denken ten koste van de kansen van jongeren. Er ontstaat een vreemde koehandel in solidariteit. In het Museumplein-akkoord worden afspraken over basisvoorzieningen als WAO, bijstand en werkloosheidsuitkeringen ingeruild voor afspraken over prepensioenen en levensloopregelingen. De WMO roept ons op eigen ver-

antwoordelijkheid te nemen. Vóór we gebruik mogen gaan maken van thuiszorg moeten we eerst kijken of we mantelzorgers kunnen inschakelen als ‘voorliggende voorziening’ (nooit gedacht dat ik mijn vrouw zo zou moeten benoemen, maar dat terzijde). En tegelijkertijd versralen de maatschappelijke condities voor mantelzorg. “Mantelzorg, mantelzorg, mantelzorg!” contrasteert met “Werk, werk, werk”. En dit kabinet komt met wetsvoorstellen die mogelijkheden om mantelzorg te kunnen bieden nog verder beknotten.

Het begrip solidariteit in de zorg heeft twee polen: 1) je verantwoordelijk weten voor de nood van de ander en 2) je verantwoordelijkheid nemen voor je eigen gezondheid. Deze polen moeten in balans zijn. Demografische ontwikkelingen hebben inmiddels geleid tot zeer hoge kosten in de gezondheidszorg. Om deze kosten beheersbaar te houden, verschuift de balans van 1 naar 2. Kijk eerst maar hoe je je problemen zelf oplost! Als correctie op een vanzelfsprekende consumptie mentaliteit kan ik me die verschuiving goed voorstellen. Maar we slaan door als we mensen op hun eigen verantwoordelijkheid wijzen op momenten dat ze echt een helpende hand nodig hebben. Het omzien naar elkaar, gebaseerd op de christelijke waarden, aangereikt vanuit de evangelische opdracht de naaste lief te hebben als jezelf. Daar wil ik graag voor blijven vechten. We zijn toch op de wereld om mekaar, om mekaar - te helpen, nietwaar? Of komt ‘omzien naar elkaar’ straks in een ‘aanvullend verzekeringspakket’ en zo ja, wie bepaalt dan de prijs?

Er zijn christelijke zorgverzekeraars die zich profileren met een beperkter verzekerd pakket dan hun collega's. Soms hoop ik wel eens op een verzekeraar die zijn christelijke identiteit zichtbaar maakt door juist méér te vragen, en dat extra geld inzet als blijk van solidariteit met al die mensen, die ons welvaartsniveau helaas niet bereikt hebben.

“Verzekeraars praten ons onverbloemd egoïsme aan.”





## Luisteren in je leunstoel

In 1997 werd ze besmet met het voorleesvirus. Ze liep het op in Duitsland in een revalidatiekliniek. Zo opent José Franssen het handboek *Luisteren in je leunstoel*. *Handboek voorlezen aan ouderen*. 400 pagina's vol tips, overwegingen, adviezen, voorbeelden en reacties over hoe het voorlezen van verhalen en gedichten een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van het leven van ouderen in een zorginstelling. Het handboek is het resultaat van vijf jaar lang experimenteren in Limburg: in een klein zorgcentrum (St. Jan Baptist) in het dorp Swalmen, een grotere instelling (de Molenhof) in de stad Maastricht en voorleesprojecten aan thuiswonende ouderen in de westelijke mijnstreek.

Het handboek gaat over voorlezen aan en organiseren van voorleesactiviteiten voor (zorg)behoefte ouderen in zorgcentra, verpleeghuizen en het eigen huis. Het voorlezen kan individueel en in groepen gebeuren. De voorlezers, in veel situaties vrijwilligers, vormen de spil van het hele gebeuren. Daarom is dit boek geschreven voor zowel de voorlezers als degenen die de voor-

lezers begeleiden en ondersteunen: activiteitenbegeleiders en...bibliothecarissen.

### Opzet

Deel 1 gaat over het voorlezen zelf: de magie van het verhaal en hoe voorlezen herinneringen wakker roept. Voorlezen is een reminiscentieactiviteit. Ook technische aanwijzingen h oe voor te lezen. Het is een deskundigheid! In dit hoofdstuk is veel te leren over aandachtspunten bij het voorlezen van teksten.

Deel 2 gaat over de organisatie van het voorlezen. Het begint met enthousiasme. Onmisbaar is vervolgens het vinden van draagvlak en een goede werving van voorlezers. Ook kan het niet zonder een zorgvuldige organisatie van de activiteit  n scholing en begeleiding van de voorlezers.

Het derde deel toont een goedgevulde 'schatkist' van voorleesteksten, gerangschikt op thema (bijv. seizoenen, feesten, dieren, eten) of geschikte voorleesboeken per provincie!

In bijlagen staan concrete voorbeelden van projectbeschrijvingen, het aanvragen voor projectsubsidie,

voorbeeldcontracten, bouwstenen voor de scholing en enkele artikelen die over het project zijn verschenen.

### Doelstelling

Met dit uitvoerige handboek wil José Franssen duidelijk maken dat voorlezen veel méer kan zijn dan zomaar een activiteit. Het moet gekoppeld worden aan het (laten) vertellen van levensverhalen van ouderen. Als dat lukt, werkt deze activiteit door op alle niveaus in de zorginstelling en levert dat volgens Franssen een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven in de zorginstellingen. Daarmee wordt duidelijk dat het creëren en het instandhouden van een draagvlak voor het voorlezen voortdurend aandacht behoeft. Vandaar de zorgvuldige werkwijze die wordt voorgesteld en beschreven. Achtergrond van deze zorgvuldige werkwijze is het besef dat er voortdurend goed moet worden afgestemd met de ouderen voor wie het voorlezen is bedoeld.

Het is niet z omaar een aardig uurtje vullen. Er zit visie achter: op ouderen, op de inhoud van de zorg. Aandacht voor het levensverhaal van ouderen is een wezenlijk

> **Sasja Martel, *Sterk als de dood. Sterven en rouw in joods perspectief*. Delft: Eburon 2004. Isbn 9059720407. 368 p. € 39,90.**

Een studie over de rijke joodse rituelen rondom sterven en rouw. De goede zorg rondom het sterven, zowel voor de stervende alsook voor de rouwenden staat hierbij centraal. De dragende concepten die achter de wetten (halacha) schuil gaan worden nader onderzocht. Door voorbeelden uit de joodse geschriften wordt de joodse visie op sterven en rouw onderbouwd. De hoofdstukken worden afgesloten met een opsomming van voorbeelden uit de praktijk. Het geïntegreerde aanbod van theorie en praktijk in deze studie daagt de lezer uit om zelf op onderzoek te gaan naar de samenhang van theorie en praktijk in het eigen handelen rondom sterven en dood. (AB)

> **Marinus van den Berg, *Warme zorg, warme woorden*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. Isbn 905322700x. 96 p. € 13,50.**

Dit geschenkboek wil, door warme woorden te gebruiken, de kracht van de taal laten blijken. Korte stukjes en gedichten die tot voeding kunnen zijn voor de mensen die zich inzetten om te zorgen voor anderen. Ondersteunende woorden voor mensen die werken in de zorg; of het nu verzorgenden, verpleegkundigen, artsen of vrijwilligers zijn. Er spreekt erkenning uit voor de huidige inzet. Dit boekje stimuleert om te staan voor goede zorg. Door contact te maken met de persoon waar je voor zorgt, ontstaat er betrokkenheid. Je investeert veel van je zelf, zorg daarom ook goed voor jezelf door tijd te nemen om op verhaal te komen. (Marianne Waling-Huijsen)



communicatiemiddel in zorg aan ouderen en het belang van luisteren naar en werken met verhalen uit het leven van ouderen is groot. Een visie die ook Reliëf onderkent en uitdraagt. Belangrijk is dus dat door de keuze van teksten aansluiting wordt gevonden met de huidige leef- en belevingswereld van de ouderen. Volgens Franssen gaat het er in deze activiteit om het versterken van de identiteit van de oudere. Deze activiteit valt dus binnen de bredere stroom van de belevingsgerichte zorg, waarbij elke medewerker aandacht zou moeten hebben voor het levensverhaal van ouderen.

#### Overweging

Het is een enthousiast gebracht boek. Op vrijwel elke pagina is het plezier te bespeuren dat er is geweest om zó met ouderen onderweg te zijn. Tot in de kleinste details wordt het gevolgde proces beschreven, met de geslaagde én moeilijke momenten. Talloze citaten tref je aan van vrijwilligers, beroepskrachten en ouderen die verslag doen van hun belevenissen. Dat spreekt me aan, maar schrikt me ook af. Wie dit handboek leest, weet precies wat er te doen valt en hóe het te doen is. Je leest hoeveel voldoe-

ning en plezier dit voorlezen biedt. Hoe het alle betrokkenen ráákt. Hoe het (dementerende) mensen rust biedt, een glimlach bij ouderen op het gezicht tovert of herinneringen wakker roept. De effecten zijn op vele wijzen zichtbaar, voor ouderen én zij die meedoen. Wat goed als er zúlke momenten in de zorg zijn! Tegelijk zou het vele werk rond het voorlezen kunnen afschrikken. Het signaal is immers helder: voorlezen is veel méér dan een leuke activiteit tussendoor. Maar wie gaat in een zorgcentrum een dergelijk traject 'trekken'? Wie neemt of heeft hiervoor tijd? De vele effecten die Franssen opsomt (vooral in hoofdstuk 3 druipt het ervan af) moeten nog maar blijken als je begint. Hoe zoveel vrijwilligers enthousiast krijgen en opsporen? Moet het zó uitvoerig of kan het ook met minder toe? Is het echt te integreren in de structuur van de organisatie als vaste activiteit? Of wordt het toch mede door dit handboek gezien als een uit de hand gelopen hobby van enkele enthousiastelingen, die – als ze dat willen – wel iets mogen proberen? Zonder echt draagvlak is echter het risico groot dat het project na verloop van tijd strandt. Het creëren van goede voorwaarden – een rustige plek, halen en brengen

van ouderen, inpassen in het totaal van activiteiten, subsidiegelden – is niet eenvoudig. Dit handboek wil ieder die twijfelt over de drempel helpen: alles ligt kant en klaar, zowel de inhoud van het voorlezen als de organisatie van een dergelijke activiteit. Als het aan José Franssen ligt, verspreidt het virus zich over heel Nederland. Ik zou het mét haar wensen, maar ben bang dat momenteel andere virussen - als bezuinigingen en ervaren werkdruk – dit virus op veel plaatsen nog buiten de deur houdt. Wat mij betreft de uitnodiging om weinig weerstand te hebben en je te laten besmetten....!

*Wout Huizing*

***N.a.v. José Franssen, Luisteren in je leunstoel. Handboek voorlezen aan ouderen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Isbn 9031341347. 400 pag. Prijs: € 37,50.***

*Drs. W. Huizing is stafmedewerker van Reliëf en ontwikkelt samen met drs. T. Tromp een levensboekmethode, die in de loop van 2005 zal worden geïmplementeerd in 9 verzorgingshuizen.*

> **J.A. van Belzen, *Religie, melancholie en zelf. Een historische en psychologische studie over een psychiatrisch ego-document uit de negentiende eeuw.* Kampen: Kok 2004. Isbn 9043510114. 498 p. € 39,90.**

Een lijvige studie over het bekeringsverhaal dat Mw. Reinsberg-Ypes in 1898 publiceerde. Zij werd met psychiatrische klachten opgenomen in het Ermelose Veldwijk en werd daar, naar eigen zeggen, genezen door de krachtadige werking Gods. Met behulp van moderne psychiatrische theorievorming geeft Van Belzen een duiding van wat er nu echt met mw. Reinsberg aan de hand was en van haar bekering. Geneest de Heilige Geest mensen van persoonlijkheidsstoornissen, of biedt de religie een kader waardoor zij haar stoornis kan hanteren? Een fascinerende studie, die leest als een roman. (TT)

> **Cora van der Kooij, *Een glimlach in het voorbijgaan. De ervarings- en belevingswereld van verzorgenden in zingevend perspectief.* Deel 1 uit de serie Voor het hart in de zorg. Utrecht: 2004. Isbn 908091651x. 192 p.**

Cora van der Kooij, bekend van haar proefschrift *Gewoon lief zijn*, geeft in dit boek een beschrijving van belevingsgerichte zorg in de praktijk, gericht op verzorgenden. Ook in dit boek onderstreept Van der Kooij dat verzorgenden doorgaans heel goed weten wat goede zorg is. Haar kernconcept is 'zingevende zorg', dat wil zeggen, zorg die eraan bijdraagt dat mensen die van verzorging afhankelijk zijn meer zin hebben in de dag en in het leven doordat zij op aardige en vakbekwame verzorgenden kunnen rekenen. Goed leesbaar, praktisch, fraai vormgegeven. (TT)

## Reportage: Een tweetal conferenties



### AAN DE WIND

Wybe Dijk

*Geestelijke verzorging in beeld*

**Het jaar 2005 begon goed en scherp met een tweetal, druk bezochte conferenties over geestelijke verzorging. Wybe Dijk was bij beide conferenties aanwezig en deelt met u zijn impressie.**

Onder grote publieke belangstelling vertelden coryfeeën hun verhaal. Er werd volop gediscussieerd. Soms leek het erop dat er om handtekeningen gevraagd werd, zo dromde men in de wandelgangen samen om deze of gene. Na jaren van onopvallende windstilte was daar opeens die grote toeloop.

#### **Geestelijke verzorging: spil of speelbal?**

Neem nu de Vijfde Sterrenbergconferentie. Op 20 januari in Den Bosch. De keuze voor de locatie weerspiegelt het nieuwe Reliëf: nu niet in de naamgevende locatie Sterrenberg van Abrona in Huis ter Heide, maar zuidelijker dan ooit, in La Gare in de hoofdstad van Noord-Brabant. Over de toekomst van de geestelijke verzorging ging het. In het voorbereidend paper werden twee mogelijke toekomstscenario's gepresenteerd.

In het ene komt de geestelijke verzorging gaandeweg de komende jaren steeds beter op de kaart te staan. De roep om adequate en ruimhartige geestelijke verzorging zal toenemen, want iedereen is doordrongen van noodzaak, nut en effect ervan. Overheid en bestuurders krijgen steeds beter in de gaten dat ze verwaarlozing op dit terrein niet kunnen uitleggen aan de patiënten, cliënten en bewoners. Er komt dus meer geld op tafel om dit specialisme in een op de vraag aansluitend aan-

bod te borgen. Geen enkele zorginstelling kan straks van geestelijke verzorging een sluitpost maken.

In het andere scenario, getiteld 'De Wrede Samenleving', komt er van dat alles niets terecht. Zeker, ook dan hoeft niemand meer overtuigd te worden van wat geestelijke verzorging aan meerwaarde in de zorg inbrengt. Maar de wrede samenleving slokt zoveel geld op voor beveiliging, terreurbestrijding en wederopbouw dat alle goede woorden en voornemens niet meer dan lucht en leegte blijken te zijn. Men heeft straks volledig z'n bekost van alles wat naar religie riekt, want religie heeft zich dan meer dan ooit laten kennen als een splijtzwam en een bron van fanatisme en meedogenloos geweld. En hoe je het ook wendt of keert, geestelijke verzorging en religie worden gepercipieerd als twee handen op een buik.

Het was dus genieten in Den Bosch. Alleen, over de toekomst lieten de sprekers zich niet allemaal even helder uit. Want wie voor schetsen van geestelijke verzorging in het jaar 2010 was gekomen, moest even omschakelen. Maar de verhalen waren er niet minder om. Hans Hillen – voorzitter van het College voor Zorgverzekeringen – was deze middag de hoofdspreker. Indringend onderhield hij ons over het gevaar van de teloorgang van de essentie van de zorg. Zijn openingszet hakte erin: hoe is >>

het toch mogelijk dat het onze generaties gelukt is om niets maar dan ook niets meer door te geven aan volgende generaties? Gedachtegoed dat ertoe doet, verhalen die verhelderen, ideologie die inspireert, niets daarvan hebben wij overgedragen. Het bleef ook haken omdat hij dit zei over zijn eigen generatie, en daarmee dus ook over mij. En de schrik sloeg me om het hart toen hij op een van de gevolgen van zulke nalatigheid wees: hij voerde een staatssecretaris sprekend in die in enig relevant verband gezegd zou hebben: 'Godsdienst is niet meer van deze tijd'. Zulke tegenwind vitaliseert en maakt alert. Wat verder bij mij bleef haken was wat de voorzitter van de VGVZ zei over verdergaande professionalisering van het vak. In de wandelgangen viel te vernemen dat hier en daar de indruk bestond dat de beroepsgroep zich weliswaar sterk ontwikkelt, maar dat ze dat vooral intern doet, zonder zich te verstaan met, en te verhouden tot andere schippers op het meer. Dat geeft te denken.

### **Kerkelijke presentie in de zorgketen**

Dat vormt een passend bruggetje naar de tweede conferentie waarover het hier even moet gaan. Op donderdag 3 februari belegde het CIO-G (Interkerkelijk Contact in Overheidszaken, afdeling gezondheidszorg) een conferentie over de presentie van de kerk in de zorg. De boodschap die in het Protestants Dienstencentrum in Utrecht klonk, was kort en goed: meer kerk in de zorg! De rooms-katholieke hoogleraar Geestelijke Verzorging Van Iersel, die ook namens de bisschop referent categoriaal pastoraat sprak, vroeg zich af of de geestelijke verzorging werkelijk denkt wel te varen bij een naar binnen gekeerde houding. Ook andere sprekers daagden de geestelijk verzorger uit: kom tevoorschijn, laat je horen in het gekrakeel in de zorg, vertel verhalen die ertoe doen. En verwaarloos de liturgische vieringen niet als plek waar het hart van de zorginstelling klopt.

Vanuit de conferentie kwam één boodschap aan bestuurders wel heel expliciet naar voren: laat je niet ringeloren door drempels en hobbels, laat je niet van de wijs en van je idealen brengen door regelgeving en – veelal slechts vermoedelijke – onmogelijkheden. Het project zoals dat in de ouderen- en thuiszorg in Utrecht is uitgewerkt tussen instelling en kerken, niet alleen gericht op de intramurale zorg, oogste bewondering. Er was veel vraag naar meer informatie. Want uit dat project, neergezet door Marie Antoinette Bäckes, bestuursvoorzitter van de nieuwe fusieorganisatie voor ouderenzorg Aveant, en Yvon Grul, stafmedewerker, blijkt dat er heel veel kan. Niet de belemmeringen en tegenwind bepalen het beleid, maar de visie en de overtuiging waarmee de plannen gebracht worden. Je krijgt zelfs de indruk dat de tegenwind er juist nog meer de vaart in brengt. Geestelijke verzorging vaart scherp aan de

wind op dit moment. Daarbij helpen opmerkingen als: 'de Kwaliteitswet Zorginstellingen vergt veel geld om royale en passende geestelijke verzorging te borgen voor iedereen die van het (intra- semi-, extra-, transmuraal) zorgaanbod gebruik maakt'. Of: 'Een territoriale werkverdeling tussen geestelijk verzorgers is principieel in strijd met de wetgeving en met de wens van de patiënt'. En: 'Geestelijke verzorging is een verschijningsvorm van herderschap'. Van Iersel bracht met deze en dergelijke opmerkingen veel deining teweeg.

### **Boeken**

In dit kader wijs ik graag nog op twee uitgaven. In de maak is het losbladige *Handboek Cliënt en Medezeggenschap in de gezondheidszorg*. De uitgever Bohn Stafleu van Loghum zegt daarover: "Dit Handboek Cliënt en Medezeggenschap is een complete informatiebron. Het handboek behandelt uitgebreid de praktische uitvoering/toelichting van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen." Het handboek bevat een hoofdstuk over geestelijke verzorging en medezeggenschap. Centraal daarin staat het juridische gegeven dat ingrijpende wijzigingen in het beleid ten aanzien van geestelijke verzorging vallen onder het verzwaard adviesrecht. Dit adviesrecht kan voorkomen dat het generaties lang opgebouwde beleid van geïntegreerde geestelijke verzorging in een tijdsbestek van enkele maanden tijd overboord gezet wordt. – interim-managers hebben in dat opzicht een slechte naam opgebouwd in Nederland. Cliëntenraden, patiëntenraden en familieraden hebben hun sporen in deze vijver her en der zeker verdiend.

Op stapel staat ook de *Camillus-almanak*, een initiatief van het Landelijk Platform Kerk & Zorg. In dat Platform komen samen: de VGVZ, de RKK, twee PKN-afdelingen, het CIO-G en Reliëf. Het Platform doet aan Zorgberaad (wat speelt er op dit moment op macroniveau), Zorginformatie (de almanak) en Zorgmonitoring (handhaving van de verschillende wetsartikelen en van de Beroepsstandaard voor de Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen).

De *Camillus-almanak* bevat een schat aan relevante informatie over geestelijke verzorging, over het profiel, de opleidingen, over werving en selectie, over de kerkelijke zending en andere typische termen die in dit grensgebied gebezigd worden, en over bio-ethische kwesties. Alle zorginstellingen in ons land worden genoemd; van een aantal worden nadere gegevens wat betreft identiteit en geestelijke verzorging vermeld.

*Drs. W.J. Dijk is stafmedewerker bij Reliëf*

*Kijk voor de volledige toespraken van beide conferenties op de website van Reliëf: [www.relief.nl](http://www.relief.nl).*



# GELOVEN IN WAT JE DOET

Carlo Leget

## *Werk maken van identiteit*

**Op 2 februari j.l. presenteerde de werkgroep Kerk en Gezondheid het boekje *Geloven in wat je doet*. Het boekje geeft handvatten om de levensbeschouwelijke identiteit in zorginstellingen concreet en voelbaar te maken.**

De levensbeschouwelijke identiteit van een instelling komt op verschillende manieren tot uiting. Het zit in de omgang met elkaar, in alledaagse dingen, in geuren en kleuren. Geloven (of niet geloven) zit al in wat je doet. Het komt erop aan om je daarvan bewust te worden. Die bewustwording kan motiverend en inspirerend werken, zodat je ook werkelijk gaat geloven in wat je doet. Bij dat proces wil dit boekje een hulpmiddel zijn en concrete handvatten bieden.

### **Het zit overal in**

Om de veelkleurigheid van identiteit in kaart te brengen, op een systematische wijze, maken we onderscheid tussen vier dimensies. Allereerst de taal. Taal is belangrijk voor onze waarneming van de werkelijkheid. Het maakt uit of je iemand 'patiënt' noemt, of 'cliënt' of 'bewoner': het richt je aandacht, het richt je verwachtingen en je manier van omgaan de ander. Taal is een uitdrukking van wie of wat je bent. Daarom praat minister Donner anders dan rapper Def P.

De tweede dimensie betreft onze intenties. Waar zijn we op gericht? Wat willen we bereiken? Zijn we primair aan het overleven als instelling? Of willen we ons marktaandeel vergroten? Of zijn we voor alles belichaming van Gods barmhartigheid die het beste wil voor 'de minste der mijnen.' Onze intenties en de taal waarin we ons uitdrukken zijn met elkaar verweven. De derde dimensie is die van het doen. Wat brengen we er feitelijk van terecht? Het *mission statement* van een bepaald ziekenhuis spreekt van een 'professionele, respectvolle en mensgerichte houding' van de medewerkers. Mooie taal, een mooie intentie, maar wat wordt hiervan waargemaakt? Is de beleden identiteit ook de geleefde identiteit? De vierde dimensie is gaat over het gevoel, het emotionele, de beleving. Denk hierbij aan de werksfeer, de ruimte, de kleuren, de kleding, kortom: al die dimensies waar je vaak minder bij stilstaat, maar die van groot belang zijn voor ons welbevinden. Is de beleden en geleefde identiteit ook de beleefde identiteit?

Het kan verhelderend zijn om voor u zelf eens op een rij te zetten hoe uw instelling op deze terreinen scoort, hoe de samenhang is tussen de taal, de intenties, het handelen en het voelen.

### **Drie terreinen**

Om de levensbeschouwelijke dimensie bespreekbaar te maken, onderscheiden we in het boekje drie belangrijke terreinen: de moraliteit van de medische praktijken, het onderliggende mensbeeld en het Godsbeeld.

Nu betreden we een lastig terrein. Om het concreet te houden licht ik het toe aan de hand van bijgevoegde casus (in het kader). U zult het met me eens zijn dat het maken en lezen van een mammografie (borstfoto) een medisch-technische handeling is waarvoor specifieke kennis en instrumenten vereist zijn. Vanuit het perspectief van de aanbieder is de handeling gebonden aan grenzen die te maken hebben met tijd, geld en gespreide verantwoordelijkheden. Het zorgcontact is kort. Voor de patiënt verschijnt een heel >>



## CASUS

Een gezonde vrouw van 42 jaar laat in het ziekenhuis een borstfoto maken in het kader van een jaarlijkse controle. Ze beschouwt zichzelf als behorend tot een risicogroep omdat bij haar moeder 25 jaar geleden borstkanker geconstateerd was. Inmiddels is haar moeder al geruime tijd genezen verklaard. Haar huisarts ziet geen reden tot onrust, maar heeft er geen bezwaar tegen dat de dochter jaarlijks een controle laat doen, hoewel dit niet gebruikelijk is voor vrouwen van haar leeftijd. Nadat de gegevens zijn opgenomen, zit de vrouw alleen in de ruimte waar de foto gemaakt wordt, waarover zij achteraf zegt 'je voelt je dan zó alleen'. De uitslag kan zij niet direct horen. Het is haar niet helemaal duidelijk waarom. Het vergroot wel haar angst en onzekerheid. Na een week verneemt ze via de huisarts dat alles in orde is. Volgend jaar wordt zij weer verwacht.

ander beeld. Het bezoek aan het ziekenhuis werpt zijn schaduw ieder jaar vooruit. De angst voor borstkanker is bij deze vrouw verbonden met de goede en hechte relatie met haar moeder. De kwetsbaarheid van het bestaan wordt aan den lijve ervaren. De bezorgdheid hangt samen met de liefde voor haar partner en haar kinderen. Het korte zorgcontact raakt de existentiële dimensie. Grote levensthema's als kwetsbaarheid, verhouding tot eigen lichaam en vrouwelijkheid, moederschap en levensverwachting komen hier aan de oppervlakte. Wanneer zij, met ontbloot bovenlichaam, wacht op het maken van de foto's, voelt zij zich 'zó alleen' met deze existentiële thema's. Er komt dan veel aan op de verpleegkundige ter plekke, en de mogelijkheden van contact die geboden worden door de inrichting van ruimte en tijd: zaken waar een instelling beleid op kan maken.

### Gevoelig worden voor levensvragen

In hoeverre zijn zorgverleners zich bewust van de impact die hun handelen heeft op patiënten? En in hoeverre bevordert een instelling dit bewustzijn? Een eerste stap in dit proces is het gevoelig worden voor existentiële waarden in alledaagse zorgpraktijken. Dergelijke waarden overstijgen het maakbare en planbare. Ze vragen om een menselijk antwoord gekenmerkt door waarden als aandacht, nabijheid, verbonden-

heid. Vervolgens vraagt deze gevoeligheid een vertaling en inoefening in de dagelijkse zorgpraktijken. In het gevoelig worden – en blijven – voor deze dimensie van zorgpraktijken kunnen kerkelijke tradities een rol spelen. In deze tradities worden zulke waarden immers voortdurend op allerlei manieren (in verhalen, beelden, symbolen, rituelen, liederen) levend gehouden.

### Mensbeeld

We kunnen nog verder doorvragen en onderzoeken welk mensbeeld hier speelt. Twee accenten zijn kenmerkend voor de katholieke traditie. Het eerste is dat de mens gezien wordt als een eenheid van lichaam en ziel. Een mens is nooit louter geest, het hart en alle vijf de zintuigen horen net zozeer bij het menszijn. Wie een lichamenlijk routineonderzoek doet – zoals het maken van een mammografie – brengt dus het lichamenlijke, emotionele, geestelijke, en spirituele geheel van de patiënt in beroering, zoals we zojuist zagen.

Het andere accent is dat de katholieke traditie mensen als sociale wezens ziet voor wie sociale verbanden essentieel zijn. We zien in ons voorbeeld heel duidelijk hoe de lichaamsbeleving van deze vrouw is verweven met belangrijke relaties in haar leven: de relatie met haar moeder, de relatie met haar kinderen en die met haar man. Maar deze sociale dimensie komt ook op een andere manier

terug: de vrouw vertelt dat ze zich, omringd door een ziekenhuis vol mensen, zó alleen voelde. Hoe zou je de identiteit van een zorginstelling zo gestalte kunnen geven, dat er aandacht is voor deze beleving?

### Godsbeeld

Ten slotte is er dan nog het beeld van God: misschien het meest verborgen en lastig om over te praten, maar misschien meer dan we ons vaak realiseren een verborgen bron voor zorg die uitstijgt boven de alledaagse en niet meer dan normale fatsoenlijke bejegening. Wie het 'Onze Vader' bidt, en God erkent als Schepper en Vader van alle mensen, plaatst zichzelf in een nieuwe verhouding tot de medemensen. Ieder mens wordt daarmee een kind van God, en verdient steun en solidariteit.

Ik hoop dat u, als u met dit boekje aan de slag gaat, iets van de inspiratie proeft van waaruit dit boekje geschreven is.

*Bewerkte versie van de rede die Carlo Leget uitsprak bij de presentatie van Geloven in wat je doet. Zorginstelling en katholieke traditie. Leende: Damon 2005, 64 pag. Isbn 9055735949. € 9,90.*

*Carlo Leget is docent Medische ethiek aan de Radboud Universiteit en was secretaris van de Werkgroep Kerk en Gezondheid.*

“Wie God erkent als Schepper plaats zich in een nieuwe verhouding tot de medemens.”

# Kort Nieuws



Mania Hoogendoorn

## **Gideonsbende Rijnmond**

Zorggroep Rijnmond is een christelijke zorgaanbieder in de ouderenzorg in Rotterdam. Het is een fusie tussen 8 protestants christelijke verpleeg- en verzorgingshuizen. De fusie is per 1 januari 2005 definitief van kracht geworden. Ter gelegenheid daarvan heeft Zorggroep Rijnmond een fraai vormgegeven boekje het licht doen zien waarin de geschiedenis van alle acht de instellingen wordt verteld, getiteld *Een Gideonsbende in de ouderenzorg*. Op uiterst leesbare manier belicht de schrijver, Kees van Rixoord, hoogtepunten maar ook dieptepunten uit de geschiedenis van alle afzonderlijke instellingen. Zorggroep Rijnmond wil zich nadrukkelijk positioneren als christelijk zorgaanbieder. Maar de eigen identiteit van de locaties, de couleur locale, dient herkenbaar te blijven. Dit boekje is daar een eerste uiting van. Eenheid in verscheidenheid, dat is het devies. Het boekje is te bestellen bij zorggroep Rijnmond (info@zorggroeprijnmond.nl). (TT)

## **Onderzoek christelijke identiteit**

Truus van Gijzen deed in het kader van haar masters psychologie onderzoek naar de christelijke identiteit van een van de huizen van Zorggroep Rijnmond, het woonzorgcentrum Siloam. Een gedegen studie, waarin ze op basis van talrijke interviews en een analyse van de visiedocumenten tot een genuanceerd oordeel komt over de identiteit van Siloam. Mijn indruk is dat het een exemplarische studie is. De conclusie die Van Gijzen trekt, namelijk hoe moeilijk het is om de beleden en beleefde identiteit met elkaar te laten corresponderen, zal door veel leden van Reliëf herkend worden. Haar aanbevelingen voor Siloam kunnen, zo is mijn indruk, ook anderen verder helpen. Meer

info: truusvangijzen@planet.nl.  
Kosten van de scriptie € 25,00. (TT)

## **Gereformeerde zorg gaat verder als Accolade Zorggroep**

De verzorgingshuizen Arendshorst in Assen, d'Amandelboom in Bilthoven en verpleeghuis De Wijngaard in Bosch en Duin gaan samen verder onder een nieuwe naam. Bij de fusie in 2001 kreeg de groep als naam Stichting Gereformeerde Zorg- en Woonvoorzieningen. Vanaf nu is dat Accolade Zorggroep.

Accolade Zorggroep wil uitdrukkelijk een gereformeerde organisatie zijn. Zij wil zich laten leiden door de bijbel als het woord van God. De leef sfeer en de onderlinge omgang in Accolade Zorggroep hebben een christelijk karakter. Kwaliteit van het leven is het belangrijkste uitgangspunt voor de inrichting van de woon- en zorgomgeving van de bewoners. Een zorgvrager kan bij Accolade Zorggroep rekenen op liefdevolle inzet, zorg, behandeling en begeleiding bij zijn reactivering maar zeker ook bij zijn achteruitgang van mentale en fysieke gezondheid en bij de voorbereiding op het sterven. De bewoner kan rekenen op zorgvuldige palliatieve zorg van onze kant, waarbij God ons nadrukkelijk verbiedt om actief het leven te beëindigen.

## **HKZ-kwaliteitscertificaat voor Groot Hoogwaak**

Woon-zorgcentrum Groot Hoogwaak in Noordwijk is afgelopen jaren uitgegroeid tot een centrum van allure. Groot Hoogwaak biedt plaats aan 300 ouderen. Op vrijdag 21 januari jl. presenteerde dit centrum de uitreiking van het HKZ kwaliteitscertificaat. In de Duin- en Bollenstreek is Groot Hoogwaak het enige woon-zorgcentrum met dit kwaliteitskeurmerk. Het certificaat is verworven na intensieve keuring

door KEMA als certificerende instantie. De keuring heeft betrekking op zorg- en welzijnsdiensten aan cliënten, betrokkenheid van cliënten, klachtenafhandeling én de kwaliteit van leidinggeven. Als het gaat om duurzaamheid van de kwaliteit verwacht Groot Hoogwaak op lange termijn veel rendement van deze HKZ systeemcertificering met nadruk op herhalingsaudits en het continue aanscherpen van het systeem. In het zomernummer van *Zin in Zorg* zal de directeur van Groot Hoogwaak, Mania Hoogendoorn ingaan op de relatie tussen identiteit en het kwaliteitskeurmerk.

## **Manifest Groen Links**

Tegelijk met de alarmerende berichten uit de verpleeghuiszorg van de afgelopen weken rondde Groen Links een onderzoek af rond 'verpleging en dementie'. In dat onderzoek constateerde men o.a. een groeiend tekort aan verpleeghuisbedden (jaarlijkse stijging met 2,5 %) en AWBZ-zorg. Ook werd een onderzoek van Twijnstra & Gudde aangehaald, waaruit blijkt dat het management van zorginstellingen overwegend goed is, de efficiëntie zeer hoog en de overhead gering (11,5 %). Groen Links heeft (bij monde van Evelien Tonkens) haar bevindingen verwoord in een manifest, waarin ze staatssecretaris vraagt om in plaats van het toezicht te verscherpen vooral in te zetten op meer middelen voor de zorg om ons zo voor te bereiden op de groeiende vraag naar zorg voor ouderen. Desgevraagd heeft Reliëf de Groen Links fractie meegedeeld hun zorg te delen. (M-PvM)

# Zorgen: geen handeling, maar relatie



Mariëtte van den Hoven

**Het Reliëf-congres van 1 maart jl. was gewijd aan zorgethiek, een stroming in de ethiek die zorgen ziet als ‘staan in een betrekking’, niet als losse handeling. Met een casus licht ik de ontstaansgeschiedenis van de zorgethiek toe.**

## CASUS

*Een 82-jarige man wordt met een chronische leverziekte en een complicatie daarvan opgenomen op de IC. Zijn toestand gaat achteruit en wordt zo slecht, dat de functie van hart en longen ondersteuning behoeven. Hij wordt beademd, communicatie is niet meer mogelijk en ondanks maximale therapie treedt geen verbetering op.*

*Uiteindelijk is na drie weken de situatie zo dat geen voor- of achteruitgang meer te bespeuren is en verbetering medisch gezien niet meer te verwachten is. In gesprek met de dochter uit zijn eerste huwelijk en zijn tweede vrouw ontstaat een conflict. De dochter verzoekt, vanwege de geringe kans op herstel, beëindiging van de behandeling: zij kent haar vader goed genoeg dat hij niet als kasplantje zou willen leven. De huidige echtgenote is erg emotioneel en kan het verlies van haar man nog niet accepteren. Ze wenst voortzetting van de behandeling.*

Meestal wordt als volgt gereageerd: eerst stelt men de wilsonbekwaamheid van deze meneer vast om vervolgens de naaste familieleden te beschouwen als wettelijk vertegenwoordigers. In deze situatie ontstaat dan een probleem: de beide verwanten verschillen immers van inzicht. Het dilemma is dan: wie kent de patiënt het beste? Of wie heeft het meeste recht van spreken? Maar deze benadering ziet een belangrijk element over het hoofd.

### Geen partij kiezen maar...

Je kunt in deze situatie ook een andere morele duiding geven van wat hier problematisch is. Er is een conflict tussen de dochter en de tweede vrouw. Maar door als hulpverlener ‘partij’ te kiezen voor een van de twee, door expliciet een van hun meningen als de ‘juiste’ vertegenwoordiger te beschouwen, ga je voorbij aan het feit dat goede zorgverlening meer is dan een beslissing over het behandelbeleid. De situatie voor deze meneer wordt er niet beter op als de dochter en vrouw een conflict hebben. De taak voor hulpverleners moet daarom ruimer opgevat worden. Communicatie tussen de familieleden moet voorop staan.

### Twee morele duidingen: Amy en Jake

Het verschijnsel dat je met twee totaal verschillende brillen naar een situatie kunt kijken, is niet nieuw. Carol Gilligan bracht dit heel scherp naar voren in haar studie naar de wijze waarop de morele ontwikkeling van jongens en meisjes kan verschillen. Jake, een jongen die zij interviewde antwoordde in termen van het uitvoeren van regels.

Amy, een meisje uit het onderzoek, verzette zich tegen dergelijke keuzen: niet de vraag of je een wet of regel mag breken, maar de vraag hoe je zo harmonieus mogelijk tot een oplossing kunt komen, stond voor haar centraal. Gilligan heeft de ontwikkeling van een zorgethiek sterk geïnspireerd. Zorgethiek baseert zich op de relaties die mensen met elkaar onderhouden, en hoe mensen vanuit het behoud van die relaties geneigd zijn om bepaalde verantwoordelijkheden te nemen, behoeften waar te nemen en zich betrokken te weten bij anderen, die vaak kwetsbaar zijn op het moment dat zij behoeftig zijn. Dit betekent niet dat zorgethiek een ethiek voor vrouwen, of een ethiek voor de gezondheidszorg is. Integendeel, deze stroming presenteert zich steeds meer als zelfstandig gezichtspunt tegenover, of aanvullend voor andere gezichtspunten.

### De casus vanuit een zorgethisch gezichtspunt

De vraag welke stappen je moet ondernemen om de harmonie te bewaren wordt belangrijker dan de vraag wie het beste de wens van meneer vertegenwoordigt. Sterker nog, niet de vraag of je de behandeling moet staken, die vraag lijkt medisch onafwendbaar, maar de vraag op welk moment en met wiens instemming je tot dat besluit komt, is veel belangrijker. Pas dan kun je hier volgens een zorgethicus spreken van ‘goede zorg’!

*Mariëtte van den Hoven is ethicus bij het Ethiek-Instituut van de Universiteit Utrecht*



Uitknippen!

Ja, ik wil graag ontvangen:

- Informatie over het lidmaatschap van Reliëf
- Ter kennismaking gratis de komende 2 nummers van *Zin in Zorg* ontvangen
- Informatie over het scholingsaanbod van Reliëf
  
- Ja, ik neem een abonnement op *Zin in Zorg*

Verzenden aan:

Reliëf, christelijke vereniging van zorgaanbieders  
Antwoordnummer 55002  
3505 VB Utrecht

## Agenda

### 31 maart 2005

Opfriscursus ethiek. Klooster Mariënborg 's-Hertogenbosch. Meer info: [info@relief.nl](mailto:info@relief.nl)

### 15 april 2005

Niet meer dan een dier? Minisymposium over menselijke waardigheid. Aula Radboud Universiteit Nijmegen. Lezing door Patricia De Martelaere m.m.v. Carlo Leget en Marika Meijer aanmelden via [info@soeterbeeck.ru.nl](mailto:info@soeterbeeck.ru.nl). Van 15:30 – 18:00 uur. € 8,00.

### 26 april 2005

Algemene ledenvergadering Reliëf. Inleiding Wout Huizing over effecten van werken met levensboeken. Plaats wordt nader bekend gemaakt.

### 24 mei 2005

Verdiepingsdag Zorgethiek. N.a.v. het congres kunt u zich verder verdiepen in de zorgethische benadering en krijgt u handvatten om een zorgethische visie te implementeren in de instelling en in moreel beraad. Plaats: De Onthaasting, Amersfoort. Van 9:00 tot 16:00 uur. Kosten € 85,00. Opgave: [info@relief.nl](mailto:info@relief.nl).

## Display met *Open Vensters* ontvangen?



Een dezer dagen ontvangt u als lid van Reliëf de eerste zending met een aantal exemplaren van het tijdschrift *Open Vensters*. Een maandblad waarmee u de mensen in uw instelling steeds weer iets nieuws te bieden hebt.

Een collectief abonnement op *Open Vensters* wordt nu heel aantrekkelijk gemaakt voor u:

**Instellingen die lid zijn van Reliëf, ontvangen 20% korting op een collectief abonnement!**

Voor meer informatie verwijzen we u graag naar de inhoud van de mailing.

De mailing onverhoopt niet ontvangen?

Neemt u dan contact op met Boekencentrum Uitgevers, Robert Pors: telefoon 079 - 3633176, elektronische post: [pors@boekencentrum.nl](mailto:pors@boekencentrum.nl).

Boekencentrum *Uitgevers* [www.ovinternet.nl](http://www.ovinternet.nl)

