

Over waardigheid in de zorg en waardig toezicht

Theo Schraven en Olaf Timmermans¹

Mei 2018

Inleiding

In dit artikel verkennen we verschillende perspectieven op de betekenis van waardigheid in de zorg in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Daarna trekken we dat door naar de betekenis voor toezicht op de zorg. Vervolgens sluiten we af met een reflectie op 'waardig toezicht' in de relatie toezicht – bestuur.

Goede zorg en waardigheid in de zorg

Waar je ook in de zorg bent, steeds gaat het over begrippen als bijvoorbeeld 'goede zorg' of 'de patiënt/cliënt centraal'. Wel vindt er verschuiving plaats in de duiding daarvan. Bij goede zorg gaat het tegenwoordig over liefdevolle zorg (met name in de care) en bij de 'patiënt centraal' over 'regie bij de cliënt zelf'. Dat zijn natuurlijk nog abstracte begrippen. Liefdevol kan in de zorgpraktijk heel verschillend uitpakken. Daar waar je in het ene geval liefdevol ruimte geeft aan de wens en het recht van de oudere niet verschoond te willen worden, moet je in het andere geval liefdevol streng zijn (verslavingszorg).

Goede zorg is dus qua invulling en betekenisgeving context-afhankelijk én het is afhankelijk van het gehanteerde perspectief. In dit artikel verkennen dit we op het concept 'waardigheid' als wezenlijk kenmerk van goede zorg.

Machteld Huber heeft in haar onderzoek naar positieve gezondheid laten zien dat patiënten bepaalde aspecten van wat zij ervaren als goede zorg anders waarderen dan zorgprofessionals². Het gaat daarbij om onderwerpen welke Huber aanvankelijk als de 'spirituele'³ dimensie duidde. Te denken valt daarbij aan zingeving, acceptatie, troost en toekomstperspectief. Eén van schrijvers dezes, Olaf Timmermans (e.a.), heeft onderzoek gedaan hoe zorgvragers en zorgverleners aankijken tegen waardigheid in de zorg⁴. Wat ze daar onder verstaan en wat ze belangrijk vinden. Hoewel er ook overeenkomsten zijn, vallen de verschillen op tussen zorgvragers en zorgverleners. Allebei de groepen benoemden de volgende attributen (kenmerken) van goede waardige zorg: respect, autonomie, 'empowerment' en communicatie. De zorgverleners voegden daar aan toe: evidence based (met kennis en vaardigheden als voorwaarden daarvoor). Uit dat onderzoek blijkt echter dat de zorgvragers en zorgverleners die vier attributen als volgt invullen.

¹ Drs. Th.P.M. Schraven, zelfstandig bestuursadviseur en Prof. Dr. O. Timmermans, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen Universiteit Antwerpen en HZ University of Applied Sciences Vlissingen en lid van de Raad van Commissarissen Admiraal de Ruyterziekenhuis.

² Dr. M. Huber, Wat is positieve gezondheid. Presentatie (sheets) invitational conference Vilas 30 nov. 2016 (zie www.vilans.nl). Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van & Smid H. (2011). How should we define health? *BMJ* 2011, 343(4163):235-237.

³ Vanwege de verschillende connotaties bij het begrip 'spiritueel' heeft ze dit later veranderd in de dimensie van zingeving.

⁴ Timmermans o, De Klerk-Jolink N & Boitte P. Education of Good Care; a few lessons learned from the Dignity in Care Project. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27 (1) , pp 115-128

<i>THEMA</i>	<i>PRESPECTIEF ZORG- ONTANGER</i>	<i>PERSPECTIEF ZORGVERLENER</i>
RESPECT	Vrijheid keuzes en privacy Rekening houden met en bewustzijn voor wat ik wil Oogcontact Aandacht krijgen Communicatie	Oog voor waarden van cliënt Uitleg geven voor actie ondernemen Continuïteit in het opbouwen van een relatie met zorgontvanger
AUTONOMIE	Vrijheid van keuze Zorgverlener autonomie Het eigen tempo volgen Aanpassing aan mijn behoeften Voeren van onderhandeling	Voeren van dialoog Aanpassen op tempo cliënt cliënt centraal
EMPOWERMENT	"Balans" , "power", controle, "geliefd worden", "vertrouwen"	
COMMUNICATIE	"Zachte" aanpak Aanwezig zijn	Luisteren naar de vraag achter de vraag Tijd Kijkend naar de patiënt Aardig zijn
EVIDENCE BASED		Kennis en vaardigheden

Het perspectief van de zorgvragers lijkt hier en daar meer op gericht op waarden, waar die van de zorgverlener meer op concrete beleving en handeling gericht zijn. Dat komt met name tot uiting in het attribuut 'communicatie'. De zorgvrager legt bijvoorbeeld de nadruk op aanwezig zijn, terwijl de zorgverlener communicatie invult met 'tijd, kijken naar cliënt en aardig zijn'. Nu kunnen die laatste drie weer uitingen zijn van 'present zijn', maar het hangt sterk af van de wijze van invulling en van betekenisgeving en ervaring van de zorgvrager.

Kortom als we het hebben over 'de patiënt centraal', over 'goede zorg' en over 'waardige zorg' dan is het de kunst om ook echt te weten wat de zorgvrager daar onder verstaat en welke concrete invulling van die begrippen verwacht wordt. Je bent er dus nog niet als je als hulpverlener zegt dat het gaat om (zie schema) 'care-receiver values' of 'patient-centred care'. Voor je het door hebt, heb je daar een eigen invulling aan gegeven en ben je slechts bezig met een continuering van het 'bestwil' principe (ik als professional weet wat goed voor u is). En dan hebben we het alleen nog maar over zorgvragers en zorgverleners. Laat staan van al diegenen – zoals stafmedewerkers, managers, bestuurders, interne en externe toezichthouders- die 'bemoeienis' hebben met die zorg. En daarmee komen we op het interne toezicht op de kwaliteit van zorg.

Interne toezicht op de kwaliteit van zorg

Daar waar in het verleden het interne toezicht vooral gefocust was op de 2 G's ('geld en gebouwen') is er tegenwoordig terecht meer aandacht voor de 2 K's ('klant en kwaliteit'). Echter, het invullen van deze twee K's is wel een issue. Nagenoeg de meesten raden van toezicht hebben een speciale RvT-commissie voor 'kwaliteit en veiligheid zorg'. In die ontwikkeling zijn enkele patronen waar te nemen: aanvankelijk was het een worsteling en een zoekproces de taak en werkzaamheden van de commissie in te richten (en dat is het vaak nog wel). Gaandeweg is er een toezicht-modus gevonden op vooral de meetbare kwaliteit en momenteel wordt er gezocht naar toezicht-vormen op merkbare kwaliteit⁵.

En bij merkbare kwaliteit gaat het dus om merkbaar voor de patiënt/cliënt. Uit boven genoemd onderzoek naar 'waardigheid in de zorg' blijkt dat het echt moet gaan om de perspectief van de zorgvrager. Ken je die echt of worden algemene concepten als 'patient-waarden' of 'cliënt centraal' uiteindelijk toch vanuit een professioneel of organisatorische bril ingekleurd. Nu is de afstand tussen intern toezicht en cliënten erg groot en de vraag is wat de toegevoegde waarde is als ook RvT's zich werpen op bijvoorbeeld meelooprondes, gesprekken met cliënten etc. Om er gevoel voor te krijgen, is dat zeker (af en toe) een zinvolle zaak, maar structureel is dat mogelijk eerder een extra belasting (toezicht-bureaucratie) dan een oplossing.

Als het gaat om toezicht op kwaliteit van zorg is het de vraag of de raad van toezicht moet houden vanuit het paradigma: 'probleem/vraagstuk → oplossing'⁶. Een ander bestaand perspectief is om te handelen vanuit een 'potentieel-paradigma'⁷. Worden binnen de zorgorganisatie de mogelijkheden ('het potentieel') benut om zorgverleners zich optimaal te (laten) ontwikkelen tot personen die in staat zijn het perspectief van de zorgvrager te doorgronden, te erkennen en er naar te handelen? Worden de zorgverleners daar vanuit de organisatie voortdurend van bewust gemaakt én worden de zorgverleners daarin gefaciliteerd? In het toezicht kan het bestuur en de organisatie daarop bevraagd worden. En bij het toetsen van waardigheid in de (zorg)relatie begint dat dus ook bij de raad van toezicht zelf. En daarmee komen we ook op de relatie toezicht – bestuur.

Waardig toezicht: een perspectief

Naar analogie met de zorgrelatie kunnen de we beelden, verwachtingen en ervaringen op wat 'waardig toezicht' is, toepassen op de relatie raad van bestuur en raad van toezicht/commissarissen. Op de eerste plaats is het van belang om te stellen dat de relatie zorgvrager – zorgverlener en de relatie bestuur – toezicht qua aard en doelstelling van de relatie niet met elkaar te vergelijken zijn. Dat neemt niet weg dat het onderzoek over de gezichtspunten van zorgvrager en zorgverlener over wat waardige (en goede) zorg inhoudt ook interessante inzichten kunnen opleveren voor bestuur en toezicht.

Ter overweging noemen we een aantal van die inzichten aan de hand van enkele kernwoorden.

1. Empowerment/vertrouwen - controle

'Empowerment' wordt gezien als één van de vier attributen van waardige zorg. Interessant is zorgvragers dat o.a. inkleuren met ogenschijnlijk twee tegenstrijdige begrippen: 'vertrouwen' en

⁵ NVTZ, Werkgroep Kwaliteit, Zienderogen Beter, gids voor intern toezicht op kwaliteit zorg. 2014

⁶ We hebben het hier niet over duurzame en ernstige kwaliteitsproblemen in een zorginstelling. In dat geval zal de RvT er voor moeten zorgen dat er adequaat bestuur zit om die problemen aan te pakken. Zo niet, dan vervanging van bestuur.

⁷ C. Otto Scharmer, Theorie U. Leiding vanuit de toekomst die zich aandient. 2009 Uitg. Christofoor.

‘controle’. Nu zijn ‘vertrouwen’ én ‘controle’ juist kernaspecten in de relatie bestuur – toezicht. We weten allemaal dat dat geen blind vertrouwen kan/mag zijn en ook geen wantrouwen. Maar wat is het dan wel? En wat zijn uitingen daarvan? En hoe kan de paradox tussen vertrouwen en controle constructief vorm worden gegeven. Het zou goed zijn als bestuur en toezicht ieders gezichtspunt daarover verkennen en delen. Wellicht kun je zeggen: een bestuurder heeft recht op controle om het vertrouwen in hem te bestendigen. Dat is het wezen van décharge-verlening.⁸

2. *Communicatie: ‘er zijn’/present zijn.*

Men zegt wel eens dat goed toezicht begint bij het stellen van de goede vragen. Wellicht begint het eerst met goed luisteren. En daarmee wordt meer bedoeld dan luisteren vanuit een eigen referentiekader (mentaal model), of alleen feitelijk luisteren. Het is zelfs meer dan empathisch luisteren. Het begint bij volledig aanwezig zijn⁹, zoals ook de zorgvragers bedoelen met communicatie: ‘present zijn’. Hoe is dat bij de raad van toezicht zelf? En hoe wordt dit ervaren door de leden van een raad van bestuur? Is de ervaring dat de RvT er teveel boven op zit, of kunnen ze er in veiligheid op terugvallen als het moeilijk wordt? Dat laatste raakt het volgende punt.

3. *Sturen op positieve emoties*

In het licht van ‘empowerment’ halen we buiten het eerder genoemd onderzoek, ook inspiratie uit het onderzoek van prof. Joris Slaets over de verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg. Uit onderzoek en pilots van Slaets blijkt dat het sturen op ‘positieve emoties’ met prikkels van belonen in plaats van straffen, de kwaliteit van zorg verbetert¹⁰. Is de raad van toezicht zich bewust van zijn handelings-repertoire richting raad van bestuur? Is het gedrag – ook in moeilijke tijden- gericht op ‘empowerment’ van bestuur op basis van positieve emoties? Of wordt (onbewust en ongewild) de eventuele angst van een raad van toezicht geprojecteerd op de raad van bestuur? Interventies van een RvT zouden juist datgene wat de raad van bestuur onder empowerment verstaat moeten versterken.

Tot slot

We hebben een aantal inzichten uit onderzoek over ‘waardige zorg’, met name de perspectieven van zorgvragers en zorgverleners, toegepast op de governance.

We hebben raden van toezicht in de zorg bewust willen maken op twee aspecten:

1. Toezicht op kwaliteit van zorg: als het perspectief van de cliënt centraal staat, wéét men dan ook wat echt dat perspectief is. Of is dat de invulling die de zorgorganisatie of een controlerende instantie (bv IGJ) er aan geeft? En hoe bevorder je dat de organisatie en medewerkers zich daar van bewust zijn;
2. Toezicht op bestuur: komen de beelden van bestuur en toezicht over wat waardig toezicht is met elkaar overeen? En is de raad van toezicht zich bewust van zijn mentaal model én zijn handelen als het gaat om vertrouwen, controle en ‘empowerment’ van bestuur.

⁸ Naar Lex Bos in: Vertrouwen. Fundament voor een gezonde samenleving. 1997 Uitg. Christoffor.

⁹ C. Otto Scharmer, Uncovering the blind spot of leadership, 2008. Artikel uit blad Executive forum.

¹⁰ Artikel nieuwsbulletin Zorgvisie, 30 december 2016. Interview met Joris Slaets, hoogleraar ouderenzorg.