

DE LIEFDE KAN NIET VAN EEN KANT KOMEN

Dit themanummer gaat over menslievende zorg,¹ een concept dat in de zorg, met name bij zorgverleners en -afnemers, op veel sympathie kan rekenen. Het achterliggende denken sluit immers nauw aan bij de verwachte intrinsieke motivatie van diegenen die in de zorg werken. Toch mag sympathie voor een onderwerp op zich geen reden zijn voor onvoorwaardelijke acceptatie. Daarom zullen in deze bijdrage, puntsgewijs, een aantal kritische vragen en opmerkingen worden gepresenteerd.

Door: Th. Poiesz

Het concept menslievende zorg is geïntroduceerd als tegenhanger van de verzakelijking van de zorg. Op haar beurt kan de verzakelijking van de zorg weer gezien worden als een tegenreactie op de dreiging van een grenzeloze zorg die zou ontstaan als alleen zorgafnemer en zorgprofessional – mensen – het criterium zouden vormen. Jarenlang werd het zorgconcept verruimd als gevolg van nieuwe technologische mogelijkheden, nieuw aanbod, nieuwe behoeften en een overheid die de zorg alle ruimte gaf om haar eigen speelveld te bepalen. Het onvermijdelijke gevolg was een steeds verder uitdijende zorg, die een steeds groter bestanddeel van de collectieve middelen opeiste (en opeist).

Collectieve versus individuele belangen

We zien dus nu een *clash* tussen twee visies en bijbehorende systemen: het zakelijke systeem en het mensgerichte systeem. Of anders geformuleerd: de collectieve versus de individuele belangen. Hun som is 1, wat wil zeggen dat de ruimte die het ene systeem krijgt direct van in-

vloed is op de ruimte van het andere systeem. De vraag is nu of een van de visies dominant zou moeten zijn, welke balans zou moeten worden gevonden en hoe dat gerealiseerd zou moeten worden. Het antwoord op deze vraag zouden we eigenlijk niet moeten overlaten aan de aanhangers van beide systemen omdat zij zich altijd tekort gedaan zouden voelen. We zullen daarom voor het vinden van de balans een andere benadering moeten zoeken.

De controverse tussen de twee uitgangspunten heeft te maken met de vraag wat 'goede zorg' is. Over deze vraag hebben zich al velen het hoofd gebroken, overigens zonder dat het een concreet resultaat heeft opgeleverd. Het probleem is namelijk dat algemeen geaccepteerde definities van zorg en van kwaliteit ontbreken, waardoor een discussie over goede zorg bij voorbaat tot mislukken is gedoemd. Wat zorg is en wat dus (allemaal) onder zorg zou moeten vallen, is een door ideologische, politieke en maatschappelijke opvattingen – lees belangen – gedicteerd issue. Het is voor iedereen evident dat de behandeling van acute, ernstige en ingrijpende somatische of geestelijke problemen waarbij de zelfredzaamheid van de betrokkenen gering is tot zorg gerekend moet worden. Maar het is niet op voorhand duidelijk dat we het ook over zorg moeten hebben bij problemen en probleempjes die zich niet op deze manier laten kwalificeren. De zorg is misschien wel wat doorgeschoten door minder ernstige problemen die mensen zelf op konden lossen langzamerhand toch als onderwerp van zorg te beschouwen. Over de jaren heen schuiven steeds meer aspecten van het dagelijks leven onder zorg en wordt steeds minder een beroep gedaan op de eigen ver-



Theo Poiesz

antwoordelijkheid van de persoon en zijn directe omgeving.

Als zorg niet nauw omschreven is, geldt dat automatisch ook voor de doelstellingen van zorg. Gaat het bij zorg bijvoorbeeld om het minimaliseren van leed, het bevorderen van gezondheid of om het stimuleren van welzijn? Of om een combinatie hiervan? Zonder duidelijke doelstellingen zijn kwaliteitscriteria niet te benoemen. En dan blijft in het midden of kwaliteit betrekking moet hebben op de techniek, de deskundigheid, het proces, de interactie tussen aanbieder en afnemer of puur op het effect? Gaat het om het effect op de korte of lange termijn? Gaat het om zorg als een eenzijdige dienstverlening of als resultaat van wederzijdse inspanning van zorgverlener en -afnemer? Zorg en kwaliteit zijn niet gedefinieerd, dus blijven deze vragen onbeantwoord. Het begrip 'goede zorg' is daarmee als een vergelijking met twee onbekenden. Het is dan ook geen wonder dat we het niet eens kunnen worden over een begrip als 'goede zorg'. Naarmate de zorgvraag en de zorgkosten stijgen, wordt dit een steeds nijpender kwestie.

Belang van een integrale visie

In het aldus ontstane vacuüm is het niet verwonderlijk dat visies ontstaan die een specifiek aspect van zorg belichten. Er zijn standpunten die de nadruk leggen op de professionele kwaliteit, op de bejegening, op de opbrengsten en op de kosten. Er zijn meningen die de zakelijkheid benadrukken en meningen die de mens van de patiënt juist centraal stellen. En er zijn ook publieke waarden die afhankelijk zijn van de positie die iemand inneemt. Een ernstig zieke patiënt hanteert andere waarden dan diezelfde persoon als premiebetaler, aanbieder of professional. Aspectbenaderingen hebben één ding gemeen: ze worden in de loop van de tijd altijd weer vervangen door andere aspectbenaderingen. Als de slinger te ver doorschiet in de ene richting, wordt de roep om de andere richting luider. Dit wijst op het belang van een integrale visie waarin beide zijden van de medaille integraal zijn verdisconteerd. Het gaat, uiteraard, nooit alleen om opbrengsten; we moeten er altijd de kosten bij betrekken. Het gaat nooit alleen om de bejegening; de professionele en technische kwaliteit moeten hierbij worden betrokken. Op dezelfde manier kan het niet alleen gaan om zakelijkheid, maar zal de mensgerichtheid tegenwicht moeten bieden. Maar het tegenovergestelde is ook waar. Een volwassen bedrijfstak wordt gekenmerkt door een betrokkenheid op de dienst/het product en de doelgroep, door een hoge mate

van professionaliteit en door een gezonde bedrijfsvoering, niet door een onevenredige nadruk op een hiervan.

Een integrale benadering houdt in dat de verschillende aspecten gelijktijdig in *dezelfde* overweging en afweging worden meegenomen. De overheid doet een poging tot een soort integrale benadering van goede zorg door uit te gaan van drie basisvoorwaarden: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Hoewel deze begrippen zelf de nodige vragen oproepen (zie boven: wat is kwaliteit?), zijn het met name de relaties tussen de begrippen die tot lastige dilemma's aanleiding geven. Ze zijn namelijk niet onafhankelijk van elkaar. Zo concurreren, bijvoorbeeld, toegankelijkheid en kwaliteit met elkaar als de betaalbaarheid in het geding is. Als hogere eisen worden gesteld aan kwaliteit, wordt dit in betaalbaarheid merkbaar.

In de praktijk werkt het anders

Ondanks de dilemma's die ze oproepen, eisen de drie criteria toch een integrale benadering. In de praktijk werkt het echter anders. Waar we ten behoeve van de praktijk misschien nog werkdefinities voor ze hebben ontwikkeld (de inspectie, bijvoorbeeld, hanteert een operationele vertaling van kwaliteit – zij het in enge zin), blijkt dat een integrale beschouwing ervan geblokkeerd wordt door politieke en belangen-tegenstellingen. Ze worden daarom vaak onafhankelijk van elkaar, dat wil zeggen in ruimte en tijd gescheiden, bekeken. Ze zijn zelfs toebedeeld aan verschillende instanties. Dit stimuleert een aspectbenadering en bemoeilijkt een integrale benadering.

Laten we ervoor waken dat dezelfde aspectbenadering zich manifesteert rond menslievendheid (betrokkenheid op de doelgroep) en zakelijkheid (gezonde bedrijfsvoering en professionaliteit). Hoewel het, vanuit het belang van integraliteit, logisch en belangrijk zou zijn menslievende zorg gelijk te combineren met zakelijkheid, creëren we een tegenstelling tussen beide opvattingen met als gevolg dat zakelijk ingestelde beleidsmakers zakelijke criteria blijven hanteren en mensgeoriënteerden menslievende criteria. Beide partijen blijven praten 'voor eigen parochie'. En zo komen we natuurlijk geen stap verder. Menslievendheid kan niet beoordeeld worden zonder de zakelijkheid erbij te betrekken en andersom geldt hetzelfde. Zakelijkheid en menslievendheid mogen geen dilemma vormen: ze vormen beide een integraal onderdeel van hetzelfde concept: goede zorg. Goede zorg wordt dus niet gegarandeerd door menslievendheid of zakelijkheid alleen. Dit

houdt in dat we moeten nagaan hoe opbrengsten en kosten en voor- en nadelen van beide benaderingen tot een optimum kunnen worden gecombineerd. Moeten we overigens menslievend zijn tegenover mensen die onnodig zorg consumeren, noncompliance vertonen en buitensporig veeleisend zijn?

Ongewenste (neven)effecten

Menslievende zorg kent unieke opbrengsten: aandacht aan individuele personen heeft bijvoorbeeld een positieve invloed op het genezingsproces. Maar de realiteit gebiedt ook de kosten van de extra aandacht in de vergelijking te betrekken.

Menslievendheid en zakelijkheid dienen elkaar te relativeren. De ervaring leert dat in de zorg zakelijkheid kritischer wordt beschouwd dan menslievendheid. In de zorg werken immers mensen-mensen. Om een balans te creëren is het daarom wellicht zinvol om ook mogelijke ongewenste (neven)effecten van een exclusief menslievende benadering in ogenschouw te nemen:

1. Menslievendheid impliceert aandacht van de zorgverlener voor de patiënt. Gelet op het uurtarief van bepaalde zorgverleners is dit, zakelijk gezien, niet haalbaar of onwenselijk. Dit roept de vraag op welke zorgverlener aan welke patiënt welke aandacht moet besteden. Misschien moet aandacht op een zakelijk verantwoorde manier georganiseerd worden. Te denken valt aan hulpverleners met een lager uurtarief die een speciale affiniteit hebben met de begeleiding van individuele patiënten. In gevallen van spoedeisende zorg of technisch ingewikkelde operaties wensen we de patiënt bijna toe dat de professional niet lastig gevallen wordt met eisen rond menslievendheid maar met een zakelijke mindset zijn 'ding' doet.
2. Een grote nadruk op menslievendheid voor de ene patiënt kan negatieve gevolgen hebben voor de professionele en persoonlijke aandacht die aan andere patiënten kan worden besteed. Dit geldt uiteraard met name als het budget gelimiteerd is. Hoe paradoxaal dit ook klinkt: menslievendheid zou dus onethische consequenties kunnen hebben. Hier zien we weer de belangentegstelling opdoemen tussen het individu en het collectief.
3. In andere sectoren dan de zorgsector wordt klantgerichtheid gebruikt om de aantrekkelijkheid van de eigen dienstverlening te verhogen en daarmee de vraag te stimuleren. Zou, op vergelijkbare wijze, menslievendheid in de zorg een positieve invloed kunnen hebben op een zorgbehoefte die anders buiten de zorg om zou zijn vervuld?
4. Een van de ongewenste neveneffecten van zorg die (te) sterk op de patiënt is gericht is dat de laatste afhankelijk wordt – in de betekenis van aangeleerde hulpeloosheid. Dit geldt dan niet alleen voor de patiënt zelf maar ook voor diens directe sociale omgeving. Neemt de zorg de verantwoordelijkheid over die ook bij en rond de patiënt zou kunnen (blijven) liggen?
5. Het begrip menslievendheid suggereert een eenzijdigheid in de relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgafnemer. De eerste is er voor de laatste. De stroom van aandacht, toewijding, respect en begeleiding loopt van arts of verpleegkundige naar de patiënt. In een meer zakelijke benadering wordt dit niet bestreden, maar wordt van de patiënt in omgekeerde richting gevraagd om ook respect te tonen naar de zorg: geen *no-shows* te vertonen, open te communiceren, de eigen rol in de behandeling en revalidatie serieus te nemen en op een gecommitteerde manier *compliance* te vertonen.
6. Van de commerciële sector hebben we kunnen leren dat klantgerichtheid alleen 'werkt' als deze integer is en niet opgelegd of kunstmatig. Een *plastic smile* werkt averechts. Dit doet de vraag rijzen of menslievendheid een kwestie is van training of een zaak van personeelsselectie. Of van beide.
7. In een tijd waarin steeds meer gevraagd wordt om transparantie, zullen zachte criteria het afleggen tegen harde criteria. Vooralsnog wordt menslievendheid eerder met de eerste soort criteria geassocieerd. Dit pleit ervoor om (de consequenties van) menslievendheid in harde feiten te vertalen.
8. Een belangrijk criterium van goede zorg is de welzijnsbeleving van de patiënt. Deze wordt nu gemeten aan de hand van de bekende indices en tevredenheidsmetingen. De vraag dringt zich op of de manier waarop we meten wel rekening houdt met de verschillende aspecten van goede zorg (lees: de twee zijden van de medaille) en of we niet te veel alleen datgene meten waarover patiënten een oordeel kunnen geven. Professionaliteit, technische kwaliteit en kosten zijn door hen moeilijk of niet te bepalen, daarom stellen we hier maar geen vragen over. In plaats daarvan leggen we in de metingen een selectieve nadruk op contact, communicatie en bejegening. Hiermee wordt het belang van deze laatste kunstmatig onderstreept. Dit pleit er nog eens voor om het concept zorgkwaliteit te definiëren,

te verbreden en transparant te maken en de indices/tevredenheidsmaten te herijken.

9. De bejegening staat momenteel zo in de belangstelling dat sommige zorginstellingen zich er zelfs mee profileren. Dit is om drie redenen riskant. De eerste is dat beleid op dit aspect snel te kopiëren is, wat de onderscheidende waarde doet verdampen. Reden twee is dat zowel extern als intern de aandacht wordt verlegd van de inhoud naar de verpakking. Alsof de vorm waarin de dienst wordt gepresenteerd belangrijker is dan (het effect) van de dienst zelf. De derde reden is evident: onvermijdelijke incidentele afwijkingen van menslievendheid (een humeurige dokter) hebben een hoge zichtbaarheid en nieuwswaarde. Deze risico's maken de positie van de betreffende instellingen kwetsbaar. Dit zou ervoor pleiten om menslievendheid uitsluitend als intern, niet als extern profiel te hanteren.

Segmentatie en differentiatie

Tot slot: een pleidooi voor menslievendheid wordt gewoonlijk begeleid door aangrijpende voorbeelden waarin aandacht voor de individuele patiënt vanzelfsprekend is. Het zou reëel zijn de houdbaarheid van menslievendheid ook eens te toetsen op voorbeelden waarin die aandacht niet zo evident is, bijvoorbeeld in minder schrijnende gevallen. Het is jammer dat soms wordt gesuggereerd dat het onethisch is om in de zorg het thema menslievendheid ter discussie te stellen, niet alleen voor- maar ook mogelijke nadelen systematisch te inventariseren en een vergelijking te maken met een zakelijke benadering. Laten we daarbij bedenken dat het niet ondanks maar misschien juist dankzij een zakelijke benadering is dat solidariteit de basis van het zorgstelsel kan blijven.

Per saldo is menslievendheid een sympathieke, warme en relevante benadering die echter alleen in een integrale kijk op zorg bestaansrecht zal krijgen. In die integrale benadering gaat het niet om de strijd tussen verschillende visies, maar om het zorgvuldig naast elkaar plaatsen van opbrengsten en kosten. Laat niet de suggestie gewekt zijn dat menslievendheid kosten-neutraal is, net zo goed als dat het niet reëel zou zijn de heilzame werking van een positieve relatie tussen hulpverlener en hulpvrager te negeren. Menslievendheid is een zorgkenmerk dat vraagt om segmentatie en differentiatie, ook omdat de zorgvraag en het zorgaanbod sterk gedifferentieerd zijn. Waar de nood groot (en langdurig) is en de zelfredzaamheid gering, is menslievendheid bijna inherent aan zorg; maar bij minder ingrijpende zorgproblemen mag menslievendheid een bescheidener rol spelen, juist om de aandacht te kunnen geven waar en wanneer die nodig is.

Noot

1. Deze bijdrage gaat niet in op de vraag wat onder menslievendheid en aanverwante thema's als presentie moet worden verstaan. Daarvoor wordt verwezen naar andere bronnen (zie bijvoorbeeld Van Heijst, 2005; Baart, 2001).

Literatuur

Baart, A., *Introductie in de presentietheorie*, Lemma, Utrecht, 2001.
Heijst, A. van, *Menslievende zorg; Een ethische kijk op professionaliteit*, Uitgeverij Klement, Kampen 2005.

(Met dank aan Jo Caris voor zijn commentaar)

Informatie over de auteur

Prof.dr. Theo Poiesz is hoogleraar Economische psychologie en ActiZ-hoogleraar Management in de zorg bij TiasNimbas business school.

Vervolg van pagina 17

medewerkers gaan bij een andere locatie op bezoek om te kijken hoe het daar werkt. Siza heeft ook geen strategisch plan, we kennen meer een strategisch zoekproces, daarbij hoort dat je elders kijkt over hoe het zou kunnen werken. We "ontmanagen" de organisatie, de ondernemingsraad stimuleert zeggenschap op de werkvloer. In onze organisatie moet een open sfeer merkbaar zijn, waarbij leidinggeven op de achtergrond blijven, en cliënten met de medewerkers op de voorgrond. De ontwikkeling van het kwaliteitsproject is wetenschappelijk onderzocht. Nu wordt het nog steeds be-

geleid door een stuurgroep. We zijn er nog niet, maar zitten zeker in de goede modus.'

Aldus het betoog van een bevlogen bestuurder. Het interview vindt plaats kort voor het KiZ-congres. Ook daar waren belangrijke thema's hoe we in het kwaliteitsdenken de focus weer kunnen krijgen op de zorgrelatie tussen de cliënt en de professional, hoe vertrouwen in en verantwoording door de professional samen kunnen gaan en hoe klantresultaat bereikt kan worden met veel minder administratieve balast. Bij Siza zijn ze er al flink mee bezig.