

**MINDER HARD - MEER HART**



# MINDER HARD - MEER HART

Zorgethiek en management: een werkzame combinatie

*Annelies van Heijst, Thijs Tromp (red.), Andries Baart*



# INHOUD

Woord vooraf	6
<i>Annelies van Heijst</i> Menslievendheid De essentie van zorg vanuit zorgethisch perspectief	9
<i>Thijs Tromp</i> Tussen droom en daad Een enquête onder 30 bestuurders uit de achterban van Reliëf	21
<i>Andries Baart</i> Moet dat nou? Presentie en het verlangen van de manager	45
Literatuur	71
<i>Arie Kars</i> Brief aan de staatssecretaris van VWS en de leden van de Tweede Kamer	74
Informatie over de auteurs	76
Voetnoten	77
Colofon	80

## WOORD VOORAF

‘Minder hard – meer hart!’ Het stond op een briefje dat een geestelijk verzorger in zijn hand gedrukt kreeg van een bewoonster. ‘Zou dit een thema kunnen zijn voor een groeps gesprek?’, vroeg ze.

Deze bewoonster van een verpleeghuis zette met haar briefje de kwestie op scherp: volgens haar is de zorg hard geworden. Zij ziet drukke verzorgenden, haastige artsen, wc-rondes, wasbeurten; er wordt keihard gewerkt. Maar ze mist iets. Waar is het hart? Of is dit ouderwets?

Veel managers, zorgprofessionals en geestelijk verzorgers herkennen de hartenkreet van deze mevrouw. En steeds meer zorgprofessionals gaan het hardop zeggen: “Het hart wordt uit de professie gesneden.” “Het sturen op resultaat is doorgeschoten.” De herkenning blijkt bijvoorbeeld ook uit de grote belangstelling voor de presentietheorie van Andries Baart. Hij heeft een snaar geraakt.

Reliëf vindt dat het anders kan. De essentie van zorg is het bijstaan van mensen die hulp nodig hebben. Het draait om een zorgrelatie, gekenmerkt door aandacht, vertrouwen en menslievendheid. Die waarden zijn niet ouderwets, maar passen bij de aard van zorg. Het jaarcongres van 2005 was daarom gewijd aan de vraag naar de essentie van zorg. En preciezer aan de vraag hoe zorgmanagers kunnen bijdragen om de essentie van zorg te bevorderen en te bewaken. De bewerkte teksten van het congres treft u aan in dit boekje.

Annelies van Heijst zet uiteen wat volgens haar de kenmerken zijn van goede zorg zijn. Thijs Tromp presenteert een bescheiden onderzoek naar de visie op zorg van bestuurders uit de achterban van Reliëf. Daaruit blijkt dat bestuurders voor een belangrijk deel een zorgethische visie huldigen, zoals die in deze uitgave door Annelies van Heijst onder woorden wordt gebracht. De gedachte dat de professionals wel willen, maar de managers niet, is onjuist. De meeste zorgmanagers verlangen ernaar om goede zorg te bieden. Verder concludeert Thijs Tromp dat de bestuurders geen heldere optiek hebben op een managementstijl die past bij de door hen zelf

bepleite zorgethische visie. Het is precies op dit punt dat Andries Baart inhaakt. Hij presenteert een model van presentie management. Menslievendheid en zorg staan niet op gespannen voet met management: werken volgens de principes van de presentietheorie is ook voor managers een haalbare kaart.

Na afloop van het congres stuurde de voorzitter van reliëf, mr. Arie Kars een brief aan de staatssecretaris van VWS, mevrouw Ross en aan de leden van de Tweede Kamer. Daarin verwoordde hij de belangrijkste conclusies van het congres en deed een oproep om de controlezucht terug te dringen en de professionalisering van zorgeigen zorgmanagement te bevorderen. De brief treft u eveneens in deze uitgave aan.





# MENSLIEVENDHEID

## De essentie van zorg vanuit zorgethisch perspectief

*Annelies van Heijst*

Laat ik u twee impressies voorleggen uit een verpleeghuis anno 2004 waar vraaggestuurd en marktgericht wordt gewerkt.

Eerste impressie. Een bewoner wordt negenenzeventig. De verzorgende komt de huiskamer in met bloemen, feliciteert hem namens het huis, legt het boeket op zijn schoot en zegt: 'Zet ze zelf maar in een vaas, want daar heb ik geen tijd voor,' en maakt zich uit de voeten. De jarige ziet druppels op zijn nette broek lekken, kijkt zijn medebewoners en dochter onthutst aan en mompelt: 'Ik zou niet weten waar hier de vazen staan.' 'Hou die bloemen dan bij je,' zegt een medebewoonster, plaatsvervangend verantwoordigd, en heel de huiskamer schiet in de lach.

Tweede impressie. Dezelfde bewoner mag voor proefverlof een weekend naar huis. Na een operatie plus een beroerte is hij behoorlijk vergeetachtig en erg duizelig. Hij is al een keer heel hard gevallen. De dochter is bang dat haar vader tijdens dat verlof van de trap zal slaan. Ze bepraat met hem dat hij beneden zal slapen, maar dat vergeet hij steeds. Dus spreekt ze met hem af dat zij de trap zal barricaderen. De Eerst Verantwoordelijke Verzorgende reageert verbaasd afwijzend: 'Je moet de bewoner toch een stukje autonomie gunnen?' De dochter informeert welke autonomie hier bedoeld mag wezen: die om een gat in je hoofd te vallen of om de halve nacht onder aan de trap te liggen?

## Systemfouten

Die dochter ben ik – en volgens mij gaat hier iets heel erg mis. Dat het mis gaat, vind ik erg voor de bewoner en de naaste. Maar ook voor de professionals zelf, die hard werken voor weinig geld, en vaak voor moeilijke situaties komen te staan. Dezelfde verzorgenden heb ik bewonderd vanwege hun eindeloze geduld met de bewoonster die werkelijk heel de dag 'Help me, help me toch!' over de gangen brulde.

Wat hier mis gaat probeer ik – vanuit de zorgethiek – te begrijpen als een systeemfout.

Niet als het falen van individuele professionals. Als ik zorgethiek zeg, reken ik daartoe ook de presentietheorie, die volgens Andries Baart zelf, binnen die stroming past. In mijn laatste boek *Menslevende zorg*<sup>1</sup> en in mijn bijdrage vandaag, benoem ik welke misvattingen en mistoestanden in het leven worden geroepen door de nog steeds dominante kijk op zorg. Waar vraagsturing in een marktmodel, zelfzorg als basis, en autonomie hoog in het vaandel staan. Ik breek me het hoofd over hoe met de beste bedoelingen, ten koste van veel geld en inspanning, verkeerde dingen worden bewerkt. Volgens mij komt dat omdat er iets essentieels mankeert aan de zorgvisie en de zorgtaal.

## **Niet de controle vergroten maar het vertrouwen in professionals**

Ons zorgstelsel kraakt in zijn voegen. Dagelijkse mediaberichten verleiden politiek verantwoordelijken tot precies de verkeerde, zogenaamd daadkrachtige, maatregelen. Namelijk nog meer controle van bovenaf en nog minder toevertrouwen aan de mensen ter plaatse, zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid een maand geleden juist nog heeft geadviseerd.

Dat staatssecretaris Ross van VWS in het voorjaar van 2005 heeft gemeend een gezant op verpleeghuizen af te moeten sturen, in plaats van professionals onderling aan te sporen elkaar te helpen, is eerder politiek lijfsbehoud dan het dienen van de publieke zaak. Ross zou een aanbeveling ter harte moeten nemen die Aristoteles ruim twee millennia geleden al gaf. Men moet naar zekerheid streven op een manier die bij de zaak past, en geen zekerheden verlangen waar die niet te geven zijn. Wie een gezant afstuurt op verpleeghuizen, is als een partner die een privé-detective inhuurt om zich te vergewissen van de trouw van de wederhelft. Zo iemand bederft de relatie. Zo ook verziekt Ross' zorgpolitie de zorgbetrekking. Want Ross maakt boekhouders van professionals, die vaak niets liever willen dan 'aan het bed' staan, waar ze zien dat ze nodig zijn.

Ik formuleer mijn kritiek niet lichtvaardig. Professionals in de gezondheidszorg doen veel goed. Persoonlijk heb ik zeer veel aan hen te danken. Dankzij hoogwaardige technologie en kennis en uiteindelijk een betrokken specialist, ben ik na jaren ziek zijn aardig opgeknapt. Zonder dat, had ik hier niet gestaan. Mijn ziek zijn heeft het denken over zorg danig opgehouden maar ook verrijkt. Ik ben het anders gaan zien door wat ik aan den lijve heb meegemaakt.

## De nadelen van vraaggestuurd en marktgericht

Vraaggestuurde zorg in een marktmodel gaat stilzwijgend uit van wat Douwe van Houten<sup>2</sup> heeft omschreven als de neoliberale standaardmens: iemand die genoeg fysieke, mentale en sociale vermogens heeft om diens leven richting te geven, naar verkiezing relaties aan te knopen en weloverwogen keuzes te maken. Omdat er tijdelijk iets hapert, meld je je in de gezondheidszorg. Daar helpen ze het mankement de wereld uit en je kunt weer verder. Deze ideale zelfredzame mens is precies niet representatief voor de zieke, oude, gehandicapte mensen, die het meeste beroep op de professionele gezondheidszorg doen. Bij hen gaat het alsmat niet over, ze hebben ook nog dit, en ook nog dat, ze voelen zich alleen en hunkeren naar aandacht, steun en hartelijkheid. Medische aandacht is zo ongeveer de enige legitieme aandacht die ze nog op kunnen eisen, en dat doen sommigen ook, ongelimiteerd.

Vraaggestuurde zorg werkt het best bij mensen die geen complexe problematiek hebben, die niet lijden aan iets dat ongeneeslijk is, en die niet onverbeterlijk zijn (verslaafd bijvoorbeeld). Over die niet-standaardmensen gaat het boek *Een theorie van de presentie*<sup>3</sup> van Andries Baart. Baart laat zien dat professionele zorg die enkel lichamelijke, psychische of sociale mankementenbestrijding is, hun lijden en eenzaamheid doet voortduren. Presentiebeoefening is een wezenlijk andere manier van professioneel optreden. Presentiebeoefening is het scheppen van condities voor een aandachtige en zorgzame betrekking, die pas een relatie wordt als de ander erop ingaat – ik kom daarop nog terug.

### Eerste misvatting: zorgen is: als deskundige ‘je ding doen’

Tot welke eerste misvatting voert vraagsturing in een marktmodel? Ik ga even terug naar de felicitatie aan de jarige bewoner. Wie doe dat nou zó? Mijn antwoord: iemand die heeft geleerd (of om zich heen op de werkvloer ziet) dat zorg verlenen is ‘je ding doen’. Ofwel die verrichting plegen waar jij voor ingehuurd bent, en niets meer of anders dan dat. In deze instrumentele werkopvatting zijn de verrichtingen los komen te staan van de menselijke betrekking tussen zorgverlener en zorgontvanger, en bovendien wordt afstand genomen van de gewone sociale vaardigheid die de verzorgende heeft. Ik mag toch hopen dat deze verzorgende thuis niet op deze manier de bloemen overhandigt.

Ander voorbeeld: uit *HP/De Tijd* van deze week. Carla van Kranenburg zit met haar man

in een drukke wachtkamer, waar het geluid van drillboren doordringen, te wachten op de uitslag van een scan. Dan komt de neuroloog, gaat met de Van Kranenburgs in de drukke wachtkamer zitten en roept tegen het lawaai in dat er diverse tumoren in Carla's hoofd zitten en er geen hoop meer is. Hij wenst hen sterkte en beent weg.'<sup>4</sup>

Mij interesseren twee zaken. Hoe is het mogelijk dat deze mensen, 'verkleed' als professional zal ik maar zeggen, dingen zeggen en doen, die ze nooit zouden hebben gezegd of gedaan wanneer ze bijvoorbeeld de buurvrouw of een collega waren geweest? Hoe kan het dat ze gedrag vertonen en woorden spreken die tegen het gezonde verstand en het menselijke aanvoelen ingaan? Ze hebben een helpend beroep maar kwetsen met hun optreden mensen die van hen afhankelijk zijn. Ten tweede vraag ik me af hoe deze neuroloog en de verzorgende met de bloemen, kunnen denken dat ze goed bezig zijn. Dat kan alleen maar omdat ze werken vanuit een professionaliteitsopvatting die hen niet corrigeert wanneer ze zich blind staren op de naakte verrichting zelf. Respectievelijk bloemen en slecht nieuws afleveren. Zij menen dat professioneel zorgen is: dingen doen en beseffen niet dat dat alleen zinnig is binnen een ondersteunende betrekking.

Ik concludeer: vraaggestuurde zorg in een marktmodel werkt een professionaliteitsopvatting in de hand die het gewone gevoel voor menselijke verhoudingen aantast, en die toestaat dat verrichtingen compleet worden losgeweekt uit de zorgbetrekking.

Vanuit de zorgethiek zeg ik dat zorgen niet het plegen is van series losse verrichtingen. Zorgen is een betrekking en binnen die betrekking worden dingen gedaan. Simpel gezegd: zorg is niet alleen iets voor de ander doen, maar tevens iemand voor de ander zijn. Dat kan ook kort en krachtig bij het aanbieden van een bos bloemen. Verliezen professionals dat omvattende kader van zorgzame betrokkenheid uit het oog, dan kunnen ze beter ophouden. Ze richten dan onmacht en verdriet aan en voegen leed toe bij mensen die toch al lijden. Dat is erg voor degenen die op hun zorg zijn aangewezen, maar ook niet best voor de professionals die immers mensen wilden helpen.

## **Tweede misvatting: zorgen is een economische aangelegenheid**

De tweede misvatting van vraaggestuurde zorg in een marktmodel is deze. Professioneel zorg verlenen zou iets zijn dat het meest adequaat in economische termen

te begrijpen is, en zou dus moeten worden ingericht<sup>5</sup> en beoordeeld op criteria die aan de economie ontleend zijn. Uiteraard zitten er aan de bedrijfsvoering in de zorgsector economische aspecten en moeten die verstandig beheerd worden. Maar dat economische referentiekader mag niet de alfa en de omega worden in het denken over zorg. De bedrijfsvoering moet ondergeschikt zijn en dienstig aan wat zorg verlenen is, namelijk een wezenlijk ethische onderneming.

De zorg is geen *profit-sector* en zelfs niet een *not for profit-sector*. Zorg is een sector *for something completely different*. Dus moeten, van laag tot hoog, werkers in de zorg worden aangesteld die dat snappen. Wie zich met een topsalaris wil verrijken hoort er daarom niet thuis. Want de economische recessie is een dipje vergeleken met de humane recessie die in de zorgsector heerst. Die humane recessie treft de meest kwetsbaren het hardst, samen met vaak slecht betaald personeel dat tegen de klippen op werkt. Ondanks die humane recessie rukt de turbotaal van 'presteren' en 'meten is weten' in de zorgsector op. Triomfantelijke begrippen die haaks staan op een werkelijkheid waarin veel angst en wanhoop omgaan. Ik begrijp dat managers het fijn vinden als er in hun instelling goed wordt gewerkt en dat professionals trots zijn op wat ze allemaal kunnen en weten, en in die zin 'presteren'. Maar een deemoediger professioneel zelfverstaan zou gepast zijn, gezien het vele waaraan professionals helemaal niets kunnen doen en de hoge lijdenslast die bij zorgontvangers en hun naasten blijft liggen.

Harde cijfers gelden als betrouwbare beoordelingscriteria voor goede zorg. Ze geven zogenaamd een objectief en betrouwbaar beeld; de explosieve groei van de 'kwaliteitszorg' past in die trend. En wie dat betwijfelt moet met andere cijfers komen. Ik doe dat niet maar probeer de vinger te leggen op wat in een cijfermatig beeld niet te vangen is.

In het verpleeghuis van mijn vader staat bij de categorie 'bloemen voor jarige bewoners' zijn struik te boek als 'afgeleverd'. Dat het ontvangen van deze bloemen eerder pijnlijk was, brengt dat cijfer niet in beeld. Toch is die negatieve ervaring de indruk die bij hem achterbleef. Op papier lijkt het dik in orde, terwijl degene om wie het gaat vindt van niet. Er is dus een wereld van verschil tussen wat het cijfer zegt en de beleving van de zorgwerkelijkheid. Voor dat verschil hebben de kwaliteitssystemen geen categorieën. Losse verrichtingen kun je invoeren in een boekhouding, maar zorgbetrekkings niet. Daarom pleit er vooral niet voor om de het relationele nu ook te objectiveren in een systeem van kwaliteitsmeting; onder die terreur bezwijkt

momenteel menige pastor in een instelling. Dan krijgen we wat we helemaal niet moeten hebben, namelijk een instrumentalisering van de zorgbetrekking.

## **Maatschappelijk onbehagen over de zorgsector**

Het breed bestaande maatschappelijke onbehagen over de zorgsector gaat onder meer over die kloof, tussen wat op papier klopt maar zich in werkelijkheid niet toont als goed. Zorgontvangers en hun naasten voelen dat, en menige professional ook. Dit onbehagen gaat niet zozeer over logistieke problemen, zoals wachtlijsten en personeelstekort, maar over het type 'product' dat in de *cure* en de *care* nu wordt vervaardigd: verrichtingen los van de zorgbetrekking. Onderzoek naar dit onbehagen moet kwalitatief onderzoek zijn en de schijnzekerheid van cijfers weerspreken.

Zorgen is wezenlijk geen economische maar een ethische onderneming. Gericht op het verwerkelijken van waarden met menswaardigheid als centrale waarde. Als ik dat zeg ben ik niet idealistisch maar beschrijf ik hoe het in feite is. In ons land zorgen we immers niet voor mensen omdat ze nut hebben of iets opleveren. Wie door ouderdom, ziekte of handicap niet (of niet meer) kan presteren, heeft recht op professionele hulp, medische behandeling en verzorging.

Recht op professionele zorg strekt zich bij ons zelfs uit tot voorbij de verzekeringsgrens en de landsgrens. Onverzekerde mensen krijgen in noodgevallen hulp en ook mensen die geen burger van dit land zijn, sturen we niet weg. De groeiende groep van medische vluchtelingen wijst daarop. Al ken ik een casus van een Armeense dialysepatiënt waaruit blijkt dat er iets aan het kantelen is, en in de randstad restrictiever beleid wordt gevoerd dan in een Gelders ziekenhuis.

## **Zorgen als wezenlijk ethische onderneming**

We hanteren dus een ondergrens die ethisch is, want zij heeft te maken heeft met waarden die we aanhangen hoe pluriform we in Nederland ook zijn. Ons zorgstelsel stoelt op de morele overtuiging dat ieder mens waarde heeft en drager van waardigheid is. Iemand hoeft die waarde niet te verdienen door prestaties te leveren, hij hoeft zelfs niet verzekerd te zijn of een Nederlander. Diens simpele 'er zijn' en 'onder ons zijn', is genoeg om in nood een beroep te mogen doen op dat stelsel. Als menswaardigheid van gekwetste mensen niet wordt behoed, zijn professionals

contraproductief bezig. Het geleverde product - om toch maar even in die termen te spreken - staat haaks op het doel van de onderneming. Dat gebeurt helaas volop; nog een voorbeeld.

Een vrouw wordt door de huisarts naar het ziekenhuis gestuurd voor een echo van de baarmoeder. De gynaecoloog maakt de echo, vriendelijk en ongehaast, en wijst een vleesboom aan van zo'n tien centimeter doorsnee. Geschrokken vraagt de vrouw hoe het verder moet. Ze vermeldt het vele bloedverlies en het ijzertekort en zegt dat ze ongerust is omdat twee jaar tevoren elders kwaadaardig weefsel is weggehaald. De gynaecoloog antwoordt: "U moet dit met uw huisarts bepraten want er is geen consult aangevraagd, alleen een echo, Trouwens u moet beslissen, het is uw lichaam." De vrouw reageert verbijsterd: "Maar wat zijn dan mijn opties? Ik weet toch niet wat er te beslissen valt." De arts: "Dát uitleggen duurt langer dan tien minuten, en die zijn nu om." De vrouw zegt: "Waarom terug naar de huisarts, er zal toch een operatie moeten volgen?" De arts knikt bevestigend maar wil geen verdere informatie verstrekken. De vrouw zit tegen tranen aan. Dan bedenkt de gynaecoloog zich en zegt: "Ik kan misschien iets regelen als u nú beslist dat u hiér geopereerd wilt worden." Tot dat moment heeft de vrouw helemaal geen ander ziekenhuis overwogen. Maar ze knapt zo op dat antwoord af, dat ze ter plekke besluit om naar het academisch ziekenhuis in dezelfde stad te gaan. Eenmaal thuis, is ze droevig en moe en heeft buikpijn van het inwendig onderzoek. Als ze het academisch ziekenhuis belt voor een afspraak, hoort ze dat opnieuw een echo gemaakt zal worden en ze pas over vier weken terecht kan.

De arts spreekt de vrouw aan als een klant die autonoom moet beslissen. Maar in zorgsituaties is de gelijkheid van de markt een pseudo-gelijkheid. De arts miskent de asymmetrie in de situatie: dat de vrouw van haar en het ziekenhuis afhankelijk is voor hulp en de verhouding in die zin ongelijk is. Het aangesproken worden als klant bewerkt dat de vrouw op hetzelfde niveau reageert en afhaakt: "Als ik per se een klant moet wezen, dan niet in déze winkel! Maar de hoge prijs voor dat besluit betaalt zij.

Heel dit gebeuren was zowel economisch als ethisch contraproductief. Twee intakes is duurder –waarom gingen ook alweer de premies omhoog? Maar veel erger is dat het tegendeel werd bereikt. In plaats van leed te verlichten voegt de gynaecoloog leed toe. De patiënt was niet haar zelfbeschikking aan het uitoefenen of lekker aan het kiezen uit een breed zorgaanbod. Nee zij kreeg een inadequate reactie op haar

hulpbehoevendheid. De arts zette haar in de kou en maakte dat ze zich na afloop nog ellendiger voelde. Hier wordt ónzorg geproduceerd, en regelrecht nieuw leed toegevoegd bij iemand die het toch al moeilijk heeft. Dit ‘zorgen’ is beschadigend.

De waarde waar zorg als ethische onderneming om draait, is lijdende en gekwetste mensen bijstaan in hun ellende en zo hun waardigheid behoeden. Als dat niet gebeurt kunnen professionals beter ophouden. Kwaliteit van zorg zou moeten worden geëvalueerd in dit ethische raamwerk, met ‘behoeden van menswaardigheid’ als centrale toetssteen. Om dat op te sporen moet een narratieve kwaliteitsbewaking ontwikkeld worden die niet puur focust op verrichtingen maar ook vraagt naar het verhaal over de zorgbetrekking.

Vraaggestuurde zorg in een marktmodel roept tegenspraak op. Diverse zorgbenaderingen bieden een alternatief. Ze noemen zich persoonsgericht en soms ook relatiegericht. Ik denk aan de belevingsgerichte zorg (voor de thuiszorg ontwikkeld door met name Aart Pool en anderen in *De kunst van het afstemmen*<sup>6</sup>) en het maieutisch zorgconcept (ontwikkeld door Cora van der Kooij voor zorg aan dementerenden in *Gewoon lief zijn?*<sup>7</sup>). In mijn boek ga ik daar uitvoerig op in, hier volsta ik met mijn conclusie. Volgens mij boeken deze denkers vooruitgang en zijn ontvangers van hun zorg beter af.

## **Belevingsgerichte zorg: beter maar evenmin afdoende**

De eerste stap vooruit is: geen standaardaanbod maar afstemmen op individuele personen in hun uniekheid. De tweede stap vooruit (vooral in het maieutisch zorgconcept) is: onderkennen dat bij zorgverleners interpreterende arbeid moet worden verricht door de professional die koerst op wat zij, in de directe verhouding tot degene voor wie ze zorgt opmerkt, denkt en voelt.

Stappen vooruit, maar toch niet ver genoeg. Pools belevingsgerichte zorg kan gemakkelijk wens-zorg of servicezorg worden, waarin de zorgontvanger nog steeds alleen blijft. Want iets anders dan zorgverrichtingen mag die niet wensen. Van der Kooij zet weliswaar de zorgbetrekking zwaar aan, maar omschrijft het goede ervan uiteindelijk toch in functionele termen. Ze noemt die betrekking goed omdat het de weg is waarlangs de beste zorg geleverd kan worden.

Er is een springend verschilpunt tussen deze benaderingen en Baarts theorie van de



presentie. Niet alleen verdient daar de zorgrelatie werkelijk de naam ‘relatie’, ook zien we een verhouding die meer dan functioneel is. De presentierelatie dient wel ergens toe, maar is ook op zichzelf een goed en daarom nastrevenswaardig. De presentierelatie is vervullend. Het is een betrekking waarin mensen om elkaar gaan geven. Menslievende zorg gaat nog verder dan respecteren van iemands waardigheid. Het gaat er ook om iemand te laten voelen dat prijs op haar of hem gesteld wordt, dat die persoon beminzenswaardig is. Volgens mij vraagt de mevrouw, die met haar briefje ‘Minder hard, meer hart!’ de titel voor onze bijeenkomst leverde, om menslievende zorg.<sup>8</sup> Het briefje van de mevrouw begrijp ik als een hunkering naar meer te zijn dan afnemer van zorgproducten. Mijn vader drukte dat mooi uit toen hij zijn ziekenhuisverblijf evalueerde: ‘Ze zijn de hele dag met je in de weer, maar niemand kijkt naar je om.’

Maar, mensliefde, is dat niet een beetje veel gevraagd van professionals? Als we Baarts presentietheorie mogen geloven niet. Het revolutionaire van presentie is niet dat de zorgthermostaat een paar graden omhoog gaat. Revolutionair is de kwalitatief andere kijk op professioneel zorgen, als het tot leven wekken van menslievende relaties in een domein waar vreemden met elkaar omgaan.

## **De presentietheorie: een kwalitatief andere kijk op zorgen, mensen en samenleven**

De presentietheorie, gebouwd op de analyse van praktijken van christelijk geïnspireerde professionals, brengt een aardverschuiving in de sociale verhoudingen en in de antropologische vooronderstellingen. Daaruit valt zowel de aantrekkingskracht als de afweer tegen presentie te verklaren. Weliswaar bestaat in de zorgsector het verlangen naar een andere manier van omgaan, maar er is ook huiver. Want: waar kom je uit? En: is het wel realistisch?

Baart beschrijft presentie als doenlijk en haalbaar. Hij toont aan dat, waar andere aanpakken falen, met de presentiebenadering juist wel iets bereikt wordt in het bijstaan van mensen met onverhelpbaar leed. Ook maakt hij duidelijk wat dat kost: professionals moeten hun veilige afstandelijkheid afleggen en zich openstellen, openbreken, voor de ander en diens leefwereld.

Met zijn concept van presentie herdefinieert Baart de professionele zorgbetrekking. De pastores en buurtbewoners spreken over wat er tussen hen is onbeschroomd in termen van genegenheid. De professionele verhouding is een sociale verhouding tussen

vreemden binnen het domein van de professionele gezondheidszorg- en hulpverlening; Baart brengt in kaart hoe dat een menslievende verhouding kan worden. Via hem volgen we pastores die iets aangaan met vreemde mensen die het op hun eentje niet redden. Genegenheid is niet de motor daarachter, maar volgt in tweede instantie.

Daar ligt volgens mij het schokkende en uitdagende van presentie: dat men spreekt in termen van houden van over wat er gebeurt tussen vreemden in een professionele setting. Baart mengt de professionele zorgtaal met de taal van de liefde. Dat is beeldenstormend voor onze kijk op maatschappelijke verhoudingen en ons geromantiseerde liefdesbegrip. Wij weten niet beter of liefde moet gebouwd zijn op uitverkiezing, dan wel verwantschap. Liefde moet bijzonder zijn, bewust gekozen en gewild, menen we.

De presentiebeoefenaren spreiden iets anders ten toon. Zij beoefenen beroepshalve de liefde voor de naaste. Die naaste is degene die het meeste klem zit. Hun casusbeschrijvingen zijn te lezen als ‘oefeningen van liefde’ in een oude wijk in Utrecht. Ze zoeken bij voorkeur naar mensen die het slecht maken, bereid om hen liefdevol tegemoet te treden. Dat is het generale en inclusieve van hun menslievende professionaliteit. Zo gauw ze echter met concrete mensen te maken krijgen, stemmen ze zich af op de uniekheid van de ander, hebben oog voor en plezier in hoe die ander is. Ze zien mensen – om vervolgens déze mens te zien, en dié en dié. Bovendien laten ze zich zelf ook zien. Ook dat lijkt me essentieel.

Presentie omschrijf ik daarom als een menslievende verhouding tussen mensen die elkaar eerst vreemd waren en elkaar niet hebben uitgekozen. Die menslievendheid is niet gebaseerd op uitverkiezing, is nuchter en aards. Geen kwestie van moeilijk kijken of diepe dingen zeggen, maar afgaan op het gezonde verstand en gevoel voor menselijke verhoudingen. Presentie neemt de vorm aan van achterop de fiets je hart uitstorten, of samen zwemmen en op die manier ervaren dat de wereld groter is dan je eigen wijk. Alles wat gedaan wordt, past binnen dat ‘in relatie gaan staan’, zoals Baart het noemt. Want dat zien de presentiebeoefenaren als hun primaire taak: condities scheppen opdat er een relatie kan groeien. Ze kunnen die relatie niet afdwingen. Of het echt wat wordt, hangt evenzeer van de andere partij af. Die moet zelf ook willen, en als het wat wordt, groeit die persoon uit tot iemand die zelf ook iets te geven heeft.

### **Behoeftigheid in twee vormen**

Dat brengt me bij mijn laatste punt: hoe de presentietheorie voert tot een andere kijk op behoeftigheid die we in het denken over zorg zo dringend nodig hebben. Behoeftigheid

komt volgens mij in Baarts werk op twee manieren voor, en beide manieren zijn vernieuwend. Ten eerste is er de pijnlijke, schrijnende en urgente behoefte van de buurtbewoner die door de pastor wordt opgemerkt en die maakt dat de pastor afweegt: hier moet ik wezen, daar ben ik het hardste nodig. Mits degene om wie het gaat althans het aanbod van 'in relatie staan' aanvaardt. Het begint dus niet met pseudo-gelijkheid maar met openlijke asymmetrie. De buurtbewoner is depressief, aan de drank, terminaal ziek, mishandeld, heeft een psychiatrische aandoening – de pastor niet. Die ongelijkheid mag voluit bestaan zonder dat degene die lijdt afgewezen wordt. Het is de afhankelijkheid van iemand die bloedt, naar adem snakt, krijst, zich de haren uit de kop trekt. Onder die acute behoefte ligt echter iets anders, wat de buurtbewoner en de pastor gemeen hebben en basis vormt voor hun gelijkwaardigheid.

Wat daaronder ligt is volgens mij opnieuw behoefte. Namelijk de oermenselijke hang naar elkaar, een hang die met het menszijn zelf is verweven. Op die dieptelaag zijn pastor en buurtbewoner gelijkwaardig, ze zijn aangewezen op anderen om hun leven vervulling en een bestemming te geven. De presentiebeoefenaar (maar ik denk eigenlijk: de meeste mensen met een beroep in de gezondheidszorg) heeft niet voor niets dit werk gekozen. Zo hoopt daarmee een leeuwendeel van haar leven, het werkende deel, te vullen en vervullen. Dat gebeurt responsief, door in te gaan op wat anderen nodig hebben. De schrijfster Maria Stahlie zei dat onlangs treffend: je bestemming vinden door in te gaan op wat er op je afkomt en waar je nodig bent.

Professionals zijn in die zin dus zelf ook behoeftig. Ik weet dat ik met deze bewering een taboe tart. De presentietheorie daagt professionals uit die dimensie in hun beroepsuitoefening te onderkennen. Professionals kozen hun werk omdat ze hoopten iets te vinden, dat niet te koop is en ze zichzelf niet kunnen geven. Ze vinden dat ook – vaak is het de reden waarom ze hun werk nog volhouden. Jammer genoeg biedt hun professionele zelfverstaan hen geen taal om het daarover te hebben. Zorgethiek en de presentietheorie bieden die wel.

## **Menslievende zorg**

Baart onderstreept dat de presentiebeoefenaar niet de machtige distributeur is van hulppakketten in materiële of immateriële vorm. De presentiebeoefenaar is behalve iemand die geeft, ook iemand die kan en heel graag wil ontvangen. Dat kan een snoepje zijn, een klopje op de schouder, of een uitnodiging voor koffie drinken. Die

ontvankelijkheid gaat veel dieper dan het aannemen van spullen. In wezen gaat het erom dat de pastor de ander toestaat iets voor haar of hem te betekenen. Misschien is dat wel waarnaar de mevrouw met haar briefje verlangde: niet alleen dat zij hartelijk zou ontvangen, maar dat het haar zou worden toegestaan iets voor een ander te betekenen, hoe bescheiden ook.

Misschien is dit de essentie van menslievende zorg: de ander aanvaarden en professioneel ondersteunen in diens behoefte, en dit gebeuren zo inrichten dat er een medemenselijke wederkerigheid op gang kan komen van een professionele gever die ontvanger wordt, en een ontvanger die iets te geven had of heeft.

# TUSSEN DROOM EN DAAD

## Een enquête onder 30 bestuurders uit de achterban van Reliëf

*Thijs Tromp*

“Ik ben tegen goede zorg.” Een dergelijke uitspraak hoor je niet snel. Elk weldenkend mens is immers voorstander van goede zorg. Mensen met gezondheidsproblemen behoren goed geholpen te worden. Daarover is iedereen het eens, patiënten, cliënten, zorgverleners, zorgmanagers, zorgverzekeraars en ook de bewindslieden. Maar deze eensgezindheid verhuult een bont palet van visies als de invulling van het begrip ‘goede zorg’ ter sprake komt. Want wat is goed? Het antwoord op die vraag hangt af van het perspectief dat je inneemt en de belangen die je nastreeft.

### **1. Het neoliberale landschap**

Zorgverzekeraars hebben andere belangen dan de minister van VWS. En hetzelfde geldt voor bestuurders in de zorg, zorgprofessionals, patiënten en hun familie. Bewindslieden en zorgverzekeraars nemen doorgaans een perspectief in waarin toegankelijkheid, de eerlijke verdeling van zorg en kostenbeheersing centraal staan. Patiënten, cliënten en hun wettige vertegenwoordigers bepleiten vooral dat er aan de individuele zorgbehoeften tegemoet gekomen wordt, met de beste technische hulpmiddelen en in een sfeer van vertrouwen en respect. Zorgprofessionals willen zo goed mogelijk aan de zorgbehoeften van de patiënt of cliënt beantwoorden, op een wijze die past bij hun professionele standaards en graag binnen de beschikbare tijd. Bestuurders in de zorg zitten er een beetje tussenin. Zij worden geacht de randvoorwaarden te creëren waarbinnen de zorgprofessionals hun werk optimaal kunnen verrichten, zodat de gemiddelde cliënttevredenheid boven een 7 uitkomt. Tegelijkertijd wordt van hen verwacht dat ze aan de kwaliteitseisen voldoen die de inspectie en de branche hebben opgesteld en moeten ze de zorgonderneming strategisch goed positioneren zodat een gezonde financiële toekomst gewaarborgd blijft. De bestuurder bemiddelt dus tussen de eisen van cliënten en zorgprofessionals, de eisen van een gezonde financiële beleidsvoering en de eisen van een heldere verantwoording van de geleverde zorgkwaliteit.

De laatste jaren is het beeld ontstaan dat bestuurders en managers in de zorg

vooral door een technisch instrumentele bril naar het zorgproces kijken. Efficiënte beheersing van het zorgproces, de inzet van personeel en de economische randvoorwaarden lijken het belangrijkste te zijn. Idealen over de eigen aard van zorg of kennis van de beroepspraktijk lijken een ondergeschikte rol te spelen. Het is het managementmodel dat past bij een neoliberale visie op de samenleving. In deze optiek is de samenleving een verzameling individuen die ten diepste een consumentistisch levenspatroon hebben. Ieder individu probeert met de hem ter beschikking staande koopkracht de goederen van zijn of haar keuze te verkrijgen tegen de beste prijs-kwaliteitverhouding. De metafoor van de markt is dominant. Alle terreinen van de samenleving worden in markttermen beschreven. Religie is een markt met religieuze producten, op de markt van kunst en cultuur probeert het individu zo goed mogelijk aan zijn trekken te komen. En ook de zorg wordt opgevat als markt. Daar koopt het gekwetste, zieke of beperkte individu de zorgproducten in, die hem helpen zo snel mogelijk zijn onafhankelijke leven te hervatten, of in elk geval de beperkingen in het zelfstandige leven zo veel mogelijk te beperken. Autonomie is het ideaal, afhankelijkheid een schrikbeeld. In het neoliberale model maakt het niet zo gek veel uit wat voor soort producten je *'managet'*. Of je nu manager bent van een afvalverwerkingsbedrijf, van een ICT-onderneming, van een voetbalclub of van een zorgaanbieder, het gaat er in alle gevallen om de producten zo snel mogelijk bij de klant te krijgen, met volledige klanttevredenheid, maximale winst, en een voortdurende promotie van het imago van de onderneming. Het is dus niet vreemd dat bestuurders en managers uit de ene branche vrij gemakkelijk overstappen naar de andere branche. Het is evenmin verwonderlijk dat managementtheorieën algemeen toepasbaar worden geacht, los van een specifiek domein en dat er dus weinig animo is voor gespecialiseerd zorgmanagement. En ook verbaast het niet dat de beroepscode voor bestuurders in de zorg die de VDB onlangs heeft uitgebracht nauwelijks verschilt van die van andere ondernemingen.

Deze neoliberale visie komt de laatste tijd echter onder scherpe kritiek. In zijn bundel essays *Tijd van Onbehagen*<sup>9</sup> wijdt Ad Verbrugge bijvoorbeeld meerdere essays aan de neoliberale visie op samenleven. Zijn belangrijkste kritiek is dat samenleven niet rijmt met individualisme. Samenleven vraagt altijd om een betrokkenheid van alle deelnemers op een gemeenschappelijk ideaal. Het vraagt om verbondenheid, om trouw, om uithoudingsvermogen, incasseringsvermogen en zelfs om offerbereidheid. In een marktideologie zeg je tegen iemand die jou in materiële, emotionele, of zelfs spirituele zin niet meer kan bieden wat je nodig hebt: "Voor het zelfde geld ga ik naar

een ander.” Dat suggereert een optimale vrijheid, maar uiteindelijk ondermijnt deze houding de voorwaarden voor die vrijheidsbeleving. Want in een samenleving die het betonen van trouw – ook bij tegenwind – beschouwt als een weinig intelligente strategie wordt concurrentie, strijd en onderling wantrouwen gestimuleerd; precies de voedingsbodem waarop geweld goed gedijt. Verbrugge wijst er met communitaristische denkers als Alisdair MacIntyre op dat de neoliberale ideologie op dit punt in tegenspraak is met zichzelf. Een ideologie die, door het bewaken van de individuele vrijheid, in feite het klimaat voor geweld stimuleert, brengt dus op de lange duur grote schade toe aan de zo fel begeerde vrijheid van het individu. En wat geldt voor de samenleving in het algemeen, geldt in het bijzonder voor de zorg. Annelies van Heijst beschrijft in deze bundel uitvoerig over het specifieke karakter van zorg<sup>10</sup>. Zorg heeft intrinsieke eigenschappen waardoor de essentie niet gevat kan worden in het neoliberale taakkleed van productie en transactie, van consument en concurrentie. In zorg gaat het om de liefdevolle toewending van een mens naar een medemens in nood, maar ook om de moed om eigen afhankelijkheid als menselijk onder ogen te zien en vanuit die conditie zorg te durven ontvangen. Het gaat om het bijstaan in nood, om de trouw, ook als de zorg niet oplevert wat je hoopt. Een neoliberale visie op het zorgproces moet wel tot spanningen leiden.

Ook de neoliberale managementvisie komt de laatste tijd onder kritiek. In de bundel *Beroepszeer*<sup>11</sup> wordt bijvoorbeeld de eenzijdige procedurele oriëntatie van managers en bestuurders aan de kaak gesteld. Professionals hebben leidinggevendenden nodig die de eigen aard van het werk begrijpen. Als die inhoudelijke betrokkenheid er niet is, vloeit de inspiratie uit het werk weg. Dat betekent voor zorgmanagers dat zij, naast competenties voor van een gezonde bedrijfsvoering ook kennis moeten hebben van de essentie van zorg, en van de weerbarstigheid van het zorgproces. Er moet een voortdurend besef zijn van de spanning tussen de papieren taaklastberekeningen en de realiteit op de werkvloer.

Een voorbeeld: een zorgmanager begroot een wasbeurt op gemiddeld 20 minuten. Deze begroting lijkt reëel, maar het zegt maar weinig over wat er daadwerkelijk gebeurt tijdens het wassen. Een bewoner die zojuist een naar bericht heeft moeten verwerken heeft mogelijk behoefte om daar even met de verzorgende over te spreken. Zo'n gesprekje gaat ten koste van het product 'wassen', met 'schoon' als resultaat. Maar de kwaliteit van zorg zal ondanks de lage productrealisatie als hoog moeten worden getaxeerd. Zorgeigen management kan getypeerd worden als een voortdurend bewustzijn van de discrepantie tussen het hanteren van plannen

en begrotingen en de weerbarstige aspecten van het zorgproces. Het zorgproces is immers altijd relationeel van karakter en kan als zodanig niet adequaat in uniforme eenheden worden beschreven.

## 2. De enquête

Voor het congres *Meer hart – minder hard!* wilden de hoofdsprekers, Andries Baart en Annelies van Heijst per se de zwarte piet voor verzakelijking en verschraving niet zonder meer aan bestuurders en managers in de zorg toespelen. Zij stelden er prijs op als Reliëf een onderzoek zou doen onder haar bestuurders over hun visie op zorg en management. Hun vraag was of het werkelijk waar is dat bestuurders en managers in de zorg een heel ander perspectief op zorg innemen dan cliënten en zorgprofessionals. Een antwoord op die vraag was van belang voor de toon van hun bijdragen. Als bestuurders in de achterban van Reliëf inderdaad een neoliberale ideologie aanhangen, dan staat Reliëf, als vereniging van werkgevers, voor een lastige opgave. Dan zal ze de bestuurders uit haar achterban eerst moeten zien te overtuigen van hun eenzijdige visie op zorg. Als echter blijkt dat het anders ligt, dat de bestuurders in de achterban van Reliëf een mensgerichte, relationele visie op zorg hanteren, dan komt het front elders te liggen, bijvoorbeeld bij zorgkantoren of bij de overheid.

Om de gewenste werkelijkheidsbasis te verkrijgen heeft Reliëf een enquête gehouden onder bestuurders van een aantal van haar lidinstellingen. De bestuurders is gevraagd naar hun visie op goede zorg, hoe ze die visie denken te verwezenlijken, waar de knelpunten liggen en welke knelpunten volgens hen door hun personeel worden ervaren. Daarnaast hebben ze bij een aantal stellingen, gebaseerd op de zorgvisie van Reliëf, vermeld in welke mate dit werkelijkheid is, in welke mate ze dit wenselijk vinden en in welke mate ze dit haalbaar vinden.

### Selectie respondenten

We selecteerden 30 directeurs van lidinstellingen. Daarbij moet worden opgemerkt dat het geen representatieve steekproef betreft. De directeurs zijn geselecteerd uit een bestand van zo'n 100 lidinstellingen waar een van de medewerkers van Reliëf in 2004 persoonlijk contact mee heeft gehad. (Ex-) bestuursleden zijn niet benaderd. Getracht is om wat betreft sectoren een representatief beeld te vormen van de



achterban van Reliëf, 20 aanbieders uit de ouderenzorg, 6 uit de gehandicaptenzorg en 4 uit ziekenhuizen.

Alle directeuren zijn telefonisch benaderd met de vraag om mee te doen. Allen hebben zonder aarzeling toegestemd. Bij de vraag is vermeld dat het invullen van de vragenlijst zo'n 25 minuten zou kosten. Dat bleek bij nader inzien niet juist. Er was zeker een uur voor nodig.

## Respons

22 formulieren zijn geretourneerd, 19 formulieren op tijd, 3 formulieren na een herinnering. 5 directeuren die niet hebben ingevuld gaven aan dat het toch teveel tijd kostte. De reden van de 3 anderen is niet bekend.

	Uitgezet	Terug
Ouderenzorg	20	15
VG-zorg	6	5
Ziekenhuis	4	2

**Figuur 1** Verdeling sectoren

## 3. Tussen droom en daad

We vroegen de directeuren allereerst wat voor hen, als bestuurders van een zorginstelling, de belangrijkste kenmerken van 'goede zorg' zijn?

### De visie op zorg

Omdat het een open vraag is, varieerden de antwoorden in lengte, stijl en inhoud aanzienlijk. De waarden die in de formuleringen naar voren kwamen zijn semantisch geclusterd onder de vetgedrukte waarden in onderstaande tabel. Deze heb ik vervolgens gerangschikt in:

1. Waarden passend bij een neoliberale visie
2. Waarden die passen bij een zorgethische visie op zorg
3. Waarden die verwijzen naar technische deskundigheid
4. Waarden die het microniveau en mesoniveau overstijgen
5. Waarden ontleend aan zorgjargon
6. Overige

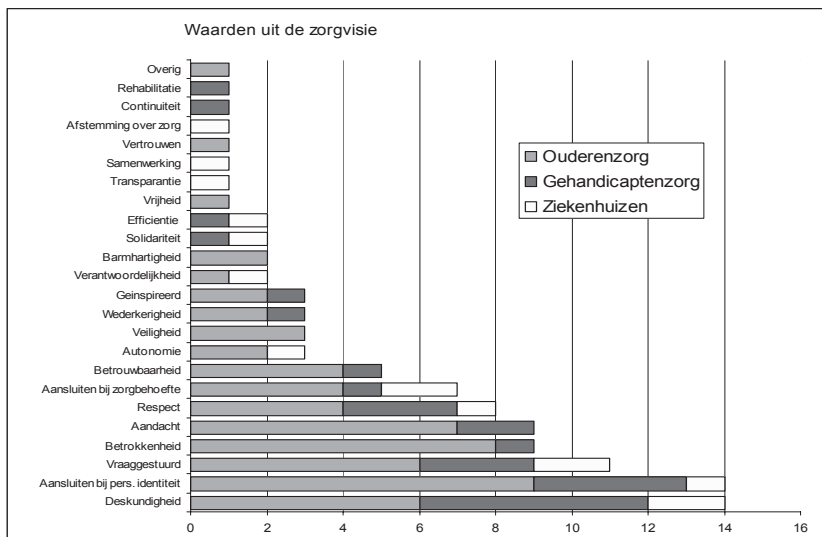
Uiteraard valt op deze indeling het een en ander aan te merken. Het zijn ongelijksoortige categorieën en bovendien worden de waarden nu eenzijdig toegekend aan slechts één oriëntatie, terwijl sommige waarden goed in meerdere categorieën geplaatst kunnen worden. Ik heb me bij de indeling laten leiden door de verwantschap die semantisch gezien het meest voor de hand ligt. Ik kom dan tot de volgende indeling.

<b>Vrijheid</b>		Naastenliefde
keuzevrijheid		<b>Aandacht</b>
<b>Transparantie</b>		de tijd nemen
<b>Autonomie</b>		persoonlijke aandacht geven
eigen regie / zelfstandigheid		<b>Aansluiten bij pers. Identiteit</b>
<b>Deskundigheid</b>		aansluiten bij cliëntperspectief
professionaliteit		menselijke maat
orgvuldigheid		Uitnodigend
<b>Samenwerking</b>		<b>Verantwoordelijkheid</b>
<b>Veiligheid</b>	4	<b>Solidariteit</b>
aandacht voor sfeer en identiteit		<b>Rehabilitatie</b>
er thuis kunnen voelen		Belangenbehartiging
<b>Vertrouwen</b>		maatschappelijke beïnvloeding
<b>Betrouwbaarheid</b>	5	<b>Aansluiten bij zorgbehoefte</b>
<b>Vederkerigheid</b>		patiënt centraal
ulden regel		integrale zorg
rkenning van wederzijdse		zorg op maat
afhankelijkheid		<b>Efficiëntie</b>
<b>Afstemming over zorg</b>		evidence-based
<b>Betrokkenheid</b>		<b>Vraaggestuurd</b>
labijheid		Klantgericht
levingsvermogen	6	<b>Overig</b>
<b>Beïnspireerd</b>		Inspiratie
<b>Continuïteit</b>		goede attitude

## **Uur 2 Clustering van waarden**

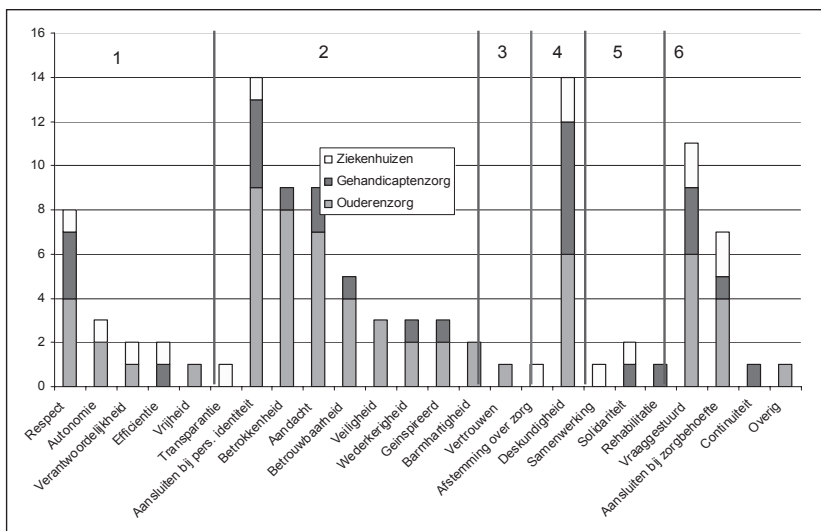
**Figuur 2 Clustering van waarden**

Uit het overzicht van de antwoorden blijkt dat ‘deskundigheid’ en ‘aansluiten bij de persoonlijke identiteit van de cliënt’ het hoogst scoren. Het cluster ‘respect’, ‘aandacht’ en ‘betrokkenheid’ scoort eveneens opmerkelijk hoog.



**Figuur 3 Waarden uit de zorgvisie**

Als je de waarden op een geclusterde manier weergeeft (zie figuur 4) valt direct op dat het aantal waarden in categorie 2: de zorgethische waarden, het grootst is. Eveneens valt op dat relatief gezien vooral de bestuurders uit de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg deze waarden noemen. De bestuurders uit de ziekenhuizen noemen deze waarden nauwelijks. Zij geven de meeste aandacht aan waarden van deskundigheid en waarden ontleend aan het zorgjargon. Opvallend is verder dat de waarde deskundigheid relatief hoog scoort in de gehandicaptenzorg.



**Figuur 4 waarden ingedeeld op categorie**

Een eerste vaststelling is dus dat we de verwachte dominantie van neoliberale waarden in de zorgvisie niet aantreffen. Integendeel, de zorgethische waarden zijn eerder dominant. Per sector zijn er wel verschillen. In de ouderenzorg scoren ‘aansluiten bij de persoonlijke identiteit’, ‘betrokkenheid’ en ‘aandacht’ het hoogst. Ze overtreffen zelfs ‘vraaggestuurd werken’ en ‘deskundigheid’. Je kunt stellen dat in deze sector de meeste affiniteit is met een zorgethische benadering. In de gehandicaptenzorg overheerst ‘deskundigheid’ boven ‘aansluiten bij de persoonlijke identiteit’. Daarna volgen ‘vraaggestuurd werken’ en ‘respect’. De visie van de bestuurders uit de gehandicaptenzorg lijkt wat minder ‘lief’ en meer gericht op rehabilitatie en emancipatie. Overigens is dit de enige sector die ook de beïnvloeding van samenleving noemt. In de ziekenhuizen (slechts 2 respondenten) overweegt ‘deskundigheid’, ‘vraaggestuurd werken’ en ‘aansluiten bij de zorgbehoefte’. Bij de bestuurders van de ziekenhuizen is het zorgethische accent praktisch afwezig.

Er lijkt een verband te zijn tussen de grootte van de organisatie en de formulering van de zorgvisie. De bestuurders van zorgaanbieders in de ouderenzorg dragen verantwoordelijkheid voor kleine en middelgrote organisaties. Vier bestuurders uit de gehandicaptenzorg over middelgrote tot grote organisaties. De bestuurders

uit ziekenhuizen besturen beiden grote organisaties. Een voorzichtige conclusie kan zijn dat bestuurders van kleinere organisaties in de formulering van hun zorgvisie meer georiënteerd zijn op zorgethische waarden en dat bestuurders van grotere organisaties in de formulering van hun zorgvisie relatief meer waarden van procedurele aard en waarden ontleend aan het zorgjargon gebruiken. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de bestuurders van grotere organisaties een grotere afstand hebben tot de werkvloer en daardoor meer georiënteerd zijn op waarden die het organisatorische proces betreffen. Voor directeuren van kleinere zorgaanbieders is die afstand tot de werkvloer kleiner. Zij vertalen dat in hun zorgvisie door waarden die de concrete zorgrelatie en het concrete zorgproces betreffen in hun zorgvisie op te nemen.

### **De visie op zorg buiten Reliëfkringen**

De vraag is vervolgens of de waardeoriëntatie van bestuurders uit de achterban van Reliëf verschilt van bestuurders uit de gehele breedte van de zorg. Aangezien ons onderzoek zich beperkt heeft tot de ledenkring van Reliëf is die vraag niet direct te beantwoorden. Een indicatie geeft mogelijk de studie van Van Dartel, Jacobs & Jeurissen over de plaats en functie van ethische commissie in zorgorganisaties<sup>12</sup>. Zij hebben bestuurders van zorgaanbieders gevraagd de belangrijkste waarden voor hun instelling onder woorden te brengen. De bestuurders rapporteren de volgende waarden:

Autonomie	Vertrouwen
Privacy	Zingeving
Respect	Professionaliteit
Participatie en zeggenschap	Evenwicht cliënt, medewerker, maatschappij
Gelijkwaardigheid	Volwaardig burgerschap
Transparantie	Cliënt centraal
Openheid	Vraaggestuurde zorg
Emancipatie	Zorg op maat
	Levensbeschouwelijke waarden

***Figuur 5 Waarden uit Van Dartel, Jacobs & Jeurissen (2002)***

De neoliberale waarden als autonomie, privacy en de procedurele waarden als transparantie, participatie en zeggenschap komen overeen met de resultaten van de Reliëfenquête. Ook waarden ontleend aan het zorgjargon en aan standards van

deskundigheid zijn hier aanwezig, mogelijk nadrukkelijker nog dan in de Reliëf-enquête. Wat opvalt is dat er aanzienlijk minder zorgethische waarden worden vermeld. Vertrouwen en mogelijk ook zingeving en emancipatie zouden hier onder kunnen vallen, maar daar blijft het verder bij. Dit geeft hoogstens voeding aan een hypothese dat bestuurders in het algemeen meer gebruik maken van procedurele, liberale en aan het zorgjargon ontleende waarden dan de bestuurders uit de achterban van Reliëf. Omdat in de studie van Van Dartel, Jacobs & Jeurissen de uitkomsten niet gespecificeerd zijn per sector, er geen percentages worden vermeld en evenmin vermeld wordt welke status deze gegevens hebben blijft het bij een vermoeden. Nader onderzoek is gewenst.

### **De visie op zorg gezien vanuit de cliënt**

We vroegen de bestuurders ook om te formuleren wat volgens hen goede zorg is, gezien vanuit het gezichtspunt van de cliënt. Een derde van de respondenten verwijst in hun antwoord opmerkelijk genoeg naar de formulering van hun eigen zorgvisie. Een van de directeuren geeft aan dat hij in de zorgvisie precies heeft geformuleerd wat de zorgvrager wil: “We geven immers vraaggestuurde zorg!” Het grootste deel van de respondenten beantwoordt de vraag wel vanuit het perspectief van de zorgvrager. Sommigen verwijzen hierbij naar onderzoeken van de cliëntenraad of naar een cliënttevredenheidsonderzoek dat in hun instelling is uitgevoerd. Anderen refereren aan hun persoonlijke ervaring. Wat in de resultaten opvalt is de grote overeenstemming over dat cliënten willen dat er tijd voor hen is. Menswaardige bejegening wordt ook breed gedeeld. Cliënten stellen volgens 60% van de respondenten vooral persoonlijke aandacht op prijs. “En”, zegt bijna 50% van de bestuurders: “Ze vinden het belangrijk dat afspraken worden nagekomen, dat er naar je geluisterd wordt, dat je gehoord wordt. Een zorgvrager wil helemaal niet altijd stante pede geholpen worden, maar wil wel precies weten hoe lang hij moet wachten en dan wil hij het benodigde geduld met liefde opbrengen.” In de gehandicaptenzorg wordt ‘het willen voeren van de regie over het eigen leven’ 4 x vermeld. Ontnuchterend is het volgende citaat (uit de ouderenzorg):

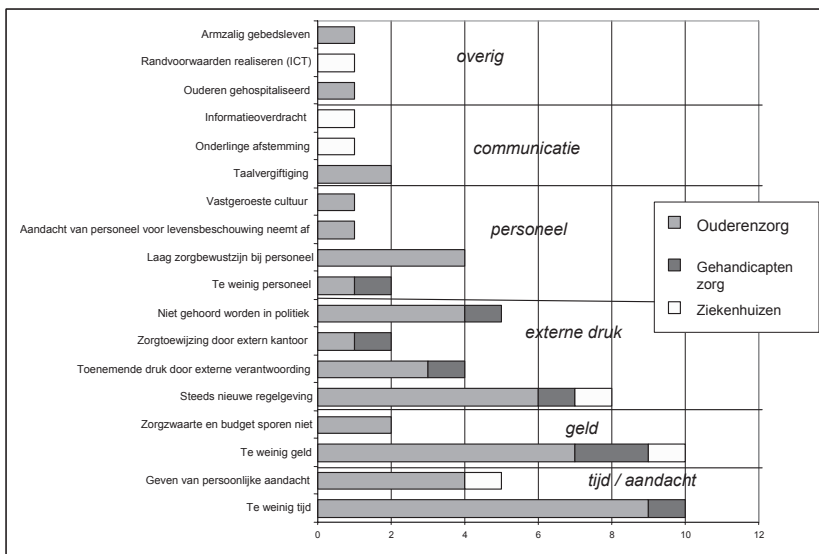
*“Voor zorgvragers geldt dat goede zorg meestal samenvalt met de zorg die ze daadwerkelijk krijgen. Vaak is het zo dat mensen na twee dagen al gehospitaliseerd zijn en niet meer hun eigen leven en wensen kunnen kenbaar maken. Mensen die dit wel doen worden vaak als lastig ervaren en*

*leren hun eigenzinnigheid vrij snel af. Familie heeft dikwijls terecht hogere verwachtingen ten aanzien van de zorg. Maar de bewoner is zelf meestal helemaal niet zo blij met de bemoeienis van de familie. De bewoner wil zich graag aanpassen en niet moeilijk doen.”*

Op basis van de enquête concludeer ik dat de bestuurders menen dat de zorgvragers zichzelf niet als zorgconsument beschouwen. Ze stellen vooral oprecht menselijk contact op prijs, tijd, aandacht, dat er naar je geluisterd wordt. Eisen t.a.v. de invulling (behalve over het eten) lijken niet zo belangrijk, maar wel dat er over de invulling van de zorg overlegd wordt, als gelijkwaardige mensen.

#### **4. ...staan wetten in de weg en praktische bezwaren**

We vroegen de bestuurders vervolgens wat zij de voornaamste knelpunten vonden die het realiseren van goede zorg belemmeren. Ook dit betrof een open vraag. De bestuurders in de ouderenzorg rapporteren relatief de meeste knelpunten, de bestuurders in de gehandicaptenzorg de minste. De bestuurders in de ouderenzorg melden vier clusters in de knelpunten: ‘tijd’, ‘geld’, ‘externe druk’ en ‘een laag zorgbewustzijn bij het personeel’. In de gehandicaptenzorg worden eveneens het ‘gebrek aan geld’, toenemende ‘externe druk’ en ‘gebrek aan personeel’ aangekaart. Maar een laag zorgbewustzijn wordt niet gemeld. Mogelijk dat dat samenhangt met het relatief hoge percentage te laag gekwalificeerd personeel in de ouderenzorg. De bestuurders van de ziekenhuizen herkennen de problemen rond tijd, geld en regelgeving ook, maar voegen specifieke knelpunten op het gebied van ‘communicatie’ en ‘onderlinge afstemming’ toe. Dat de ziekenhuizen juist deze punten aandragen, is niet verwonderlijk, gezien de complexere logistieke omstandigheden in een ziekenhuis.



**Figuur 6 Knelpunten**

Om te zien waar de bestuurders de oorzaak van de problemen leggen is een onderscheid gemaakt in interne en externe attributies. Dit is een aanvechtbaar onderscheid. Om een voorbeeld te geven: is het geven van te weinig aandacht werkelijk een interne aangelegenheid of is het een indirect gevolg van het geld- en personeelstekort? Het is niet mogelijk een waterdichte scheiding aan te brengen tussen knelpunten met een interne oorzaak en met een externe oorzaak. De indeling is globaal en zegt meer over de attributie van de respondenten dan over de feitelijke oorzaken of hun onderlinge verwevenheid. Als we, met deze restricties in het achterhoofd, dan toch een dergelijke indeling maken, levert dat het volgende beeld op.



<b>Extern</b>	
Te weinig tijd	10
Te weinig geld	10
Steeds nieuwe regelgeving	9
Toenemende druk door externe verantwoording	5
Niet gehoord worden in politiek	6
Taalvergiftiging	2
Zorgzwaarte en budget sporen niet	2
Zorgtoewijzing door extern kantoor	2
Te weinig personeel	2
<b>Intern</b>	
Geven van persoonlijke aandacht	5
Laag zorgbewustzijn bij personeel	4
Aandacht van personeel voor levensbeschouwing neemt af	1
Vastgeroeste cultuur	1
Onderlinge afstemming	1
Informatieoverdracht	1
Ouderen gehospitaliseerd	1
Randvoorwaarden realiseren (ICT)	1
Armzalig gebedsleven	1

**Figuur 7** *Attributie van knelpunten*

De meeste knelpunten hebben volgens de respondenten primair een externe oorzaak: te weinig geld, te weinig tijd, teveel regels. De knelpunten met een interne attributie betreffen voornamelijk de zorgcultuur en de attitude van het personeel. Dat geldt in bijzondere mate voor de ouderenzorg.

Dit beeld suggereert dat bestuurders zich bij het realiseren van ‘goede zorg’ met name door externe factoren belemmerd voelen. Je mag dan redelijkerwijs verwachten dat het aanpakken van deze externe factoren de hoogste prioriteit heeft. Dat zij hun pijlen vooral richten op de instanties die verantwoordelijk zijn voor de krapte van de budgetten en de overdaad aan complexe regelgeving. Een sterke lobby bij lokale, regionale en landelijke overheden, en in de politiek en de media ligt dan voor de hand. Dat blijkt echter niet het geval te zijn.

## 5. De maatregelen

We vroegen de bestuurders namelijk ook welke beleidsmaatregel er volgens hen het meest ertoe bijdragen dat hun visie op ‘goede zorg’ wordt verwezenlijkt. Figuur 6 geeft een overzicht. Ik heb de beleidsmaatregelen geordend, in aansluiting bij vigerende kwaliteitszorgsystemen in ‘strategie’, ‘cultuur’, ‘structuur’, ‘mensen’,

‘middelen’ en resultaten<sup>13</sup>. Volgens de verwachting zou het zwaartepunt liggen bij het bepleiten van meer gelden en minder regels bij daartoe bevoegde instanties. Met name in de strategie van de onderneming zou dat zichtbaar moeten worden. Op het beleidsterrein strategie worden inderdaad een aantal maatregelen en voornemens geformuleerd. Opvallend is het relatief grote aantal dat visieontwikkeling aandraagt. Bedoeld is, afgaande op de toelichtingen, het formuleren van een heldere visie op de aard van zorg. De verwachte lobby bij externe partijen zou onder de kopjes ‘beleidsvoornemens’ en ‘ondernemerschap’ kunnen vallen, maar de toelichting bij deze maatregelen geeft een ander beeld: het gaat de bestuurders nl. om het creëren van een strategische positie als concurrerende onderneming.

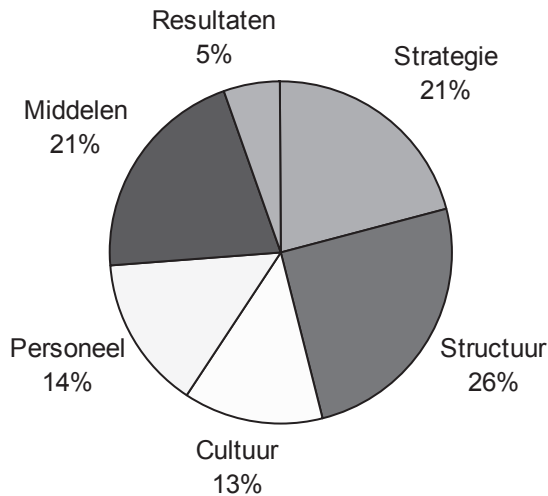
#### Beleidsmaatregelen

<b>Strategie</b>	16	
	Visieontwikkeling	8
	Beleidsvoornemens formuleren	5
	Voortdurende vernieuwing	1
	Sterk ondernemerschap	1
	Investeren op identiteit	1
<b>Structuur</b>	19	
	Onderlinge communicatie verbeteren	5
	Goede werkafspraken maken	4
	Instellen EVV-er	4
	Protocollering	2
	Altijd vervanging	1
	Voorrang voor handen aan het bed	1
	Vraaggericht werken	1
	Invoeren planning en controlcyclus	1
<b>Cultuur</b>	10	
	Cultuurverandering	3
	Vergroten van zorgbewustzijn medewerkers	3
	Spreken over goede zorg	1
	Levens einde bespreekbaar maken	1
	Instellen van moreel beraad	1
<b>Mensen</b>	11	
	Scholing	6
	Investeren in werving goed personeel	3
	Functioneringsgesprekken	1
	HRM-beleid	1
<b>Middelen</b>	16	
	Kwaliteitszorgsysteem implementeren	5
	Zorgvisie vertaald naar concreet meetbare resultaten	4
	Overzichtelijke zorgdossiers en zorgplannen	3
	Investeren in persoonlijke begeleiding	2

	Info geven over geestelijke verzorging	1
	Productbeschrijvingen	1
<b>Resultaten</b>	4	
	Tevredenheidonderzoek	4

**Figuur 8** *Overzicht beleidsmaatregelen*

Het grootste deel van de maatregelen heeft betrekking op zaken betreffende de interne organisatie. Allerlei voornemens betreffende de structuur, cultuur, het personeel en de middelen komen ter sprake.



**Figuur 9** *Maatregelen per beleidsterrein*

Ze sluiten goed aan bij de probleemanalyse van de knelpunten met een interne attributie. Maar de conclusie kan moeilijk anders zijn dan dat de bestuurders bij de knelpunten met name naar buiten wijzen, terwijl ze voor de oplossing van de problemen vooral intern gericht zijn. Een efficiëntie inzet van middelen en mensen lijkt de oplossing voor tekortschietende budgetten en overbelasting door kwaliteitseisen en externe verantwoording van zorg. Het is niet waarschijnlijk dat dit leidt tot de oplossing van de knelpunten. Het ligt meer voor de hand dat dit de belasting van medewerkers verder vergroot en de kwaliteit van zorg verder verlaagt.

## 6. Overweging: bestuurders of managers?

Bovenstaande analyse, namelijk dat bestuurders in de zorg geneigd zijn knelpunten in de organisatie vooral intern te willen oplossen wordt bevestigd door een onderzoek naar managementstijlen van zorgdirecteuren, uitgevoerd door Mirko Noordegraaf en Pauline Meurs<sup>14</sup>. Zij concludeerden dat directeuren in de zorg vooral bestuurders en ondernemers willen zijn en zeker géén managers. Gevraagd naar hun rolbeleving antwoordt een groot deel van de bestuurders in de zorg dat zij zich vooral zien als strategische bestuurders en ondernemers. Maar als je deze rolopvatting vergelijkt met de wijze waarop de managers de productiecijfers van de onderneming interpreteren dan valt op dat ze dit vooral doen in termen van optimalisatie van het productieproces en bedrijfseconomische gezondheid, een typische '*managerial attitude*'. Noordegraaf en Meurs onderzochten ook de zaken waar de bestuurders in de zorg zich mee bezig houden. Er blijkt een sterke nadruk te liggen op interne kwesties en zaken van beheersmatige aard. Men stuurt niet op incidenten, maar vooral op de zaken die op een planmatige manier de aandacht vragen.

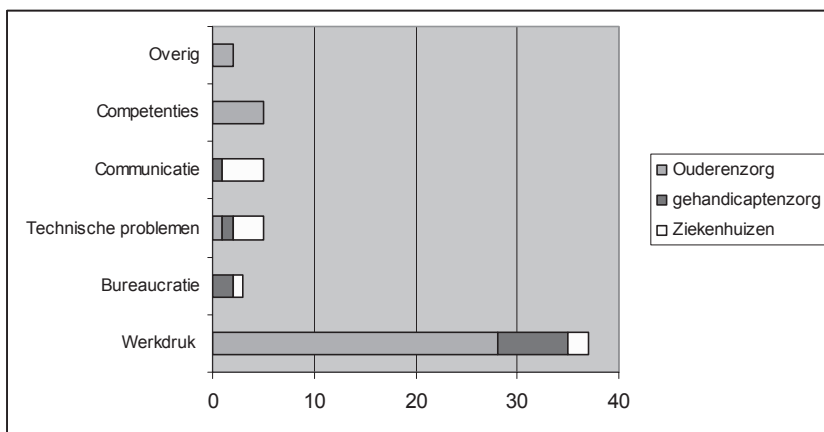
Kortom, de praktijk van het werk van bestuurders in de zorg heeft het meest weg van de managerrol en minder van de strategische bestuurder en ondernemer. Men past op een redelijk traditionele manier op de winkel. In dat beeld past ook de observatie die Noordegraaf en Meurs deden over de waarde die aan politieke opdrachten wordt gehecht. Die is gering. Dat is begrijpelijk vanuit de gedachte dat 'Den Haag' een verstorende factor is, maar er spreekt ook iets als een afkeer van het politieke uit, aldus Noordegraaf en Meurs. Die afkeer blijkt duidelijk uit het feit dat bestuurders in de zorg nauwelijks contacten met politici en ambtenaren onderhouden. De contacten die bestuurders onderhouden zijn grotendeels intern gericht. Er rijst een beeld op van bestuurders die zichzelf zien als strategen, maar vooral bezig zijn met intern management.

Deze conclusie sluit naadloos aan bij de resultaten van ons onderzoek. De door ons geënquêteerde bestuurders geven bij het analyseren van de knelpunten en de oorzaken ervan blijk van een brede, ook extern gerichte blik, maar bij de oplossing voor knelpunten richten ze zich eenzijdig op de interne structuur van de organisatie.

## 7. De frustratie van de medewerkers

De bestuurders staan relatief dicht bij de werkvloer en de dagelijkse processen.

Mogelijk is dat niet effectief in strategische zin, maar ze beschikken hierdoor wel over een onderbouwde visie op de zorgpraktijk. We vroegen de directeuren daarom naar wat zij denken dat voor hun medewerkers de grootste frustraties in het werk zijn als het gaat om het realiseren van een aanbod van goede zorg. Het beeld is eenduidig: de werkdruk vormt volgens hen voor zorgprofessionals de grootste frustratie.



**Figuur 10 Frustraties medewerkers, geclusterd**

Het beeld van de frustraties van personeel is redelijk eenduidig: te weinig tijd om te doen wat je denkt dat gedaan moet worden: aandacht geven. Dit komt overeen met onderzoeken naar werkdruk en tijdsdruk die bijvoorbeeld door de LEVV en de AVVV i.s.m. het Nivel zijn uitgevoerd.

*“Slechts één op de drie verzorgenden (36%) vindt dat ze voldoende tijd heeft om goede zorg te kunnen geven. Dit gebrek aan tijd gaat vooral ten koste van de persoonlijke aandacht, de activering en begeleiding, en het stimuleren van zelfzorg. Maar ook de maaltijden en de toiletgang hebben eronder te lijden: eenderde (32%) zegt altijd voldoende tijd te hebben om cliënten te helpen bij eten en dringen en een kwart (24%) zegt dat cliënten die naar de toilet kunnen nooit incontinentiemateriaal krijgen. Eenderde (34%) van de verzorgenden geeft aan dat er niet altijd een geïnstrueerd persoon toezicht houdt op de psychogeriatrische cliënten in de huiskamer.”<sup>15</sup> (Nivel e.a. 2004)*

De knelpunten die de bestuurders eerder al noemden, keren ook hier terug, waarbij vooral het gebrek aan tijd om het werk op goede wijze te verrichten vanuit het perspectief van de zorgprofessional het zwaarst weegt. Dit geldt voor alle sectoren. Als we de het kopje werkdruk onder de loep nemen, komt, naast de niet nader gespecificeerde aanduiding werkdruk/tijdsdruk, vooral de spanning tussen wenselijkheid en werkelijkheid naar voren. Zorgverleners willen meer en anders dan mogelijk is. Ze voelen zich vooral belemmerd in het geven van aandacht aan mensen, aldus de bestuurders.

<b>Werkdruk</b>	
<i>Werkdruk / tijdsdruk</i>	17
<i>Meer en anders willen dan kan of moet</i>	10
<i>Onvoldoende aandacht kunnen geven</i>	8
<i>Geen prioriteiten kunnen stellen</i>	1
<i>Spanning tussen zelfzorg en zorg voor bewoner</i>	1

**Figuur 11 Specificatie werkdruk**

De vraag is uiteraard in hoeverre deze wens van zorgprofessionals terecht is. Met andere woorden: is de norm die de zorgprofessionals hanteren ten aanzien van goede zorg reëel, of zijn ze te idealistische waardoor werkdruk en tijdsdruk self fulfilling prophecies zijn.

### **Is aandacht een criterium van goede zorg?**

Zijn de hoge werkdruk en het niet kunnen geven van aandacht signalen van tekortschietende zorg? Het antwoord op deze vraag is complex. Een hoge werkdruk bijvoorbeeld is niet alleen kenmerkend voor zorgberoepen; ook veel andere professionals herkennen deze spanning. Ook zij lijden aan het feit dat ze meer willen dan mogelijk is. Bovendien is het klagen over tijdsdruk een indicatie van de sociale status: ‘druk druk druk’ klinkt altijd interessanter dan ‘z’n gangetje’, zoals H.J.A. Hofland al opmerkte in 1953<sup>16</sup>.

Tenslotte, en veel belangrijker, zorg wordt gekenmerkt door een zekere onmatigheid. Zorg is geen product – het zij nog maar eens gezegd – maar een proces. Een proces waarin een zorgbehoefte wordt herkend, waar mensen een appel ervaren om zorg te bieden, waar mensen onderhandelen over wat iemand zelf kan en waar iemand hulp bij nodig heeft, waar mensen samen, met respect voor ieders mogelijkheden, elkaar proberen bij te staan, en waar mensen het zorgproces samen evalueren om

zo weer verder te kunnen, in een meer of minder hechte zorgrelatie. Juist het relationele karakter van het zorgproces maakt dat zorg niet in standardeenheden is uit te drukken. Personen met vergelijkbare aandoeningen doen niet een zelfde beroep op zorgverleners. De verschillen hebben te maken met de betekenis die de aandoening heeft voor de zorgvrager en ook met de persoonlijke gevoeligheid van de zorgverlener. De invloed van deze persoonlijke factoren zijn geen knelpunten in de zorgorganisatie. Integendeel zelfs, want zij vormen immers precies de basis waar het goede zorgproces op steunt: aandacht voor persoonlijke betekenisgeving en de gevoeligheid voor het appel van de ander bij de zorgverlener.

Dat alles neemt niet weg dat de professionele zorgsituatie gekenmerkt wordt door beperkingen en een zekere proportionaliteit. Een zorgverlener kan het gevoel hebben om voor bepaalde cliënten of patiënten voortdurend beschikbaar en present te moeten zijn. Sommige patiënten doen in die zin ook een zwaar appel op zorgverleners. Zorgverleners worden soms gepositioneerd in de rol van moeder, broer of zus, vriend of vertrouwenspersoon. Andries Baart schrijft hierover in de bijdrage in dit boekje. Daar zit een mooie kant aan, maar ook een bedenkelijke kant. Soms voelt de zorg 'moederlijk' aan, maar de professional is niet de moeder, en ze kan het niet zijn. Ze zou iets beloven wat ze niet waar kan maken in de context van de professionele zorgorganisatie – hoe graag ze het misschien ook zou willen. Daar kun je aan lijden, en het is zelfs goed om aan die scherpe kanten van het bestaan te lijden. Zorgverlener zijn is een beroep met een tragische dimensie. Met andere woorden, het gevoel tekort te schieten vormt, naaste andere, een van de kenmerken van goede zorg.

Maar deze uitspraak betekent niet dat het klagen van zorgverleners over te weinig tijd per definitie kenmerkend is voor goede zorg. De klacht over te weinig tijd kan wel degelijk een aanwijzing zijn voor tekortschietende zorg. De klacht zal dus nader onderzocht moeten worden, in het licht van de normen over goede zorg. Drie soorten normen onderscheid ik hier: een objectieve, een subjectieve en een communicatieve of ethische. De objectieve verwijst naar controleerbare normen die door de branches of de inspectie zijn opgesteld. De subjectieve gaan over de tevredenheid van de cliënten en patiënten en over de arbeidssatisfactie van de zorgverleners. Deze beide leveren belangrijke indicatoren, maar niet voldoende. De objectieve normen zeggen niets over hoe de zorg ervaren wordt. De subjectieve wel, maar we moeten daar kritisch op blijven. De tevredenheid van de cliënt vormt niet het laatste woord. Hospitalisatie of een scheefgetrokken machtsbalans kunnen tevredenheidsonderzoeken ernstig vertekenen. Er is dus nog een derde criterium

nodig. Ik noem dat een communicatief of ethisch criterium. Het gaat bij dit criterium niet om productdefinities of effecten van interventies, ook niet om een subjectief oordeel, maar om de communicatieve ruimte waarin het zorgen plaats vindt. De ruimte om onder woorden te brengen wat er aan de hand is, zonder dat het direct door professionele of gemedicaliseerde taal wordt 'afgepakt', de ruimte om te vertellen wat je wel en niet van de zorgverlener verwacht, zonder dat een uitstalling van het beschikbare aanbod je daarin belemmert. De ruimte voor een zorgverlener om kenbaar te maken of ze het zorgverhaal begrepen heeft en wat ze denkt dat ze ermee kan. De ruimte voor de zorgverlener om vertrouwen in het eigen kunnen te vragen, zonder in een sfeer van wantrouwen te geraken. De ruimte om samen over de invulling en uitvoering van de zorg te onderhandelen, zonder dat dit ontardt in een machtsstrijd. De ruimte om te zeggen of de zorg het wel of niet aansluit bij wat men verwacht of verlangt, zonder dat dit afgestraft wordt.

Het gaat om gekwalificeerde ruimte, waar een klimaat heerst van aandacht voor wie mensen zijn, voor hun intenties, behoeften en verlangens. Ruimte voor aandacht. Dat een zorgverlener lang niet altijd aan de wensen van de cliënt kan voldoen, en dat ze ook lang niet altijd kan doen wat ze wel zou willen, is onvermijdelijk. Maar dat je daarover niet kunt communiceren, dat is moreel laakbaar. Met het laatste overschrijden we de grens van goede zorg. Goede zorg moet het juist hebben van deze moreel gekwalificeerde communicatie. Een van de respondenten uit de ouderenzorg verwoordt het zo: "Bewoners vinden het helemaal niet erg om te moeten wachten, ze willen prima wachten, een kwartier, een uur, een dag of zelfs een week, maar ze willen wel dat hun dit gevraagd wordt en ook dat de zorgverlener de gemaakte belofte daadwerkelijk nakomt."

Als de bestuurders uit onze enquête rapporteren dat het voor zorgverleners een van de grootste frustraties is dat ze onvoldoende aandacht kunnen geven aan patiënten en cliënten, dan lijkt er meer aan de hand dan 'druk druk druk'. De essentie van zorg komt in gevaar.

## **De vos en de druiven**

Gevraagd naar wat de bestuurders doen om aan de door hen gesignaleerde frustraties van de medewerkers tegemoet te komen, rapporteren de respondenten uiteenlopende maatregelen, die ik geordend heb in de categorieën 'personeel' en 'randvoorwaarden'. De meeste maatregelen liggen voor de hand. De maatregelen onder het kopje 'zelfmanagement' zijn echter opvallend.



<b>PERSONEEL</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>21</b>
<b><i>Zelfmanagement</i></b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>15</b>
Overleg over taakopvatting van medewerkers	3	1	0	4
Managen van verwachtingen van medewerkers	2	1	0	3
Zorggevers efficiënter laten werken	2	1	0	3
Personeel beter prioriteiten leren stellen	1	1	0	2
Prioriteit voor handen aan het bed	2	0	0	2
Feedback op resultaten	0	0	1	1
<b><i>Cultuur</i></b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
Begrip	3	0	0	3
Cultuurverandering	2	0	0	2
Ruimte bieden tussen wet en werkelijkheid	1	0	0	1
<b><i>Structuur</i></b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
Aanstellen EVV'ers	3	0	0	3
Betrekken van de mantelzorgers	1	1	0	2
Scholing	2	0	0	2
Goede vervanging bij ziekte	1	0	0	1
<b>RANDVOORWAARDEN</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>14</b>
Betere randvoorwaarden creëren	3	0	0	3
Nieuwbouw	2	0	0	2
Aanpassing patiëntlogistiek	0	0	2	2
Spreekuurvoorbereiding	0	0	1	1
Verzuimbeleid	1	0	0	1
Patiënttevredenheidsonderzoek	0	0	1	1
Kwaliteitsbeleid	0	0	1	1
Investeren in ICT	0	1	0	1
Creatief zoeken naar geld	0	1	0	1
Investeren in handiger administratie	0	1	0	1

***Figuur 12 Maatregelen tegen frustratie personeel***

***Figuur 12 Maatregelen tegen frustratie personeel***

Het lijkt er op dat de bestuurders in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg willen dat hun personeel de prioriteiten in de zorg bijstellen. Ze moeten hun taakopvattingen en hun verwachtingen onder ogen zien en mogelijk veranderen. De vraag rijst of de

bestuurders ook willen dat hun medewerkers het geven van aandacht een lagere prioriteit geven. Uit de gegevens van deze enquête valt dat niet op te maken, maar te vreezen valt dat een meer efficiënte organisatie van de werkzaamheden niet zal leiden tot een vergroting van de ruimte voor aandacht. Het heeft er de schijn van dat de bestuurders redeneren als de vos uit de fabel van Jean de la Fontaine. De vos zag een prachtige tros druiven hangen, het scheen dat hij ze wilde plukken, maar ze hingen net te hoog. Hoe hij sprong en wat hij deed, ze bleven onbereikbaar. Toen draaide de vos zich om en zei: “Ach, ik houd eigenlijk helemaal niet van druiven...” Deze zelfmisleidende omgang met onvervuld verlangen lijkt te passen bij de al eerder opgemerkte intern gerichte oplossingsstrategie van bestuurders in de zorg.

## 8. Conclusies

1. Ze hebben een helder omlijdend idee van goede zorg, dat in hoge mate in zorgethische begrippen is geformuleerd. Waarden als aandacht, betrokkenheid, respect voor de persoonlijke identiteit maken de kern uit van hun zorgvisie.
2. De bestuurders vinden dat ze bij de realisering van hun visie op goede zorg met name belemmerd worden door externe factoren als te weinig geld, te veel regels en een toenemende druk op externe verantwoording. Daarnaast noemen ze ook onvoldoende geschoold personeel en een tekortschietende zorgcultuur.
3. De oplossing voor deze knelpunten zoeken de bestuurders voornamelijk in de interne organisatie personeelsbeleid, kwaliteitsmanagement en stroomlijning van de logistiek. Deze interne aanpak van knelpunten met een externe oorzaak mag typerend heten voor de stijl van besturen in de zorg (meer *managerial* dan strategisch).
4. De bestuurders in de zorg menen dat hun werknemers voornamelijk gefrustreerd worden door gebrek aan tijd om de dingen te doen die ze willen doen. Met name aan het geven van persoonlijke aandacht komen ze onvoldoende toe.
5. De bestuurders lossen dit knelpunt op door met de werknemers in overleg te gaan over hun taakopvatting en hun verwachtingen. De vraag is of deze strategie een van de kenmerken van

goede zorg, namelijk het kunnen bieden van persoonlijke  
aandacht, ook zal waarborgen.

Kortom: de bestuurders van Reliëf willen wel, maar het is de vraag of het ze lukt.

Andries Baart buigt zich in het volgende artikel over deze vraag: bestaat er een managementmodel voor de zorg dat de knelpunten om goede zorg te verwezenlijken niet afschuift op de medewerkers, maar de medewerkers juist vrij speelt om goede zorg te bieden.



# MOET DAT NOU?

## Presentie en het verlangen van de manager

*Andries Baart*

De vraag waarover ik me in deze bijdrage zal buigen, is de volgende. Kan de presentiebenadering, zoals ik die voorsta<sup>17</sup> werkelijk worden ingevoerd in de zorgpraktijk van reguliere zorgaanbieders? Voor een positief antwoord op deze vraag zal aan twee voorwaarden voldaan dienen te worden. In de eerste plaats zullen zorgprofessional het moeten zien zitten om vanuit een presentiebenadering te gaan werken. Mijn indruk is – en de enquête die Thijs Tromp heeft uitgevoerd (zie vorige bijdrage) bevestigt dat – dat die bereidheid aanwezig is. En in de tweede plaats – en dit is mogelijk belangrijker – moeten de zorgprofessionals ook in de gelegenheid worden gesteld om die presentiebenadering in praktijk te brengen. Daarvoor zullen dus de randvoorwaarden gecreëerd moeten worden. En wie zou die ruimte voor presentie moeten scheppen? Het antwoord ligt voor de hand: bestuur, directie en management. Vandaar dat ik de volgende vraag centraal stel in deze bijdrage: bestaat er zoiets als presentie management? En indien zo: hoe wordt dat dan uitgevoerd?

### **De vraag naar presentie management**

Zou het werken in de lijn van de presentietheorie uitsluitend iets voor uitvoerenden zijn, dan geven we hun misschien iets moois mee, maar zadelen we hen tegelijkertijd met een probleem op. Zij lopen warm voor iets, maar als ze thuis komen kunnen ze er niets mee. En dat wil ik niet op mijn geweten hebben. Vandaar: presentie management.

Dat verwijst naar een manager die zelf present is maar ook naar een vorm van management dat presentiebeoefening mogelijk maakt. Als zulk presentie management zou bestaan, kan het zich dan handhaven in het grote gewoel van vandaag de dag of is het daarvoor te zacht? Is de presentiebenadering te soft voor deze tijd die vraagt om een adequate omgang met afreksystemen en wat dies meer zij? Ik denk dat beide vragen positief beantwoord kunnen worden; volgens mij bestaat dat soort management en kan het voldoen aan de hedendaagse eisen. Om dat werkelijk te kunnen, zijn er vier voorwaarden waaraan ‘presentie management’ moet voldoen.

1. De eerste voorwaarde bestaat erin dat er een *inhoudelijk* referentiepunt moet zijn. Een richtsnoer waarmee het schip een eigen koers kan varen, zodat het management niet met alle stromen mee drijft.
2. Het tweede is de gedachte dat ook de manager heel goed moet weten wat een *zorgpraktijk* is. Als hij of zij dat niet weet, stuurt de manager iets aan wat misschien niet bestaat of straft af wat wel dient te bestaan en juist steun verdient. Presentiemanagement moet aansluiten bij wat feitelijk gebeurt tijdens het competent geven van zorg.
3. Het derde is dat de zorgmanager ook op de goede plek moet gaan staan. Hij of zij moet de *juiste positie* innemen ten opzichte van het zorgproces, de zorgprofessionals en alle druk die van buiten op zijn zorgorganisatie af komt.
4. En de vierde voorwaarde is dat een verdergaande professionalisering van het zorgmanagement nodig is. Ik roep managers op zich nog veel verder te professionaliseren dan ze nu al doen – en ik hoop dat managers dat als steun kunnen ervaren: ze moeten heel goede *zorgprofessionals* worden.

Voor dat ik verder ga wil ik nog twee opmerkingen maken. In de eerste plaats ben ik geen expert op het terrein van het management<sup>18</sup>. Ik weet er net genoeg van om een aantal basale opmerkingen te maken, maar te weinig om de consequenties van mijn voorstel volledig te overzien. Ik verheug me erop met specialisten uit het veld verder te studeren op deze materie. In de tweede plaats neem ik mijn uitgangspunt in de resultaten van de reeds genoemde enquête. En daarvan voornamelijk de gedachte dat managers in de zorg in hoge mate georiënteerd zijn op zorg-eigen waarden als aandacht, betrokkenheid, verbondenheid en menslievendheid. Dat managers van de zorg vervreemd zijn, lijkt onzin. Ze worstelen met de regelkaders en beperkingen die hun worden opgelegd. Maar de managers willen wel en ze verdienen onze hulp.

## 1. Goede zorg

Om goede zorg te kunnen ‘managen’ is behoefte aan een inhoudelijk referentiekader, dat bestaat uit twee elementen. Het eerste element is dat je moet weten wat het karakter van zorg is en vooral wat zorg tot goede zorg maakt. Annelies van Heijst heeft in haar bijdrage in dit boekje daar behartigenswaardige dingen over geschreven. Ik zal een aantal elementen ervan hieronder op een specifieke wijze hernemen. Het

tweede element is dat deze inzichten ook vertaald moeten worden naar criteria die op het niveau van beleid en management gehanteerd kunnen worden.

### 1.1 Wat zorg tot goede zorg maakt

Wat maakt zorg eigenlijk tot *goede* zorg? Het zal in de eerste plaats *zorg* moeten zijn! Dat is uiteraard een tautologie, maar geen overbodige. Het gaat erom dat niet alles wat in de zorgsector gebeurt, ook daadwerkelijk de naam zorg mag dragen, hoewel het wel vaak zo wordt genoemd. Zorg is niet alleen een aanduiding van specifieke taken en van bepaalde handelingen in een specifieke sector, maar ook een inhoudelijke gekwalificeerde maat van praktische betrokkenheid. ‘Zorg’ staat ook voor de kwaliteit van een specifieke betrekking die ik aanga met *andermans* behoefte. Die opvatting van zorg werk ik hieronder uit.



**Figuur 13 Zorg als bekommernis**

#### a) Zorg als bekommernis

Ten diepste is zorg ook bekommernis (zie Figuur 1). En als we het iets verder uiteen rafelen, zien we dat zorg de volgende aspecten in zich draagt.

- Om te beginnen zal zulke zorg *verzorgd* moeten zijn. Daarmee is bedoeld dat de zorg doet wat nodig is. Dat staat toch echt voorop.
- Daar komt bij dat de goede zorg niet alleen verzorgd is, maar ook *zorgvuldig* wordt uitgevoerd. Ik doe niet alleen wat nodig is, maar ik doe het ook goed en met aandacht.

- Als ik daaraan toevoeg dat ik het ook *zorgzaam* doe, dan doe ik het niet alleen met aandacht, maar zelfs met duurzame aandacht. Zorg is geen incident, geen losse flodder, maar een proces waarin trouw een constitutief element is.
- Ten slotte ben ik ook *bezorgd*. Ik neem in het zorgen mijn eigen gevoelens mee. Mijn medeleven of empathie. Dat draagt bij aan de goede kwaliteit van zorg.

Als al deze vier aspecten aanwezig zijn, kan zorg met recht zorg genoemd worden en zelfs in toenemende mate *goede* zorg. We werken deze vier dimensies nog iets verder uit.

- Het *verzorgd* zijn duidt op een bekommernis die recht doet aan de behoefte, gesteld in algemene termen. Er wordt vastgesteld wat nodig is en dat wordt geboden. Het is de basisvoorwaarde, maar daarmee is nog lang niet alles gezegd.
- Er is ook *zorgvuldigheid* nodig. Zorg is namelijk niet alleen het lenigen van een algemene behoefte. Het gaat om de behoefte van een concrete mens in het hier en nu. Ik zal me als zorgverlener moeten afstemmen op jou, als zorgvrager. Ik zal proberen responsief te zijn: past dit jou, is dat goed voor jou op dit moment, is dat wat jij wilt, past dit in jouw leven? Zorgvuldigheid betekent dan dat ik probeer niet alleen te doen wat gedaan moet worden maar dat ik ook probeer dat te doen in wisselwerking met en alert op de respons van de ander.
- *Zorgzaamheid* vraagt vervolgens aandacht voor het feit dat mensen niet alleen willen krijgen wat ze nodig hebben. Ze verlangen er ook naar ingeweven zijn in een zorgbetrekking. Ze willen niet verlaten worden. Daarmee gaat het dus over trouw en over continuïteit.
- En de *bezorgdheid* ten slotte honoreert de persoonlijke aspecten van de zorggever. Zonder de motivatie en de persoonlijke betrokkenheid blijft zorg onvolledig (en loopt de zorggever overigens een gerede kans af te branden). Zorgen vraagt om een innerlijk commitment.

Zo geven we een eerste antwoord op de vraag wat zorg tot goede zorg maakt: ze moet voluit zorg zijn<sup>19</sup>. Maar daarmee zijn we er nog niet, want zorg, goede zorg,



dient ook nog relevant, probaat, legitiem, doenlijk en relationeel te zijn. We lopen deze vijf criteria kort langs.

## **b) Relevantie**

Zorg moet relevant zijn. Dat betekent, zoals gezegd, aansluiten bij de werkelijke zorgbehoefte. Dat is echter ingewikkelder dan het mogelijk op het eerste gezicht lijkt. Want zorg die aansluit, is meer dan methodisch verantwoorde zorg geleverd door gekwalificeerde professionals, op basis van een diagnose. Mensen moeten, als zij *passende en relevante* zorg willen ontvangen, ook de kans krijgen om *zich te laten zien*. Ze moeten de ruimte krijgen om zich te articuleren en om te laten zien wat het probleem *voor hen* betekent en waarheen hun leven tendeert. Overigens gaat het zeker niet alleen over problemen. We hebben het daarbij over trage processen<sup>20</sup>, over geduld en over het opbouwen van vertrouwde (niet te verwarren met trouw), over de mogelijkheid om te gaan zeggen en vragen wat je van jezelf nog niet kende of dorst te uiten. Een zorgverlener zal ruimte moeten maken zodat de ander tevoorschijn kan komen en zal zich moeten inspannen om te begrijpen wat de zorgvrager daarbij laat zien: dat is bovenal een hermeneutische prestatie en dus meer dan het nalopen en afvinken van een rijtje mogelijke behoeften.

## **c) Probaat zijn**

Goede zorg is bovendien probaat. Simpel gezegd betekent het dat zij haar waarheidsclaim inlost – zo niet volledig dan toch zo goed mogelijk. Wat ze belooft, doet ze, en ze mag daaraan ook gehouden worden. Het goede resultaat dat ze in het vooruitzicht stelt, moet ze ook kunnen waarmaken; zorgontvangers hoeven niet in het duister te tasten over wat ze krijgen en wat daar de kwaliteit van is. In de hedendaagse discussies vat men deze kwestie dikwijls op als de eis van een *evidence-based practice*, maar dat hoeft helemaal niet zo uitgewerkt en verstaan te worden (we komen erop terug). Belangrijk is in elk geval dat zorg niet een ‘gezindheid van goede bedoelingen’ is, in de zin van: ik voel met u mee, ik ben betrokken en nabij, maar – kleinigheidje – helaas maak ik er een knoeiboel van en zijn de resultaten van onze relatie bedroevend slecht. Zo gaat dat niet: het motief van goede bedoelingen en warme gevoelens laat onverlet (i) dat goede zorg is die werkelijk goed doet en (ii) dat de zorggever voor de kwaliteit van de zorg verantwoordelijkheid draagt<sup>21</sup>. Interessant is ondertussen wel wat goede resultaten zijn. Het zal, gegeven het

bovenstaande, duidelijk zijn dat daar veel meer onder begrepen moet worden dan het nodige doen en problemen oplossen.

#### **d) Legitimiteit**

Goede zorg is ook legitiem. Legitiem betekent allereerst dat je mag doen wat je moet doen; om te weten of je iets mag, kun je de wet raadplegen, de codes en charters van je beroep of bedrijf, de conventies van de samenleving, de protocollen die verplicht zijn gesteld op de plek waar je werkt et cetera. Maar het gaat verder, want legitimiteit betekent ook dat het er fatsoenlijk aan toe moet gaan – zelfs als je doet, wat mag.

Fatsoenlijk zijn betekent onder meer: niet vernederen, niet persoonlijk noch institutioneel (dus via de regels van de voorziening of verstrekking). Het betekent in ons geval verder dat zorg aansluit bij de gebruikelijke maatschappelijke normen die gelden voor normale menselijke betrekkingen. En dat is minder vanzelfsprekend dan het misschien lijkt: waarom gedragen hulp- en zorgverleners zich toch zoveel anders als ze hun witte jas aantrekken? Waarom mogen ‘onfatsoenlijke’ dingen dan wel, terwijl niemand het in zijn hoofd zou halen zo met zijn ouders thuis of met de burens om te gaan? Maar fatsoen – waarover Margalit een belangwekkend boek schreef<sup>22</sup> – is om andere redenen lastig: de goede zorgmanager handelt net zo fatsoenlijk als de overheid hem fatsoen gunt. Je kunt niet of nauwelijks fatsoenlijker zijn dan de ruimte die je voor fatsoen krijgt. En die ruimte neemt momenteel onder politieke druk zienderogen af, wat zich direct vertaalt in de kwaliteit van de zorg.

Legitimiteit verwijst ten derde ook naar de mate waarin de zorg sociaal is. Zorg die zo is ingericht dat de financiële mogelijkheden van de zorgvrager bepalen welke zorg er verleend wordt, is asociaal. Zorg die parasiteert op verbroken solidariteit en alleen beschikbaar is voor de sterkste mensen, is uiteindelijk geen goede zorg omdat ze de onderliggende sociaal structuur uitholt. Dit soort verschijnselen treedt op wanneer jongeren zich voor een habbekrats kunnen verzekeren tegen ziektekosten en ouderen gebukt gaan onder een torenhoge premie (of zich überhaupt niet meer kunnen verzekeren omdat ze geheid ‘te veel’ gaan kosten), wanneer bedrijven privé klinieken beschikbaar stellen voor het spoedige herstel van hun werknemers, en wanneer de basisvoorziening zo krap is dat je je voor allerlei rampspoed moet bijverzekeren, wat alleen voor de kapitaalkrachtigen is weggelegd. Zorg ligt dan achter een hoge drempel en speelt de samenleving uit elkaar.

Kortom: legitieme zorg is dus wettig, fatsoenlijk én sociaal.

## **e) Doenlijk**

Zorg moet om goede zorg te zijn ook doenlijk zijn. Meestal wordt daar iets methodisch onder verstaan: ze mag geen onmogelijke competenties vragen, de organisatie niet over de kop jagen en niet buitenproportioneel veel geld of energie kosten. Maar ook hier geldt: er is meer. Zorg is slechte zorg als ze zo gegeven moet worden dat ze de zorggevers uitput en te gronde richt. Zorggevers moeten niet ziek worden van hun werk. Wanneer ze afbranden, doodmoe en gedemotiveerd raken, is de zorg uiteindelijk niet doenlijk en dus ook niet goed, hoe plezierig die zorg ook voor de zorgontvanger moge zijn.

Maar met te zeggen dat het werk naar draagkracht gedaan moet kunnen worden, zijn we er niet: doenlijk heeft niet alleen een negatief geformuleerde ondergrens (geen burn out) maar ook een positief geformuleerd optimum. Kort gezegd: goede zorg is óók voor de zorggever zinvolle zorg. Door zorg te geven vult de zorggever zijn of haar leven op een zinvolle manier, wordt er meer mens van en vindt er (ten dele) ook zijn / haar eigen bestemming in. Ik verzet me dus tegen de gedachte dat zorg geven uitputtend of zorgelijk is. Wie verhalen van de zorggevers beluistert, weet dat zorg geven ook deugd doet, plezier geeft en zelfs bijdraagt aan de eigen emotionele, morele en sociale opbloei. Zorg kan echter ook zo ingericht worden – en dat zien we momenteel op grote schaal – dat dat er allemaal niet meer van komt. Die ‘opbrengst’ voor de zorggever wordt dan beschouwd als een onnodige luxe, een welkom bijeffect voor de zorggever waarvoor we de middelen helaas even niet meer hebben in deze krappe tijden. Luxe, bijeffect? Onzin: als zorg niet op de hier genoemde drie manieren doenlijk is (methodisch uitvoerbaar, naar draagkracht en zingevend), verdampst ze domweg of wordt ze op den duur door ongeschikte mensen op een desastreuze manier gegeven.

## **f) Relationeel**

Goede zorg is ten slotte ook relationeel. De relatie die ik aanga, verschilt principieel van een lopende band waarmee ik het product ‘zorg’ aan de overkant krijg. Het goede van zorg zit niet alleen in het resultaat. Het zit ook en misschien wel vooral in de wijze waarop ik een zorgzame betrekking met de ander onderhoud. In het onderzoek naar de presentie van pastores in achterstandswijken zeiden buurtbewoners dat ze ermee kunnen leven als problemen niet (volledig) opgelost worden, zolang ze maar als volwaardig mens benaderd worden, zolang er iemand

is die om hen maalt, iemand voor wie het ertoe doet hoe ze eraan toe zijn, iemand die hen kent en met ze meeleeft. Want niets is erger dan het gevoel met de nek aangekeken te worden, verlaten te worden door je helper en te vechten met je leven zonder getuige. Een goede helper is altijd meer dan iemand die problemen te vuur en te zwaard bestrijdt.

dimensie	Betekenis
t	Als zorg zorg is in de volle zin des woords
tie	Als zorg aansluit
id	Als zorg doet wat ze belooft
i	Als zorg moreel deugdelijk is
	Als zorg zinvol uit te voeren is
eel	Als de zorgbetrekking in zichzelf waardevol mag zijn

**Tabel 1: Wat zora tot aoede zora maakt. *resumé.***

**Tabel 1 *Wat zorg tot goede zorg maakt, resumé***

## Samenvattend

Er valt dus inhoudelijk veel te zeggen over goede zorg (zie tabel 1). En die inhoud overstijgt de gedachte dat zorg vooral een effectieve reparatie behoort te zijn. De criteria die momenteel voor goede zorg ontwikkeld worden, gaan overwegend over de fysieke aspecten van goede zorg (temperatuur, honger en dorst, veiligheid van het eten, comfortabel kunnen liggen en zitten), over de woonomstandigheden (geen gladde douchecel, lekker licht, lekker fris), over inspraak (de cliëntenraad moet geraadpleegd zijn) en over het psychische domein (welbevinden). Maar deze criteria verschillen wezenlijk van de criteria die ik hier aanreik. Waar blijft bijvoorbeeld de bekommernis en het relationele karakter? Ik denk dat ‘mijn’ criteria voor managers een beter richtsnoer zijn om dichtbij de essentie van zorg te blijven. Dat is een pretentieuze stelling, maar een discussie waard.

## 1.2 Wat vraagt een zorgvrager eigenlijk?

Wat zorg tot goede zorg maakt, hebben we tot nog toe enigszins opgehelderd. Maar het kan nauwkeuriger. In ons presentie-onderzoek heb ik zorgvuldig in kaart gebracht wat aan zorggevers werd gevraagd. Ik kwam uit op 136 vragen. Die heb ik geprobeerd samen te vatten in een 'ideaaltype': wat vragen mensen nou eigenlijk? Dan komt er een vraag tevoorschijn die weliswaar zó nooit wordt gesteld, maar de diepestructuur verraadt van de vragen die wel gesteld worden. Die ideaaltypische vraag ziet er als volgt uit<sup>23</sup>:

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)?

We lopen deze negen elementen kort na.

- Mensen beginnen niet met de vraag: "Ik heb een probleem. Kun je dat oplossen?" "**Telt het**" is de eerste vraag die gesteld wordt. Goede zorg begint bij die vraag. Antwoord: "Ja, het doet ertoe dat jij je niet goed voelt, dat is geen verwaarloosbaar, weg te redeneren iets."
- Mensen willen niet dat wat ze dwars zit in zijn algemeenheid telt. Men wil dat het voor iemand hier telt. Mensen zoeken voor hun gevoel een geïnteresseerde, een mens om zich toe te richten. "Telt het **voor jou**?" Die jou moge een functionaris zijn, de geadresseerde ligt daarachter.
- Wat ze vervolgens zeggen is '**dit**'. '**Dit hier**': "Bij mij moet je zijn, hier moet je kijken, dit moet je horen en vooral: kijk niet de andere kant op, dwaal niet af, vlucht niet in de redematies, praat je niet van me af. Ik kan niet lopen, ik ben angstig, ik voel me beroerd." "**Telt het voor jou dat dit hier....**'

- Uit ons onderzoek blijkt dat het ergste wat mensen overkomt het voorbijgaan aan de beleving is **'Telt het voor jou dat dit hier bij mij.'** Het gaat niet om sociale problemen (wat een term is van het buitenperspectief) maar om het lijden van iemand in het bijzonder. Vandaar: "Bij mij moet u zijn als u wilt weten wat het is." Wanneer een hulpverlener gaat benoemen wat er speelt en het daarmee overneemt ("O, u bedoelt eigenlijk...") voelt de zorgvrager zich niet serieus genomen. De ander weet het beter, neemt het af en verlaat mij, mijn verhaal, mijn beleving.
- **'Almaar weer zo gaat'** is een element dat voortdurend aangetroffen wordt. Het is een vorm van hopeloosheid, chaos. Het duidt op het onvermogen sturing aan het eigen leven te geven: "Het overkomt mij, ik snap ook niet hoe dat kan. Ik ben speelbal van grotere krachten dan ik zelf heb."
- Pas daarna wordt er gesproken over 'het **doet pijn**' en 'het **moet stoppen**'.

Voor mij is de analyse van deze vraag tijdens het onderzoek buitengewoon leerzaam en ook schokkend geweest. Het element 'mensen vragen hulp' blijkt onderaan in die vraagopbouw te zitten. Daarvóór zitten allerlei elementen.

Maar de analyse reikt veel verder dan inzicht in de hulpvraag (zie tabel 2). Gewoonlijk zegt men dat goede hulp drie zaken verschaft aan de hulpzoekende *en dat daarop dan ook het beleid gericht moet zijn* (tabel 2):

- concrete hulp en bijstand in de vorm van geld, een helper, een voorziening of andere middelen;
- vervolgens recht (of erkenning) en daarmee bescherming en toegang,
- en ten slotte enige macht, zodat de cliënt of patiënt zeggenschap verwerft en mede sturing kan geven aan de hulp.

	Recht ( <i>erkenning</i> )
	Aanspreekbare professional ( <i>helper</i> )
	Respectering eigenheid ( <i>identiteit</i> )
	Inpasbaar in lokale perspectief ( <i>context</i> )
	Toekenning zeggenschap ( <i>macht</i> )
	Afgestemd op geleefde leven ( <i>complex</i> )
	Ruimte voor het onbeheersbare ( <i>zin</i> )
	Behoud eigen stem ( <i>niet onteigend</i> )
<i>moet?</i>	Middelen, hulp, faciliteiten ( <i>hulp</i> )

**e ideaaltypische hulpvraag vertaald naar beleidscriteria.**

**Tabel 2 de ideaaltypische hulpvraag vertaald naar beleidscriteria.**

We kunnen deze drie beleidscriteria naast de ideaaltypische hulpvraag leggen en dan zien we dat met dit drieledige antwoord slechts 3 van de 9 vraagelementen zijn gedekt: regel 1, 5 en 9 in de tabel. Dat is een onthutsende vaststelling: staand beleid verwaarloost belangrijke elementen van de hulpvraag. Het goede nieuws is echter dat we op de zes oningevulde regels wel degelijk kunnen formuleren wat in aansluiting bij de vraag een beleidsmatig antwoord zou zijn. Ik heb dat gedaan en hoop daarmee een eerste brug te hebben geslagen tussen een presentieachtige uitvoeringspraktijk en het daarboven geplaatste beleids- en managementniveau.

### 1.3 Conclusie

Het goed managen van goede zorg lukt beter als de manager beschikt over een helder omlijnd *inhoudelijk* idee over wat zorg tot goede zorg maakt. Die idee wordt gevoed door je af te vragen wat zorg *als kwaliteitsmaat van bekommernis* eigenlijk is en welke dimensies ze nog meer heeft dan je natje en droogje. Bovendien blijkt het nuttig op een open en kritische manier de gebruikelijke vragen te stellen, naar relevantie en

legitimiteit bijvoorbeeld. Dat levert een verrijkt beeld op van wat goede zorg is. In het huidige zorgdebat is zo'n uitgewerkt idee een meer dan welkom referentiepunt. Maar dat inhoudelijke idee ontstaat ook waar de manager leert uit te gaan van de wat mensen 'eigenlijk' vragen. Een goede en genuanceerde vraaganalyse helpt, want ze corrigeert de luie gedachte dat mensen vooral om de oplossing van hun problemen vragen. En de manager kan die hulpvraag, die anders is dan de vraag om een product, wel degelijk omzetten in een aantal criteria voor beleid en politiek. Dat is de eerste lijn in mijn betoog.

## 2. De goede zorgpraktijk

Een tweede element op de vraag naar presentie management dat nu aan bod komt is, dat managers een goed idee moeten hebben over wat zorg geven *in werkelijkheid* is. Als docent leer ik studenten hoe ze voor mensen kunnen zorgen. Daarnaast onderzoek ik hoe dat zorgen in de praktijk feitelijk verloopt. Wat nu volgt wordt ingegeven door die jarenlange ervaring. Het brengt iets naar voren dat in te weinig boeken staat, wat te weinig aangeleerd wordt en teveel weg geschematiseerd: kort gezegd, dat zorg geven dikwijls volstrekt anders verloopt dan men gewoonlijk denkt en dan in de meeste (sociaal-agogische) handboeken staat.

Ik doe dat in drie etappes door in te gaan op de (wenselijke) ruimte voor de zorggever, voor de zorgontvanger en voor hun betrekking. Daarbij wordt een beeld geschetst van wat men meestal onder een zorgpraktijk verstaat maar wat het volgens mij in feite niet is, en probeer ik aan te geven wat een zorgverlener in feite is en doet. Dit in tegenstelling tot wat men denkt dat hij doet (en wat ik eerlijk gezegd ook zelf jarenlang heb gedacht dat hij deed). Deze opheldering is dus ook een poging om ons te ontdoen van hardnekkige waanideeën over hoe een (goede) professional werkt of behoort te werken.

### 2.1 Ruimte voor de zorggever

Wanneer we momenteel over de zorgpraktijk horen spreken, heeft men het al snel over het 'produceren van zorg'. Dat is een rare voorstelling van zaken. Vanuit een presentieperspectief nemen we in elk geval afstand van deze manier om over het 'bedrijfsmatig voortbrengen van zorg' te spreken. Produceren betekent: er is een instantie die, gegeven het vermoeden van een gat in de markt, uit grondstoffen op een verantwoorde manier zorg klaarmaakt of laat maken. Vervolgens wordt het



product 'zorg' op de plank gelegd en kunnen er afnemers komen, al dan niet gelokt door reclame, voordelige aanbiedingen en de kwaliteit van de aangeboden waar. Ze kopen het product en de zorg wordt vervolgens geconsumeerd. Maar zorgen werkt helemaal niet zo. Zorg heeft niks met het denken in en het praten over producten te maken. Dat komt omdat er niet één maar twee 'producenten' zijn die in een onderlinge aftasting gaan uitzoeken wat ze gaan nastreven ('maken') en die voor het welslagen van de onderneming onmogelijk op eigen kompas kunnen koersen. En dat is een fundamenteel gegeven, niet iets incidenteels dat wel weer over zal gaan. De relatie tussen die twee is niet 'ik produceer - jij consumeert'. De relatie is een dienstverlenende met een zekere vorm van wederkerigheid. Mensen zoeken samen naar wat voor hen goed en haalbaar zou kunnen zijn en dat proberen ze vanaf twee kanten tot stand te brengen: de 'consument' is daarbij tegelijk producent. Als je dan zonodig het woord produceren wilt gebruiken dan moet het op deze manier: zorgverlener en zorgvrager produceren samen zorg.

Ten tweede moeten we af van het idee dat een professionele zorgverlener een toepasser is. Een deskundige die de theorie uit de hulpverleningsboeken toepast in de praktijk. Professionaliteit *binnen* het boekje. Toepassen is maar een klein deel van het werk. Een goede zorgverlener kijkt vooral naar wat er gebeurt als hij iets toepast en past zijn toepassing dan onmiddellijk aan (of stopt ermee). Een goede zorgverlener past de theorie niet toe op de praktijk, maar andersom. Hij past de praktijk toe op de theorie. Hij leert het meest van de praktijk en zoekt of ontwikkelt daarbij een behulpzame theorie. Een goede zorgverlener leert het meest van zichzelf, instrueert zichzelf en vraagt daarbij ook hulp aan zijn collega's. Hij past niet alleen de regels toe, maar zet ook zichzelf in als instrument. En reflecteert daar vervolgens op. Een goede zorgverlener blijkt nauwelijks een brave Hendrik te zijn die doet wat in de theorieboeken staat, maar vooral een reflecterend wezen. Dat is toch een radicaal ander beeld van de 'practitioner' dan we gewoonlijk voorgehouden krijgen als het om *evidence-based practices* gaat. Uit onderzoek blijkt dus dat we in de meeste gevallen beter kunnen spreken van een *practice-based evidence*<sup>24</sup>.

Een goede hulpverlener moet bovendien adequaat kunnen reageren in praktijk-situaties waar de regels tekort schieten – en de regels schieten voortdurend tekort. Dat geeft niet en dat zou ook geen reden hoeven te zijn om almaar weer nieuwe en verfijndere regels op te stellen. Een goede hulpverlener kan, wanneer de regels ophouden, nog steeds op een deugdzame manier handelen. Dat is de professionaliteit

*buiten* het boekje. Een van de implicaties van deze observatie (want dat is het) is dat we professionaliteit zien als veel méér dan intelligente regelgeving: het handelen dat geleid wordt door de regels van het vak, de theorie, de baas of de leermeester. Dat méér (dan regelgeving) omvat ook deugden. Met andere woorden, de goede professional laat zich niet alleen leiden door vakregels maar ook door deugden (zoals compassie, liefdevolle vasthoudendheid, toewijding, welwillendheid, voorzichtigheid, integriteit en gevoel voor maat) en toont zich daarbij een aanspreekbare mens die niet verschanst ligt achter een dijk van vakregels op deltahoogte. Professionaliteit is daarmee een normatief geladen kwestie geworden en komt dus voorbij aan de ‘zakelijke vakbekwaamheid’. Dat is geen wensdenken mijnerzijds, maar een nuchtere constatering als we kijken naar wat goede zorggevers feitelijk blijken te doen.

Kortom: goede zorg veronderstelt een zekere ruimte voor de zorggever. En dat vraagt erom dat we ophouden zorg als product op te vatten, de zorggever te dwingen een brave regeltoepasser te zijn en praktici helpen om goede en deugdzame professionals te blijven als de regels tekortschieten (in plaats van dat zij hun handen ijlings van de zaak af te trekken).

## **2.2 Ruimte voor de zorgontvanger**

Bekijken we wat goede zorg voor de zorgontvanger in gang zet dan denken we al snel dat diagnostiek daarbij een belangrijke rol speelt. Diagnostiek is gedegen weten wat er loos is en welke remedie daarbij past. Dit is dementie, dit is versterving, dit is pleinvrees, dit is sociaal isolement, dit is financieel wanbeheer, dit is pathologische agressie enzovoort. Als je een diagnose hebt – goed of niet – kun je gericht een behandeling starten en nagaan of de klachten, die bij de ‘kwaal’ hoorden, afnemen. Ook dit alles is ‘regelgeleid’ gedrag, zowel het uitsorteren van de kwaal als het ingrijpen en evalueren, en ook hier bepalen en beperken de regels de ruimte waarin de diagnosticus/behandelaar zich mag bewegen en wat hij of zij dus kan zien. Ze beperken ook de zorgontvanger: lang niet alles van wat deze zou willen inbrengen wordt ook op prijs gesteld. Maar goede zorgverleners nemen meer ruimte dan zulke diagnostici en ze zijn dan ook vaak anders dan diagnostici. We moeten diagnoses altijd met een zekere argwaan bekijken. Een diagnose is onvermijdelijk een reductie van de werkelijkheid tot een bekend probleem, of tot een probleem waar we iets aan denken te kunnen doen. Maar de kans is groot dat een mens zich onbegrepen voelt, nadat de diagnose is gesteld. *Goede* zorgverleners zoeken daarom eerst naar de

subjectieve betekenis (en een eventuele diagnose wordt in dat kader ingepast). Ze zoeken uit waar het leven van iemand om draait. Ze verdiepen zich in de vraag wat dat leven voor de betrokkene goed en de moeite waard maakt, welk verlangen eronder ligt en waarheen dat leven neigt. Ze lezen het levensverhaal van de persoon met wie ze gaan werken. Dat is weinig regelgeleid en veronderstelt allereerst vrije aandacht. Belangwekkend is de conclusie dat voor goede zorg naast en soms zelfs in plaats van een analytische diagnostiek een narratieve benadering buitengewoon nuttig is omdat zo contact gemaakt kan worden met het omvattende kader waarbinnen de zorg die verleend gaat worden, hout moet snijden en zo mogelijk moet bijdragen aan wat dáárbinnen gelukkig(er) maakt. De narratieve benadering biedt de zorgvrager veel meer ruimte om aan het woord te komen want ze ziet af van vooraf bedachte interesses met bijbehorende vragen (zoals de diagnostiek doet).

Het is opmerkelijk dat we onze studenten wel leren te werken met vraaggestuurde modellen, maar dat weinig nagedacht wordt over de vraag of mensen wel iets vragen en wat ze dan vragen. Wat vragen eigenlijk is. In de praktijk blijkt namelijk dat mensen helemaal niet zo vaak iets vragen – sommigen kunnen dat niet omdat ze diep dement zijn, comateus, vroeggeboren, doodsbang, verward of overweldigd door leed of schaamte, anderen willen klagen, hun hart luchten, een gewillig oor, een getuige van hun geknok. Soms vragen ze iets, meestal niet, of vragen ze wel iets op een indirecte manier. En soms zijn ze er gewoon.

Ooit heb ik eens met studenten onderzocht hoe ‘vragen’ in elkaar steekt. We constateerden eerst dat je vragen hebt, maar ook verzoeken, verlangens, een appel, een bevel of een ijzig zwijgen dat mij aantrekt of afstoot. Vragen kent zoveel verschijningsvormen en de expliciete, goed formuleerbare hulpvraag hoort ergens in een rijtje thuis waarvan ook het appel, de smeekbede en het stilzwijgende verlangen deel uitmaken. Maar in de officiële hulpverlening lijkt men niet zo gevoelig te zijn voor deze nuances in de betekenis – alsof de officiële ideologie hier de methodiekontwikkelaars ziende blind en horende doof houdt: iedereen kan toch zelf waarnemen wat ik hier constateer. De cliënt bezoekt een maatschappelijk werker en kan daar, om de een of andere reden, de vraag die verband houdt met zijn verlangen niet stellen. Tja, dan wordt het dossier gesloten want er is immers geen hulpvraag, *althans niet daar, niet op dat moment en niet in een vorm waar de hulpverlener wat mee kan aanvangen*. We mogen vermoeden dat de vraag er wel is, maar dat die op een andere wijze verschijnt dan we denken. Mensen vragen soms niet expliciet, maar ze *tonen* zich, ze laten zich zien. En dan moet je interpreteren, wat verschijnt

er voor vraag als de mens tegenover je zich laat zien? Met zulke vragen moet de professional leren omgaan. En in elk geval moet h/zij er de tijd voor nemen. En de tijd die daarvoor genomen wordt, is economische winst, want voortdurend op de foute, niet bedoelde of verdraaide vraag ingaan is een kostbare zaak.

Wij denken vaak dat de zorgvrager wil dat het probleem hoe dan ook wordt opgelost. Maar dat blijkt vaak niet het belangrijkste en zeker niet het enige te zijn. Mensen blijken in feite heel goed te kunnen leven met problemen, met grote problemen zelfs. Ze moeten vaak ook wel omdat aan veel problemen nauwelijks iets te doen is. Uit onderzoek blijkt dat mensen met grote problemen desondanks een hoge kwaliteit van leven kunnen ervaren. Ik pleit met deze constatering niet voor passiviteit, defaitisme en moedeloos bij de pakken neerzitten. Maar goed leven is maar voor een deel afhankelijk van het ontbreken van problemen. Minstens zo belangrijk is het om een goede relatie op te bouwen tot wat ik mankeer, verlang, kan en heb moeten opgeven. Dat vragen cliënten dus ook. Als ik niet meer kan lopen, is niet per se het belangrijkste dat ik dit ongemak ophef – als het al zou kunnen – maar dat ik ermee leer leven *en het ongedaan maken is slechts één van de manieren om ermee te leven*. Niet: “Help mij van mijn probleem af”, maar: “Help mij te leven met wat ik (niet) heb.” Het belang van deze constatering is dat de aandacht in de zorgverlening verschuift van het ding-dat-verdwijnen-moet naar de-mens-die-te-leven-heeft met wat hij kan, wie hij blijkt te zijn en wat het leven hem op zijn pad brengt. Het ding is niet onbelangrijk en soms moeten we inderdaad te vuur, te zwaard en met gif pogen het ding te vernietigen of repareren, maar de fixatie op de kwaal komt veel te vaak in mindering van de aandacht voor de mens<sup>25</sup>.

Recapitulerend: in goede zorg wordt ook ruimte gemaakt voor de zorgvrager en dat gebeurt onder meer door de te verlenen zorg niet louter diagnostisch te funderen maar ook narratief (op het levensverhaal te enten), door niet alleen te reageren op de expliciete hulpvraag maar ook sensibel te zijn voor wat niet gevraagd kan worden maar wel verlangd wordt en appelleert, en ten slotte door niet eenzijdig gericht te zijn op het laten verdwijnen van de kwaal maar op de mens die met zijn lek en gebrek te leven heeft en daarbij niet verlaten mag worden.

### **2.3 Ruimte voor de betrekking**

Ik heb hierboven gezegd dat in de zorgverlening de relatie niet slechts een transportband is om de zorg aan de overkant te krijgen. Natuurlijk heeft de relatie ook

instrumentele aspecten. Uit ons onderzoek blijkt echter dat cliënten en patiënten de relatie niet zozeer als instrument waarderen, maar dat ze die relatie zelf een groot goed te vinden. De relatie wordt dan in een ‘als-vorm’ benoemd: ‘jij (=presentiebeoefenaar) voelt als een vriend.’ Of: ‘Je voelt als mijn zus.’ Of: ‘Je bent een beetje als mijn vader.’ Het gaat hier om een metaforisch spreken. Mensen weten heus wel dat de zorggever hun vader niet is. Maar ze geven aan dat ze de (presentie)relatie ervaren in termen en associaties die doortrokken zijn van een familiair of vriendschappelijk verlangen, en dat de betrokken hulpverlener kwaliteiten inbrengt die zulke associaties oproepen of minstens niet de kop indrukken. Blijkbaar kunnen goede hulpverleners op de positie van een vriend gaan staan, of van een goede zus (die misschien helemaal niet bestaan heeft). Die zorgrelatie gaat het instrumentele te boven en wordt een goed in zichzelf: die kwaliteit van de zorgrelatie mag niet onvermeld blijven, al behoeft ze goede doordenking<sup>26</sup>.

En wat doen goede zorgverleners met het onverhelpbare? We kunnen in dit verband niet om deze vraag heen, want juist bij het onverhelpbare, bijvoorbeeld bij die ziekten of sociale problemen waar niks aan gedaan kan worden en nauwelijks enige fysieke verbetering te bereiken is, komt de relationele basis van zorg aan het daglicht. Mensen die hevig lijden kunnen je precies zeggen hoeveel mensen er bij hen weglopen. Ze lopen soms in fysieke zin weg, wanneer ze hun biezen pakken en aan de lijdende geen tijd en energie meer besteden. Maar ze lopen ook in emotionele of overdrachtelijke zin weg, doordat ze ‘raar’ gaan praten (jargonnerig, eufemistisch, afstandelijk, deftig), omdat ze de ander zielig gaan vinden, als onvolwaardig beschouwen of doordat ze niet de lijdende mens maar diens kwaal aandacht geven. En soms lopen ze weg doordat ze ‘hun cliënt’ telkens dwingen een nieuwe therapie of een andere benadering te proberen. Hulp is vaak voorwaardelijk en wie er aanspraak op wil maken, moet aan de voorwaarden van de verstrekker voldoen: netjes spreken en op tijd komen, afkicken, niet zeuren, schulden laten saneren, de woning laten uitmesten, eindelijk de gewelddadige echtgenoot eruit gooien, afvallen. Hoe verstandig ook, dat kunnen stuk voor stuk ook vormen van verlating zijn. De betrokkenen ervaren dat in elk geval vaak zo. In een goede zorgrelatie worden mensen niet verlaten, *ook niet als er ‘voorwaarden’ worden gesteld*. Goede hulpverleners kunnen de zorgvrager in zijn waarde laten, doordat ze zelf tegen het lijden kunnen en vooral ook tegen het gevoel (tamelijk) machteloos te zijn, geen ‘definitief goed’ maar hooguit een ‘gebroken goed’<sup>27</sup> te kunnen bewerkstelligen en omdat ze kunnen leven met het bittere inzicht dat dingen soms definitief kapot zijn en nooit meer goed kunnen komen.

In die context wordt er wat anders van hen gevraagd dan succes hebben en scoren. Wie toch hooggestemde verbeterdoelen stelt, neemt het risico uiteindelijk hevig teleurgesteld en als een bedrogen minnaar ('ik heb alles voor je gedaan en zie wat je mij aandoet...') de ander te verlaten. Doordat ze kunnen omgaan met hun eigen onmacht gaan goede hulpverleners niet met de rug naar de onmacht van andere toe staan. Alles draait om de vraag waar je denkt dat zorg uiteindelijk goed voor is en ik vrees dat er dienaangaande nog de nodige misverstanden leven.

De relatie is ook belangrijk bij het rechtvaardigen van zorg. Een zorgverlener is genoodzaakt te zoeken naar rechtvaardiging, niet alleen in het algemeen maar vaak ook 'per geval'. En het is daarbij doorgaans verkieslijker dat de bijzondere relatie en niet de algemene wet die de rechtvaardiging levert voor wat iemand in de zorg uiteindelijk doet. Vanzelfsprekend ligt de eerste rechtvaardiging dikwijls in de gekozen methode en het wet- of regelkader waarbinnen het vak wordt uitgeoefend. Maar sommige ingrepen met een dwang- of drangkarakter, zoals vastbinden of bemoeizorg, zijn bijna niet te rechtvaardigen door de zorgverlener ter plekke: hoezeer 'de wet' hem of haar ook dekt, het optreden oog in oog met de betrokkene wordt er nauwelijks door vereenvoudigd of meer aanvaardbaarder. Daklozen die momenteel als overlast worden gezien, worden met een beroep op politieke maatregelen uit het zicht verdreven, ook door zorgverleners. En aan zulke politiek kan de zorgverlener zijn legitimatie proberen te ontlenen – en velen zullen dat ook doen – maar het is de vraag hoe ver hij daarmee komt. Oog in oog met de dakloze, de verslaafde, de pedagogisch onbekwame ouder, de psychiatrisch patiënt snijden politieke praatjes weinig hout – hoezeer ze formeel ook dekking geven. In ons onderzoek zien we bewkame hulp- en zorgverleners wat anders doen. Ze zoeken de eerste rechtvaardiging in de relatie die ze met de betrokkenen hebben: "...ik doe dit omdat we wat met elkaar hebben, ik je ken, ik je naar de kelder zie gaan en dat erg vind (..) omdat we dat met elkaar hebben afgesproken: ik zou je eruit trekken, je op je falie geven, ik zou je uit bed schoppen en je portemonnee bij me houden tot je weer bij zinnen bent..." Zulke rechtvaardiging kan soms vooraf, soms na 'de ingreep' tot stand komen, maar gemeenschappelijk hebben ze dat er een uitleggende en 'dekkende' argumentatie *in* de relatie zelf wordt gezocht en *dat de relatie daarop ook gericht is*. Dat vergt dus vaak een grote inspanning.

Kortom, in goede zorg is de relatie meer dan een instrument om de zorg van de een naar de ander overgeheveld te krijgen; de relatie moet ook een goed in zichzelf *mogen*

zijn (want dat is ze vaak), de *zorgrelatie* wordt niet verbroken als er geen eer meer aan te halen valt maar is juist ook de plek waar met het onverhelpbare wordt omgegaan en ten slotte is de relatie de eerste vindplaats van de professionele legitimatie: waarom mag de professional doen wat h/zij doet? Omdat het in de relatie gebillijkt kan worden.

Vatten we nog eens deze tweede paragraaf in zijn geheel samen: een manager faciliteert een zorgpraktijk daadwerkelijk als:

- de manager ziet dat goede zorggevers meer doen dan het toepassen van vakregels. En als hij ruimte maakt voor dat ‘meer’ en dat ‘andere’;
- de manager ziet dat de zorgontvanger vooral baat wil ervaren rond iets wat in zijn leven op dat moment van groot belang is;
- de manager begrijpt dat de zorgrelatie veel meer is dan een instrumentele betrekking voor het oplossen van problemen die voor de gelegenheid oplosbaar worden verklaard.

### 3 De goede plek in het zorgproces

Behalve dat een manager moet weten wat goede zorg is en een realistisch idee moet hebben over wat zorgpraktijken eigenlijk zijn, is er nog een derde punt van belang: de manager moet zijn positie goed kiezen en verantwoording afleggen die dáárbij past. Deze twee kwesties gaan we hieronder verkennen.

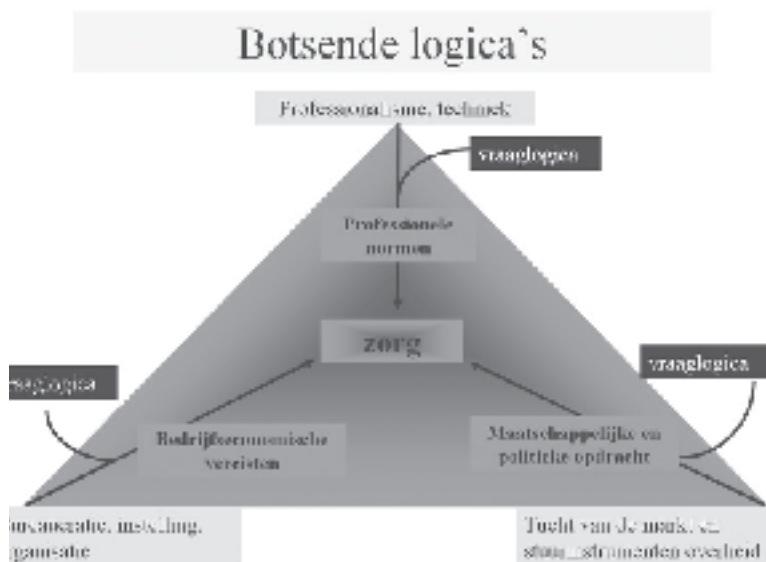
#### 3.1 Botsende logica's

Zorg is een strijdtoneel waarop tegengestelde logica's of discoursen elkaar treffen. Er zijn verschillende indelingen en benamingen van die logica's<sup>28</sup>:

- bureaucratische, professionele en marktlogica's (Baart 2001, Freidson 2001)
- institutionele, provisie- en vraaglogica (WRR 2005)
- academische, professionele en existentiële kennisanspraken (Gibbons, Nowotny, Kunneman 2005: 113vv).

Welk rijtje we kiezen is voor ons betoog niet zo belangrijk, wel de analyse en conclusie. Voor de gelegenheid onderscheid ik: de logica die opkomt vanuit het professionele

denken en handelen, de logica die samenhangt met maatschappelijke verwachtingen en de logica die voortspuit uit bedrijfseconomische vereisten. Deze drie logica's geven vorm aan de zorgpraktijk en ze oefenen er tegelijkertijd tegenstrijdige soorten druk op uit (zie figuur 2). Midden in dat spel van krachten, eisen, logica's en vragen staat de manager. We gaan deze voorstelling van zaken toelichten en uitwerken.



**Figuur 14 Drie logica's die de zorg modelleren**

In de eerste plaats onderscheiden we de druk van de professionals. Professionalisme en professionalisering leggen een eigensoortige druk op de zorg, die vooral van doen heeft met het moeten bieden van oplossingen. Die druk gaat gepaard met de wil almaar verder te specialiseren, steeds verfijndere methodieken en technieken te ontwikkelen, zich te baseren op *evidence-based practices*, en trouwens ook om zich te oriënteren op de cliënten. In deze logica vlecht zich een bepaald soort vraaglogica in. En uit deze logica komt een pressie voort die we 'de professionele normen' van goede zorg zouden kunnen noemen.

In de tweede plaats wordt er druk uit geoefend vanuit de markt. Ook daarin zit een bepaalde vraaglogica verweven. De logica van het marktdenken brengt onder ander het productdenken in de zorg met zich mee, maar ook de opdracht vrije



concurrentie toe te laten, onder couvert te bieden (om opdrachten in de sector te verwerven), om aan *bench marking* te doen (om onderling de prestaties te kunnen vergelijken). Kortom: zorg als product, als waar. Je wordt mede daardoor ook zeer bezorgd over je imago en bijvoorbeeld de salariering van je bestuurders. Maar er is meer, want de overheid bevordert deze vraaglogica, onder meer met financiële prikkels, politieke sancties en regelgeving. 'Pure markt' is het zeker niet: de overheid komt tussenbeide en reguleert, onder meer om er borg voor te kunnen staan dat ook kwetsbare groepen en 'de niet-koopkrachtige vraag' bediend worden. Zorg als sector moet immers, nog anders gezegd, ook maatschappelijke verwachtingen inlossen, en precies dat is het tweede druksysteem op de zorg. Professionals kunnen niet zomaar hun gang gaan, de markt, de overheid en maatschappelijke verwachtingen bieden tegenwicht, stellen eisen.

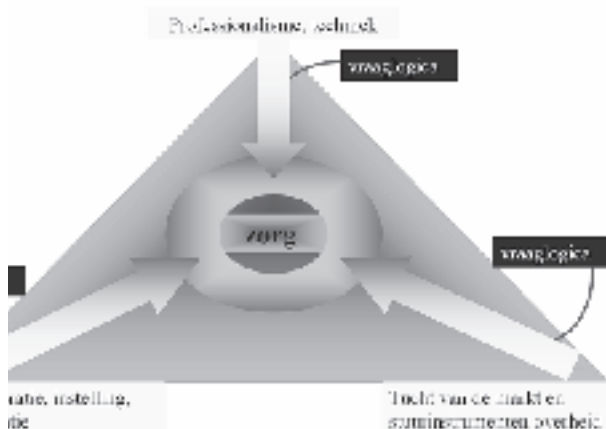
En in de derde plaats is er de druk die voortkomt uit bedrijfseconomische en bureaucratische eisen: afstandelijkheid, *fairness*, continuïteit, *efficiency*, boekhoudkundige transparantie en aansprakelijkheidsdenken (ieder zijn eigen, welgedefinieerde verantwoordelijkheid). Hier zit ook de enorme bureaucratische rompslomp (van 6% naar 26% gestegen in ca. 20 jaar, zegt de WRR). We willen goede zorg, maar het moet zo weinig mogelijk kosten en we willen er als gezonde burgers ook niet teveel van merken. De politiek vertaalt dit en de overheid voert de druk op zorgaanbieders op door bijvoorbeeld voortdurend met nieuwe regelingen en controlemechanismen rechtstreeks in te grijpen in de zorg. Ook dat vormt een druk op de zorg. De logica is verwant met die van de markt, maar hier gaat het vooral om de interne huishouding, de bedrijfseconomische invalshoek.

Een manager heeft dus te maken met zorg die van drie kanten onder druk staat. Alles komt er nu op aan hoe de manager met deze druk omgaat. Geeft hij toe aan de druk van de professionele logica dan wordt hij een methodiekboer en richt de zorg navenant in. De manager die kiest voor de bedrijfseconomische invalshoek verwordt gemakkelijk tot een armzalige boekhouder. En de manager die zijn oren laat hangen naar de markt en overheid, wordt de wezenloze, verlengde arm van die twee. In elk van deze gevallen wordt de zorg op een eenzijdige manier gemodelleerd doordat de manager slaaf van één van de logica's wordt en de druk die daarvan uitgaat ongeremd en ongefilterd doorgeeft tot in het primaire proces van de zorg toe.

Dat is strijdig met wat we goede zorg hebben genoemd. Het is ook niet nodig. Is de manager een speelbal van de logica's? Als we een volwassen en professionele opvatting van management kiezen niet. Ik verdedig hier namelijk de stelling dat een goed manager *niet* kiest voor één van deze drie posities. Hij kiest voor het primaire

zorgproces en legt daar een soort beschermende band van management omheen. Daarmee verhindert hij dat een van de drie genoemde logica's de overhand krijgt en direct aan het primaire proces raakt. Hij neemt die drie logica's in zich op (geeft ze dus niet domweg door en negeert ze evenmin) en zorgt ervoor dat hij *dán* doet wat gedaan moet worden met betrekking tot de zorg. De ratio van de manager ligt in dat primaire proces en niet in een van de logica's.

## Zorgmanager hanteert logica's



De manager moet, ten tweede, leren om de logica's actief en zelfbewust te hanteren. Hij moet daar positie in kiezen. Zich niet uitleveren aan een van de drie, maar goed kunnen omgaan met die logica's. Alle zorg heeft te maken met de strijd tussen die logica's. Dat houdt nooit op. Dagdromerij, met voorstellingen waarin een of meer van de drie logica's ontbreekt, heeft geen zin. Ze zijn er en maken deel uit van onze moderne samenleving en ze staan onophoudelijk met elkaar in spanning. Een manager die goed zijn positie kiest, kiest tegelijk voor een lerende omgang met die spanning: de strijd van de drie logica's gaat de zorgmanager discursief aan, niet met machtsmiddelen, niet slaafs, niet bangelijk. En al helemaal niet door te denken dat hij eigenlijk onderdeel van één van deze druksystemen is.

### 3.2 Passende accountability

Wanneer er voor deze benadering gekozen wordt, moet er natuurlijk wel afgerekend

en verantwoord worden. Wat zijn er voor afreken- en verantwoordingsystemen? Ik zet een aantal accountability systemen op een rijtje.

Een eerste is: ik doe wat ik doe en dat is goed en *verantwoord* want er is vraag naar, bijvoorbeeld op de markt. Vraagsturing als de tegenvoeter van aanbodsdenken is het principe achter dit systeem. Overigens wordt deze verantwoording momenteel weliswaar veelvuldig gekozen maar onvoldoende geradicaliseerd: als we werkelijk zouden doen wat de markt vraagt, dan zouden zorgvragers veel aandachtiger, rustiger en liefdevoller behandeld worden. Maar dat ze dáárom vragen, lijkt toch ook in het marktmechanisme niet zo erg te tellen. Deels waarschijnlijk omdat ingaan op de vraag te duur is, maar deels ook omdat het gepraat over de markt in de sector zorg & welzijn ronduit *fake* is.

Een tweede systeem is: ik doe wat ik doe en dat is goed en *verantwoord* want ik heb er een contract voor gesloten, het is overeengekomen en afgesproken. Een contract bijvoorbeeld met een zorgverzekeraar of met de overheid. En dat contract kom ik na: ik doe wat ik beloofd heb. Ook dat is een veelgebruikt verantwoordingssysteem. Het biedt meer ruimte dan de marktgerichte verantwoording en veel aanbestedende partijen (zoals gemeentebesturen, centra voor werk en inkomen, zorgverleners en woningbouwcorporaties) maken er graag gebruik van. Een bepaalde taak wordt 'ge-outsourced': de communicatie, het aan een baan helpen van langdurig werklozen, de thuisverzorging van decubituspatiënten en zo voort. De vraag waarom je dat eigenlijk (zo) doet, wordt niet beantwoord onder verwijzing naar een gat in de markt of de bewezen effectiviteit van de methode maar met een beroep op de afspraak: dit zou ik zo gaan doen voor die prijs, met dat resultaat en in die tijd.

Een derde manier: het is verantwoord wat ik doe en zoals ik het doe want de methoden die we gebruiken zijn *evidence-based*. Het bewijs is geleverd dat ze werken en de proeven waaruit dat blijkt, zijn gedegen uitgevoerd. Er is soms zelfs een nationale en onafhankelijke commissie die de deugdelijkheid van het bewijs kwalificeert en men kan desgewenst in een openbare register of op het internet nakijken hoe sterk het bewijs is dat de werkwijze zou deugen<sup>29</sup>. Daarom is het goed; elke verstandige werker zou het zo moeten doen. We weten inmiddels dat op het predikaat '*evidence-based*' bijzonder veel valt af te dingen, maar dat neemt niet weg dat het momenteel hoog staat aangeschreven. Weliswaar onderscheiden hiervan maar toch voldoende verwant om één adem te noemen is de volgende variant: ik doe wat ik doe want

daar hebben we een protocol voor. De aanpak van leerproblemen, de omgang met dementen, de verzorging van de psoriasispatiënt, de opvang van de psychiatrisch gestoorde drugsgebruiker die onder de brug slaapt ('de dubbeldiagnoses') en de pedagogische ondersteuning van Marokkaanse ouders: er is een probate methode voor of minstens een met elkaar overeengekomen aanpak en wie verantwoord wil werken, kiest die.

Er zijn meer van dergelijk systemen, onder andere ook die het accent leggen op transparantie en *efficiency*, maar ik kan ze niet allemaal de revue laten passeren. Mij gaat het nu vooral om een vierde accountabilitysysteem dat helaas ernstig ondergewaardeerd is. Dat zegt: ik doe wat ik doe *en dat is alleszins verantwoord* want de mensen voor wie ik het doe, zeggen zelf dat ze er baat bij hebben. Zo *ervaren* zij dat of anderen dat nu kunnen billijken en begrijpen of niet. Hier is de focus gedraaid naar de gebruiker, de patiënt, de zorgontvanger en deze zegt baat te ondervinden, wat niet per se betekent dat hij ook (helemaal) 'tevreden' is: baat en satisfactie moeten we onderscheiden. Over de accountability van de 'ervaren baat' bestaat goede literatuur<sup>30</sup> en eigenlijk verbaast het me dat accountability in Nederland zo eenzijdig en fantasieloos wordt uitgevoerd met de andere systemen alsof er niets beters is.

Als ik dus een ring om dat primaire zorgproces bepleit, kiest men uiteindelijk voor één of meer van de bovenstaande accountability systemen maar ik heb daarbij een uitgesproken voorkeur zeer veel gewicht te hechten aan het vierde. De accountability van de ervaren baat garandeert het best dat de manager gericht is en blijft op het primaire zorgproces.

#### **4 Slotpleidooi: verdergaande professionalisering tot zorgmanager**

Ik wil bepleiten dat managers hun professionaliteit verder, veel verder uitbouwen. Dat zou een aanvullende versterking betekenen van bovenstaande gerichtheid op het primaire proces. En dat kunnen we samenvatten in de idee dat de manager een *zorgmanager* moet zijn. Het begrip *zorgmanager* kan in Nederland momenteel van alles en nog wat betekenen – ook dat ik omkijk naar mijn oude vader en daartoe de eindjes van het persoonsgebonden budget aan elkaar knoop of dat de maatschappelijk werkende eens per veertien dagen gaat kijken bij de zelfstandig wonende (ex-)psychiatrisch patiënt of alles op rolletjes verloopt en of er misschien nog aanvullende

hulp nodig is. Maar ik neem het begrip nu wat strikter: een zorgmanager is een manager die zijn of haar management naar stijl, inhoud, kwaliteitscriteria en accountability bewust heeft afgestemd op het feit dat het om *zorg* gaat en om niets anders – ‘zorg’ zoals we dat eerder omschreven. Een zorgmanager is dus geen productmanager. Hij of zij is evenmin een generieke hands-off manager. ‘Generiek’ wil zeggen dat er geen verschil zou zijn tussen het managen van een fietsfabriek en het managen van zorg. Managen zou een algemene vaardigheid zijn en wie het op de ene plek kan met de productie van gestampte muisjes of remschoenen, zou het dus ook kunnen op de andere plek als het gaat om de zorg voor bejaarden. Het ‘hands-off’ is bij die idee erg ondersteunend: een goed manager houdt zich persoonlijk ook niet bezig met de ins en outs van het primaire proces, de uitvoering; dat werkt slechts verwarring in de hand en van dat primaire proces hoeft h/zij dan ook geen sjoerge te hebben *want daar gaat managen niet over*. Van die onzin moeten we nodig af: we hebben in de zorg geen behoefte aan filiaalhouders van Van der Valk of bureaucratische inspecteurs die hun verzorgingshuis willen runnen als rendabel badhuis met een frisgewassen cliëntèle. Het is wenselijk dat we werkelijk zorgmanagers krijgen. Dat is dan meteen een enorme bijdrage aan een presentie-achtige en zorgethische benadering. De bedoelde zorgmanagers verschillen ook van de graaiers die nu de top van de zorgsector bevolken. Ik haal met instemming Annelies van Heijst aan: ‘Wie rijk wil worden, heeft niets te zoeken in de zorg’.

Natuurlijk moet dan afgesproken worden wat professionaliteit is. En ook die vraag is niet gemakkelijk te beantwoorden, of beter gezegd, de huidige invulling ervan is mijns inziens twijfelachtig eenzijdig. Ik kies voor een ruime omschrijving in vijf dimensies.

1. Professionaliteit heeft altijd met competentie te maken: een professional heeft een specialisme met een eigen, onderscheiden expertise, liefst gestandaardiseerd of geprotocoliseerd uitgevoerd. Dat is wat we meestal denken dat professionals doen of zijn. En hier stopt doorgaans het verhaal. Maar ik voeg er nog vier kenmerken aan toe die er bij horen en er zeer toe doen.
2. Professionals hebben (exclusieve toegang tot) een afgebakend geheel van taken op een maatschappelijk kwetsbaar punt: we zien dat professionals door de samenleving worden aangesteld en vertrouwd waar haar burgers en hun maatschappelijke instituten bijzonder kwetsbaar zijn (er wordt in mensen gesneden, anderen worden gevangen gezet of wensen hun

bezit erkend te hebben en hun geld beheerd) en professionaliteit staat er borg voor dat zulke processen goed verlopen, niet door Jan en Alleman uitgevoerd kunnen worden en dat we er dus op kunnen vertrouwen dat onze algemene maatschappelijke verwachtingen niet met voeten getreden worden.

3. Daarom gunnen we professionals een bepaalde eigen beslissingsruimte waar anderen buiten moeten blijven (staatssecretaris of niet),
4. gedragen door publieke, maatschappelijke erkenning en natuurlijk
5. bewaakt met kwaliteitsbeheer: een beroepsgroep, code, opleiding, ballotage en tucht.

Professionaliteit, ook van de manager, draait dus *niet* alleen of voornamelijk om de organisatie-competentie noch om de vereniging van de managers in een geballoteerde beroepsgroep, maar ook om de vraag of men het toebedeelde maatschappelijke vertrouwen waardig is en honoreert, een eigen beslissingruimte durft te claimen en zorgethisch invult, of men wil gaan steunen op maatschappelijke erkenning en zichzelf laat reguleren door een zorgeigen kwaliteitsbeheer. Zover is het nog niet met de zorgmanagers. Daarom: zorgmanagers moeten zich *verder* professionaliseren. Dat zal ook helpen om de botsende logica's te kunnen hanteren en een buffer te vormen rond primaire zorgproces op geleide van een inhoudelijke zorgvisie en trouw aan de goede zorgpraktijk die we eerder ontvouwden.

## Resumé

Ik rond af en vat samen wat ik heb geprobeerd te zeggen (zie tabel 3). Het verzoek aan mij was: steun de zorgmanager die presentieachtig wil werken. We formuleerden daartoe vier ingangen:

	beleidscriteria
praktijk faciliteren	Inzicht in hoe zorg realiter gegeven wordt en het gebroken karakter ervan
logica's actief hanteren	Strijd van botsende logica's snappen, positie innemen en communicatief aangaan
professioneel managen	Voluit (zorg)professioneel zijn, discretionaire ruimte nemen en buffers bieden

**Tabel 3: Taken van de zorgmanager die presentie bevordert.**

**Tabel 3 Taken van de zorgmanager die presentie bevordert**

# LITERATUUR

## Publicaties van Andries Baart over de theorie van de presentie

- *Raken aan het geleefde leven*, 's-Hertogenbosch: Actioma 2000.
- *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma 2001 (derde vermeerderde druk 2004).
- *Aanzetten tot een theorie van de Derde Partij met behulp van de presentietheorie*. Den Haag: LCO 2002.
- met Frans Vosman (red.), *Present*. Utrecht: Lemma 2003.
- (red.), *Presentie* themanummer van *Sociale Interventie* 12 (2003-2). Uitgave van Elsevier, tevens als *Markant* (2003-2), uitgave van de SOM in Den Bosch 2003.
- 'The fragile power of listening.' In: *Practical Theology in South Africa/Praktiese Teologie in Suid-Afrika* 18 (2003-3) 139-159.
- 'Gebroken goed in ongebroken relaties. Theoretische notities voor de beroepspraktijk van maatschappelijke opvang.' In: M. Nuy en F. Brinkman (red.), *Wanorde in een mensenleven. Een bezinning op thuisloosheid*. Amsterdam: SWP 2004, 137-174.
- (red.), *Unheard stories of people infected and affected by hiv/aids about care and/or the lack of care*. (Themanummer). *Sociale Interventie* 13 (2004-3). Waarin o.a.: 'What makes care good care?', 14-26.
- *Aandacht. Etudes in presentie*. Utrecht: Lemma 2004 (2e druk 2005).
- *Klein pleidooi tegen grote distantïering in de zorg*. Utrecht 2005.

## Overige literatuur

- A. Abbott, *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press 1988.
- W. Bakker en F. van Waarden (red.), *Ruimte rond regels. Stijlen van regulering en beleidsuitvoering vergeleken*. Amsterdam: Boom 1999.
- WRR, *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press 2004.
- H. van Duivenboden, et al., *Kennismanagement in de publieke sector*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie bv 1999.
- E. Freidson, *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity Press 2001.

- P.H. A. Frissen, 'Lof der Fragmentatie.' In: *De onttopping van Pentascope. Veranderen en vergeten, leren en implementeren*, s.d. 2002, 32-36.
- C. Hale, *Managing Through Organization. The Management Process, Forms of organization and the Work of Managers*. Londen: Business Press Thomson Learning 2001.
- A.J. de Jong, *De gelaagde organisatie*, Assen: Van Gorcum 2000.
- J.H.J. van den Heuvel, L.W.J.C. Huberts en S. Verberk, *Het morele gezicht van de overheid. Waarden, normen en beleid*. Utrecht: Lemma 2002.
- D. Keuning, D.J. Eppink, *Management en Organisatie. Theorie en toepassing*. Houten: Stenfert Kroese 1996 (6e druk).
- W.G.M. van der Kraan, *Vraaggericht en vraaggestuurd, een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG 2001.
- F.B. van der Meer en A.G.M.B. van Dijk, *De wereld achter het loket: overreorganisatie van lokale publieke dienstverlening*. Delft: Eburon 2002.
- P.L. Meurs, *Nobele wilden, over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg*, Driebergen: A.O. Adviseurs voor organisatie 1997.
- H. Mintzberg, *Structures in Five: designing effective organizations*, oorspr. 1983/ Nederlandse vertaling, Academic Service Economie en Bedrijfskunde, Schoonhoven 1995.
- M. Noordegraaf en P.L. Meurs (2002), 'Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg.' In: *Management en Organisatie* 56 (2002-3) 22-39.
- M. Noordegraaf en T. Abma, 'Management by Measurement?' In: *Public Administration* 81 (2003) 853-871.
- M. Noordegraaf, *Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten*, Bussum: Coutinho 2004.
- M. Noordegraaf, 'Paradoxaal bestuur. Hoe gaan zorgbestuurders om met de besturingsfuik?' In: *ZM Magazine* (2004-4) 6-11.
- M. Noordegraaf, 'Professional management of professionals. Towards professional organisations in public service delivery.' (Conference on Professionals between People and Policy) 7-8 October 2004/ Session 1: Accountability and Results (zie: [www.nizw.nl/docs/congressen](http://www.nizw.nl/docs/congressen))



- M. Noordegraaf en K. Grit, 'Vragen over vraagsturing. De onvermijdelijke, maar "onmogelijke" zoektocht naar gemoderniseerd bestuur.'  
In: *Beleidswetenschap* (2004-3) 201- 222.
- D. Schön, *The reflective practitioner*. New York: Basic Books 1983.
- E.H. Tonkens, *Mondige burgers, getemde professionals*. Utrecht: NIZW 2003.

# BRIEF AAN DE STAATSSECRETARIS VAN VWS EN DE LEDEN VAN DE TWEDE KAMER

Utrecht, 14 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 verschraling 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

## INFORMATIE OVER DE AUTEURS

**Prof. dr A.J. (Andries) Baart** (1952) is staffunctionaris bij de Stichting Actioma in Den Bosch (sinds 1987) en daarnaast bijzonder hoogleraar in de Vakgroep Praktische Theologie/Sociale Wetenschappen aan de Katholieke Theologische Universiteit te Utrecht (sinds 1991). Hij doet onderzoek naar (de methodiek, grondslagen, effecten en professionalisering van) het buurtpastoraat, het diaconaal werk, geestelijke verzorging, het maatschappelijk activeringswerk en meer in het algemeen: naar zorg, welzijn en dienstverlening. E-mail: a.baart@wxs.nl

**Dr Annelies van Heijst** (1955) is als universitair docent moraaltheologie en vrouwenstudies verbonden aan de Theologische Faculteit Tilburg. Zij promoveerde in 1992 cum laude op *Verlangen naar de val. Zelfverlies en autonomie in hermeneutiek en ethiek* en schreef voorts o.m. *Leesbaar lichaam. Verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein* (1993) en *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas* (2003). E-mail: J.E.J.M.vHeyst@uvt.nl.

**Drs. Thijs Tromp** (1970) is stafmedewerker identiteit en ethiek bij Reliëf en AIO aan de Theologische Universiteit in Kampen. Hij bereidt een proefschrift voor over de effecten van het werken met levensboeken in de ouderenzorg. E-mail: ttromp@relief.nl.

## VOETNOTEN

- pag. 10 1 Annelies van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement 2005.
- pag. 11 2 Douwe van Houten, *De standaardmens voorbij*. Over zorg, verzorgingsstaat en burgerschap. Utrecht: De Tijdstroom 1999
- pag. 11 3 Andries Baart, *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma 2004, 3e herziene en vermeerderde druk.
- pag. 12 4 Matt Dings, 'Hoe lang heb ik nog?' In *HP/De Tijd* 25 februari 2005, 44-51.
- pag. 13 5
- pag. 16 6 Aart Pool, Henri Mostert, Jeroen Schumacher, *De kunst van het afstemmen : belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept*. Utrecht: NIZW 2003
- pag. 16 7 Cora van der Kooij, *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Utrecht: Lemma 2002
- pag. 17 8 Zie het woord vooraf bij deze uitgave.
- pag. 22 9 Ad Verbrugge, *Tijd van onbehagen. Filosofische essays over een cultuur op drift*. Amsterdam: Sun 2004.
- pag. 23 10 Zie ook haar onlangs verschenen boek *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement 2005.
- pag. 23 11 G. van den Brink, T. Jansen, D. Pessers (red.), *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt. Christen Democratische Verkenningen*. Amsterdam: Boom 2005.
- pag. 29 12 J.N. van Dartel, M. Jacobs, R.J.M. Jeurissen, *Ethiek bedrijven in de zorg. Een zaak van het management*. Assen: Koninklijke Van Gorcum 2002.
- pag. 34 13 Ontleend aan het handzame overzicht van managementmodellen van dr Marcel A. Nieuwenhuis. *The Art of Management*. (Deel 1. Strategie en Structuur). 20032. (gratis te raadplegen op [www.the-art.nl](http://www.the-art.nl)).
- pag. 36 14 M. Noordegraaf en P.L. Meurs, 'Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg.' In: *Management & Organisatie* 56 (2002-3) 22-39.
- pag. 37 15 LEVV, AVVV, Nivel, 'Verzorgenden over kwaliteit van de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen.' Factsheet Panel Verpleegkundigen

- en Verzorgenden. 2004. (www.nivel.nl). Zie ook: Anke J.E. de Veer, Anneke L. Francke, Anja de Kruif, Francis Bolle, Verpleegkundigen en verzorgenden over kwaliteit van zorg. In: TVZ 115 (2005-7/8) 40-43.
- pag. 38 16 H.J.A. Hofland, *Geen tijd. Op zoek naar de oorzaken en gevolgen van het moderne tijdgebrek*. Amsterdam: Scheltema & Holkema 1953.
- pag. 45 17 Ik heb in het onderstaande gesteund op eigen werk. In de literatuurlijst treft u een overzicht van een overzicht van de belangrijkste publicaties.
- pag. 46 18 Voor een overzicht van de literatuur die ik bij het schrijven van deze bijdrage raadpleegde verwijs naar de literatuurlijst aan het eind van deze bijdrage. Overigens volg ik zo goed en kwaad als het gaat de discussies en ontwikkelingen rond (criteria voor) bestaanskwaliteit en verantwoorde zorg zoals deze spelen bij Arcares, Stichting Zorg voor Later, de Gezondheidsraad, de NVZ, (zie bijv. *Jaarverslag 2004*, hfst. 1 'Op weg naar vraagsturing en marktgerichtheid') etc.
- pag. 48 19 Na deze lezing kwam het prachtige en zeer leeswaardige boek uit van Jan Vorstenbosch, *Zorg. Een filosofische analyse*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds 2005; had ik het boek eerder gelezen dan zou ik mijn criteria en dimensies van (goede) zorg enigszins anders bepaald en gefundeerd hebben.
- pag. 49 20 Zie: Harry Kunneman, *Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Amsterdam: SWP 2005, p. 224vv (eerder werden de zogeheten trage vragen behandeld in zijn Socrateslezing 1999, onder de titel 'Levenskunst en burgerschap in een technopolis' gepubliceerd in *Tijdschrift voor Humanistiek* no.1 (2000) 66-83.
- pag. 49 21 Ik doel hier op het klassieke verschil tussen *Gesinnungsethik* en *Verantwortungsethik*; zie daarvoor de even klassieke werken van respectievelijk Niccolò Machiavelli, *Il Principe/De heerser*. Amsterdam: Athenaeum-Polak & Van Gennep 2005 (20e druk) en Max Weber, *Politik als Beruf*. Uitgegeven als: *Wissenschaft als Beruf (1917/1919)* en *Politik als Beruf (1919)*. Red.: Wolfgang J. Mommsen en Wolfgang Schluchter; i.s.m. Birgitt Morgenbrod; *Gesamtausgabe / Max Weber*. Abt. 1, Schriften und Reden. (Bd. 17), Tübingen: Mohr 1992.
- pag. 50 22 Zie Avishai Margalit, *De fatsoenlijke samenleving*. Amsterdam: Van Gennep 2001.

- pag. 53 23 A.J. Baart, *Een theorie van de presentie*. pp.649- 664.
- pag. 57 24 Een korte maar goede uiteenzetting over de omslag die ik hier bedoel, vindt men bijvoorbeeld bij: Helen Simons, Saville Kushner, Keith Jones, David James, 'From evidence-based practice to practice-based evidence: the idea of situated generalisation.' In: *Research Papers in Education*. 18 (2003-4) 347-364. Zie ook: Geert van der Laan, 'De professional als expert in practice-based evidence.' In: *Sociale interventie* 12 (2003-4) 5-16.
- pag. 60 25 A.J. Baart, *Een theorie van de presentie*. pp. 699-713.
- pag. 61 26 Vgl. Frans Vosman en Brecht Molenaar (red.), *Perspectieven op vriendschap*. Amsterdam: SWP 2004, met daarin onder meer twee opstellen over de hier beschreven vragen, van Andries Baart (pp.44-61 ) en van Frans Vosman (pp. 62-73).
- pag. 61 27 Zie verder Andries Baart, 'Gebroken goed in ongebroke relaties. Theoretische notities voor de beroepspraktijk van maatschappelijke opvang.' In M. Nuy en F. Brinkman (red.), *Wanorde in een mensenleven. Een bezinning op thuisloosheid*. Amsterdam: SWP 2004, pp. 137-174.
- pag. 63 28 Voor de titels, zie de literatuurlijst aan het eind van deze bijdrage.
- pag. 67 29 Een goed voorbeeld biedt het NIZW met zijn 'Wat werkt? Databank Effectieve Jeugdinterventies' te raadplegen op [www.jeugdinterventies.nl/smartsite.dws?id=12121](http://www.jeugdinterventies.nl/smartsite.dws?id=12121).
- pag. 00 30 De accountability van de ervaren baat is uitgewerkt in Meta Flikweert, Willem Melief, Norbert Broenink, 'Heeft u er wat aan gehad? Bent u tevreden? Cliëntenraadpleging met het Sater-systeem in het maatschappelijk werk. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2003 en in: Willem Melief, 'Evidence-based practice in sociale interventies.' In: *Sociale Interventie* 12 (2003-4) 17-29

# COLOFON

*relief*

CHRISTELIJKE VERENIGING VAN ZORGAANBIEDERS

Reliëf, christelijke vereniging van zorgaanbieders

Neckardreef 6

3562 CN Utrecht

tel. (030) 2610454

fax (030) 2612529

info@relief.nl

www.relief.nl

Copyright © 2006 by Reliëf, Utrecht

## **Omslag en boekverzorging**

Drukkerij Berne bv, Heeswijk

## **Druk**

Drukkerij Berne bv, Heeswijk

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Isbn 90###