

# Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg

Vanuit de zorgethiek zijn concepten als menslievendheid, presentie en zorgzame zorg in opmars. Zij beogen een gevoeliger kijken naar de patiënt en een betere aansluiting bij diens ervaringen, vooral ook breder dan de ziekte. In kwaliteitstermen is dit te duiden als een doorontwikkeling vanuit het kwaliteitsdomein patiëntgerichtheid naar 'kwaliteit van zorg 2.0'. Dat staat dan voor professionals die zorg bieden die naast ziektegerichtheid, ook mensgerichtheid, uitvoeringsgerichtheid en houdingsgerichtheid kent. Wat dat betekent voor zorgkwaliteit en innovatietrajecten lichten we in deze bijdrage toe.

**Door: A. Goossensen en A. Baart**



Anne Goossensen



Andries Baart

In het streven naar kwaliteitsverbetering blijkt een zogenoemde 'zachte' dimensie in de zorg lange tijd afgeschreven als niet te meten en dus niet te verbeteren, ondanks dat ze voor patiënten zwaar telt. Die tijd is voorbij. In een onlangs gehouden zorgdebat zijn zeventien benaderingen geïdentificeerd en vergeleken, die zachte kanten van zorg bestrijken.<sup>1</sup> Hieronder waren Planetree, Fred Lee, bewarende zorg, belevingsgerichte zorg, waardevolle zorg, zorgzame zorg en menslievende zorg. De benaderingen verschillen sterk qua probleemdefinitie, veranderstrategie en de te behalen impact. Presentie, menslievende zorg en zorgzame zorg kennen een zorgethische achtergrond. Vanuit de zorgethiek agenderen we een nadere concretisering van de 'zachte' dimensie, onder meer door kwaliteit van zorg direct te verbinden aan de *zorgrelatie*. De relatie vooropstellen betekent dan zorg opvatten als een dialoog, met positie- en perspectiefwisseling. Het beeld van een professional die eenzijdig iets geeft, maakt, of doet aan de ander bevredigt niet. Relationeel werken betekent responsiviteit, betekent het heel precies waarnemen van de ander

en daarop *aansluiten* met het handelen. En blijven kijken hoe dat uitpakt. Maar was daar nog geen aandacht voor dan?

## Extra kwaliteitsdomein niet voldoende

Het wetenschappelijke vakgebied 'kwaliteit van zorg' onderzoekt mogelijkheden en pogingen tot verbetering van de zorg. Het vakgebied is ontstaan in navolging van grote denkers als Deming, Donabedian en Berwick. Er bestaan eigen wetenschappelijke tijdschriften over kwaliteit van zorg en internationale congressen met duizenden wetenschappers. Bij het operationaliseren van 'kwaliteit van zorg' voor onderzoek en innovatie zijn de volgende gebieden internationaal in gebruik: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid van toegang (IOM, 2001). Deze gebieden dienen om tot diagnostische probleemformuleringen te komen, waarop innovatietrajecten plaatsvinden. Ook zijn de gebieden in gebruik om resultaten van verbeterprojecten vast te stellen.

Logisch redenerend lijkt het kwaliteitsdomein *patiëntgerichtheid* de plek bij uitstek te zijn waar afstemming op de patiënt hoort. Met de huidige invulling van patiëntgerichtheid is dit echter niet gedekt. Tegen de achtergrond van de gangbare hoge waardering voor patiëntautonomie ligt er een sterke nadruk op inspraak bij besluiten, op zelfmanagement en op informatie- en keuzemogelijkheden. Maar hiermee is de gevoeligheid van de zorgprofessional voor wat er bij de patiënt speelt en het vermogen om daarop aan te sluiten en er rekening mee te houden nog niet geadresseerd als kwaliteitsitem. Dit manco leidde internationaal tot een debat om een extra kwaliteitsdomein 'empathie' toe te voegen aan de zes al bestaande IOM-gebieden (Youngson, 2008). Wat ons betreft is empathie echter niet toereikend voor hetgeen we willen

adresseren, evenals de in omloop zijnde communicatie- en bejegeningscursussen, noch een sterke focus op de beleving van de patiënt. Het toevoegen van een extra kwaliteitsgebied is niet voldoende. We opteren daarom voor de doorontwikkeling naar 'kwaliteit van zorg 2.0'. Kwaliteit van zorg 2.0 includeert zorgethische kwaliteitsaspecten, zoals sensibiliteit van de hulpverlener voor de ander en de door patiënten daadwerkelijk ervaren zorgzaamheid in attitude en bejegening naast optimale medische en verpleegkundige interventies.

### Kwaliteit van zien

Menslievende zorg, presentie en het opkomende zorgzame zorg pleiten voor een gevoelige manier van kijken naar patiënten. Deze manier van kijken is open, breed en gericht op het beperken van zich vastzettende reducties in de waarneming. Reductie brengt een patiënt terug van mens tot ziekte, of tot een te verrichten handeling (Goossensen, 2011). Herkenning van het reductiemechanisme begint bij het zien dat we de ander niet open en vrij waarnemen, dat wij er onbewust op uit zijn anderen kleiner te maken. Of dat de werkomgeving dit bevordert. Daarmee verdwijnt de verwondering, de open blik, het speuren. De kijker wil – onbewust – een beeld maken van de ander, dat zich onveranderlijk en stabiel vastzet. Dit beeld brengt de ander terug naar een model, een type, een idee of essentie. Deze beweging ontkent de zieke, diens complexiteit en originaliteit, omdat we wat we zien duiden in al bekende begrippen. Eerder opgedane kennis speelt in dit proces geen onschuldige rol, want is immers het instrumentarium om een interpretatie toe te kennen. Hoewel we niet aan reduceren ontkomen, en in zekere zin dit ook nodig hebben in een informatiecomplexe omgeving, schuilt het gevaar in reducties voor waarheid aannemen. Schadelijk is een gebrek aan open en voortdurende aandacht, de wens tot bijsturen van de eigen beeldvorming om de ander optimaal recht te doen. Overigens bevorderen tijdgebrek, een heersende cultuur of een té taak- of probleemgerichte houding het optreden van reductie.

Kwaliteit van zorg 2.0 zet de kwaliteit van zien van patiënten op de agenda en beoogt een betere aansluiting bij hen. Wat gebeurt er innovatietechnisch als we de kwaliteit van zien in de kwaliteitszorg betrekken? Kijken betekent dan onderzoekend naar de patiënt durven zijn, breder dan de klacht waar hij of zij voor komt. Het betekent het begrippenkader waarmee je de zieke ander benadert, durven evalueren op passendheid. Het betekent een speuren naar



waar de ander mee worstelt, en dat erkennen, ook als er geen oplossing voor handen is. Het gaat ook over de inzet van jezelf als professional, op een wijze die aansluit bij wat er speelt, zelfs als dat buiten je gebruikelijke gedragsrepertoire treedt. Waarbij wel professionele grenzen gelden, natuurlijk. Kwaliteit van zorg 2.0 streeft naar een ruimte tussen de professional en de patiënt, waarin de laatste zich kan laten zien. Na het gevoelig kijken komt de professional dan met een respons op het geziene, die zich binnen de medische interventie kan voltrekken, of een handeling betreft die zich aanvullend op de medische handeling positioneert. Samenvattend stellen we dat kwaliteit van zorg 2.0 in alle toonaarden reductie van patiënten tot hun ziekte wil voorkomen. Dat het zorgmomenten wil aangrijpen als kans om de ander recht te doen in alles wat er van belang is. Dat nabijheid en begrip voor het lijden en de worstelingen die gepaard gaan met ziek zijn en het hulp moeten vragen een grondtoon vormen in het handelen. Met kwaliteit van zorg 2.0 willen we niet iets nieuws aan de zorg toevoegen, maar iets belichten en waarderen wat er bij sommige werkers al volop is, maar wat huidige kwaliteitssystemen onvoldoende signaleren.

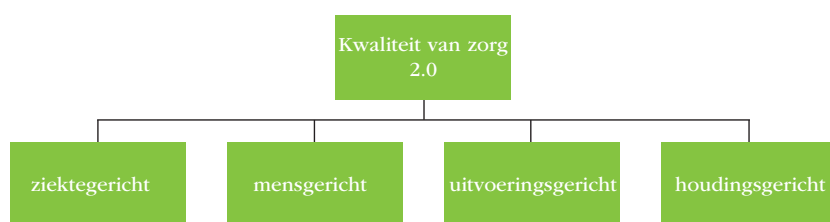
### Menslievende zorg

Om de innovatiewaarde van zorgethische concepten als menslievende zorg te kunnen inschatten, is een vertaalslag noodzakelijk naar concrete zorgsituaties. Zorgethisch kijken betekent dan het hernemen van zorg die verantwoord is volgens externe kaders, naar zorg die 'goed' is – en verantwoord – volgens een ethische reflectie van de werker(s). Het goede doen voor een zieke gaat verder dan 'zorgen dat' iemand geneest, maar omvat ook 'zorgen voor' de ander en diens welzijn. Dat laatste laat zich alleen lokaal, per persoon in een morele afweging bepalen en

vergt dus beraad. De volgende uitwerking schetst vier aspecten die behulpzaam zijn bij het integreren van de zorgethische kijkwijze in bestaande kwaliteit van zorgkaders. Het gaat om kwaliteit die ziektegericht, mensgericht, uitvoeringsgericht en houdingsgericht is.

### **Ziektegerichte kwaliteit**

Ziektegerichte kwaliteit gaat over medisch en verpleegkundig hoogwaardige zorg. Hier gaat het over de ziekte en alles wat nodig is om die te bestrijden, te voorkomen of te verzachten. Het



Figuur 1. De vier aspecten van kwaliteit 2.0

gaat om beproefde en probate interventies, die veilig zijn, doorzichtig, doeltreffend en praktisch wijs. Er weerklinken dus een aantal van de kwaliteitspeilers van het IOM, plus een zorgvuldige afweging door de professional. Zo voorkomt onverantwoorde zorg en zeker medisch of verpleegkundig knoeiwerk. Dit aspect hangt samen met symptoomreductie, met vakkennis en is dus in geringe mate verbonden aan de betreffende zorgverlener. Als kanttekening valt hier te melden dat ziektegerichte zorg veelal de overhand heeft in het kwaliteitsdenken boven de hierna te bespreken aspecten.

### **Mensgerichte kwaliteit**

Een tweede aspect, mensgerichte kwaliteit, richt zich op de aansluiting bij de patiënt. Dit aspect waarborgt/vult op het vorige aan dat de medisch hoogwaardige zorg passend bij de betreffende mens plaatsvindt. Het is geënt op de kwaliteit van zien van de werker, zoals hiervoor geschetst. Zorgvuldige waarneming van wie de patiënt is, wat voor hem van waarde is en vooral wat hij doormaakt staan daarbij voorop. De ervaring leert dat het nodig is deze manier van kijken – weer – aan te leren (Baart e.a., 2011). Mensgerichte zorg verkent waar de patiënt het moeilijk mee heeft, of waar hij naar verlangt. Dit is in de presentietheorie maximaal uitgewerkt, in beschrijvingen van leefwerelden van patiënten, wijzen van aansluiten daarop en te verwachten opbrengsten in termen van ervaren insluiting, eer, nabijheid, warmte of existentiële bevestiging (Baart, 2001).

Wanneer dit aspect niet uit de verf komt, kan

zorg ongepast zijn of zelfs ruw en emotioneel onbehouwen. De huidige kwaliteitssystemen hebben grote moeite om mensgerichtheid op te nemen en op waarde te schatten. Het nadenken over ‘mismatches’ helpt om een brug te slaan. Dit betreft een niet-geslaagde aansluiting van mogelijk in zichzelf goede zorg. Het is de waarneming van de zieke persoon die dan tekortschiet. Een van de scherpste voorbeelden is de vrouw die voor een bloedcontrole kwam, waarbij de ziekenhuismedewerker niet waarnaam dat zij op dat moment een hartaanval doormaakte. Toen de vrouw telefonisch op de hoogte werd gebracht van de goede uitslag, was zij overleden (Baart, 2005). Mismatches tonen dus aan waarom alleen ziektegerichte zorg niet genoeg is en hoe té instrumentele aandacht, in de zin van gericht op het medisch-technische handelingen, het hoogste doel – goede zorg geven – in de weg kan staan.

### **Uitvoeringsgerichte kwaliteit**

Uitvoeringsgerichte kwaliteit is zorg die responsief tot stand komt en volhoudt. Responsief staat voor blijven kijken of het aangeboden aansluit, uitpakt zoals bedoeld is en het de zieke baat. Het gaat ook om zorg die duurzaam en trouw is, ook als ze niet direct resultaten oplevert. De professional streeft naar samenhang van zorghandelingen tot een integrale en complexe praktijk en legt het criterium van een bevredigende afronding hiervan bij de zorgontvanger en niet per uitgevoerde handeling. Het risico op dit laatste is gestegen na doorvoering van processen van differentiatie en taakherstelling. Patiënten kunnen hierdoor versnippering ervaren en zoekgespeeld raken. Uitvoeringsgerichte zorg pleit voor professionals die gevoelig en verantwoordelijk zijn voor het geheel van de zorgpraktijk waar zij een bijdrage aan leveren. Door de focus op de samenkomst van handelingen bij de patiënt te leggen, verkleint men de kans op zorgverleners die vooral met hun eigen logica bezig zijn. Dit is door bestaande kwaliteitssystemen moeilijk vast te stellen. Maar patiënten kunnen precies aangeven wanneer dit wel of niet op orde is.

### **Houdingsgerichte kwaliteit**

Ten slotte houdingsgerichte kwaliteit. Dit staat dan voor een zorgverlener die bezorgd mag zijn en zorg verleent met mededogen. De hulpvrager ervaart hartelijkheid, betrokkenheid, respect en toegenegenheid. Dit aspect is net zoals het tweede op gedegen wijze uitgewerkt in de presentietheorie (Baart, 2001). Onder houdingsgerichte zorg vallen ook bejegening en communicatie. Met die kanttekening dat ze geen eigen leven leiden

als dimensie of verbeterpunt, maar in verband blijven staan met ongelijke machtsverhoudingen en attitude. Als de houding klopt, volgt een passende communicatie daaruit. Dit is ook een dimensie die affecten en emoties van de professional bespreekbaar maakt: het geven om de zieke ander, warmte of genegenheid voor hem ervaren. Het gaat over deugden, energie en zinbeleving van werkers. Het resulteert soms in een blijvende nabijheid bij de zieke als de instrumentele zorg-handelingen uitgeput zijn. Dit niet verlaten van de ander is een kernthema in de presentietheorie. Aandacht voor houdingsgerichte zorg voorkomt ervaringen van koude en kwetsende zorg. Dit punt als geheel is niet goed vertegenwoordigd in kwaliteitssystemen, hoewel dat met communicatie en bejegening soms wel het geval is.

### Hoe werken we hiermee in de zorg?

Op basis van de beschreven concepten lopen er vele innovatietrajecten door heel Nederland. In het Elisabeth ziekenhuis werken we aan menslievende zorg. De vier aspecten van kwaliteit van zorg 2.0 heten dan: verzorgde, zorgvuldige, zorgzame en bezorgde zorg. Waarbij ook het werk van Annelies van Heijst (2007, 2008) natuurlijk een theoretische sleutel vormt.

De presentietheorie belichaamt innovatie van de hierboven beschreven mensgerichte en houdingsgerichte aspecten van kwaliteit van zorg 2.0. Dat gebeurt in diverse ouderenzorginstellingen, organisaties in de jeugdzorg, verslavingszorg en ggz, gehandicaptenzorg, bij een woningbouwvereniging, in de palliatieve zorg, het vrijwilligerswerk en wijkwerk. Betrokkenen bij deze projecten participeren in een vorm van 'diep leren' of 'triple lusleren' (Knoope en Goossensen, 2011; Baart e.a., 2011). Om dat te bevorderen kiezen we voor zogenoemde lerende gemeenschappen met ervaringsoefeningen, zoals exposure. Stappenplannen en instructie van bepaalde standaardhandelingen maken geen deel uit van educatieve programma's op basis van zorgethische verbeterconcepten. Verbetering ontstaat vaak uit reflectie op eigen voorbeelden uit de zorg of filmmateriaal. De leertrajecten zijn langdurig en behoeven een zeker onderhoud na afloop, bijvoorbeeld in de vorm van moreel be- raad, of case based learning. De opbrengsten dragen echter het karakter van een transitie; ze zijn bestendig en zichzelf voortstuwend.

In het kader van 'zorgzame zorg' heeft CZ een platform ingericht waar zorgpartijen, patiëntenverenigingen en onderzoekers ervaringen uitwisselen en streven naar concepten en meetbaarheid van zorg die ook zorgzaam is. De uitwisseling van ervaringen staat centraal. Er ligt nu een conceptuele uitwerking voor gebaseerd op

de vier aspecten van kwaliteit van zorg 2.0 plus een institutionele dimensie met ook weer vier aspecten. Het gaat dan om: hoe lerend een organisatie is, wat de heersende cultuur is, hoe dienstig het management is en of professionals reflectief kunnen en mogen zijn. De nadere uitwerking van deze componenten zal zich het komende jaar voltrekken. Onderzoek richt zich op meetbaarheid van de concepten.

### Conclusie

Vanuit zorgethisch perspectief adresseren we een zachte dimensie die in huidige kwaliteitssystemen onderbelicht blijft. Via de concepten menslievende zorg, presentie en zorgzame zorg verbeteren we kwaliteit van zorg in verbeterprojecten. Deelnemers aan die verbeterprojecten gaan aan de slag met waarneming en reflecteren op eigen ervaringen. Een nagestreefde opbrengst betreft een grotere gevoeligheid voor patiënten, hun belevingswereld en (emotionele) worstelingen. Gevolgd door een passende reactie daarop, binnen of buiten het medische of verpleegkundig handelingsrepertoire. Dientengevolge veranderen non-specifieke factoren, houding, bejegening en communicatie van zorgprofessionals in een door patiënten gewaardeerde richting.

### Noot

- 1 Zie [www.presentie.nl](http://www.presentie.nl) voor beeldmateriaal over dit debat en [www.zorgethiek.nu](http://www.zorgethiek.nu) voor een tabel met vergelijkingspunten, te vinden via 'nieuws en interviews'.

### Literatuur

- Baart, A., *Aandacht. Etudes in presentie*, Lemma, Utrecht, 2005.  
 Baart, A., *Een theorie van de presentie*, Lemma, Utrecht, 2001.  
 Baart, A., Olthuis, G., Prins, C. en M. Smits, "De een of de ander: dat is nog een heel verschil..." *Leren zien wat patiënten doormaken op de SEH en hoe daarop wordt gereageerd*, UvT en EZ, Tilburg, 2011.  
 Baart, A., Dijke, J. van, Ouwerkerk, M. en E. Beurskens, *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld. Presentie als transitiekracht*, Lemma, Den Haag, 2011.  
 Goossensen, A., 'Zijn is gezien worden.' *Presentie en reductie in de zorg*, Oratie, Universiteit van Tilburg, 2011.  
 Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, Klement, Kampen, 2007.  
 Heijst, A. van, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Klement, Kampen, 2008.  
 IOM, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington DC, 2011.  
 Knoope, A. en A. Goossensen, Aandachtige betrekking; waarom het aanleren van presentie zo moeilijk is, *Maatwerk*, 14 (1), 2011, 10-13.  
 Youngson, R., *Compassion in health care; the missing dimension of healthcare reform?* NHS Futures Debates Paper, 2008.

### Informatie over de auteurs

**Prof.dr. Anne Goossensen** en **prof.dr. Andries Baart** zijn beiden hoogleraar presentie (en GGZ) aan de vakgroep Zorgethiek van de Universiteit van Tilburg, en tevens verbonden aan de Stichting Presentie.