

Essay

## Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn

Dit essay maakt deel uit van het onderzoeksrapport

*"Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn – Leren anders te kijken, te duiden en te doen  
Een onderzoek naar de werking van leermiddelen"*



Prof. dr. Andries Baart  
Utrecht, september 2014

# Colofon

Dit essay is onderdeel van het onderzoeksrapport 'Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn – Leren anders te kijken, te duiden en te doen. Een onderzoek naar de werking van leermiddelen' dat door Stichting Presentie in opdracht van ActiZ is uitgevoerd en is geschreven door:

Eveline Bolt, MA (eerste onderzoeker), in samenspraak met Prof. dr. Andries Baart (Supervisor), en met bijdragen van Drs. Ger Palmboom (tweede onderzoeker)

De slotbeschouwing in het onderzoek bestaat uit dit essay, dat geschreven is door prof. dr. Andries Baart.

Het onderzoeksrapport is beschikbaar op [www.actiz.nl/kwaliteit](http://www.actiz.nl/kwaliteit)

# Inhoudsopgave

	Blz.
<b>Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn.....</b>	<b>2</b>
1 Het probleem .....	2
1.1 Een verkenning .....	2
1.2 Behulpzame en minder handige voorstellingen van zaken .....	4
2 De filosofie onder ons onderzoek .....	5
2.1 Goede zorg kunnen beoordelen: wat is de moeilijkheid? .....	5
2.2 Een uitweg .....	6
2.3 Kwaliteitsbewustzijn cultiveren .....	7
2.4 Drie bijkomende kenmerken .....	8
2.5 Kwaliteitsbewustzijn bevorderen, koesteren en toetsen .....	9
3 Lessons learned .....	10
3.1 Kredietwaardigheid van onze filosofie .....	10
3.2 Aanbevelingen .....	12
3.2.1 Samenhangend beleid voeren .....	12
3.2.2 Inhoudelijk referentiekader bieden .....	13
3.2.3 Lerende organisatie willen zijn .....	16
3.2.3.1 Lange adem en radicaal doorvoeren .....	16
3.2.3.2 Leerklimaat is essentieel .....	17
3.2.3.3 Het reflecteren verder ontwikkelen .....	17
4 Hoe het kwaliteitsbewustzijn momenteel politiek welkom is .....	18
5 Slotconclusies .....	21

# Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn

© prof. dr. A.J. Baart

## 1 Het probleem

### 1.1 Een verkenning

Het was een aangekondigd bezoek van de inspectie en de instelling had zich tot in de puntjes voorbereid: mappen en plannen op orde, tweemaal een generale repetitie met het personeel gehouden zodat iedereen weer bij de les was, een apart overzichtje van de verbeteringen sinds de vorige keer, de oude tillift tijdelijk in de kelder geparkeerd en het sleuteltje uit het medicijnkastje gehaald. Het kost even moeite maar dan heb je ook wat. Er was geen reden tot ongerustheid: de zorg was oké, weinig incidenten, geen klachten, acceptabele CQ-score, goed doorgedaan met innoveren en het personeel verder getraind. Laat de inspectie maar komen: niet bang maar trots zijn op wat we hebben bereikt, was het motto. De directeur ontvangt de inspectie en trots vertelt ze dat de instelling een decubitus-richtlijn heeft ingevoerd. Een extraatje, want zo beroerd was het niet eens gesteld en klachten erover waren er niet. Gewoon, een wakkere instelling die kwaliteit wil en eraan werkt. Dus, met gepaste trots... De inspecteur neemt zijn bril af, complimenteert de directeur: “Goed om te zien dat u zulke initiatieven neemt maar, mevrouw, kunt u mij zeggen wat er mis is met uw personeel dat het tijdens het wassen een richtlijn nodig heeft om decubitus te kunnen waarnemen? Hoe komt het dat het niet eigener beweging alert is op plekje op de stuit, aan de hielen? Hoe kan het dat daar een richtlijn voor nodig is?”

Goede, niet zo eenvoudig te beantwoorden vraag – het zoeken naar een afdoende antwoord op deze en op soortgelijke vragen vormt de aanzet tot het experiment waarvan in dit verslag verteld wordt. Wat zou het antwoord bij benadering kunnen zijn? In elk geval zullen er dit soort elementen in zitten: zorggevers zijn er meer op getraind gericht, beperkt en functioneel waar te nemen dan vrijelijk en hun is geleerd om zorg geven uit te voeren als een reeks (strak) gereguleerde handelingen. Dat draagt ook geweldig bij aan de kwaliteit: allerlei slonzigheid en geïmproviseer wordt op deze manier vervangen door verantwoorde, kwalitatief fatsoenlijke handelingen: zo leg je een sonde aan, zo was je, zo haal een verwarde man uit bed en dit is een goede reactie op onrust en roepen. Zorgen is uit elkaar gehaald tot tal van deelhandelingen, die zijn in onderzoek uitgetoet tot de beste uitvoering is gevonden, daarvoor zijn vervolgens de competenties vastgesteld en die worden aangeleerd en in een richtlijn verplicht gesteld. Hoe moeilijk kan het zijn? Ontegenzeggelijk een achtenswaardige en welkome bijdrage aan goede, verantwoorde zorg. Het beeld is uiteraard schetsmatig, het dekt niet volledig hoe zorgverbetering momenteel bevorderd wordt, maar in essentie is dit wel hoe het gaat. Het verklaart ten dele ook waarom in de instelling een aanvullende decubitusrichtlijn aan het protocol van het wassen werd toegevoegd: werkers is geleerd ‘naar binnen’ te kijken (wat moet ik doen, wat is de voorgeschreven volgorde, wat is ook al weer de voorgeschreven frequentie (elke dag, om de dag etc.?)), op welke zaken moet ik letten en welke middelen heb ik daartoe nodig (juiste watertemperatuur, verschillende handdoeken voor onder en boven wassen, eerst boven dan van onderen

etc.). De werker is onophoudelijk in overleg met zichzelf, inspecteert in gedachten de lijstjes, loopt in overdrachtelijke zin de rijtjes af en er worden aan zorgverleners verplichte stappen voorgehouden (*best practices*).

Maar er is meer: de moderne zorgverlener heeft niet slechts geleerd zorghandelingen op de juiste wijze te voltrekken, maar ook dat je niks te vrezen hebt als je dat doet. Als er gedonder van komt, zal altijd de vraag zijn: heb je het wel gedaan zoals het moet, heb je je gehouden aan de richtlijnen en protocollen, ben je wel geschoold in deze handelingen en heb je wel de best mogelijke kennis gebruikt? Kun je daar voluit bevestigend op antwoorden, dan zal je weinig worden nagedragen, ook als het erg mis is gegaan. Maar wee je gebeente als je afgeweken bent, als je heb zitten improviseren of je beroept op kennis (methoden van werken) die geen formele goedkeuring genieten en die je niet overtuigend uitgelegd krijgt. Dan ben je uitermate kwetsbaar. De meeste werkers laten dat dan ook uit hun hoofd (of onttrekken het effectief aan het gezicht) en hebben geleerd dat wie zich aan de regels houdt, gebeiteld zit.

Die combinatie (naar binnen kijken<sup>1</sup> om almaar de handelingsvoorschriften 'na te lopen' en kwetsbaar naar buiten worden als je van de handelingsvoorschriften afwijkt) is een eerste antwoord op de vraag van de inspecteur: "...mevrouw, kunt u mij zeggen wat er mis is met uw personeel dat het tijdens het wassen een richtlijn nodig heeft om decubitus te kunnen waarnemen?" Het antwoord is dus: omdat het op uiteenlopende manieren onvrij is in het waarnemen, handelen, verantwoorden etc. Die onvrijheid wegnemen staat aan de basis van een enorme kwaliteitsverbetering in de zorgverlening, maar heeft dus ook zijn prijs.

Tijdens het onderzoek naar goede zorg voor (diep) demente ouderen werd nog weer eens duidelijk hoe belangrijk een van de leerstukken uit de presentiebenadering is: goede zorg heeft onder meer als kenmerk dat er onophoudelijk gezocht wordt naar aansluiting bij en afstemming op de zorgontvanger. Altijd weer: aansluiten en afstemmen, aansluiten en afstemmen. We bestudeerden de casus van een oude dame met vergevorderde Alzheimer en we leerden geleidelijk wat goede, afgestemde zorg voor haar was om 9 uur, hoe anders zulke zorg moest zijn om 10.30 of 12 uur, na het middagdutje, als ze vermoeid was, als ze bezoek had gehad, net de wasbeurt had doorstaan of haar favoriete nasi had gegeten. Er leek voor haar geen vast regiem mogelijk, geen standaard zorg, geen routineus antwoord op haar zorgbehoefte. En zelfs binnen haar wereldje stond niets vast: wat voor haar het ene uur goede zorg was, moest een uurtje of dag later vooral *niet* gedaan worden, wat op woensdagmiddag helemaal bij haar leek te passen en haar zelfs gelukkig maakte (zingen in een koor) was op andere momenten een kwelling en zacht gezegd compleet misplaatst. Kort en goed: goede zorg voor mevrouw vraagt van de zorgverlener onherroepelijk dat deze zich verdiept in mevrouw, in haar actuele conditie, haar verlangens op dat moment en bijvoorbeeld in haar begrip van de wereld en van zichzelf in de situatie waarin ze verkeert. Steeds anders, steeds helemaal deze ene, unieke mevrouw. Het kan geen kwaad nog eens te kijken in haar leefplan, behandelplan, zorgplan of hoe het verder ook moge heten maar het zal weinig helpen om de vraag te beantwoorden wat op een

---

<sup>1</sup> De oproep naar buiten te kijken en vooral 'van buiten naar binnen te kijken' is momenteel populair in de management kringen en stamt uit het werk van Wouter Hart, *Verdraaide organisatie* (2012). De idee daarachter is anders dan wij hier uitwerken maar in zekere zin verwant: het draait om het doorbreken van je (organisatorische) zelfverblindende die vooral bestaat uit verstrikt zijn in de zelfgefabriceerde beelden van de werkelijkheid. Die voeren al te gemakkelijk weg van de bedoeling van je vak en van wat gewone, effectieve mensen zouden doen.

specifiek moment, in die situatie en gegeven de actuele conditie van mevrouw goede zorg voor haar is. Het kan evenmin kwaad er een geriater bij te halen die uitlegt welke stadia de ziekte van Alzheimer kent, wat een delier is of wat veelvuldig roepen en huilen mogelijk betekent: maar opnieuw, hoe nuttig en behulpzaam deze informatie ook moge zijn, om de zorg goed te laten aansluiten en goed af te stemmen, is het noodzakelijk vrijelijk waar te nemen hoe mevrouw er nú aan toe is.

## 1.2 Behulpzame en minder handige voorstellingen van zaken

De reikwijdte van de hedendaagse opvattingen, indicatoren en tools om de kwaliteit van de zorg te registreren en beoordelen is geweldig groot: talrijke aspecten van de zorg worden gecontroleerd. Dat gebeurt vanuit meerdere perspectieven (gezien vanuit de wet, de kwaliteitskaders, de professional, de zorgontvanger, de naasten, de financier etc.) en op vele terreinen (van fysiek en sociaal tot spiritualiteit en zin) en tal van instrumenten (metingen, visitaties, interviews etc.). Daarbij wordt er gestreefd naar een zekere objectivering: vaststaande indicatoren, standaarden om aan te toetsen, algemeen toegepaste tel- en rekenwijzen, dezelfde registratiemomenten enzovoorts. Meten (en registreren) is de dominante werkwijze en om die reden en met een scheef oog op de wetenschap spreekt men wel van de 'harde' vaststelling van kwaliteit: gesloten uitvraag, vaste set variabelen, afstandelijk, gestandaardiseerd, metend en rekenend, objectief, vergelijkbaar, controleerbaar, etc. In deze context spreken van 'hard' is niet onbegrijpelijk, maar wel een onhandige manier van zeggen omdat de problemen die we op dit veld moeten aanpakken door deze voorstelling van zaken onhanterbaar en zelfs onoplosbaar worden.

En dat is een bekend probleem: als deeltjes worden voorgesteld als golven, als infecties begrepen worden in termen van kwalijke dampen en zolang schizofrenie gedacht wordt als het effect van slechte opvoeding, is het goede begrip geblokkeerd en zijn handelingen die op die concepten of voorstellingen van zaken worden gebaseerd weinig vruchtbaar. Soms kunnen verkeerde, onhandige of onvolledige manieren van denken over een fenomeen toch redelijk effectief zijn en zelfs ingeburgerd en subsidiabel zijn. Trudy Dehue<sup>2</sup> heeft in haar recente publicaties keer op keer laten zien dat we in de beschrijving, interpretatie of verklaring van (psychiatrische) ziektebeelden fout op fout stapelen maar lustig doorgaan met therapieën aanbieden die nota bene nog wat oplossen ook. Men kan in het land van de concepten heel lang en heel tevreden en zonder zweem van argwaan de verkeerde weg aflopen. Toch zal het uiteindelijk vastlopen doordat de oplossing van vraagstukken systematisch in de verkeerde hoek wordt gezocht of doordat mensen op een ethisch ontoelaatbare wijze almaar tekort wordt gedaan (onterechte verwijten krijgen over hun leefstijl, weggezet worden als claimend, vanwege een voortdurende roep om aandacht, inferieure raad ontvangen om met tragische gebeurtenissen om te gaan of blootgesteld worden aan pijnlijke interventies die we enkele tientallen jaren later voor schandelijk houden). Manieren van zeggen en denken zijn niet om het even als men problemen wil aanpakken: de ene voorstelling van zaken brengt ons aanzienlijk verder dan de andere. De beide voorbeelden hierboven en de korte reflecties erop maken duidelijk dat goede zorg op basis van aansluiten en afstemmen *niet* benoemd moet worden als de zachte (softe), warme, gastvrije, lieve en menselijke aspecten van de zorg maar als de situationele, contextuele, geïndividualiseerde en relationele. De tegenstelling harde – zachte, koude – warme, afstandelijke – nabije aspecten van de zorg, is onhandig en weinig behulpzaam. Het is bovendien beledigend, als zou de zorg die 'objec-

---

<sup>2</sup> Zij is aan de Rijksuniversiteit Groningen hoogleraar wetenschapstheorie en wetenschapsgeschiedenis, toegepast op de wetenschappen die mensen bestuderen. Recentelijk verscheen van haar hand: *Betere Mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Augustus, 2014. Eerder verscheen: *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen*. Amsterdam: Augustus, 2008.

tief' kan worden vastgesteld de zorg zijn die door distante ijskonijnen wordt gegeven. Of dat relationeel afgestemde zorg dus soft is. Met de beide voorbeelden wilden we een betere conceptualisering (manier van denken, de begrippelijke voorstelling van zaken) introduceren en het is precies deze andere voorstelling van zaken die als filosofie onder de experimenten ligt die in dit onderzoeksverslag aan de orde zijn.

## 2 De filosofie onder ons onderzoek

### 2.1 Goede zorg kunnen beoordelen: wat is de moeilijkheid?

Goede zorg is onvermijdelijk relationeel ingerichte en afgestemde zorg: in de betrekking tussen zorggever en zorgontvanger wordt duidelijk welke zorg op dat moment en op die plek in welke mate gegeven moet worden om voor de betrokkenen passend, zinvol, juist, weldadig en batig te zijn. Het zijn juist die relatie of verstandhouding en het begrip dat daarin voor en dikwijls ook vanuit de zorgontvanger wordt ontwikkeld die helpen te bepalen wat een zorgverlener uit alles wat mogelijk is (zijn of haar rugzak met methoden, zorghandelingen, ondersteunende gebaren en woorden, enz.) zou moeten kiezen of juist beter *niet* kiest en liefst maar achterwege laat. De zorgrelatie als de plek waar de zorg *daadwerkelijk* ontstaat, afgestemd wordt op deze ene zorgvrager en de mogelijkheden van deze zorggever. De relatie zelf is dikwijls reeds een vorm van zorg voor de ander: gezien, gehoord, serieus genomen worden. Hoewel velen hiermee instemmen en zulke 'zorg op menselijke maat' ook nastrevenswaardig vinden, zijn de meest manieren die in Nederland momenteel gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te registreren, bevorderen en vooral ook te meten en te verantwoorden daar niet op gericht. De moeilijkheid bij uitstek is immers dat de kwaliteit van deze relationeel ingerichte en afgestemde zorg *lokaal* geldig is (op dat moment, op die plek en in die betrekking van mensen) en dus nauwelijks geobjectiveerd, laat staan gegeneraliseerd kan worden. Om te kunnen zien of zulke zorg goed is, volstaat het in elk geval niet om van buitenaf te kijken en oordelen. Men moet in de *situatie zelf* zoals ze zich actueel voordoet kijken, de verlangens en grenzen vanuit de *relatie* pogen te begrijpen, men moet iemands *context* verdisconteren (waar wordt deze zorg gevraagd, wat is iemands geschiedenis, in welke sociale afhankelijkheden en loyaliteiten leeft iemand?) en men moet de aard, het verlangen en de draagkracht van deze *individuele* zorgvrager kennen. De meetsystemen die aansluiten bij de filosofie van *verantwoorde* zorg kunnen deze kwaliteiten maar moeilijk 'denken', waarnemen en beoordelen. Toch is dat noodzakelijk, wil de zorg niet slechts als *verantwoorde* maar vooral ook *goede* afgestemde zorg beoordeeld kunnen worden.

Het cruciale punt is dus enerzijds de vaststelling dat goede zorg een situationele afstemming vraagt en anderzijds het huidige systeem situationele factoren niet (goed) kan beoordelen op hun kwaliteit. Het kan hooguit van buitenaf tamelijk formele vragen stellen over die afstemming (wat overigens slechts mondjesmaat gebeurt) maar ertoe doordringen kan het niet. Dat kunnen alleen degenen die in die situatie verkeren en daar de situatie hebben begrepen, beoordeeld en bewerkt. Als zij niet aan het woord komen of zich slechts mogen uitdrukken in de formele, afstandelijke 'taal van buiten' die nu alom verplicht is gesteld, komt er geen goede opheldering van de situationele aspecten van zorg. Of als ze wel verhalen mogen vertellen ('narratieve benadering') maar de waarde en betekenis van die verhalen gaan uiteindelijk toch door de molen van het rekenende, objectiviteit zoekende kwaliteitssysteem dan zijn ze uiteindelijk monddood. Een deel van wat zorg tot goede zorg maakt (of daar juist afbreuk aan doet) blijft dus buiten beschouwing. En precies dat deel is essentieel omdat het

betrekking heeft op de kwestie of de geleverde zorg aansluit, afgestemd is, goed doet en in het leven van de zorgontvanger past en zinvol is. De standaard manier om met deze complexe moeilijkheid om te gaan is momenteel steeds dezelfde: het belang van dit deel van de zorgverlening kleineren en verwijderen uit de filosofie van de kwaliteitsmeting (kwaliteitsmeting gáát daar niet over! moet dat ook niet willen want – zegt men – het is aan de betrokkenen, het is ‘privé’, het zijn de ‘zachte’, meer ‘persoonlijke’ aspecten van de zorg en daar gaat het kwaliteitsbeleid niet over). Er worden dus grenzen getrokken (*moral boundaries*) en bepaalde delen van de zorg worden buiten beschouwing gelaten, vooral omdat de geldende manier van kwaliteit meten er niet mee over weg kan en de onderliggende idee van wat zorg eigenlijk is en welke kennis over zorg telt, onaangetast moeten blijven. Dat is ook precies wat de veelgehoorde kritiek op het huidige systeem op tal van manieren verwoordt: wat er in de zorg voor de ander naar de smaak van velen werkelijk toe doet, wordt niet gezien en niet gewaardeerd. Al het registreren en meten leidt daar eerder van weg dan naar toe, en beneemt ons het gezicht erop. Feitelijk telt het niet mee. Ik denk dat deze kritiek overdreven is en het aanzienlijk genuanceerder ligt, maar de schets van de moeilijkheid is juist.

## 2.2 Een uitweg

De poging in het ontwikkel- en onderzoekstraject dat in dit rapport verslagen wordt, is om wel door te dringen tot die situationele en contextuele aspecten van de zorg, en de kwaliteitsbewaking daar te faciliteren en bevorderen. En het kan niet anders of dat moet gebeuren door de betrokkenen zelf, die op een betrouwbare wijze maar van binnenuit die lastig grijpbare factoren van de zorg moeten leren beoordelen. De kwestie draait dus niet om harde versus zachte zorg, maar om de vraag of zorg van buitenaf gezien wordt of juist in de relatie, in de context, in de situatie en in het leven van de betrokkenen. Dat is een radicaal andere benadering om de zorg te beschrijven, te begrijpen en uiteindelijk te beoordelen en in te richten dan nu gebruikelijk is. Het gebeurt met andere middelen, andere mensen en binnen een ander idee van kennis en zorg.

Het kan anderen ook irriteren: moet het dan allemaal weer overgelaten worden aan de ‘insiders’ die zelf en van binnenuit hun eigen zorgverlening gaan beoordelen, is dat niet de klok terugdraaien en juist een kritische beoordeling van de zorg het nakijken geven? Is dit niet zich onttrekken aan wat we nu juist de afgelopen 15 jaar hebben geleerd: kritisch zijn, open, transparant, toetsbaar, vergelijkbaar met anderen. Niet tevreden zijn met jezelf, niet indutten en niet zelfvoldaan achteruit gaan hangen. Kwaliteit is nu juist niet iets wat we maar moeten geloven; de ontzaglijke inspanningen op dit terrein zijn erop gericht om tot een *publieke* verantwoording te komen en kaf van koren te scheiden.

Dit zijn belangrijke bedenkingen waar men niet licht overheen zou mogen stappen. Toch kan er afdoende op geantwoord worden als men inziet dat ook relationeel ingerichte, situationeel en contextueel afgestemde zorg wel degelijk kritisch beoordeeld kan worden op kwaliteit. Dat kan inderdaad niet zolang men maar één weg daartoe ziet: meten. Maar ‘meten’ op de hierboven beschreven wijze is slechts een van de (vier) manieren waarop we kwaliteit kunnen *vaststellen*. Het is een denkfout te menen dat we geïnteresseerd zouden zijn in meten, we zijn geïnteresseerd in goed vaststellen, en afhankelijk van wat we willen weten is meten één van de manieren van vaststellen. We moeten ons vooral niet blind staren op het meten: er zijn naast het meten nog ten minste drie andere manieren om vast te stellen of de zorgverlening goed is, op peil, deugdelijk en passend. Waar goede zorg zich afspeelt op geleide van relationele sturing, en voor haar welslagen af komt te hangen van subtiele aanpassingen aan wisselende contexten, specifieke situaties en tijdstippen, is het ‘objectief’ meten van kwaliteit al snel een te grove en weinig gelukkige manier van vaststellen. Andere manieren (nar-



ratief en fenomenologisch<sup>3</sup>) zijn voor die aspecten van goede zorg meer geëigend en er zijn inmiddels ook wetenschappelijk verantwoorde methoden die deze benaderingen op het veld van kwaliteit toepassen. Het gaat bij die benaderingen om zelfstandige, adequate maar nauwelijks te generaliseren manieren van vaststellen. Ze kunnen dus op zichzelf worden toegepast maar ook naast het meten. In ons onderzoek vragen we vooral aandacht voor een vierde manier van vaststellen: een ontwikkeld kwaliteitsbewustzijn.

### 2.3 Kwaliteitsbewustzijn cultiveren

Het gaat daarbij om een goed gevoed, steeds onderhouden en kritisch bewustzijn van kwaliteit bij de zorggevers zelf, waarin ook die narratieve en fenomenologische kwaliteitstoetsen een plek hebben. 'Goed gevoed' betekent onder meer: zich van kennis over kwaliteit voorzien met de juiste tools, 'steeds onderhouden' betekent: onderdeel zijn van een organisatiecultuur en 'kritisch' betekent: getoetst aan inhoudelijke kwaliteitscriteria en dus meer dan puur 'verantwoord' en zeker meer dan 'subjectief' (hoogst persoonlijke ideeën over wat goede zorg is). Dat kwaliteitsbewustzijn is niet iets dat telkens pas actief wordt als de uitslag van de een of andere kwaliteitsmeting in de bus valt. Het wordt onderhouden in een cultuur van zorggevers die zich samen steeds weer beraden op de kwaliteit van hun werk. Dat is wat je in het kader van kwaliteit het liefste wilt: dat werkers, voorzien van de juiste middelen, er voortdurend bewust mee bezig zijn, en dat is wat in ons onderzoek is nagestreefd.

Een waakzaam kwaliteitsbewustzijn, in de literatuur ook wel aangeduid als *quality awareness* of *quality consciousness*, is dus slechts effectief als het de beschikking krijgt over tal van geschikte middelen om de geleverde kwaliteit kritisch te kunnen volgen en beoordelen. Zoals we aan de hand van de twee voorbeelden hierboven illustreerden, moet die tools er aan bijdragen dat (in termen van goede zorg)

1. *[waarnemen]* de zorgverlener steeds scherp en vrijelijk in de zorgsituatie kan waarnemen;
2. *[begrijpen en beoordelen]* de zorgverlener adequaat kan verstaan en waarderen wat hij of zij waarneemt;
3. *[doen]* de zorggever een afgestemde, praktische respons kan geven die aansluit bij de betekenis en waarde van wat hij of zij waarneemt;
4. *[verantwoorden]* en desgevraagd kan verwoorden en uitleggen wat er goed is aan wat hij of zij zo doet in de zorg voor een ander.

---

<sup>3</sup> Hier zijn vele bronnen te noemen; een kleine greep daaruit: Burhans, L., *What is good nursing care? The lived meaning of quality nursing care for practicing nurses*, College of Nursing, East Carolina University, 2008 (diss). Charalambous A., I.R. Papadopoulos, A. Beadsmoore, "Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology". *Eur J Oncol Nurs*. 2009 Dec; 13(5): 350-60. Doi: 10.1016/j.ejon.2009.04.011. Epub 2009 Jun 21. From, Ingrid, *Health and quality of care from older peoples' and formal caregivers' perspective*, Karlstad: Karlstad University Studies 2011 (diss.). Marshall, A., A. Kitson & K. Zeitz, "Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit", *Journal of Advanced Nursing* 4 Feb. 2012. Sabat, S.R., "Existential phenomenology and the quality of life of carers and care recipients: A case study", *Dementia*, May 2009 vol. 8 no. 2 163-166; doi: 10.1177/1471301209103247. Van der Zalm, J. E., & V. Bergum, "Hermeneutic-phenomenology: Providing living knowledge for nursing practice", *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(1), 211-218. Of Nederlandstalig: Baart, A.; F. Willeme, *Van tellen naar vertellen, en terug*, Den Haag: Lemma 2010; Olthuis, G., C. Prins, H.van der Pas, A. Baart, "Anders kijken naar kwaliteit van zorg op de Spoedeisende Hulp", in: Carlo Leget en Gert Olthuis (red.), *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis*, Den Haag: Lemma, p. 33-36; Jerak-Zuiderent, S., *Generative Accountability - Comparing with Care*, Rotterdam: Erasmus Universiteit (diss. 15 nov. 2013).

Het accent komt dus niet te liggen op wat we eerder ‘naar binnen kijken’ en ‘gehoorzamen’ (aan protocollen, richtlijnen, methoden) noemden maar op het mengen van deze voorschriften in wat ter plekke en op dat moment wenselijk is. We spreken van mengen omdat het er niet om gaat die voorschriften buiten werking te stellen maar op een *verstandige* wijze te gebruiken. Daarvoor moet de zorgverlener situationeel waarnemen, duiden en beoordelen. Dat wordt in de regel bevorderd als die zorgverleners met elkaar mogen beraadslagen over en reflecteren op hun eigen praktijken, elkaar in de situatie zelf scherp en wakker leren houden, en als ze op deze wijze permanent leren hun zorg te evalueren en verbeteren. De cruciale wending is hier dus niet naar de warme, zachte menselijke kant van de zorg maar van de gebruikelijke gedecontextualiseerde aandacht voor de kwaliteit naar een gecontextualiseerde aandacht voor de kwaliteit. Een *embedded* aandacht voor de kwaliteit: niet van buitenaf, niet door derden, niet incidenteel maar van binnenuit, zelf en als een aanhoudend, gezamenlijk punt van aandacht. Een *kwaliteitsbewustzijn* dus, een goed onderhouden cultuur om aan kwaliteit te werken; huiselijker gezegd: de goede gewoonte die men zelf onderhoudt.

## 2.4 Drie bijkomende kenmerken

We leggen tot nog toe de nadruk op het relationele, contextuele en situationele, maar ons voorstel heeft nog enkele kenmerken die de moeite waard zijn om voor het voetlicht te brengen.

- a. Iedereen kan weten dat er volop zorg is die gemakkelijk door de bestaande kwaliteitstoetsen komt maar toch niet goed is, niet past, domweg tekortschiet, mensen geen goed doet, niet zinvol is of zelfs leed berokkent en pijn verergert. Degenen die de kwaliteit van zorg meten en pogen te objectiveren beseffen dat vaak maar al te goed: ze kijken of de zorg *verantwoord* is en dus voldoet aan allerlei formele criteria maar zelfs als dat zo is, wil dat niet zeggen dat die zorg ook *goed* is en als zodanig ervaren wordt. Verantwoorde zorg  $\neq$  goede zorg. Door te werken aan een actief, contextueel fungerend kwaliteitsbewustzijn dat onder meer steunt op de vrije waarneming in de situatie zelf, scheppen we een tweede lens, een alternatieve mogelijkheid om de kwaliteit van zorg waar te nemen. Door deze lens – die de bestaande niet vervangt noch buiten werking stelt – kan verantwoorde zorg die toch niet goed is, gezien worden en kan goede zorg die niet verantwoord is, zichtbaar gemaakt worden. Deze meeropbrengst van ons experiment streven we bewust na.
- b. Doordat we zoveel nadruk leggen op contextualiteit springt een ander verschil met de bestaande kwaliteitstoetsen in het oog: zorg wordt niet beoordeeld op het niveau van afzonderlijke handelingen of artefacten (is er een plan, is er een dossier, is er noodscenario etc.?) maar op een veel ruimere schaal, in een groter verband. De zorg die beoordeeld moet worden wordt zoveel als mogelijk gezien in het gehele netwerk van betrekkingen waarin ze tot stand komt: de sociale banden van de zorgontvanger, de biografie van de betrokkene, de mogelijkheden en beperkingen van de zorgverleners, etc. Er wordt dus een ruime uitsnede gemaakt en we kijken niet naar de enkele handeling (is droog wassen goede zorg? moet de zorgverleners alles doen wat de zorgontvanger verlangt?) maar *naar zorg in zijn verband*. We gaan hier graag nog een stapje verder: we bekijken, beoordelen en bevorderen zorg graag als een *praktijk* en dan moeten we zeggen dat tot die context ook behoren: alle dingen en ook de lichamen (van de zorgverleners bijv.) die de zorg mogelijk maken, de gebouwen die goede zorg afremmen of juist bevorderen, de gewoontes en scripts die de werkers voortstuwen en de stilzwijgend regels die de zorg doortrekken en gaande, doenlijk en voorspelbaar houden. Het maakt in de beoordeling van de kwaliteit van de zorg alles uit of we pogen het geheel te beoordelen of ons tevreden stellen de beoordeling van de enkele of desnoods de afzonderlijke zorghandelingen. De beperkte uitsnede geeft gemak-

kelijk een scheef beeld, in de trant van: operatie geslaagd, maar als je wat verder lijkt, zie je: patiënt overleden. In onze opvatting van het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn ligt de focus op de zorg als praktijk, niet op de zorg als het voltrekken van separate handelingen.

- c. In het beoogde kwaliteitsbewustzijn zit onvermijdelijk (gelukkig maar!) een moment van beoordelen: is wat we zien goed te noemen, willen we dat zo, kunnen we hiermee tevreden zijn of moet dat anders? Dat zijn vragen die niks minder dan *normatieve* beoordelingen vergen. Hier komt het dus aan op ethiek in de praktijk, niet omdat er een dilemma is gerezen (mag mijnheer dood, moeten we doorgaan, is dit leven 'voltooid' te noemen?) maar doordat de zorg als zodanig beoordeeld moet worden. In een actief en goed gevoed kwaliteitsbewustzijn wordt die normatieve beoordeling dus primair aan de zorgverleners zelf overgelaten: het gaat er dan niet primair om dat zij gehouden zijn grote ethische principes van buiten af toe te passen in hun werk of een soort toegepaste beroepsethiek te praktiseren, maar met degenen die bij de zorg betrokken zijn (dus ook zorgontvanger en diens familie en naasten) en met elkaar proberen te ontdekken wat goed is in die situatie. Scherper en ethischer gezegd: welk goed zich ter plekke aandient en vraagt om verwezenlijking? Dat geeft een aanzienlijke draai aan het ethisch redeneren: om te beginnen en om te eindigen zeer geconcentreerd zijn op wat empirisch gesproken omhoog komt uit de situatie zelf als een mogelijk goed en dat is echt wat anders dan erop los gaan met de principes van autonomie, recht en professionele plichten. In het ontwikkelde kwaliteitsbewustzijn zijn de gevoeligheid en ontvankelijkheid voor deze morele 'lokale goederen' van cruciaal belang. Het kan natuurlijk helpen om die sensitiviteit te voeden en stimuleren met geleide reflecties (systematisch leren zoeken en afwegen) maar dat doet aan dit kenmerk niets af: kwaliteitsbewustzijn is veel gevoeliger voor emergente goederen (die dus als opkomen in de situatie zelf) dan de gebruikelijke kwaliteitstoetsen die zich (dikwijls op een kunstmatige wijze) ver houden van morele beoordelingen en hooguit een formeel standaard invoeren: kwaliteit van leven. Dat kan beter en dat willen we ook graag beter.

## 2.5 Kwaliteitsbewustzijn bevorderen, koesteren en toetsen

Deze manier om over goede zorg na te denken en er kritisch aandacht aan te schenken in de vorm van het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn is nog tamelijk ongebruikelijk en het is allerm minst vanzelfsprekend dat zorgverleners reeds (uit zichzelf geneigd en) in staat zijn tot die waarneming, beoordeling en passende responsen. Onze experimenten bestonden erin de vereiste ('lokale') leerprocessen daartoe te initiëren of verder te helpen, verder op niveau te krijgen en deze manier van continu werken aan de kwaliteitsverbetering institutioneel te helpen verankeren: dat is wat we bedoelen met het 'cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn'.

In deze manier denken over het bevorderen en bewaken van goede zorg, gaan het gebruiken van tools voor het goede waarnemen, beoordelen en handelen ('intern verbetertraject') en het kunnen benoemen en begrijpen (verantwoording) dus samen. Onze onderzoeksinteresse ging dus uit naar het *leren* kijken, *leren* begrijpen, *leren* waarderen en *leren* doen, en wel als onderdeel van een gevestigde professionele cultuur die zich niet alleen graag verbetert maar ook rekenschap wenst af te leggen van haar streven naar goede kwaliteit. Om die reden zeggen we: een bepaald type scholing vestigt, voedt en onderhoudt de cultuur van een waakzaam kwaliteitsbewustzijn en precies dát soort bewustzijn is vereist om erop te kunnen vertrouwen dat de relationele, moeilijk zichtbaar te maken kanten van de zorg toch behartigd worden.

In de oorspronkelijke opzet van ons onderzoek lag de suggestie vevat dat organisaties die zo'n permanent waakzame kwaliteitsbewustzijn cultiveren, en zich daarop laten bevragen, een certificaat zouden moeten krijgen waardoor ook buitenstaanders weten dat daar op een deugdelijke wijze werk gemaakt wordt van kwaliteit, dat is: van de relationele kanten van de zorg. Dat certificaat wordt dus niet gegeven vanwege gemeten uitkomsten maar vanwege goed ingerichte processen die het waarnemen, begrijpen, evalueren, doen en uitleggen van de relationele, situationele en contextuele kanten van de zorg cultiveren.

Het interessante is dat een dergelijk waakzaam kwaliteitsbewustzijn naar *heel* het proces van zorgverlening kijkt en dus óók acht slaat op wat men gewoonlijk de meer harde kanten van de zorg noemt, inclusief de bijbehorende 'objectief gemeten' kwaliteit. Dat is een belangrijke constatering: de verschillende manieren van kijken naar kwaliteit blijven niet gescheiden en de verschillende manieren van verantwoorden dus evenmin.

Wat verantwoorden in onze filosofie zou zijn, kan ten slotte kort worden toegelicht. De verantwoording die vrijwillig is, speelt op drie niveaus, twee interne en een extern.

1. Het is dus allereerst een in de organisatie levend kwaliteitsbewustzijn (zien, benoemen, wegen, uitleggen) omtrent goede zorg dat in beraadslagingen en dialogen verwoord en onderzocht wordt;
2. Pas in tweede instantie wordt dit bewustzijn door en met derden kritisch doorgelicht (*peer audit*): ook deze 'verantwoording' heeft nog altijd (voornamelijk) een intern belang;
3. Als deze *peer audit* een bevredigende uitslag heeft, kan de organisatie dat aan buitenstaanders tonen: hier wordt serieus werk gemaakt van de zachte, moeilijk in beeld te krijgen, kanten van de zorg. Dan pas heeft de verantwoording een externe betekenis. De vorm daarvan zou een certificaat kunnen zijn dat aan de overige, 'harde' kwalificaties van de prestaties van de organisatie wordt toegevoegd.

## 3 Lessons learned

### 3.1 Kredietwaardigheid van onze filosofie

Gegeven deze filosofie, is het experiment annex onderzoek opgezet. Het onderzoeksverslag beschrijft welke vertaalslagen vanuit de filosofie zijn gemaakt en welke concrete leer- en reflectiemiddelen zijn ingezet en wat daarvan de resultaten zijn. In aansluiting bij onze 'filosofie' hebben de gepresenteerde leermiddelen deze kenmerken:

1. *Doel* – Ze bevorderen ten diepste het (a) verfijnde, vrije waarnemen en het (b) kritisch beoordelen van de kwaliteit van de zorg, en stimuleren van daaruit de (c) praktische verbetering van de zorgverlening.
2. *Middelen* – In alle gevallen gebeurt dat in de vorm van (geleide) reflectie en beraadslaging: niet het opvolgen van dwingende instructies maar vooral zelf leren nadenken en praten over de geleverde zorg, in een veilige omgeving en met een scala van uitgekende en goed inzetbare leer- en reflectiemiddelen die dat waarnemen, beoordelen, doen en dus reflecteren op een precieze en hoogwaardige wijze bevorderen. Het gaat daarbij om beproefde leermiddelen (sommige zijn nog in ontwikkeling).
3. *Inhoud* – De leermiddelen en de manier waarop ze ingezet zijn, hebben ook als kenmerk dat ze een inhoudelijke, normatieve beraadslaging op gang brengen, niet 'wat vereist *verantwoorde* zorg dat we hier doen?' maar 'wat moeten we doen willen we nu *goede* zorg leveren?'. Beide

vragen doen ertoe, ons gaat het nu om de laatste. Het stellen van de inhoudelijke vraag is een heel delicate zaak – we komen erop terug – omdat de normering niet geheel en al van buitenaf kan komen (zoals we hebben uitgelegd, verzet de relationele, situationele afstemming zich ertegen) maar van binnenuit niet per se kritisch genoeg is.

4. *Setting* – Kenmerkend is vervolgens dat dit alles met en onder elkaar gebeurt: *on the spot*, door uitvoerenden onderling met adequate begeleiding (dus niet ieder voor zich, niet in een vormingscentrum, niet via e-learning, niet via opdrachten van hogerhand noch via colleges en trainingen) en in heel flexibele, vaak in het gewone werk ingebouwde leertrajecten.
5. *Borging* – Dat hangt samen met het volgende kenmerk: dat leren waarnemen, beoordelen en bevorderen van, alsmede het nadenken over de kwaliteit van zorg willen geen incidentele zaak noch een (tijdelijk) project zijn maar een cultuurkenmerk van de organisatie worden. De middelen worden ingezet om een permanent en gedeeld kwaliteitsbewustzijn bij de zorgverleners en hun leiding te ontwikkelen resp. te onderhouden, en zo het werken aan kwaliteit tot een vaste, goede gewoonte in de organisatie te maken. De drie geschakelde begrippen zijn hier dus: bewustzijn – cultuur – organisatorische verankering. Ze verschillen dus van de reeks: voorschrift – registratie – landelijke bench mark.
6. *Verantwoording* – Kenmerkend is ten slotte ook dat deze processen van kwaliteitsbewaking en –bevordering allereerst een *interne*, zogenaamd horizontale verantwoording eisen: zelf en met elkaar de zorg om de kwaliteit behartigen, elkaar erop bevragen, elkaar erover op de huid zitten, het zelf willen en met elkaar standaarden aanleggen die kritisch zijn. Niet wachten totdat het ‘van buitenaf’ of ‘van hogerop’ geëist wordt (verticale verantwoording), niet pas verbeteren als er iets mis gegaan is of een landelijke score negatief uitpakt. Hoe een interne, horizontale verantwoording gekoppeld kan worden aan een externe, verticale is in ons onderzoek niet bekeken, maar zal ons later zeker nog bezighouden.

Dit zijn tamelijk bijzondere kenmerken (in de wereld van de kwaliteitsverantwoording) in aansluiting waarbij nog enkele zaken bij opgehelderd moeten worden; dat gebeurt in par. 3.2.

Maar eerst de voor ons meest fundamentele vraag: de filosofie (zie boven) is omgezet in een veldexperiment waar middelen en processen zijn geëntameerd die de zojuist genoemde kenmerken hebben. We hebben beschreven, verkend en deels ook verklaard wat de resultaten waren (hoofdstuk 5 en 6). De eerste vraag is dan natuurlijk: ondersteunen de uitkomsten van het veldexperiment die filosofie? Is ons idee van ‘het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn’ overleefd?

Hoewel het onderzoek kleinschalig was, zijn er voldoende goede redenen, menen wij, om inderdaad te concluderen dat het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn niet alleen zinvol en kansrijk is als een alternatief voor en aanvulling op de gebruikelijke manier om kwaliteit te bewaken (nl. vooral door middel van inspecties en meetlijsten), maar ook aanbevelenswaardig. We verklaren ons nader.

- *Zinvol en kansrijk*, omdat het lijkt te bewerkstellingen wat we hoopten: kritisch, inhoudelijk en actief met elkaar bezig zijn rond de kwaliteitsvraag, zonder dat daar van buitenaf door inspectie, zorginkoper of kwaliteitsinstituut een impuls toe gegeven behoeft te worden. De leermiddelen stimuleren daadwerkelijk het willen beraadslagen over wat zich in de zorgrelatie afspeelt en in hoeverre dat werkelijk goede zorg is.
- *Aanbevelenswaardig*, omdat dat niet alleen bewoners/cliënten goed kan doen, maar ook de zorgverleners zelf, die aantoonbaar meer plezier in het werk krijgen resp. houden en die, in het kader van de kwaliteitsvraag, tal van zaken gaan zien waar bewoners/cliënten baat bij hebben waardoor de zorg beter wordt. Het werken aan de toepassing en ontwikkeling van de

leermiddelen en het evalueren ervan stimuleren ook de professionalisering als een voordurend proces waarin kwaliteitsbewustzijn onontbeerlijk is. Ons onderzoek laat zien dat het gebruik van de beschreven leermiddelen behulpzaam is bij het gezamenlijk vormen van een idee over goede zorg waarover men met elkaar in gesprek kan. Met andere woorden, we zien dat nadenken over kwaliteit met de genoemde leer- en reflectiemiddelen tegelijk drie processen in hun onderlinge verbinding in gang zet: (a) *arbeidsvreugde* (met intrinsieke motieven), (b) reflectieve *professionalisering*, en (c) *identiteitsvorming* (wie zijn wij, waar staan we voor en waar werken we aan?).

Dit geheel noemden we eerder 'kwaliteitsbewustzijn cultiveren'. We kunnen niet zeggen dat het reeds is gelukt – dat had ook niet gekund in de korte periode die we met dit onderzoek bestrijken – maar wel dat het kansrijk is en zinvol en bovendien erg aan te bevelen omdat het andere belangrijke processen in de organisatie een *boost* geeft. Maar we moeten bij deze conclusie nog wel een aantal kanttekeningen maken; die gieten we in aanbevelingen zodat niet het negatieve (waarschuwingen) maar het positieve (zo kan het) overheerst.

## 3.2 Aanbevelingen

### 3.2.1 Samenhangend beleid voeren

De inzet van leermiddelen vraagt om een lerende organisatie, die een duidelijke visie heeft op kwaliteit waarin kwaliteit die meer behelst dan: het is voldoende als we de normen verantwoorde zorg en een fatsoenlijke CQ- en ZI-score halen. Bij kwaliteit gaat het ook altijd om *goede* zorg, zorg die relationeel tot stand komt. Voor het vaststellen en verantwoorden van *goede* zorg is het gebruik van louter de CQ-index en de ZI-indicatoren ontoereikend. Dit moet het management van een organisatie zich terdege realiseren en dat doet het soms ook wel, zonder precies te weten hoe het dan verder moet. Mogelijk helpt dit experiment met zijn uitgeschreven filosofie en operationele leermiddelen. Hoe dan ook: als het management / bestuur niet zichtbaar, consequent en metterdaad de filosofie uitdraagt dat alleen werken aan *goede* zorg de uiteindelijke maatstaf voor kwaliteit is dan wordt het niet veel met het cultiveren van het kwaliteitsbewustzijn van de medewerkers. En dat uitdragen vraagt behalve een persoonlijk 'zeggen en doen' ook dat de interne (bedrijfs)processen in dat teken staan van of minstens het cultiveren van het kwaliteitsbewustzijn niet tegenwerken of hinderen. Dat kan door:

- *Trekkers* – Iemand, of liever: een kleine groep de leerprocessen in te laten richten, te stimuleren, te laten volgen en waar nodig te laten bijstellen.
- *Ruimte* – Mogelijkheden te scheppen voor de inzet van leermiddelen, hetgeen betekent dat andere zaken moeten wijken (stapelen roept op de werkvloer grote weerzin op: 'weer wat nieuws erbij').
- *Klimaat* – Een klimaat te scheppen waarin daadwerkelijk geleerd mag worden, dat wil zeggen, dat er ook fouten gemaakt mogen worden en dat erover gesproken mag worden.
- *Samenhang* – Coherent beleid te voeren. Als bijv. in het kader van het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn geëxperimenteerd wordt met andere verhoudingen, dan is het contraproductief als de instelling tegelijk een nieuwe tellend en rekenend systeem voor kwaliteitsbewaking invoert, gevestigde posities beschermt en handhaaft of werken op basis van vertrouwen de kop indrukt.

- *Doorwerking* – Zorgverleners ruimte en ondersteuning te geven om gevolg te geven aan hetgeen een leermiddel oproept aan ideeën om zorg tot betere zorg te maken (als na reflectie alles toch bij het oude moet blijven en niets mag veranderen, is het hele kwaliteitsbewustzijn overbodig).
- *Wasdom* – Ontwikkeling en onderzoek hand in hand te laten gaan. Zo wordt het leermiddel passend gemaakt voor de organisatie en bevordert het reflectie over waar je met elkaar op uit bent.

De leermiddelen, waarover we het hier hebben, zijn dus niet of nauwelijks los verkrijgbaar maar dienen ingebed te zijn in een breder, coherent beleid. Laten we dat vanuit het onderzoek concreet en positief illustreren. Hoewel we geconstateerd hebben dat kijken, duiden en doen bij elkaar horen en dat alle leermiddelen dáárop inzetten, verschilt de nadruk die elk legt. We zagen in het onderzoek dat hier (beleidsmatig) al snel wat fout gaat: zo wordt het waarnemen gemakkelijk alleen uitgewerkt als ‘kijken’ terwijl dat toch ook geschiedt door te horen, ruiken, lezen, voelen, ondergaan, etc. Die breedte moet gewaarborgd zijn, net als de breedte van het leren zelf: leren door instructie, door afkijken, door mogen uitvinden, door overleggen, door ervaring, door fouten te maken etc. Variatie in leermiddelen vergroot de kans dat zorgverleners met verschillende leerstijlen aan hun trekken komen. Het beleid moet dus begrijpen dat er meerdere sóórten middelen (voor het waarnemen, beoordelen, doen) en per sóórt meerder varianten (verschillende zintuigen, verschillende leerstijlen) ingezet moeten worden en wel in hun onderlinge verbinding; dat helpt uiteenlopende mensen heel goed te leren en versterkt de doorwerking: een exposure-ervaring kan bijvoorbeeld een omgangs-overleg helpen verdiepen en de video-feedback kan zeer helpen om verder na te denken over je mission statement. Die dwarsverbanden moeten beleidsmatig gewild en bevorderd worden: dan pas wordt een cultuur van kwaliteitsbewustzijn serieus bevorderd.

### **3.2.2 Inhoudelijk referentiekader bieden**

Zoals gezegd draaien de leer- en reflectiemiddelen uiteindelijk om de vraag wat men goede zorg vindt en welke zorg als zodanig nagestreefd moet worden. Dat is een normatieve vraag en wat de een goed vindt, zal de ander in het moreel verdeelde Nederland niet goed vinden of zelfs verwerpelijk. Toch kan de vraag niet ontlopen worden. Ze kent tot overmaat van ramp tal van ingewikkeldheden die hier verder niet aan de orde kunnen komen: goede zorg (als we al zouden weten wat dat is) moet ook juist zijn, proportioneel, doenlijk en verantwoordbaar, en is bijv. ingebed in een goede organisatie, een rechtvaardige wetgeving, een billijk financieringssysteem en een proportioneel controleapparaat. Met de inzet van de genoemde leermiddelen kunnen al deze factoren niet bewerkt worden: dat is veel te veel gevraagd. Toch moet het opgemerkt worden, want werken aan goede zorg op *uitvoeringsniveau* is weliswaar heel nuttig maar tegelijk een beperkte insteek.

Het onderzoek toont het keer op keer: welk leerinstrument ook gekozen wordt, vroeg of laat vraagt men zich af ‘is dit goed, kan of moet dit beter?’ en precies op dat moment heeft men behoefte aan een substantieel, inhoudelijk idee van goede zorg. De kwaliteitsdiscussie moet dan niet alleen worden gekoppeld aan correcte procedures, nakomen van veiligheidseisen en het betrachten van transparantie. De inhoud van goede zorg hoeft ook niet tevoren volledig uitgespeld te worden. Begrijpen wat goede zorg is, heeft er praktisch en theoretisch alle baat bij wanneer mensen mogen oefenen, mogen afkijken, het erover mogen hebben. Door op de juiste manier met de leermiddelen aan de slag te zijn, leren medewerkers zelf de vraag te beantwoorden wat goede zorg is, dáár, op dat moment, bij die ene oudere. Ze moeten daarbij wel gestimuleerd worden om *zorg vanuit zorg te gaan denken*<sup>4</sup> en dus niet vanuit deelgebieden als psychologie, de medische wetenschap of communicatie,

<sup>4</sup> Deze uitdrukking komt van Vosman en Baart.

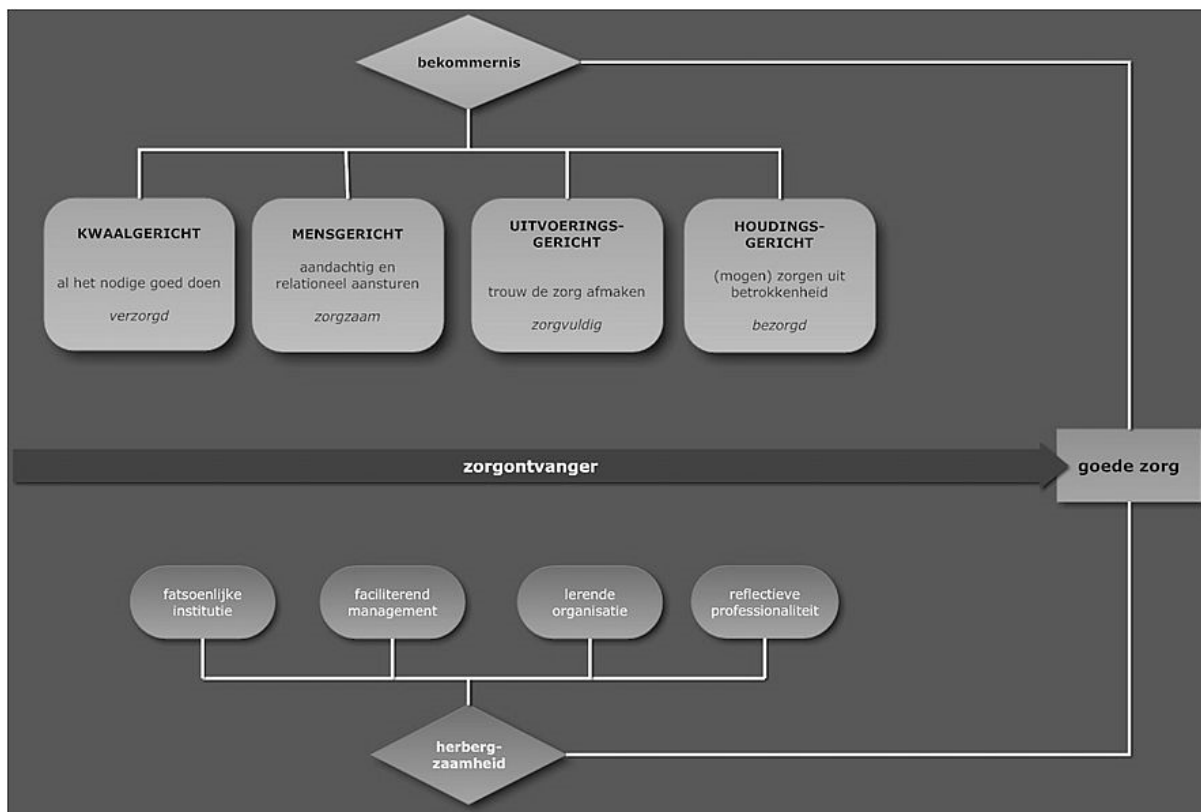
en nog minder vanuit de pretparken, autofabrieken en de wellness-industrie – al valt daar heus wel wat te leren. Zorg (bijv. voor diepdementerende, stervende, verdrietige of incontinenten mensen) is nu eenmaal geen *event*, geen belevenis en het is minstens onhandig om zulke zorg vanuit die niet passende begrippen te gaan ontwikkelen en waarderen. Hoewel we zien dat een idee van goede zorg zich kan ontwikkelen door het gebruik van de leermiddelen, vraagt het ook dat de *begeleiders* van leermiddelen zorgethisch naar zorg willen, kunnen en mogen kijken. Zij moeten weten wat te doen wanneer bijvoorbeeld in een videobespreking gezegd wordt dat een bewoner/cliënt zich door de communicatievaardigheden (!) van de zorgverlener gezien weet. Vragen als: *wat wordt er dan eigenlijk gezegd? wat is de betekenis daarvan? welke waarde wil je dan hoog houden en hoe vertaalt zich dat verder in jouw werk?* zouden niet onbesproken mogen blijven. Een nog diffuus idee van goede zorg mag dus voorzichtig en bescheiden van buitenaf ingebracht worden maar moet op deze wijze door reflecterende praktici geconcretiseerd worden.

In ons onderzoek ging het om goede zorg op het uitvoeringsniveau – al is ook wel wat breder gekeken – en we hebben bijgehouden wanneer de uitvoerende zorgverleners zeiden dat zij zorg goed vonden, welke criteria ze dan klaarblijkelijk aanlegden en welke redenen zij noemden. Zoals verwacht mocht worden, gaat het daarbij slechts om een beperkt aantal criteria en, zoals we hoopten, blijken die in sterke mate overeen te stemmen met het zorgethisch kwaliteitsmodel dat wij in de loop der jaren ontwikkelden. Heel verwonderlijk is dat niet, want het model is uit de zorgpraktijk gedestilleerd en, zoals heel de *empirical grounded ethics of care*, pas in tweede instantie ‘opgetild’ naar een theoretisch niveau. Niet omgekeerd dus: een ethiek van de zorg opstellen en daaruit kwaliteitscriteria afgeleiden voor de praktijk! De conclusie is dat het zorgethisch kwaliteitsmodel in dit experiment is bevestigd en dat het dus heel goed kan worden ingezet in deze leerprocessen om de discussie te stimuleren, aan taal en begrippen te helpen of op een hoger plan te krijgen. Gelet op de enorme verlegenheid op dit terrein in het veld, is dat een nuttig en vaak ook welkom aanbod.

Als zorgverleners tijdens oefeningen, video bekijken, casebesprekingen, MDO's of na een exposure zeggen dat ze zorg goed (of juist niet goed) vinden dan staat vakbekwaamheid weliswaar voorop maar factoren als ‘menschelijkheid’, fatsoen en doenlijkheid (voor henzelf) spelen ook steeds een gewichtige rol. We zien bovendien dat zorgverleners snel geneigd zijn om behalve uitvoeringsaspecten ook organisatieaspecten in hun oordeel te betrekken, waaronder de ruimte die aan hen geboden wordt om hun werk goed te doen, er met elkaar over te mogen nadenken maar ook hoe de huisregels zijn waaraan ze gebonden zijn (fatsoenlijk of juist rigide en hard).

Het onderzoek bevestigt het model dat aan het begin van het onderzoek gepresenteerd werd en laat goed zien dat zowel de elementen van bekommernis als die van herbergzaamheid gespecificeerd kunnen worden (zie figuur 3). Op deze plek volstaan we met een zeer beknopte toelichting.





**Figuur 2** *Zorgethisch kwaliteitsmodel van Baart (vereenvoudigde uitvoering) –©A.J. Baart*

Goede zorg steunt in de uitvoering op bekommernis en in de organisatie op herbergzaamheid. Beide begrippen kunnen gespecificeerd worden.

A. Bekommernis (wat niet per se samenvalt met problemen oplossen) kent vier dimensies:

- (1) *Kwaalgerichtheid*. Goede zorg is allereerst verzorgd: niets ontbreekt en alles wat nodig is, wordt op een bekwame, gedegen en doorzichtige manier gedaan. Dit element van goede zorg richt zich op de kwaal en maakt zorg veilig, doelmatig, tijdig en doeltreffend.
- (2) *Mensgerichtheid*. Goede zorg is ook zorgzaam. Naast verzorgd wordt de zorg uitgevoerd met aandacht, toewijding en passend bij de zorgontvanger. Zorgzame zorg sluit aan bij wie de patiënt is, verdiept zich in wat deze doormaakt, stemt vanuit de relatie met de patiënt af wat gedaan of gelaten zal worden en erkent de patiënt in diens verlangen, eer en kwetsbaarheid. Deze vorm van goede zorg richt zich op de mens.
- (3) *Uitvoeringsgerichtheid*. Goede zorg is ook zorgvuldig. Goede zorgverleners volgen ook of de zorg zo uitpakt als ze bedoeld is. Ervaart de zorgontvanger daadwerkelijk baat, doet de zorg hem of haar goed? Zorg is geen hap-snapwerk, ze blijft kijken hoe ze uitpakt en wordt nog steeds aangeboden als het moeilijk of uitzichtloos wordt. Goede zorg is dus ook trouwe zorg. Dit element van zorg geldt minder de kwaal of de mens maar vooral de uiteindelijke uitvoering van de zorg.
- (4) *Houdingsgerichtheid*. Goede zorg is bezorgd. Zorgverleners zijn begaan met de ander, dat blijkt en dat is ook wat ze graag willen. Het maakt zorg voor hen zelf dikwijls ook zinvol: geeft het een doel, een sociale bestemming. Uit hun zorg verlenen spreekt mededogen. Hier gaat het dus om de houding waarmee goede zorg wordt

verleend: hartelijk, respectvol en toegenegen. Door zorg met mededogen te geven, vermijdt men dat de verleende zorg als koud en kwetsend wordt ervaren. En men bevordert dat ze voor de werkers méér mag zijn dan productiewerk in een stressvolle omgeving.

- B. Herbergzaamheid is de organisatorische insteek tot goede zorg en heeft betrekking op de vraag of de organisatie 'een goed oord' is om goede zorg in te kunnen geven. Het kent vier dimensies (in de verregaand gespecificeerde uitwerking van dit model *under construction* zijn het er vijf). In de figuur zijn ze eenvoudig af te lezen en waarschijnlijk spreken ze voor zich. Merk op dat ze naar aggregatieniveau aflopen: van institutie via management en organisatie tot professie en dat ze alle waardegeladen zijn: een fatsoenlijke omgeving die het bevordert dat haar werknemers lerend en afwegend zelf moreel deugdelijk te werk gaan.
- C. Tussen beide uitgewerkte ingangen tot goede zorg bestaat een wisselwerking en daarin is de zorgontvanger actief: als partner, als zorgontvanger, als vrager, als appèl, als veeleisende klant, als kritische consument, als zelfredzame burger, als zorgmijder, als angstige zorgafhankelijke. We laten het op dit moment bij deze aanduiding.

Het leerproces dat het kwaliteitsbewustzijn voedt, kan versterkt worden met de inbreng van dit model: het stimuleert de normatieve aspecten van dat bewustzijn op een manier die past bij wat zorggevers spontaan in het veld ook al blijken te doen en wat hun voorkeur heeft.

### **3.2.3 Lerende organisatie willen zijn**

#### **3.2.3.1 Lange adem en radicaal doorvoeren**

Kwaliteitsbewustzijn vraagt volhouden en radicalisering: cultivering van kwaliteitsbewustzijn wil zeggen dat het bezig zijn met kwaliteit een goede gewoonte en in het gewone werk ingebakken moet worden. Daarbij zou het eerder moeten gaan om het doorontwikkelen, ombouwen en radicaler willen inzetten van bestaande leermiddelen, dan om nieuwe leermiddelen te stapelen op wat in organisaties al gebeurt. Doorontwikkelen en cultiveren vragen om volhouden, om vervolg geven aan wat als kwaliteitsimpulsen uit de leerprocessen komt, om een organisatiecultuur waarin kwaliteitsbewustzijn bij medewerkers gekoesterd in plaats van overruld wordt. Dit lijkt niet overal het geval te zijn en vanzelfsprekend is het zo mogelijk nog minder.

Het onderzoek laat zien dat er ook koudwatervrees bestaat voor het thematiseren van wat niet goed gaat, van pijnpunten en ongemakken, met name bij het gebruik van video als leermiddel. Met radicaliseren van de leermiddelen wordt tegen deze achtergrond bedoeld dat ook ongemakken en pijnpunten opgezocht mogen worden.

Bij het tweewegbrengen van de perspectiefwisseling door een exposure-opdracht lijkt de reflectie geregeld niet voldoende op niveau te komen en daardoor niet effectief genoeg. Medewerkers geven vaak terug dat ze zich 'nu kunnen indenken hoe het is om X (te zijn)' en dat ze zich vanuit dit 'kunnen indenken' voornemen Y niet meer of juist wel te gaan doen. Het is een prima uitgangspunt dat ze zich realiseren dat er dus een ander perspectief mogelijk is op X. Het gaat er bij exposure echter niet om dat jouw ervaring gehouden wordt voor die van de zorgontvanger. De radicalisering zit er dan ook in dat ze zich realiseren dat iedere bewoner/cliënt zijn/haar *eigen* perspectief heeft, dat dit steeds opnieuw opgezocht moet worden (en *niet* uit je eigen projectie afgeleid kan worden) en dat ze ideeën krijgen aangereikt voor hoe dat perspectief op te zoeken.

Al deze verbeteringen van het leerprocessen dragen (zeer) sterk bij aan het ontwikkelde, effectieve en kritische kwaliteitsbewustzijn van de zorggevers.

### 3.2.3.2 Leerklimaat is essentieel

Hetzelfde geldt voor de volgende aanbeveling: de goede inzet van leermiddelen vraagt om een goed leerklimaat. Daarin is een soort driedeling te zien. (a) Er wordt in de interviews veel gesproken over de noodzaak van een veilig leerklimaat. Dat is een gebruikelijke en verstandige voorwaarde. (b) Maar er is meer: de leercurve lijkt ertoe te doen. Medewerkers hebben eerst (als nog novice zijn) vooral bevestiging nodig om goede werkers te worden en die kan gegeven worden door met name te kijken naar wat goed gaat, dat uit te vergroten en zo te komen tot ideeën over wat beter kan. Pas wanneer medewerkers zich door bevestiging steviger en veiliger voelen, kunnen ze goede / betere werkers worden dankzij *kritische* feedback en kunnen leermiddelen ook pijnpunten adresseren. De angst voor het bespreken van lastige of pijnlijke praktijken hangt zo bezien dus samen met deze (on)rijpheid. (c) Toch is het onvoldoende om hier alleen naar de werkers en hun rijpheid te verwijzen. Lastige praktijken bespreken vraagt van een organisatie immers ook dat medewerkers niet steeds in een precaire, onzekere positie gebracht worden. Organisatorische onrust, bijvoorbeeld ingegeven door politieke keuzes of een management dat externe verantwoording voorop stelt en medewerkers daarop aanspreekt, leidt tot kwetsbaarheid en een onveilig leerklimaat. Afdelingshoofden kunnen als buffer of hitteschild optreden door niet alleen af te schermen maar ook te stimuleren. Nog even een afdelingshoofd van ZGG aan het woord die gevraagd wordt naar wat zij een pareltje noemt: *"Een parel van een werker is iemand die durft na te denken over wat ze doet. En soms vliegt er wel eens iets uit de bocht, daar moeten we dan wat aan doen, dat lossen we dan wel weer op."*

Dit bedoelen we dus met het koesteren en cultiveren van kwaliteitsbewustzijn.

### 3.2.3.3 Het reflecteren verder ontwikkelen

Reflecteren is een bijzondere kunst waar kwaliteitsbewustzijn op drijft. Het is niet iedereen gegeven met een afstandje te kijken naar de eigen ervaring, daarover na te denken, met anderen te beraadslagen en vervolgens te kunnen bepalen wat dat alles oplevert voor het toekomstige handelen. De deelnemende organisaties hebben kundige mensen die reflectie begeleiden. Voor het welslagen van deze reflecties zijn zulke getrainde, ingevoerde en beschikbare krachten noodzakelijk: zonder hen, zo blijkt uit dit onderzoek, zal de reflectie te gemakkelijk oppervlakkig blijven en niet bijdragen aan de uitgroei van het kwaliteitsbewustzijn.

In de reflectie op onze analyses en bevindingen, vatte ook de volgende gedachte post: het kan als een gemiste kans gezien worden dat het veruitwendigen, vastleggen en daarmee kritiseerbaar en onderling bespreekbaar maken van de ervaringen door schriftelijk reflecteren, zo nodig met een aantal vragen als geleide, niet overal een gewoonte is. Hier kan ten behoeve van het te ontwikkelen kwaliteitsbewustzijn nog een slag gemaakt worden: minder uit de losse pols reflecteren en meer en beter ervaringen zelf laten vastleggen om er secuur over te kunnen nadenken.

Ook lijkt het zinvol met zorgverleners te spreken over de wijze waarop gereflecteerd wordt. Welke vragen zijn behulpzaam om met elkaar na te denken over goede zorg? Het kan dan ook een goede gewoonte worden elkaar te bevragen als er geen sprake is van een setting waarbij getrainde krachten aanwezig zijn.

## 4 Hoe het kwaliteitsbewustzijn momenteel politiek welkom is

Deze zomer (2014) waren er hoopvolle ontwikkelingen voor wie zoekt naar een weg om deze goede zorg die heel precies en bewust relationeel, situationeel en contextueel is afgestemd een zekere gelidigheid te geven. De staatssecretaris brak er in niet mis te verstane bewoordingen een lans voor. Maar... ook het tegengeluid klonk. Het zit zo.

Pauline Meurs<sup>5</sup> bestudeerde op verzoek van de minister (onder druk gezet door de leden van de "Agenda voor de Zorg"<sup>6</sup> die de overdaad van regels aan de kaak hadden gesteld) de regeldruk, haalt enkele misverstanden uit de lucht, voegt enkele nuchtere nuances in en komt met aanbevelingen waaronder deze:

"Experimenteren en leren. In positieve zin afwijken van de norm wordt gehonoreerd en benut om vernieuwing mogelijk te maken. In plaats van te spreken over regelarme zones, zou het moeten gaan over experimenteerruimte. Niet het feit dat er met minder regels wordt gewerkt is leidend, maar het feit dat met andere sturings- en verantwoordingsprincipes wordt gewerkt. Zorginstellingen werken met vormen van zelfbinding en zelfregulering zonder inmenging van overheid en toezichthouders. Dit is geen<sup>7</sup> vrijblijvende keuze maar een inspanningsverplichting. Die inspanningsverplichting is gericht op de wijze waarop zorgaanbieders kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid zullen borgen, maar ook op het oordeel over de geleverde resultaten en de correctiemechanismen die worden ingezet om te leren en te verbeteren. Zo'n inspanningsverplichting moet periodiek opnieuw worden bevestigd. Elkaar de maat nemen is essentieel om verder te komen. Regels kunnen worden opgelegd en afgesproken maar de werking ervan en de effectiviteit mogen en moeten onderwerp van gesprek blijven. Het gaat om het vermogen om scherpe vragen te stellen, keuzes ter discussie te stellen, en steeds opnieuw te onderzoeken of de gemaakte keuzes nog passen bij de (veranderende) omstandigheden."

Pauline Meurs, *a.w.* 2014, p. 11

Haar voorstel – ze geeft ook heel andere – staat dus in het kader van de vermindering van (externe) regeldruk en ze verplaatst daarom, net als wij dat in onze filosofie doen, de aandacht van buiten naar binnen: zelf intern gaan leren, niet bang zijn af te wijken, kritisch op elkaar zijn, je binden aan dit soort nadenken over kwaliteit, met elkaar het gesprek aangaan, je verhouden tot de omstandigheden (situationeel, contextueel). Hoewel Pauline Meurs een geheel andere insteek kiest dan wij en vanuit een ander discipline analyseert, is de wending principieel dezelfde (van registreren voor de buitenwacht naar zelfregulatie, van te grote regelstapelning naar ook zelf nadenken). Ze verbindt er bovendien op haar manier dezelfde kernbegrippen aan als wij: leren, geen hap-snapwerk maar coherent beleid op instellingsniveau.

---

<sup>5</sup> *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, Veerkracht, Verantwoordelijkheid, Vrijheid* door Pauline Meurs, 22 juni 2014 (Essay op verzoek van het Ministerie van VWS en van de leden van de *Agenda voor de Zorg*).

<sup>6</sup> In een brief van 6 januari 2014 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de titel "Terugdringen van administratieve lasten en regeldruk". De ondertekenende leden van de *Agenda voor de Zorg* o.l.v. Alexander Rinnooy Kan zijn de voorzitters / directeurs van ActiZ, CSO, GGD Nederland, GGZ, InEen, KNMG, LHV, NFU, NPCF, NVZ, OMS, VGN, V&VN en ZN.

<sup>7</sup> Er staat 'een' maar dat moet waarschijnlijk zijn 'geen'.

Ze schreef haar essay voor de minister en de partijen verenigd in *Agenda voor de zorg*, en we kunnen zien wat de bewindsvrouw ermee heeft gedaan<sup>8</sup>. Ze omarmt het advies (met de vier V's: veerkracht, vertrouwen, verantwoordelijkheid en vrijheid) en schrijft op p. 2 (cursivering van ons) :

*“Zo zullen oplossingen voor het verminderen van de regeldruk moeten worden gezocht in vertrouwen en versimpeling, binnen de ruimte die het bestaande stelsel biedt. Het perspectief van de professional in relatie tot zijn patiënten is leidend.”*

Dat zou uit onze filosofie kunnen zijn geciteerd. De minister zet overigens bepaald de sluisen niet open want ze bouwt vele soorten beperkingen en voorzichtigheden in, maar de eerste stappen worden gezet en Actiz heeft daarin een substantieel aandeel. Ze sluit af (p. 3, cursivering van ons):

*“Ik vind het absoluut noodzakelijk dat de regeldruk zoveel mogelijk wordt beperkt. Ik zal daarom met veldpartijen tot een gezamenlijke aanpak komen, waarbij wordt toegezien op een goede balans tussen verantwoordelijkheden, eigen professionaliteit, kwaliteit van zorg en transparantie.”*

Ook hier worden dus ‘kwaliteit van zorg’ verbonden met ‘eigen professionaliteit en verantwoordelijkheden’.

Min of meer in dezelfde periode komt de IGZ met een rapport over de kwaliteit in de ouderenzorg in verzorgings- en verpleeghuizen<sup>9</sup>. De IGZ concludeert:

1. Personele inzet en deskundigheid zijn niet voldoende afgestemd op de zorgbehoeften van de cliënt;
2. Zorgplannen worden onvoldoende systematisch gebruikt;
3. De resultaten van beleid gericht op terugdringen van vrijheidsbeperking en op gebied van medicatieveiligheid blijven achter bij de verwachting;
4. Bij veel verpleeg- en verzorgingshuizen zijn er tekortkomingen in de zorg: zorginstellingen werken te weinig aan structurele verbeteringen.

De IGZ zegt ernstige zorgen te hebben over de kwaliteit van de ouderenzorg bij 20% van de concerns in de verpleging, verzorging en thuiszorg die bij haar bekend zijn. Kritische bevindingen dus. Het onderzoek van de IGZ is overigens volstrekt formeel en weinig inhoudelijk (zie onderstaande box).

In het IGZ-rapport wordt aangegeven hoe men het onderzoek heeft uitgevoerd en daarbij worden ook de, inhoudelijk genoemde, normen genoemd die uitgevraagd zijn en waarop de instelling getoetst zijn. Dat waren vooral deze:

- Er is beleid voor zorginhoudelijke veiligheid (bijvoorbeeld voor medicatie-veiligheid).
- Dit beleid is vertaald in plannen en protocollen.
- Deze worden besproken met en gebruikt voor cliënten.
- Dit is beschreven in het zorgplan.
- Medewerkers zijn voldoende deskundig of geschoold in het gebruik van protocollen.
- Protocollen worden periodiek geëvalueerd, waar nodig bijgesteld en geïmplementeerd.
- Medewerkers in de zorg werken multidisciplinair en methodisch aan de hand van een zorgplan.
- In het zorgplan worden wensen, problemen van de cliënt, - in overleg met de cliënt - vertaald naar doelen en daarbij passende acties. Rapportages geven de ervaringen van dag tot dag weer.
- Het zorgplan is een communicatiemiddel tussen disciplines: opdrachten worden beschreven en obser-

<sup>8</sup> Kamerbrief over de vermindering regeldruk in de zorg, gericht aan de Tweede Kamer dd 18 juli 2014, kenmerk: 628938-122911-MC.

<sup>9</sup> *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam. Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012*, IGZ, Utrecht, juni 2014.

vaties worden gerapporteerd.

- De inspectie beoordeelde vooral de interne congruentie (wensen/problemen, doelen, acties, rapportages), de betrokkenheid van de cliënt (vertegenwoordiger) bij opstellen en evalueren en de multidisciplinariteit en de communicatie over opdrachten.

Het valt op – en dat is precies het afzetpunt van onze filosofie – dat hier formeel en van buiten af gevraagd wordt: toon me het papier met het beleid, toon me het papier met plannen, toon me dat je protocollen hebt, toon me dat de werkers geschoold worden die uit te voeren, toon me dat ze geüpdate worden etc. Dat zijn geen zinloze vragen maar ze komen niet verder dan de toetsing van de administratie en ze zeggen uiteindelijk vrijwel niets van de zorgkwaliteit die feitelijk in de afzonderlijke gevallen gerealiseerd worden.

Op dit rapport baseert de staatssecretaris een plan van aanpak<sup>10</sup> bestaande uit vijf speerpunten en die sluiten voor het overgrote deel wondergoed aan bij onze filosofie. Ook hier weer een sterke convergentie, opnieuw met dezelfde accenten. De speerpunten worden ingeleid met deze korte kenschets van de onderliggende ‘filosofie’ (p. 11; cursivering van ons):

*“In de langdurige zorg staat niet herstel voorop, maar het verbeteren van de kwaliteit van leven, ondanks de aandoening of beperking. Juist omdat de zorg langdurig is, is zorgverlening meer dan een technische handeling. Er wordt een relatie aangegaan tussen de cliënt en de zorgverlener. Hier ligt de sleutel tot kwalitatief goede zorg, in de interactie tussen zorgverlener en cliënt.”*

Een sterk accent dus op de relatie (in de brief uitgetekend in een model waarin meerdere partijen en dus meerdere soorten relaties hun plek krijgen). Bij de behandeling van het 1<sup>e</sup> speerpunt schrijft de staatssecretaris (p.12):

*“Het verbeteren van de relatie tussen cliënt en zorgverlener is voor mij het eerste speerpunt waarlangs ik een kwaliteitsverbetering wil bereiken. Het gaat mij erom dat zorgverleners zich er meer van bewust worden dat kwaliteit van leven om meer gaat dan alleen de zorghandelingen en dat zij daar in hun handelen meer rekening mee houden. Daarmee is dit tegelijk ook het centrale thema in deze kwaliteitsbrief. De andere vier speerpunten die hierna volgen, zijn randvoorwaardelijk voor het goed kunnen functioneren van die relatie.”*

En even verder op p. 12 (cursivering van ons):

*“Dat betekent ook dat er ruimte voor de professional moet zijn om die dialoog te kunnen voeren [met de zorgontvanger –AB]. Het gaat er hier niet om dat er weer een lijstje van onderwerpen wordt geïntroduceerd dat kan worden ‘afgevinkt’.”*

De overige speerpunten bevatten soortgelijke aanbevelingen, die we samenvatten met de trefwoorden: kwaliteit van de zorg zelf bewaken en steeds zelf evalueren, permanent aandachtspunt van maken, afstemmen op de zorgvrager, het beraad en de dialoog opzoeken (met elkaar en met de zorgvragers). Het zijn dezelfde elementen die in onze basisfilosofie gevonden worden. Wij werken ze radicaler uit, trekken de lijnen verder door, doen concrete aanbevelingen over hoe er dan goed naar de cliënt gekeken, geluisterd kan worden en hoe die afstemming bereikt wordt. Daarover zoekt men in deze notities tevergeefs naar antwoorden. Maar die zijn er dus wel. De staatssecretaris verwijst met instemming naar zelfsturende teams (p. 7) en legt herhaaldelijk een sterke nadruk op professionalisering en – net als wij – met een verwijzing naar goed management en bestuur (p. 17):

<sup>10</sup> Kamerbrief “Kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen” van 12 juni 2014, getekend door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. M.J. van Rijn; Kenmerk 378129-121410-LZ, met 3 bijlagen.

“De bestuurder is verantwoordelijk voor een goede aansluiting van de kennis en kunde van medewerkers bij de zorgvraag van cliënten. Omdat de vraag continu verandert dient hierbij voor de zittende beroepsgroep blijvend geïnvesteerd te worden in scholing, zodat kennis en competenties op peil blijven.”

Uiteindelijk bepleit de staatssecretaris (p. 18) zelfs dat het zorgkantoor niet te star zijn regels handhaaft maar het gesprek aangaat met de zorgaanbieder over de kwaliteit van de geboden zorg. De opdracht is: bezie die zorg in zijn context, dat is: in respons op de zorgontvangers, luister naar de uitleg en redenen om, gegeven die zorgontvangers, het zo en niet anders te doen, en kom dan tot een oordeel over de kwaliteit (en of die ingekocht kan worden):

“Hierdoor ontstaat meer ruimte om echt te werken aan kwaliteitsverbetering in combinatie met prijsdifferentiatie. Cliëntervaringen, en de wijze waarop de zorgaanbieder met die ervaringen omgaat, zijn daarin het vertrekpunt voor het zorgkantoor.”

## 5 Slotconclusies

1. Ons uitgewerkte idee van het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn is in het onderzoek bevestigd als kansrijk, doenlijk en zinvol. Het lijkt een belangrijk antwoord te zijn op tekortkomingen in de gebruikelijke manier van het registreren, controleren en verantwoorden van de zorgkwaliteit. Het voegt iets belangrijks toe, een tweede lens om door te kijken.
2. Het bevat een radicale, maar vanuit de zorg zelf beargumenteerde, wending in het nadenken over de bevordering van de kwaliteit van zorg: de kwaliteit van de zorg óók kritisch en continu leren bewaken en bevorderen in de relatie zelf, ter plekke dus en met gebruikmaking van een uitgekend scala van leerinstrumenten om het eigen zorgen te kunnen waarnemen, beoordelen en verbeteren. Die instrumenten leiden tot de vestiging van een cultuur: een vaste, goede gewoonte om het de kwaliteit van zorg eigener beweging kritisch, gezamenlijk, op de werkvloer en vanuit meerdere invalshoeken te bewaken en verbeteren.
3. In recente notities van het Ministerie worden de nodige aanbevelingen gedaan ter verhoging en bewaking van de zorgkwaliteit die nauw verwant zijn met onze uitwerking van ‘het cultiveren van een kwaliteitsbewustzijn’. Veel van die aanbevelingen zijn kleiner, vertonen een andere samenhang en inbedding, zijn minder radicaal uitgewerkt en nog weinig geoperationaliseerd, maar de convergentie in het zoeken van een oplossing is onmiskenbaar. Een belangrijk gedeeld inzicht is het vertrekpunt: zorg relationeel denken, situationeel afstemmen en in zijn context beoordelen, daartoe steeds beraadslaging en reflectie opzoeken en minder lijstjes afvinken en meer de professionaliteit bevorderen.
4. Die aanbevelingen verwerven een groeiend draagvlak onder de grote zorgaanbieders, de inspectie, financiers etc. doordat ze deels op hun aangeven en in wisselwerking met problemen die zij onder de aandacht hebben gebracht, geformuleerd zijn.
5. Onze filosofie en de ervaringen ermee in het veld, rechtvaardigen de conclusie dat we, gelet op het huidige beleid, op het niveau van de theoretische onderbouwing en de praktische uitvoering van een bijgesteld kwaliteitsbeleid het nodige te bieden hebben.