

Welke cultuur in een zorginstelling stimuleert zorgzaamheid?

Zorgzaamheid als kwaliteitsaspect van zorg kan niet beperkt worden tot de relatie tussen een zorgvrager en een zorgverlener. Zij is ook onderdeel van de cultuur van een organisatie, die op haar beurt onderdeel is van de cultuur van de samenleving. Des te belangrijker is het dan ook om de culturele aspecten van zorgzaamheid te onderzoeken. In deze bijdrage richten we ons vooral op de vraag hoe de cultuur van een organisatie op het punt van zorgzaamheid is te beoordelen.

Door: M. Pijnenburg en E. van Leeuwen



Martien Pijnenburg



Evert van Leeuwen

Onder meer dankzij het werk van William Edwards Deming en Avedis Donabedian is de afgelopen decennia de aandacht voor meetbare kwaliteitsverbetering van de zorg sterk gegroeid. Dit heeft ertoe geleid dat kwaliteit vooral benaderd wordt als resultante van op evidence gebaseerde, veilige en effectieve interventies, planmatig aangestuurde organisatieprocessen, met respect voor de autonomie van patiënten, en in gepaste verhouding tot schaarste aan mensen en middelen. De focus op meetbare kwaliteit heeft veel verbeteringen gebracht, maar vormt ook een risico voor een ander kwaliteitsaspect, namelijk zorgzaamheid. Patiënten en hun naasten geven aan persoonlijke aandacht en bekommernis te missen; zij zien veel efficiënt werkende zorgverleners om zich heen maar slechts weinigen die hen 'echt zien staan' (Van Heijst, 2008). Tegelijk ervaren veel zorgverleners een toenemende vervreemding van de waarden en bronnen die de ziel van hun werk uitmaken en hen gaande houden, ook in tragische situaties of onder hoge werkdruk. Ge-

brek aan zorgzaamheid voor de mens achter de patiënt en voor de motiverende kracht ervan voor zorgverleners wordt zelf steeds meer een bron van kritiek op de wijze waarop onze gezondheidszorg zich ontwikkelt. Dit artikel focust op de organisatiecontext van zorgzaamheid, en in het bijzonder op het verband tussen organisatiecultuur en zorgzaamheid. De vraag is of en hoe dit verband is aan te tonen en welke meetinstrumenten daarvoor nodig zijn.

Wat is zorgzaamheid?

Een manier om snel zicht te krijgen op wat zorgzaamheid is, is te kijken naar situaties waar sprake is van het tegendeel. Een voorbeeld uit *De Volkskrant* van 27 juni 2011:

Walter Stolz wacht buiten op zijn vrouw. Zij heeft een zware chemotherapie ondergaan en ligt onder de scan om te zien hoe het met haar hersentumor gaat. 'Er kwam een verpleegkundige naar me toe. Ze vroeg: heeft u een stuk plastic in de auto? Mijn vrouw bleek onder de poep te zitten – van haar knieën tot haar rug. Ik zei: dan laat u haar toch schoonmaken? Maar ze antwoordde: het spijt me, onze afdeling gaat sluiten. Voordat ik kon protesteren, had ze zich al omgedraaid.' Daar stond hij dan, met zijn zwijgende vrouw in de rolstoel. Het was een van de meest vernederende momenten uit haar ziektegeschiedenis (Effting, 2011).

Het voorbeeld illustreert een ondergrens van zorgzaamheid: iemand ten minste niet in de steek laten, niet leed verergeren, niet vernederen. Uit deze negatieve omschrijving valt een positieve af te leiden: zorgzaamheid duidt ten minste op aandachtige bekommernis om de ander. Een meer volledige beschrijving ontleen we aan de zorgethiek van Tronto (1993). Vol-

gens haar stelt goede zorg vier morele eisen: a) aandacht hebben voor behoefte aan zorg van een ander; b) verantwoordelijkheid nemen tot zorg dragen voor die behoefte; c) competent zijn in het feitelijk geven van zorg; d) bereidheid om zorg te ontvangen. Omdat in het huidige kwaliteitsdenken het zwaartepunt ligt op meten, krijgt vooral de derde eis veel aandacht. Maar tegen de achtergrond van Tronto moet zorgzame zorg ruimer worden beschreven als competente zorg die ingebed is in een relatie van aandachtige en daadwerkelijke betrokkenheid op een zorgbehoevende ander en op de wijze waarop die de gegeven zorg ervaart. Dit impliceert tevens dat zorgzaamheid geen extra is, voor als er tijd over is, maar een essentieel aspect van kwaliteitszorg.

Wat is organisatiecultuur?

Het concept 'organisatiecultuur' is controversieel en wordt op verschillende manieren gedefinieerd (Bellot, 2011). We beperken ons tot twee omschrijvingen. Voor Schein (1997) staat cultuur binnen een organisatie voor gedeelde overtuigingen waarmee mensen handelen en die aan nieuwe medewerkers worden overgedragen. Die overtuigingen zijn herkenbaar op drie niveaus. Ten eerste artefacten: wat je ziet of hoort in bijvoorbeeld gedrag, kleding, interacties, protocollen of veiligheidssystemen. Ten tweede waarden die door de organisatie worden geformuleerd; bijvoorbeeld de kernwaarden van een organisatie. Ten derde de stille, niet-geëxpliciteerde overtuigingen die moeilijk te herkennen zijn, maar die wel het feitelijk gedrag van een organisatie sterk kunnen beïnvloeden. Nemen we zorgzaamheid als voorbeeld, dan kan het zijn dat dit op het eerste en tweede niveau als kern van goede zorg wordt geëxpliciteerd, maar dat op het derde, meer onderhuidse niveau vooral snelle en prestigieuze medische interventies als succesfactoren tellen. De tweede omschrijving komt van Hofstede et al (2011). In plaats van te focussen op gedeelde waarden en overtuigingen legt hij het accent op gedeelde percepties in dagelijkse praktijken: ziekenhuizen, bijvoorbeeld, zullen niet zozeer van elkaar verschillen in basale overtuigingen, maar veel meer in de specifieke praktijken waarin die overtuigingen worden gerealiseerd en overgedragen.

Beide auteurs hebben ondanks hun verschil in benaderingswijze oog voor het verschil tussen de formele en de informele cultuur van een organisatie. Wat bovenhuids wordt beleden en uitgedragen, hoeft niet overeen te komen met waarden en overtuigingen die onderhuids sturend zijn voor het gedrag. In deze potentiële

kloof kan zich ook zorgzaamheid manifesteren als organisatiecultureel probleem. Weinig zorginstellingen zullen deze waarde, of een daaraan verwant concept, niet onderschrijven als kern van hun cultuur. Maar juist de klacht van veel patiënten en zorgverleners is dat in feitelijke praktijken zorgzaamheid het vaak moet afleggen tegen andere waarden. Onder meer Malone (1999) wijst erop dat in het huidige regime van markt en financiële druk zorgzaamheid een louter instrumentele waarde wordt en slechts telt voor zover zij de productiviteit verhoogt. Zorgzaamheid, dan wel het gebrek eraan, is echter niet louter een zaak van organisatieculturen, maar strekt zich verder uit. Zoals zorgrelaties tussen zorgverleners en patiënten zijn ingebed in organisaties, zijn organisaties op hun beurt ingebed in de cultuur en tradities van de samenleving waarvan zij deel uitmaken. Zorgzaamheid is daarmee óók een maatschappelijk cultuurverschijnsel in de zin van uitdrukking van overtuigingen en praktijken van een welbepaalde, maatschappelijk en historisch gewortelde cultuur.

De ontwikkeling van zorgculturen

Historisch gezien is de morele grondslag van de gezondheidszorg tot aan de Verlichting (18^e eeuw) grotendeels gevoed door een hippocratische georiënteerde geneeskunde die artsen voorhield het beste te doen voor hun patiënten en hen niet te schaden, en een christelijke spiritualiteit van naastenliefde (Pijnenburg, 2010). In de klassieke oudheid was aan het verzorgen van zieken weinig eer te behalen: het was het werk van slaven en dienstheden. Door het christendom werd juist de zorg voor zwakken en armen verkondigd als een hoogstaand moreel ideaal: in de zorgbehoevende was Christus zelf aanwezig en bovendien droeg het beoefenen van naastenliefde bij aan het eigen zielenheil (Van Heijst, 2011). Deze idealen vormden bronnen van zingeving in een maatschappelijke realiteit van massale armoede, besmettelijke ziektes, gebrekkige kennis en rechtswillekeur. De moderne gezondheidszorg wordt geboren met de democratisering van de samenleving ten tijde van de Verlichting. Ten eerste vindt er een verwetenschappelijking van de zorg plaats, waardoor in bijzonder in de geneeskunde, 'goed' geleidelijk aan gelijk wordt gesteld met 'evidence-based'. Ten tweede wordt de zelfbeschikking van het individu een sturend moreel ideaal. 'Goed' wordt nu: in overeenstemming met de wensen en voorkeuren van mondige patiënten. In de huidige Zorg 2.0 wordt deze mondigheid verder ontwikkeld in de richting van medeverantwoordelijkheid van patiënten voor de zorg. Ten derde is zorg niet langer een

uit liefdadigheid ontvangen gunst, met alle macht en betutteling die daarbij kunnen optreden, maar een sociaal recht. Ten vierde wordt de gezondheidszorg vanwege stijgende kosten een maatschappelijke kostenfactor van betekenis en benaderd als onderdeel van het economisch ruilverkeer. Goede zorg is óók kosteneffectieve zorg en inzet van competitie tussen zorginstellingen en verzekeraars.

Van Heijst (2011) duidt de opvattingen over goede zorg uit de oudheid, het christendom en de moderne tijd aan als drie zorgscripts, die elk hun sterke en zwakke kanten hebben. De kracht van het moderne script is dat meer dan in het christelijke effectieve hulp mogelijk is, die bovendien niet als gunst wordt verleend, maar als effectuering van een recht. Zijn zwakte is dat in het hedendaagse culturele idioom van klanten, rechten, gelijkheid, aanbieders, excelleren, presteren en competitie de betekenis van menselijke kwetsbaarheid en afhankelijkheid aan normatieve zeggingskracht heeft ingeboet. Het bestaan ervan wordt niet ontkend: het vormt immers de bodem waarop een heel stelsel aan zorgvoorzieningen is gegrondvest. Maar aandachtige bekommernis om zwakheid, onzekerheid en afhankelijkheid blijkt vaak verdrukt te worden door de hoge waardering voor mondigheid en zelfmanagement. Wanneer een zorginstelling daarom gebrekkig is in haar zorgzaamheid voor de angsten en belevingen van mensen met een ziekte, dan weerspiegelt zij een breder maatschappelijk cultureel verschijnsel. Maar het biedt óók een kans: juist een zorginstelling kan het als haar taak zien zorgzaamheid voor verval te behoeden en binnen de eigen muren zoveel mogelijk te cultiveren. Dat dit laatste ook gebeurt, is onder meer af te leiden uit allerlei initiatieven tot vernieuwing van zorgzaamheid, zoals Planetree, belevingsgerichte zorg, presentie en zorg, menslievende zorg,

compassion for care en Zorg 2.0. Ondanks de verschillen tussen deze zorgconcepten delen zij het streven om zorgzame zorg te bewaren en te versterken als de ziel van goede zorg.

Zorgzaamheid in de organisatiecultuur

Zorgzaamheid kan dus niet worden gereduceerd tot individuele bejegening, ook al is de individuele relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger van bepalende invloed. Maar zo'n reductie ontkent de organisatorische en maatschappelijke inbedding van zorg. Wij beperken ons hier tot organisatorische inbedding en in het bijzonder de organisatiecultuur, en onze vraag is hoe deze te onderzoeken is op de mate van zorgzaamheid. We nemen een specifieke ervaring als startpunt:

'Interne is prachtig', zegt ze. 'Maar mijn polistage leek wel lopendebandwerk. Ik had het gevoel dat ik daar alleen maar zat om een riedeltje af te draaien. Er was totaal geen aandacht voor het steunsysteem en de beleving van de patiënt. Ik had geen idee wie er voor me zat' (Katzenbauer, 2009).

Cultuuronderzoek behelst zo nauwkeurig mogelijk te analyseren hoe – in dit voorbeeld – de aios (assistent in opleiding tot specialist) 'mentaal wordt geprogrammeerd' om 'alleen maar een riedeltje af te draaien', om geen aandacht te hebben voor de 'beleving van de patiënt' en om onbelangrijk te vinden om te weten wie deze patiënt nu precies is.

Er bestaan verschillende kwalitatieve en kwantitatieve instrumenten om organisatiecultuur te onderzoeken (zie bijvoorbeeld Scott et al., 2003b). Een voorbeeld van een kwantitatief instrument is de Organizational Culture Inventory (OCI). Deze is gebaseerd op een onderscheid tussen taak- en mensgerichte organisaties (Bellot, 2011). Nog niet duidelijk is of met de OCI ook zorgzaamheid kan worden ge-

Wat is bekend?

Organisatiecultuur is een determinant van gedrag. Op het niveau van meetbare gedragingen, zoals de toepassing van richtlijnen, is dit onderzocht en aangetoond. Bekend is ook dat sommige kwaliteitsaspecten makkelijker meetbaar zijn dan andere; zorgzaamheid behoort tot deze laatste categorie. Maar aannemelijk is dat ook hier de organisatiecultuur een rol speelt.

Wat is nieuw?

Het is van belang een onderzoeksinstrument te ontwikkelen dat kan beoordelen of en in hoeverre er sprake is van een zorgzame organisatiecultuur. Bij de analyse van de bevindingen en bij verbeterinitiatieven moet worden verdisconteerd dat zorgorganisaties zelf ingebed zijn in een maatschappelijke cultuur en dus ook beïnvloed zijn door de mate van zorgzaamheid van die cultuur.

Wat kun je ermee?

Deze bijdrage biedt argumenten aan onder meer leidinggevendenden om zorgzaamheid als kwaliteitsaspect niet te reduceren tot een verantwoordelijkheid van individuele medewerkers, maar te cultiveren als kenmerk van de zorginstelling als geheel.

meten. Maar een aannemelijke hypothese is dat in mensgerichte organisaties zorgzaamheid sterker aanwezig is dan in taakgerichte. De frustratie van de aios zou dan kunnen worden verklaard doordat haar mensgerichte attitude niet past binnen de taakgerichte cultuur van de poli. Maar de OCI zal verder moeten worden getest om te achterhalen of het dergelijke verklaringen kan ondersteunen. Zij lijkt minder geschikt om de ervaring van de betrokken patiënt te verhelderen. Daarvoor is een meer kwalitatieve benadering aangewezen, die onderzoeksmethodes gebruikt als interviews, focusgroepen, spiegelgesprekken, shadowing of participerende observatie. Een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksvormen lijkt vooralsnog het beste om een nauwkeurige analyse van zorgzaamheid in de cultuur van een organisatie te kunnen maken.

Na de analyse van een organisatiecultuur op de mate van zorgzaamheid rijst de vraag hoe men een zorgcultuur kan verbeteren op dit punt. Uit veel publicaties (zie onder andere Kole, 2007) blijkt hoezeer idealen van zorgzaamheid, betrokkenheid en compassie nog steeds krachtig werkzaam zijn bij veel zorgverleners en beginnende beroepsbeoefenaars. Als er dus al sprake is van een onderhuidse cultuur van zorgzaamheid, dan is die veelal bij hen aan te treffen. Maar de vraag is of die cultuur dusdanig bepalend is voor de organisatie als geheel, dat zorgverleners zich bevestigd weten als zij zorgzaamheid in de praktijk brengen. Voorziet de zorginstelling haar medewerkers van kaders waarin de zorgarbeid niet louter als deskundig, productief, veilig of klantvriendelijk wordt gewaardeerd, maar ook als ziel en bezieling van de kwaliteit van zorg?

Voor organisatieverbetering is dus het onderscheid tussen bovenhuidse en onderhuidse waarden, tussen formele en informele cultuur, een belangrijk gegeven. Cultuuronderzoek heeft tot doel raakvlakken en fricties tussen beide op te sporen, ze te analyseren, op basis daarvan verbeterinitiatieven voor te stellen, te implementeren en te evalueren.

Ten slotte: de causale relatie tussen organisatiecultuur en de feitelijke zorguitvoering, in de zin dat een zorgzame organisatiecultuur leidt tot zorgzaam gedrag, is minder zeker dan vaak wordt aangenomen. Er zijn aanwijzingen voor een omgekeerde volgorde: zorgzame praktijken leiden tot een zorgzame organisatiecultuur (Scott et al., 2003a). Ook dit zou nader te onderzoeken zijn.

Conclusie

Om culturen van organisaties te veranderen naar

meer zorgzaamheid is grondig onderzoek nodig van situaties waarin en van redenen waarom het op dit punt juist goed loopt, of helemaal spaak. Eén van de taken die er liggen is het opsporen of eventueel ontwikkelen van een instrument om zorgzaamheid op het niveau van organisatiecultuur te meten en te verhelderen. Maar er is ook perspectiefverbreding nodig naar de bredere, maatschappelijk-culturele context. De mate van zorgzame betrokkenheid binnen een zorginstelling op mensen in nood valt beter te begrijpen als we oog hebben voor de maatschappelijk-culturele inbedding van de instelling. Tegen de achtergrond van de analyse van Van Heijst van het moderne zorgscript, waarin menselijke kwetsbaarheid en afhankelijkheid uit het blikveld lijken te worden verdrongen, zouden zorginstellingen het temeer als hun taak kunnen zien een cultuur van zorgzaamheid te ontwikkelen en versterken.

Literatuur

- Bellot, J., Defining and Assessing Organizational Culture, *Nursing Forum*, vol. 46, no. 1, 2011, 29-37.
- Effting, M., Niemand voelde zich verantwoordelijk, *De Volkskrant*, 27 juni 2011.
- Heijst, A. van, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*, Klement, Kampen, 2008.
- Heijst, A. van, *Ontferming voor Dummies. Zorgverhoudingen in een religieus verleden en pluriform heden*, Inaugurale rede, Tilburg University, Prisma Print, 2011.
- Hofstede, G., Hofstede, G.-J. en M. Minkov, *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*, Contact, Amsterdam/Antwerpen, 32ste geheel herziene druk, 2011.
- Katzenbauer, M., "Die cultuur paste niet bij mij". Bijna een op de tien aios stopt vroegtijdig met de opleiding, *Medisch Contact*, vol. 64, no. 14, 2009, 580-3.
- Kole, J., *Werkzame idealen*, Koninklijke Van Gorcum, Assen, 2007.
- Malone, R., Policy as Product. Morality and Metaphor in Health Policy Discourse, *Hastings Center Report*, vol. 29, no. 3, 1999, 16-22.
- Pijnenburg, M., *Sources of care. Catholic healthcare in modern culture*, Ipskamp Drukkers BV, Enschede, 2010.
- Schein, E., *Organizational Culture and leadership*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1997.
- Scott, T. et al., Does organizational culture influence health care performance? A review of the evidence, *Journal Health Service Policy*, vol. 8, no. 2, April 2003a, 105-117.
- Scott, T. et al., The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: Review of the Available Instruments, *HSR: Health Service Research*, vol. 38, no. 3, June 2003b, 923-943.
- Tronto, J., *Moral boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*, Routledge, New York/London, 1993.

Informatie over de auteurs

Dr. Martien Pijnenburg is UD bij IQ healthcare, Sectie Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, UMC St Radboud, Nijmegen.

Prof.dr. Evert van Leeuwen is hoogleraar Medische Ethiek op dezelfde afdeling.