

DE TOEKOMST VAN DE ZORG IN REGIE?

Discussiebijdrage over de toekomstscenario's voor verpleging en verzorging, van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, in samenwerking met Christelijke Hogeschool Ede en Gereformeerde Hogeschool Zwolle

B.S. Cusveller
P. Blokhuis
C. Borst-Vos
G. Glas
H. Jochemsen

Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 15
Ede, 1998

COLOFON*Dankbetuiging*

Voor commentaar op een concept van deze tekst zijn de auteurs dank verschuldigd aan dhr. D.J. Bakker, mw. T. Gunter, mw. G.J. Kok, en ds. P. Vermaat.

B.S. Cusveller, P. Blokhuis, C. Borst-Vos, G. Glas, H. Jochemsen,
De toekomst van de zorg in regie? Discussiebijdrage over de toekomstscenario's voor verpleging en verzorging, van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, in samenwerking met Christelijke Hogeschool Ede en Gereformeerde Hogeschool Zwolle.
Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 15.

ISBN 90-72659-15-5

© 1998 Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, Ede

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

INHOUD

De toekomst van de zorg in regie?

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
DEEL I	
2. Korte beschrijving van het rapport	9
3. Impliciete keuzen	11
4. De assen	15
4.1 De politiek-bestuurlijke as	15
4.2 De beroepsdimensie	18
4.3 Het kruisen van de assen	21
5. Conclusie	22
DEEL II	
6. Gegevens van het menselijk bestaan	24
7. Professie, professionaliteit en professionalisering	27
8. De toekomst van de zorg in regie?	31
Auteurs	33
Publicaties	34

SAMENVATTING

De zorgverlening is aan veranderingen onderhevig die samenhangen met fundamentele veranderingen in onze samenleving als geheel. Discussies over wenselijke ontwikkelingen in de zorgverlening zijn dan ook vaak moeizaam. Vaak worden ze gevoerd in economische en/of medische termen. Op het gebied van de verpleging en verzorging werd in 1997 echter een studie gepubliceerd die meer is dan het zoveelste rapport, namelijk *Een verzorgde toekomst*. Het probeert lijn te brengen in de discussies door op grond van fundamentele ontwikkelingen in samenleving en zorgverlening toekomst-scenario's op te stellen. Dit zijn verkenningen van de richting waarin de zorgverlening zich zou kunnen ontwikkelen. In termen van deze scenario's kunnen op grond van de eigen beleidsdoelen van partijen in het veld debatten en besluiten over de toekomst van de zorgverlening gestructureerd worden.

De belangrijkste ontwikkelingen in de samenleving en de zorg werden vastgesteld door uitgebreide analyses van empirische gegevens omtrent bevolkingsgroei, ziekten, zorgaanbod, opleidingsuitstroom, en dergelijke. Vastgesteld werd dat de belangrijkste ontwikkelingen in de zorgverlening zich afspelen rond twee dimensies: de politiek-bestuurlijke dimensie (de maatschappelijke functie) en de beroepsdimensie (de verantwoording) van het handelen. Binnen de politiek-bestuurlijke dimensie zullen beleidsdiscussies en -ontwikkelingen zich afspelen op het spanningsveld tussen een centrale regie en individuele regie van de zorg. Binnen de beroepsdimensie zullen beleidsdiscussies en -ontwikkelingen in de zorg zich afspelen in het spanningsveld tussen het uitgaan van standaard-diagnosen en van de beleving van de patiënt.

Om scenario's voor de toekomst van de zorgverlening te construeren, neemt het rapport beide dimensies als de twee assen van een assenstelsel. Daardoor ontstaat een matrix met vier kwadranten, die vier scenario's vertegenwoordigen, gekenmerkt door combinaties van de uitersten van de assen. De combinatie tussen centrale regie en behoefte-gestuurde zorgverlening, bijvoorbeeld, levert het 'wijkscenario' op. Van de vier scenario's gaat het rapport na welk effect ze zouden hebben op de beroepsmatige verpleging en verzorging. Gegeven deze effecten zal de toekomstige zorgverlening, volgens het rapport, worden geconfronteerd met drie agendapunten, te weten of:

- de zorg moet worden gegeven en georganiseerd als afzonderlijke zorgtaken dan wel als bijeenhorende zorgtaken,
- zorgverleners afhankelijk of onafhankelijk van instellingen werkzaam en georganiseerd zullen zijn, en
- de zorgrelatie er een van dienstverlening of zorgzaamheid zal zijn.

In onze bijdrage aan de discussie naar aanleiding van *Een verzorgde toekomst* wordt duidelijk gemaakt dat het rapport inderdaad een grondige studie en een toegang tot een principiële discussie biedt. We gaan in op enkele fundamentele punten, met als kernvraag of het uitgaan van bestaande ontwikkelingen niet problemen handhaaft die uiteindelijk juist ongunstig zijn voor de professionaliteit van de zorg.

Ten eerste valt in het rapport een procedurele benadering op. De bedoeling van de opstellers is op grond van empirische gegevens mogelijkheden te formuleren, aan de hand waarvan partijen in het veld hun eigen inhoudelijke beleidskeuzen kunnen maken. Zo'n neutrale en onpartijdige benadering lijkt op het eerste gezicht aantrekkelijk, maar er zitten enkele haken en ogen aan. De vraag is of zo'n procedurele benadering al niet bepaalde keuzen, een bepaalde visie veronderstelt. Zo schuilt er een zekere beheersingsgedachte in

het opstellen van scenario's; ook dringt het partijen in het veld tot nadenken over keuzemogelijkheden in heel specifieke termen. Verder: laat de procedurele benadering niet open wat in de praktijk door de structuur van de zorgverlening wordt ingeperkt? Biedt zij genoeg weerstand tegen de eigen dynamiek van wetenschap en technologie, economie en politiek in de zorg?

Ten tweede zijn vragen te stellen bij de manier waarop de dimensies van de zorgwerkelijkheid worden teruggebracht tot assen in een matrix. Uiteraard is in elk model een zekere versimpeling noodzakelijk. Maar is elke versimpeling niet een selectie op grond van een visie? Welke is dat in dit geval? De reductie van maatschappelijke aspecten tot een politiek-bestuurlijke dimensie, en deze tot een as tussen centrale versus individuele regie, evenals de reductie van de beroepsdimensie tot een as tussen objectieve en subjectieve verantwoording, bergt onzes inziens de momenteel heersende mens- en maatschappij-opvatting in zich, namelijk de (neo-)liberale. En dat is niet alleen een opvatting die als zodanig niet verantwoord wordt, maar waar ook - zeker in verband met de zorgverlening - het één en ander op af te dingen valt. Zo gaat deze opvatting over het algemeen voorbij aan de eigen gelaagdheid van het 'maatschappelijke middenveld' (waartoe het leeuwendeel van de zorgverlening behoort). Daardoor zal de zorgverlening niet naar haar eigen bedoelingen en maatstaven functioneren, maar naar hetzij individuele belangen (economie) dan wel collectieve krachten (politiek). Ook de specifieke samenhang tussen de individuele situatie van de patiënt en de deskundigheid van de professional wordt op deze typisch liberale manier versimpeld: objectief versus subjectief. Die tegenstelling brengt de professionele integratie van behoefte en deskundigheid juist *niet* in beeld en suggereert keuzemogelijkheden die niet los verkrijgbaar zijn.

Ten derde lijkt het openlaten van de gesuggereerde keuzemogelijkheden tot deprofessionalisering te leiden. Als de uitvoering en organisatie van de zorgverlening worden gestuurd door allerlei beleidsdoelen, dan heeft de professional kennelijk niet primair een eigen antwoord op wat er in de zorg moet gebeuren. Als de ene partij voor centrale regie opteert en een andere voor behoeftegestuurde zorg, wat heeft de professional dan in handen om te zeggen in hoeverre iets wel of niet bevorderlijk is voor goede zorg? Maatgevend is dan de wens van de patiënt, of van de instelling, of van de overheid, of wat dan ook, maar niet de eigen verantwoordelijkheid van de professional.

Onze conclusie is dat beleidsvoorstellen in de zorgverlening niet heen kunnen om een analyse van de eigen aard van de zorgverlening. Hoe bepalen zorgverleners wanneer zij hun werk wel of niet goed kunnen doen? In onze bijdrage geven wij een aanzet tot zo'n analyse, gebaseerd op wat in het rapport ontbreekt, namelijk een idee van wat past bij - of geschikt is voor - goede zorgverlening. Dit heeft alles te maken met de manier waarop het zorgen voor mensen gekenmerkt wordt door gegevenheden van het menselijk bestaan, zoals kwetsbaarheid, afhankelijkheid en sterfelijkheid en de *ethische intentie* elkaars vermogen om als mens te leven, te bewaren en te bevorderen. Dit vraagt leiding, organisatie en beleid om zulke zorg tot haar recht te laten komen. Op grond van die inzichten - en het inzicht dat zorgverlening niet anders dan levensbeschouwelijk verankerd kan zijn - besluiten wij met enkele opmerkingen over de genoemde drie agendapunten voor de toekomst van de zorgverlening.

DE TOEKOMST VAN DE ZORG IN REGIE?

1. Inleiding

In de hedendaagse gezondheidszorg voltrekken zich ontwikkelingen, die samenhangen met diepgaande veranderingen in onze hedendaagse samenleving als geheel. Ook de verpleging, een belangrijke beroepsgroep in de gezondheidszorg, kan zich niet aan deze ontwikkelingen onttrekken. Belangrijk binnen deze beroepsgroep is de emancipatie uit haar ondergewaardeerde positie in de gezondheidszorg. Traditionele kwaliteiten (of beelden daarvan) als toewijding, onbaatzuchtigheid, belangeloosheid, opofferingsgezindheid, of bewogenheid, kregen daardoor een slecht onthaal. Positief gezegd, in het kader van professionalisering werd gestreeft naar hogere maatschappelijke status, een grotere financiële waardering, een betere juridische garantie van hun positie, en een steviger theoretische onderbouwing. Met 'empowerment' van de verpleegkundige, zoals de boodschap wel luidt, zou uiteindelijk hogere kwaliteit van zorgverlening gediend zijn. Het rapport van de commissie 'Positiebepaling beroep van verpleegkundige en verzorgende' kan als voorbeeld gelden.¹

Intussen heeft 'empowerment' ook haar critici. Verhoging van inkomen, status, autonomie en theoretische kennis zijn doelen op zichzelf geworden, zo zou men deze kritiek kunnen duiden, en de kwaliteit van zorg of de patiënt-verpleegkundige-relatie loopt daardoor juist gevaar. (Zo stelde mevrouw J.A. van den Brink-Tjebbes in 1975 al vast dat er wel wordt gepleit voor verpleegkundige wetenschap, zonder dat duidelijk wordt gemaakt wat er eigenlijk verpleegkundig aan is).² Er is sprake van verwetenschappelijking, vertechnisering, verjuridisering en vereconomisering; een eigen dynamiek van de gezondheidszorg, die de kwaliteit van het primaire proces niet verhoogt maar bedreigt. Deze verzakelijking leidt eerder tot vermindering van de gerichtheid op het belang van de patiënt. De intentie om zorg te verlenen aan mensen buiten de eigen kring, traditioneel door de joods-christelijke levensbeschouwing verkondigd, wordt ondermijnd. Het gevolg is dat zorg een toegepaste wetenschap, een technisch produkt, een gesloten overeenkomst, een betaalde service, kan zijn.³

Niet zelden wordt deze discussie gevoed door een zeker ressentiment - hetzij tegen emancipatie, hetzij tegen traditie - en vertroebeld door karikaturen. Hoe dit ook zij, intussen roept zij de vraag op hoe het zit met de grondslagen waarop het zorgverlenen gebaseerd is. Wat zijn de principes op grond waarvan men het zorgverlenen rechtvaardigt? Betekent professionalisering dat men traditionele principes als barmhartigheid en naastenliefde moet loslaten ten faveure van principes die worden aangedragen door wetenschap en techniek, economie en recht? En betekent een beroep op wetenschap en techniek, economie en recht, per se verzakelijking van de zorg? Kortom, hoe dienen we professionele zorgverlening te verantwoorden en te praktiseren?

Lang werd deze discussie gevoerd in termen van financieel-economische stelselherzieningen en/of medisch-epidemiologische ontwikkelingen.⁴ Weinig (*te weinig?*) werd in

¹ Commissie Positiebepaling beroep van verpleegkundige en verzorgende, *In hoger beroep. Een perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*, Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.

² J.A. Tjebbes, *De theorie van de verpleegkunde naar haar aard en functie gedacht*, Lochem: De Tijdstroom, 1975.

³ Vgl. A. Bradshaw, *Lighting the Lamp. The Spiritual Dimension of Nursing Care*, London: Scutari, 1994.

⁴ D. Ruwaard, P.G.N. Kramers (red.), *De som der delen. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*,

deze discussie gevraagd naar de positie en de bijdrage van de zorgverlenende beroepen. Wat betekenen zij voor de kosten en voor de 'opbrengsten' van de zorg? Wat kan men doen om hun bijdrage te optimaliseren? Dergelijke vragen werden niet vaak gesteld. Met de emancipatie van zorgverleners wordt de zorg echter meer en meer een maatschappelijk en politiek item. Op zowel micro-, meso- als macroniveau kunnen in de zorgverlening nog belangrijke ontwikkelingen en beleidsbeslissingen verwacht worden. Bijvoorbeeld, kan zorgverlening in kortlopende, afzonderlijke voorzieningen aangeboden worden, of blijft een zorgrelatie een aaneengesloten één-op-één traject? Of, hoe zelfstandig zijn zorgverleners ten opzichte van zorginstellingen? En, kan zorgverlening blijven bestaan als medemenselijk hulp, of is het een kwestie van serviceverlening?

Op beleidsniveau worden deze vragen in zorgverlenend Nederland sinds 1997 besproken in termen van toekomstscenario's voor de verpleging en verzorging, een analyse-instrument dat wordt geschetst in de studie *Een verzorgde toekomst*.⁵ Dit onderzoek werd in opdracht van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en de vakgroep Verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht, en werd mede gefinancierd door het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV). Het is een grondig werk, dat de taal voor de komende jaren spreekt. De ontwikkelingen en de scenario's die er in worden beschreven spreken velen aan, en er zijn zelfs die menen dat politieke partijen in feite de invulling van een van die scenario's propageren.⁶ Kortom, een rapport dat in belangrijke mate bepalend is voor het debat en beleid in de Nederlandse verpleging en verzorging. Een rapport dat ook in die zin niet het zoveelste is, dat het een ingang biedt voor (zoals het zelf zegt) 'principiële discussie' en 'gestructureerde opinievorming' over fundamentele zaken in de zorgverlening.

Dergelijke discussies hebben onze interesse, omdat het daarin gaat om beleid waarbinnen verantwoorde zorgverlening gestalte moet krijgen.⁷ Daarover werd in verband met de stelselherziening in de gezondheidszorg eerder gepubliceerd in *De grenzen bereikt* en *De grenzen gewaardeerd*,⁸ en recenter in de studies *Professioneel beheerst* en *Profijt of professie?*⁹ Op het gebied van de verpleegkunde werd gewerkt aan *Zorg dragen* en *Verpleegkundige verantwoordelijkheid*.¹⁰ Centraal in deze studies staat onder meer de vraag naar de kern van professionaliteit: is dat niet beroepsmatig handelen met de ethische

Bilthoven: RIVM/Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997; J.J. Polder et al., *Kosten van ziekten in Nederland 1994*, Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, 1997 en vele andere.

⁵ H.R. Boeije, A.W.L. van den Dungen, A. Pool, M.H.F. Gryphonck, P.A.H. van Lieshout, *Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging* (Scenarioreport in opdracht van de STG en mede gefinancierd door het LCVV), Utrecht: De Tijdstroom, 1997. Paginanummers in de tekst verwijzingen naar dit rapport.

⁶ J. Kersten & T. van de Pasch, 'PvdA geeft invulling aan wijkscenario', *TvZ* 108 (1998) 10, 308-312.

⁷ Op die manier lezen wij ook K.A. de Jong, B. Eerland-van Vliet, *Positionering van de verpleging. Discussienota BVV/CFO*, Den Haag: CFO, 1998.

⁸ Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen bereikt*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1988, en idem, *De grenzen gewaardeerd*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1993.

⁹ J. Hoogland et al., *Professioneel beheerst*, Ede: Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (wetenschappelijk rapport nr. 12), 1996; J.J. Polder et al., *Professie of profijt?*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1997.

¹⁰ B.S. Cusveller (red.), *Zorg dragen. Naar een christelijke visie op zorg*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1996; B.S. Cusveller (red.), *Verpleegkundige verantwoordelijkheid*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn (in voorbereiding).

intentie het welzijn van de patiënt te bevorderen?¹¹ De discussie over toekomstscenario's biedt interessante aanknopingspunten voor een verdergaande bezinning op verantwoord handelen binnen de zorgverlenende beroepen. Met het oog op beleidmakers, onderzoekers, docenten, leidinggevend en praktizerende verpleegkundigen beogen wij een analyse te bieden van het soort discussie dat naar aanleiding van het rapport over de toekomst van de zorgverlening wordt gevoerd.

De opzet van deze bijdrage is als volgt. In het eerste deel bespreken wij:

- een korte weergave van het rapport *Een verzorgde toekomst* (par. 2),
- enkele onuitgesproken uitgangspunten in dat rapport (par. 3),
- de manier waarop het rapport assen en scenario's opstelt (par. 4), en
- professionaliteitsopvattingen in het rapport (par. 5).

Op grond van onze bevindingen willen we in het tweede deel aandacht vragen voor:

- de basis van professioneel handelen in kenmerken van het mens-zijn (par. 6),
- enkele gevolgtrekkingen voor de discussie over professionaliteit (par. 7), en
- conclusies en aanbevelingen inzake de toekomst van de zorgverlening (par 8).

Hier en daar zijn in kleine letters toelichtingen opgenomen, die kunnen worden overgeslagen zonder de hoofdlijn van het betoog te missen.

DEEL I

2. Korte beschrijving van het rapport

In het kort gaat het in *Een verzorgde toekomst* om het volgende. Vraag en aanbod op het terrein van de verpleging en verzorging zijn que aard en omvang volop in beweging in onze samenleving. Principiële discussie en gestructureerde opinievorming over de richting van de ontwikkelingen in verpleging en verzorging is gewenst, aldus de auteurs. Het rapport beoogt een aantal van die bewegingen "op een rij en in perspectief" te plaatsen.

Het doet dat met behulp van zogenoemde toekomstscenario's (p. i, p. 1). Dat zijn modellen van de werkelijkheid die een uitgangssituatie, een eindsituatie, en een ontwikkeling van uitgangssituatie naar eindsituatie schetsen (p. 2). Dat gebeurt op basis van empirische gegevens over ontwikkelingen in het recente verleden. Het zijn explorerende scenario's, "waarin mogelijke toekomstige ontwikkelingen worden beschreven uitgaande van het heden".

De scenario's voor verpleging en verzorging worden verkregen door ontwikkelingen in de zorgbehoefte en het zorgaanbod te analyseren en vervolgens de twee voornaamste dimensies binnen die ontwikkelingen uit te zetten op twee assen (elk tussen twee uitersten). Wanneer deze assen worden gekruist, ontstaat een matrix met vier kwadranten; deze worden opgevat als toekomstscenario's. Dat zijn modellen van de manier waarop de zorgverlening zich in de toekomst zou kunnen ontwikkelen (p. 7-8). Dat klinkt abstract (en dat is het ook), maar een afbeelding kan dit verhelderen (onderaan deze paragraaf).

Om de bedoelde twee dimensies te bepalen, zijn grondige basisanalyses verricht van maatschappelijke processen in de zorgbehoefte en van het zorgaanbod in Nederland. Zo blijken op de zorgbehoefte met name twee maatschappelijke ontwikkelingen van onzekere

¹¹ Meer in het algemeen verantwoordde het Lindeboom Instituut haar wijze van ethiek-beoefening in H. Jochemsen, G. Glas, *Verantwoord medisch handelen*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1997.

maar grote invloed te zijn,¹² namelijk de veranderingen in de sociale steun voor de patiënt en in de zelfstandigheid van de patiënt ten opzichte van zorgverleners. Deze zullen in de toekomst sterk bepalen hoeveel en wat voor soort zorg er voor mensen moet zijn, alsmede hoe deze georganiseerd moeten worden (p. 37-38). Wat betreft het zorgaanbod kan worden onderscheiden tussen patiënten met een enkelvoudige en patiënten met een meervoudige zorgbehoefte. Dit bepaalt of het zorgaanbod aan een patiënt 'smal' (enkele toegespitste en afgebakende zorgfuncties) moet zijn, of juist 'breed' (meerdere flexibele en niet strikt afgebakende zorgfuncties). Het is van onzekere maar grote invloed op de toekomstige richting van de zorgverlening hoe deze onderscheiden vormen van zorgaanbod zich zullen ontwikkelen (p. 63-65).

Wanneer wordt gekeken naar de ontwikkelingen binnen de zorgverlenende beroepen, valt op dat genoemd onderscheid in zorgfuncties parallel loopt met ontwikkelingen in de verpleegkunde (de kennis en kunde) en in de verplegingswetenschap (onderzoek en theorievorming). Op beide niveaus lijken namelijk twee hoofdstromingen te bestaan. De ene stroming betreft de ontwikkeling van professionele competenties om het functioneren van de patiënt in objectieve, uniforme en universele termen te benaderen ('diagnose-gestuurde' zorg). De tweede betreft een subjectivistische stroming die vooral is gericht op de behoefte die wordt bepaald door unieke betekenis die de patiënt aan zijn ziekte geeft ('behoefte-gestuurde' zorg). Deze twee stromingen "staan in relatie tot" de praktijk: technische interventies en oog voor integrale zorg staan naast elkaar en dat zal zo blijven (p. 81-84, 169-170).¹³

In het maatschappelijke proces van de professionalisering van de zorgverlenende beroepen kan men zodoende onderscheiden tussen de neiging zich op te stellen als gespecialiseerde zorgverleners met scherp afgebakende functies, die zich vooral met de medische professie identificeren, en de neiging zich op te stellen als flexibele, breed inzetbare zorgverleners, die zich vooral met de patiënt identificeren. Dit maakt weer groot verschil voor de wijze waarop managers de zorgverlening organiseren (p. 89-90). Ook de richting waarin de beroepsgroep zich zal ontwikkelen is aldus onzeker, maar van groot belang voor de toekomst van de zorgverlening. Een inhoudelijke voorkeur voor een van beide benaderingen wordt in het rapport vermeden.¹⁴

Tenslotte is van belang dat de organisatie van de gezondheidszorg, waaronder het opleidings- en financieringsstelsel, aan verandering onderhevig is. Ook dat is een belangrijke en onzekere factor in de toekomstige ontwikkeling van de zorgverlening. Verandering in organisatie en opleiding ('modernisering') heeft te maken met de afstemming van zorg op de patiënt, de financiering van de zorg, de kwaliteit van voorzieningen, en de zeggenschap van patiënten over de zorg (p. 152-153).

De auteurs van het rapport concluderen na deze basisanalyse, dat genoemde ontwik-

¹² 'Onzeker en groot': in ontwikkelingen die vrij zeker zijn (zoals bevolkingsgroei) hoeft niet gekozen of gestuurd te worden, en invloeden die klein zijn hoeven niet meegewogen te worden. Het gaat in scenario's dus om ontwikkelingen (zoals mentaliteitsveranderingen) waarvan de invloed groot en onzeker ofwel 'kritisch' is (p. 8).

¹³ De beweringen dat verplegen een beroep is met een dualistisch karakter en dat dit een belangrijk vraagstuk zal blijven (p. 83-84), zijn geen weergave van stromingen of visies, maar uitspraken van de auteurs over de aard van de zorgverlening; het is *hun visie* (perspectief) dat de zorg dat karakter heeft.

¹⁴ Maar zie A. Pool, M. Grypdonck, 'Twee oriëntaties in de verpleegkunde', *TvZ* 107 (1997) 10, 292, en A. Pool, 'Zingeving en verpleegkundige beroepsuitoefening', *TvZ* 107 (1997) 17, 487-491, waarin twee van de auteurs van dit rapport de beroepsdimensie uitwerken. Daar noemen zij diagnosegestuurd verplegen een 'oud beeld' en 'traditioneel', en behoeftegestuurd verplegen een 'nieuwer beeld', een 'creatief proces' en 'niet betuttelend'.

kelingen beschreven kunnen worden in termen van twee dimensies.

(1) De sociaal-culturele en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de veranderingen in de sociale omgeving en in de emancipatie van de patiënt, en de veranderingen in opleidings- en financieringsstelsel van de zorg, worden gezien als "de functies van verpleging en verzorging in de maatschappelijke context" van de zorg (p. 157). Deze 'functies' worden gezien als "de politiek-bestuurlijke dimensie" (p. 160) van de zorgverlening. Dat is de dimensie van "de toekenning van invloed" (p. 160), of "het niveau in de samenleving waar de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg is neergelegd" (p. 161) inzake opleidingen, kwaliteit, toegankelijkheid en organisatie (p. 162). Deze dimensie wordt tenslotte gezien als "de tegenstelling tussen individuele en collectieve zeggenschap" (p. 159) of "centrale regie versus individuele regie" (p. 161). De tekst geeft niet precies aan vanwaar ontwikkelingen, functies, dimensies en tegenstelling met elkaar geïdentificeerd kunnen worden.

(2) Ontwikkelingen in zowel de opvatting als de invulling van de zorgverlening spelen langs de dimensie van de uitoefening of activiteit van het beroep, ofwel de "beroepsdimensie" (p. 157). In de beroepsopvatting (wat zorgverleners moeten doen) kan men gericht zijn op enkelvoudige zorgbehoeften, maar ook op meervoudige zorgbehoeften (p. 158). In de beroepsinvulling (hoe ze het gaan doen) zien we een gerichtheid op heldere, objectief meetbare en algemeen geldige omschrijvingen van specifieke zorgfuncties, naast een gerichtheid op coördinatie en continuïteit van op de subjectief beleefde situatie van de patiënt afgestemde combinaties van zorgfuncties (p. 158). De beide oriëntaties worden dus gesignaleerd in zowel de verpleegpraktijk, de verpleegkunde, de verplegingswetenschap, als de maatschappelijke profilering: een rationele, afgebakende en taakgerichte positie ('diagnose-gestuurde zorg'), naast een interpreterende, multi-disciplinaire en patiëntgerichte positie ('behoefte-gestuurde zorg') (p. 159). Beide oriëntaties worden ondergebracht in 'de beroepsdimensie', die vervolgens wordt ondergebracht in (een lijn tussen) twee posities, die "kunnen worden beschouwd als een reactie op elkaar", p. 167. De tekst vermeldt niet met zoveel woorden hoe en waarom men een en ander bijeen kan nemen en als uitersten of tegenstellingen kan opvatten.

Wanneer nu in een model de politiek-bestuurlijke dimensie haaks wordt gezet op de beroepsdimensie, met ieder hun twee uitersten, ontstaat een assenstelsel met vier kwadranten. Die vier kwadranten nu vormen de scenario's:

- diagnose-gestuurd en centrale regie (het indicatie-scenario),
- diagnose-gestuurd en individuele regie (het verzekerings-scenario),
- behoefte-gestuurd en centrale regie (het wijk-scenario),
- behoefte-gestuurd en individuele regie (het service-scenario).

Na een gedetailleerde uiteenzetting van elk van de scenario's (die wij hier buiten beschouwing laten), sluit het rapport af met een agenda voor de toekomst van de zorgverlening (p. 209-213). Daarop prijken drie vraagstukken, op resp. macro-, meso- en micro-niveau.¹⁵ Zienswijzen op deze agendapunten zullen samenhangen met de positie die men inneemt in de matrix.

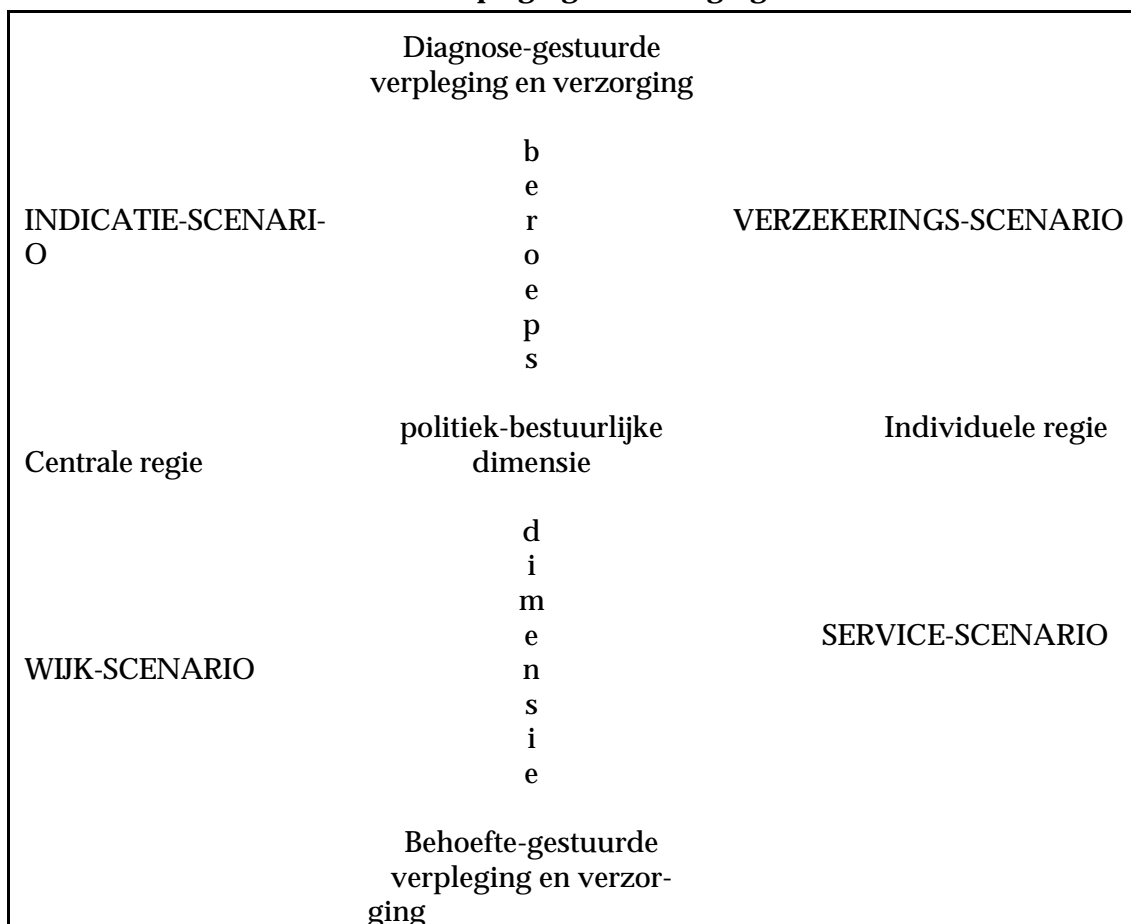
- Het eerste is of de zorg in afzonderlijke of aaneengesloten zorgfuncties moet worden aangeboden en georganiseerd. Indicatiestelling en financieringsstelsel zijn hier verweven.
- Het tweede is of de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg bij het management van instellingen ligt of bij de professionals. Instellingsbeleid en zorgbeleid zijn

¹⁵ De agendapunten zijn overigens historisch gegroeid; ze volgen niet uit de scenario-systematiek.

hier verweven.

- Het derde is of de individuele zorg wordt verleend als moreel dienstbetoon of als zakelijke dienstverlening. De vraag is in hoeverre zorgvragers in de toekomst kunnen en willen worden benaderd vanuit een zorgmodel, resp. een dienstmodel.

Assenstelsel van scenario's voor verpleging en verzorging



Boeije et al. 1997, p. 160

3. Impliciete keuzen

Wat beoogt het rapport? De verpleging en verzorging in Nederland is verdeeld, zouden we kunnen zeggen, en het toekomstrapport wil daarin enige eenheid (helpen) brengen. Of: over de zorg is een debat gaande tussen uiteenlopende opvattingen en het rapport wil daarin enige eensgezindheid brengen.

"Dat schept de mogelijkheid om de vraag naar de ontwikkeling van verpleging en verzorging zo te stellen dat een meer principiële discussie gevoerd kan worden over de richting die wenselijk is. ... De scenario's zijn manieren om gestructureerd een opinie te kunnen vormen over mogelijke en wenselijke toekomstrichtingen van de verpleging en verzorging" (p. i)

Het project van de toekomstscenario's beoogt kortom principiële discussie en gestructureerde opinievorming over de toekomst van de zorg mogelijk te maken.

"Met dat doel worden wetenschappelijke analyses uitgevoerd en worden op basis van argumenten mogelijke toekomstbeelden (1994-2010) van verpleging en verzorging geconstrueerd. De scenario's willen een empirische basis geven aan de discussie die wordt gevoerd. Hierdoor kunnen meningen en oordelen gevormd worden op basis van onderzoeksgegevens en niet op onjuistheden en veronderstellingen" (p. 5)

Door empirische gegevens te bieden, willen de auteurs de discussie binnen en tussen partijen in het veld faciliteren met voor ieder aanvaardbare uitgangspunten.

"Met het doel de discussie te stimuleren zijn explorerende scenario's ontwikkeld, waarin mogelijke toekomstige ontwikkelingen worden beschreven uitgaande van het heden. Er is vermeden om wenselijk geachte eindsituaties tot uitgangspunt te maken ... zoals dit in strategische of doelstellende scenario's gebeurt. Gebruikmakend van de scenario's kunnen partijen in het veld ... hun eigen beleidsdoelen formuleren" (p. 5)

In de zorgverlening heersen uiteenlopende opvattingen over de gewenste toekomstige ontwikkeling. De auteurs willen in dit debat niet op basis van bepaalde belangen of visies stelling nemen, maar een instrument, een hulpmiddel ontwikkelen dat kan bijdragen aan beleidskeuzen; een procedurele benadering, zo men wil.

Dit doel is zonder meer belangrijk. Maar aangezien er meerdere wegen naar Rome leiden, rijst de vraag waarom de auteurs speciaal kozen voor de benadering waarvoor zij hebben gekozen, en in hoeverre zij daarmee een *geschikte* benadering hebben gekozen. Gezegd wordt hoe het verder zou *kunnen* gaan; uitdrukkelijk wordt vermeden te zeggen hoe het verder zou moeten gaan. "Welke richting ingeslagen zal worden, wordt bepaald door de keuze van de maatschappelijke krachten waarbij de verpleegkunde zich wil aansluiten", wordt gesteld.¹⁶ Maar die benadering, hoe onpartijdig ook ten opzichte van belangen en visies, is ook maar een benadering. Waarom is er voor gekozen? Dat een empirische benadering te prefereren is boven "onjuistheden en vooronderstellingen" (p. 5), is wel wat kort door de bocht.

Om één voorbeeld te noemen: volgens de epiloog van het rapport prijkt op de agenda van de zorgverlening het punt dat op microniveau zowel een zorgmodel als een dienstmodel van de relatie tussen zorgbehoevende en zorgverlener mogelijk is (p. 211). Het zorgmodel past volgens velen niet bij modernisering van de zorgverlening. En, wordt gesteld, in de discussie moet duidelijk worden of bijvoorbeeld verschillende categorieën patiënten volgens verschillende modellen benaderd zouden kunnen worden. Dat lijkt geformuleerd alsof geen standpunt wordt ingenomen. Maar er worden natuurlijk wel standpunten ingenomen: dat er deze twee modellen zijn (niet meer en niet minder), dat beide modellen elkaar uitsluiten, dat beide modellen bespreekbaar zijn, dat men in ernst kan verdedigen dat het zorgmodel niet bij moderniseren past, dat de mogelijkheid open moet blijven dat het zorgmodel verlaten wordt voor het dienstmodel, enzovoort. Maar waar komen die standpunten vandaan?

In iets andere woorden, om principiële discussie en gestructureerde opinievorming over de gewenste toekomst van de zorgverlening te stimuleren en te faciliteren, kiezen de auteurs voor een *bepaald* principiële niveau en een *bepaalde* structurering. Het 'in

¹⁶ Pool & Grypdonck 1997, 295.

perspectief plaatsen' van bewegingen in het veld gebeurt dus vanuit een bepaald perspectief op wat principieel is en wat geschikte structuren zijn. Maar welk perspectief is dat? En wat is er voor te zeggen? Wat zouden we bijvoorbeeld opschieten met de wetenschap dat partijen in het veld neigen naar één van de vier toekomstscenario's, het zogenoemde wijkscenario? Is het daarmee ook een *goed* scenario? Dus nogmaals, welk perspectief pleit voor een procedurele, empirische benadering (en tegen andere)? In het rapport wordt daarover niet zoveel gezegd. Althans, niet veel meer dan dat de discussie op grond van empirische gegevens moet worden gevoerd en dat iedere partij op grond van zijn eigen beleidsdoelen moet kiezen. Voor een werkelijk principiële discussie lijkt het ons echter belangrijk om dat perspectief op tafel te krijgen.

Wellicht zal iemand tegenwerpen dat er toch geen kwaad schuilt in de procedurele benadering van de toekomstscenario's, zolang de partijen uit het veld zelf hun eigen beleidsdoelen kunnen stellen? Er is toch niet gezegd dat de partijen gedwongen zijn één van de scenario's te kiezen?¹⁷ Dat lijkt wel zo, maar het probleem ligt dieper.

Allereerst wekken de scenario's bij velen wél de indruk dat men er één van moet kiezen; dat lijkt althans op te maken uit discussie over het rapport (onder meer in *TvZ* 1998) en uit de voorkeur voor het wijkscenario.¹⁸ (Sommigen reageren in de trant van 'Waarom hebben wij die scenario's niet in onze sector?').¹⁹

Ten tweede, ook al dwingt het rapport niet tot de keuze voor één scenario, de mogelijkheden die in discussie gebracht worden blijven vier voorgestructureerde opties. Discussie en keuzen vindt nu plaats in termen van deze scenario's (of combinaties ervan). In andere woorden, men is al bepaalde wissels gepasseerd. Alleen, hoe men op het punt belandt dat men deze keuzemogelijkheden bediscussieert, of men ze nu kiest of niet, is niet vanzelfsprekend. Dit veronderstelt impliciete keuzen, een visie.

Ten derde, het aanbieden van vier toekomstscenario's suggereert dat het om opties gaat die naar believen gekozen kunnen worden, al naar gelang de beleidsdoelen die men heeft.²⁰ Dat is nog maar de vraag. We hebben het over een historisch gegroeide en maatschappelijk vormgegeven zorgpraktijk, waar sommige in abstracto geconstrueerde keuzemogelijkheden misschien helemaal niet goed bij passen. Het is voorstelbaar dat uiteenlopende aandoeningen, praktijken en organisatieniveaus tot uiteenlopende keuzen dringen: in een academisch ziekenhuis vragen zorg en beleid heel andere benaderingswijzen en keuzen dan in de thuiszorg. Dat zullen de auteurs niet ontkennen; maar dan staat het opstellen en al dan niet kiezen van scenario's en beleidsdoelen de partijen veel minder vrij dan gesuggereerd.

De empirische benadering van de zorg aan de hand van scenario's blijkt niet zuiver procedureel of visievrij te zijn. Met name de laatste twee punten, welke wissels de scenario's gepasseerd zijn en in hoeverre ze 'optioneel' zijn, vormen aanleiding dieper in te gaan op de wijze waarop ze geconstrueerd zijn. Daarin worden keuzen gemaakt op grond van een bepaalde visie op de werkelijkheid van de zorgverlening, waarmee wij in discussie willen treden.

¹⁷ Vgl. T.A.J. Oostrom, 'Heeft het wijkscenario toekomst?', *TvZ* 108 (1998) 10, 317-320.

¹⁸ A. Bouhuis, 'Politiek en verpleging spreken niet dezelfde taal', *TvZ* 108 (1998) 5, 134-138; Oostrom 1998, 318.

¹⁹ M. Adriaansen, 'Een verzorgde toekomst voor de GGZ?', *TvZ* 107 (1997) 11, 308.

²⁰ Vergelijk het argument van Charles Taylor dat iemands identiteit (het beeld van wie je bent) en ethische posities (het beeld van hoe je geacht wordt te handelen) niet naar willekeur gekozen worden, maar altijd ontologische posities (een beeld van de werkelijkheid) met zich meebrengen. Zie over deze 'inescapable frameworks' C. Taylor, *Sources of the self*, Cambridge University Press, 1989, 3-8.

4. De assen

Bij de ontwikkeling van toekomstscenario's willen de auteurs van het rapport uitgaan van empirische gegevens over bestaande ontwikkelingen in de zorgverlening en evaluaties daarvan vermijden. Uiteraard kan er geen discussie zijn zonder kennis van het heden. Niettemin komt de vraag op in hoeverre door deze benadering bepaalde bestaande ontwikkelingen in nieuw beleid gehandhaafd zullen blijven. Met andere woorden, in hoeverre betekent de intentie om geen oordeel te geven over bepaalde ontwikkelingen, dat de scenario's worden gebaseerd op ontwikkelingen waarvan nog open staat in hoeverre die de zorgverlening recht doen? In dit verband willen wij vooral ingaan op de manier waarop de horizontale (4.1) en verticale as (4.2) van de matrix geconstrueerd en vervolgens gekruist worden (4.3).

4.1 De politiek-bestuurlijke as

Op de horizontale as van de matrix staan centrale regie en individuele regie tegenover elkaar. Er zijn in de professionele zorgverlening, naast vele andere, inderdaad verschillende maatschappelijke en organisatorische dimensies aan te geven. Zo is er de betekenis van de maatschappij voor de zorg (bijvoorbeeld politieke beslissingen) en de betekenis van de zorg voor de maatschappij (bijvoorbeeld tegengaan van de arbeidsongeschiktheid). Iets anders is het om zulke dimensies weer te geven als *een* as tussen twee *tegengestelde* polen, waarop politiek-bestuurlijke dimensies van de zorgverlening gesitueerd wordt in termen van *regie*. Dat zijn drie stappen om de organisatorische of politiek-bestuurlijke dimensie weer te geven, die niet van zelf spreken (er zijn ook andere denkbaar).

Deze stappen in de constructie van de horizontale as worden in het rapport nauwelijks verwoord (vgl. par. 3), maar zijn wel veelzeggend. De auteurs appelleren kennelijk aan een zekere vanzelfsprekendheid van de tegenstelling tussen individu en collectief en de karakterisering van politiek/bestuur als regie. Maar die vanzelfsprekendheid lijkt ons voornamelijk voort te vloeien uit een specifieke, in onze samenleving gangbare maatschappij-opvatting, namelijk de (neo)-liberale. Dit is de opvatting die de samenleving primair weergeeft als een verzameling individuen, die onderling besluiten regelingen te treffen en strikt onderscheiden tussen de individuele privé-sfeer en de publieke sfeer van het collectief. In deze opvatting is collectief gelijk aan centraal, zoals het rapport zegt: "Centrale regie betekent dat er ... collectieve arrangementen ... worden ingevoerd" (p. 163). De tegenstelling tussen individu en collectief waartoe het rapport de politiek-bestuurlijke dimensie van de verpleegkundige werkelijkheid comprimeert, is een tegenstelling voor zover men uitgaat van deze liberale maatschappij-opvatting.

In de liberale opvatting worden andere structuren in de samenleving in feite gezien als afgeleid van de afspraken die individuen onderling maken om de samenleving te organiseren. Maatschappelijke structuren als het beroepsorganisaties, gezin, kerk en gezondheidszorg zijn in deze maatschappij-opvatting constructies waartoe individuen op grond van privé-overwegingen kunnen besluiten en die verder geen wezenlijke eigenstandigheid hebben. Als de nadruk ligt op collectieve regie hebben individuen minder keuzevrijheid, en als de nadruk ligt op individuele regie wat meer (p. 165). Maar de centrale gedachte blijft: als burgers anders willen, kunnen die samenlevingsstructuren veranderd worden.

Het collectieve maatschappelijke leven (met name de staat) is een publieke aangelegenheid die in de neo-liberale opvatting tot stand gebracht moet worden op grond van algemeen toegankelijke overwegingen, niet op grond van normatieve perspectieven. Daarom wordt in deze maatschappij-opvatting verondersteld dat in de publieke sfeer van de maatschappij slechts op een bepaalde manier over zaken van 'centraal' belang gediscussieerd en besloten mag worden. Deze spelregels houden in, dat in de collectieve, publieke sfeer alleen gediscussieerd en besloten mag worden (over collectieve en publieke zaken) op grond van overwegingen en argumenten die door het collectief gedeeld worden. Principes en perspectieven die niet gemeenschappelijk gedeeld worden (vanwege godsdienstige tradities, bijvoorbeeld), zijn de zaak van het individu en mogen alleen een rol spelen in de privé-sfeer. Vandaar dat de overheid (publieke sfeer) zich in de liberale samenleving geen zedenmeester wil tonen en zich neutraal (geïnterpreteerd als *afzijdig*) wil opstellen tegenover de verscheidenheid aan levensbeschouwelijke en ethische opvattingen. Zo beweerde Minister Borst onlangs nog dat instellingen op een levensbeschouwelijke grondslag alleen op erkenning kunnen rekenen als de levensbeschouwing ook ten grondslag ligt aan de aandoening waarvoor patiënten in die instelling worden opgenomen.²¹ Normatieve overwegingen waarover in de samenleving dissensus bestaat, kunnen volgens het liberale schema beter niet betrokken worden bij beleid. Daarover komt men tot consensus op grond van formele principes als wetenschappelijke of economische gegevens (procedurele rationaliteit), die vervolgens op maatschappelijke praktijken als zorgverlening worden toegepast.²²

Op deze liberale maatschappij-opvatting is veel kritiek mogelijk (en gegeven). Zo is er bijvoorbeeld de kritiek dat zorg daarin vooral als een privé-aangelegenheid wordt beschouwd en daardoor buiten het blikveld van openbaar beleid blijft.²³ Hier willen wij echter vooral de vraag opwerpen in hoeverre de beroepsmatige zorgverlening zich goed in dat schema laat passen. Hebben maatschappelijke praktijken als de zorgverlening niet hun eigen principes en plaats in de samenleving, die noch geheel collectief, of individueel, noch geheel publiek of privé zijn? Zo zegt het rapport: "Individuele *kunnen* de regie overdragen aan collectiviteiten die als groep optreden en de verantwoordelijkheid overnemen. Voorbeelden zijn ziektekostenverzekeraars, werkgevers, vakbonden of patiënten/consumentenorganisaties" (p. 161, onze cursivering). Maar in de praktijk blijkt steeds dat ze dat niet zomaar *kunnen*, dat het uiterst lastig is zulke zaken naar believen te regelen, omdat men te maken heeft met allerlei in elkaar grijpende structuren die reeds bestonden om zulke zaken te regelen. Zorgverlening kan men maar tot op zekere hoogte naar believen regisseren; we zullen daarop terugkomen in Deel II.

Ook is het de vraag in hoeverre het de zorgverlening goed kan doen om normatieve perspectieven op te vatten als privé-opvattingen, zoals het neo-liberalisme wil. De praktijk van de zorgverlening wordt van oudsher geïnspireerd door ethische en levensbeschouwelijke tradities en gemeenschappen. Die zagen reden om op een

²¹ F. Koopmans, 'Minister Borst weigert opnieuw uitbreiding De Hoop', *De Hoop Magazine* 23 (1998) 4, 19; Th. Boer, 'Overheid moet inzien dat levensbeschouwing de zorg verdiept', *Trouw* 31 juli 1998.

²² Vgl. N.P. Wolterstorff, 'From liberal to plural', in: S. Griffioen, B. Balk (eds.), *Christian philosophy at the close of the XXth century*, Kampen: Kok, 1995, 201-214.

²³ Zie bijv. de bijdragen van M. Verkerk en H. Reinders in H. Manschot & M. Verkerk (red.), *Ethiek van de zorg*, Meppel: Boom, 1994.

*bepaalde manier bepaalde zorg voor bepaalde medemensen te geven, vaak tegen de opvattingen van individu en collectief in!*²⁴ Wanneer men deze normatieve perspectieven buiten beschouwing laat in beleid en debat in de zorgverlening, negeert men een belangrijke bestaansreden van de zorgverlening, alsmede een belangrijke verklaringsgrond voor de structuur van de zorgverlening. Een beroep op vooral empirische, wetenschappelijke onderzoeksgegevens is hiervoor bepaald een mager substituut. Dat eensgezindheid over publiek beleid bereikt wordt als we substantiële ethische en levensbeschouwelijke posities, of in de zorgverlening zorgvisies en conceptuele modellen, buiten beschouwing laten, berust op een drogreden.

In de eerste plaats kunnen uiteenlopende posities toch op bepaalde punten overeenstemmen en consensus mogelijk maken (wat nog weer iets anders is dan dat die posities of die consensus daarmee 'neutraal' zijn). In de tweede plaats zijn normatieve visies niet de enige factor die eensgezindheid in de weg kunnen staan; er zijn er zoveel: macht, inkomens- en statusverschillen, opleidingsniveau, ervaring, misverstanden, etc. Welke garantie is er dat de 'beleidsdoelen van de partijen in het veld' tot een bevredigende beleidsontwikkeling zullen leiden? Er is in dat opzicht op voorhand geen reden bepaalde normatieve posities uit te sluiten; sterker, dat is in strijd met het democratische gehalte van onze samenleving.

In de derde plaats, dat er dissensus bestaat over beleid komt op zich niet in mindering op goede zorgverlening. Kritiek, creativiteit en innovatie in de zorgverlening bestaan juist bij de gratie van verschillen in inzichten.

In de vierde plaats is het een illusie dat er ooit consensus was en ooit zal zijn. Consensus was en is nooit nodig voor beleid; een eerlijk tot stand gekomen meerderheid lijkt daar in onze democratie voldoende voor.

In de vijfde en laatste plaats, als normatieve visies op zorg geen bron van beleid kunnen zijn, komt alles aan op de draagkracht van een alternatieve bron. In onze samenleving is dat meestal de wetenschap (in het rapport de 'empirische gegevens') of toenemend wat volgens economen wenselijk is. Maar het is eveneens een illusie dat ieder op grond van zulke gegevens overtuigd kan worden van een beleid dat in de zorg ontwikkeld moet worden. Wat bepaalt bijvoorbeeld hoe belangrijk en relevant die gegevens zijn? Daarbij spelen normatieve perspectieven een rol.²⁵

Dat normatieve perspectieven verdeeldheid geven, kan geen reden zijn om ze uit te sluiten van debatten en beslissingen over beleid in de zorg. Neutraliteit of onpartijdigheid ten aanzien van normatieve perspectieven op zorgverlening hoeft niet te betekenen dat men zich afzijdig opstelt, dat wil zeggen dat *geen* zorgvisie kansen krijgt. Het kan ook betekenen dat men serieuze zorgvisies juist gelijkelijk *aanmoedigt* tot goede zorgpraktijken te komen.

Kortom, de spanning tussen centrale en individuele regie geeft een kunstmatige karakterisering van beleidsvorming in een maatschappelijke praktijk als de zorgverlening, los van de principes die er van oudsher aan ten grondslag liggen. Door de scenario's te baseren op recente processen in onze moderne samenleving, is er te weinig oog voor het historische en normatieve karakter van de zorgverlening.

²⁴ A. van Heijst, 'Compassie vanuit zorgethische en charitatief perspectief', *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 7 (1997) 2, 34-39.

²⁵ Vgl. R. Audi, N. Wolterstorff, *Religion in the public square. The place of religious convictions in political debate*, Lanham: Rowman & Littlefield, 1997.

4.2 De beroepsdimensie

Op de verticale as van de scenario-matrix zijn diagnose- en behoeftegestuurd zorgverleners geplaatst. Met deze as wordt de beroepsdimensie aangeduid, dat wil zeggen de manier waarop het beroepsmatig handelen als zodanig wordt opgevat en ingevuld. Zo'n dimensie lijkt er inderdaad te zijn in de zorgverlening. Maar ook hier is de vraag in hoeverre deze dimensie adequaat kan worden gecomprimeerd tot één één as met twee polen? Een rechtvaardiging hiervan wordt niet met zoveel woorden gegeven. Maar spreekt ze vanzelf (vgl. p. 157)?

Om deze dimensie in herinnering te brengen, de objectieve wijze om beroepshandelen te rechtvaardigen, zou geschieden door een beroep op feiten (door wetenschappelijk onderzoek verkregen algemeen-geldige kennis van regelmatigheden in 'het functioneren van mensen') en taakomschrijvingen - wat de patiënt aan zorg behoeft en hoe die gegeven moet worden - die zijn gestandaardiseerd. De verpleegkundige diagnostiek-beweging (NANDA) is een exponent van deze denkwijze, die zou stoelen op een positivistische wetenschapsopvatting.

Daartegenover zou het beroepshandelen ook op een subjectieve wijze gerechtvaardigd kunnen worden, dat wil zeggen met een beroep op de manier waarop ziekte en zorg betekenis wordt gegeven. Wat men - vooral de patiënt - wil, vindt of voelt, is de norm voor zorgverlening. Niet feiten of theorieën zijn hier doorslaggevend, maar individuele subjecten met hun unieke, situatiegebonden beleving. Wat men 'behoeftegestuurd' verplegen noemt is een exponent van deze denkwijze, die voornamelijk gepaard zou gaan met een hermeneutische of fenomenologische wetenschapsopvatting.

Gegeven de aard van de praktijk gaat deze tegenstelling voorbij aan tenminste twee onderscheidingen. Ten eerste,

- de klacht van de patiënt,
- de klinische vertaling daarvan door de zorgverlener, en
- de wetenschappelijke verwoording en onderbouwing van de klinische taal,

zijn drie heel verschillende niveaus in de zorgverlening, met elk hun eigen kenmerken en regels.²⁶ De diagnosegestuurde en de behoeftegestuurde benadering horen onzes inziens op het klinische niveau thuis. De positivistische resp. hermeneutische benadering in de verplegingswetenschap roept daar misschien associaties mee op. Maar een benadering op het ene niveau leidt niet dwingend tot een bepaalde benadering op het andere niveau. Men kan best de beleving van de patiënt hoog hebben en een positivistische wetenschapsopvatting aanhangen; evenzo kan men diagnoses hoog houden en een hermeneutische wetenschapsopvatting aanhangen. Wie deze niveaus negeert, schuift dingen bij elkaar die in de praktijk ongelijksoortig zijn.

Ten tweede zijn de diagnose- en behoeftegestuurde benaderingen op klinisch niveau altijd *tegelijk* aan de orde. Zorgverleners hoeven zich geenszins te vervreemden van de klacht van de patiënt door een klinische vertaling van die klacht. Die dubbelheid zit ook reeds in het woord 'klacht' zelf: er is iets met je en je hebt er last van. Als een patiënt slecht slaapt, gaat de verpleegkundige daar niet iets aan doen als dat niet iets voor de patiënt betekent; evenmin gaat zij alleen in op dat wat het voor de patiënt betekent,

²⁶ Jochemsen & Glas 1997, 102-108; P. Blokhuis, 'Bij de grenzen van verplegingswetenschap', *Philosophia Reformata* 61 (1996) 2, 160-174.

zonder er iets aan te doen (al kan dit laatste inhouden dat zij even niets doet).²⁷ Juist volgens het fenomenologische argument dat Pool en Grypdonck ergens aanvoeren, is er geen functioneren zonder beleving van het functioneren, en geen beleving zonder functioneren.²⁸ Natuurlijk is er verschil tussen persoonlijke, begrijpende en onpersoonlijke, technische verpleegkundigen. Maar dat hoeft helemaal niet te liggen aan een methodiek (laat staan aan een wetenschapsopvatting). Dat zal eerder te maken hebben met hun ethische grondhouding, en met de verpleegkundige/patiënt-relatie.

Het wordt dan ook niet duidelijk wat nu eigenlijk het verband is tussen behoeftegestuurd en diagnosegestuurd zorgverlenen. In welk opzicht zijn het precies *tegengesteld*? En, dientengevolge, wat voor soort tussenposities zijn nu mogelijk op de beoogde as. Staan de polen tegenover elkaar zoals de tegengestelden zwart en wit, warm en koud? In dat geval zijn er verschillende tussenposities denkbaar, vergelijkbaar met grijs en lauw. Maar de scenario-systematiek dwingt de tegenstelling juist sterk te benadrukken, wat de suggestie wekt dat de polen elkaar uitsluiten. Deze lijken tegenover elkaar te staan zoals de tegengestelden zwanger en niet zwanger. In dat geval zijn er echter geen tussenposities mogelijk, geen continuüm. In een ander artikel over de beroepsdimensie zeggen twee van de auteurs van het rapport:

"Natuurlijk zijn behoeftegestuurde zorg en diagnosegestuurde zorg ... polen van een continuüm en zijn er mengvormen mogelijk",

en tegelijk:

"Toch is het niet zo dat tegelijkertijd de voordelen van de behoeftegestuurde en de diagnosegestuurde zorg gerealiseerd kunnen worden ... Daarvoor spelen in beide vormen van zorg teveel processen die niet met elkaar verzoenbaar zijn".²⁹

Men blijft op twee gedachten hinken: is er nu een echte tegenstelling zodat er geen echt continuüm is, of is er niet een echte tegenstelling zodat er wel een echt continuüm is? Het probleem is dat een visie ontbreekt, die duidelijk maakt wat diagnosegestuurd en behoeftegestuurd verzorgen met elkaar verbindt en hoe beide zich op een as tot elkaar kunnen verhouden. Door bestaande ontwikkelingen in één dimensie te willen schuiven en tot een tegenstelling te willen maken, negeert men de gelaagdheid en de aard van de praktijk waarin beide benaderingen tezamen functioneren.

Ook hier geldt dat de bedoelde tegenstelling vooral aannemelijk is binnen een gangbare, maar niettemin heel bepaalde denkwijze, namelijk één die van tegenstellingen uitgaat als objectief-subjectief, functioneren-beleving, verstand-gevoel, en werkelijkheid-betekenis. De manier waarop het rapport de rechtvaardiging van handelen weergeeft, veronderstelt met andere woorden een klassiek onderscheid tussen feiten en normen. Dat is niet toevallig. Deze norm/feit-splitsing hangt samen met de liberale maatschappij-opvatting. Immers, beleid moet worden vastgesteld met een beroep op uitgangspunten waarover

²⁷ Wat aangeeft dat men in principe moet onderscheiden tussen de behoefte en de beleving van de patiënt. Wie zich alleen laat sturen door de beleving of de unieke betekenis die de patiënt aan zijn situatie hecht, dreigt natuurlijk volstrekt onprofessioneel bezig te zijn.

²⁸ Pool & Grypdonck 1997, 293.

²⁹ Pool & Grypdonck 1997, 295.

iedereen het, ongeacht uiteenlopende normatieve perspectieven, eens kan zijn. Objectieve, door wetenschappelijk onderzoek vastgestelde feiten lijken daarvoor de meest voor de hand liggende kandidaten.³⁰

Maar hoe zal worden vastgesteld wat een feitelijk goede manier van handelen is zonder een normatief perspectief op wat aanleiding geeft tot zorg en wat de bedoeling is van die zorg? Net zo min als objectief of subjectief kan worden vastgesteld wat een horloge is zonder idee van wat een horloge zou moeten doen,³¹ kan objectief of subjectief worden vastgesteld wat verantwoorde zorgverlening is zonder reden waarom überhaupt tot zorgverlening zou moeten worden overgegaan. Overigens suggereert genoemde tegenstelling dat beleidsbeslissingen aan de top (door de overheid) objectief zouden zijn en beleidsbeslissingen aan de basis (in de praktijk) subjectief. Het is de vraag of dat wel opgaat; soms krijgt men de indruk dat het eerder andersom is!

Wij zijn het geheel eens met de Groningers Bakker, Kastermans en Schout, die eveneens menen dat de tegenstelling tussen diagnosegestuurd en behoeftegestuurd niet overtuigt.³² Maar het is belangrijk om te zien waar het probleem vandaan komt. De scenario's handhaven het uitgangspunt van bestaande ontwikkelingen dat zorgverleners geen eigensoortig type handelen is met eigen kenmerken en bedoeling, maar een stel handelingen dat kunstmatig geordend en georganiseerd kan worden. Letten op objectieve of subjectieve aspecten van de klacht van de patiënt moet niet een keuze zijn voor een benadering, een optie, extern aan een bestaande praktijk, maar een explicitering van wat al gaande is in die praktijk.

4.3 Het kruisen van de assen

Tenslotte is er naast de constructie van de assen op zich ook het *kruisen* van beide assen om een matrix te construeren. Om het debat over verpleging en verzorging in Nederland empirisch te onderbouwen, zegt het rapport, is het nodig de wisselwerking te laten zien tussen zorgverlening als maatschappelijke functie en als beroepsactiviteit (p. 157). Nu is de vraag of dat adequaat kan worden gedaan door vier kenmerken van bestaande ontwikkelingen (de vier polen van de assen) op min of meer toevallige wijze met elkaar te combineren. Men ontwikkelt, kort gezegd, de polen *A* en *B*, plus *a* en *b*, en combineert die volgens statistische regels als *Aa*, *Ab*, *Ba*, en *Bb*. Door die vervolgens op de zorgverlening toe te passen, probeert men nieuwe zinvolle verbanden in de zorgverlening aan te brengen.³³

Waarom eigenlijk? Waarom bijvoorbeeld twee dimensies? Daarover lezen we niet veel, afgezien van de eisen *die het construeren van scenario's stelt*. Maar dan nog. Had men ook een model met meer dimensies en combinaties kunnen opstellen? En waarom gekruist? Had men ook vier scenario's op één as kunnen opstellen? Had men dan ook

³⁰ Wolterstorff 1995.

³¹ Het voorbeeld is ontleend aan A. MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, London: Duckworth 1983 (2nd ed.), 58.

³² R.H. Bakker, M.C. Kastermans, 'Behoeftgestuurd kiezen of diagnosegestuurd delen?', *TvZ* 108 (1998) 2, 43-47; G. Schout, 'Bondgenoot of deskundoloog?', *TvZ* 108 (1998) 2, 50-52.

³³ Wanneer men polen gaat kruisen om nieuwe combinaties te maken, wordt ten eerste verondersteld dat die polen onafhankelijk zijn, dat wil zeggen dat de gelegde verbanden niet reeds bestaan (anders kan men ze niet gaan combineren). Ten tweede wordt verondersteld dat zo nieuwe, zinvolle combinaties tot stand gebracht kunnen worden (er zijn wellicht ook invullingen van de dimensies die zich niet zinvol met elkaar laten combineren).

aparte studies kunnen wijden aan de beroepsdimensie enerzijds en de politiek-bestuurlijke dimensie anderzijds? Is er *verder* geen aanleiding om beide dimensies te combineren? De lezer krijgt soms de indruk dat vanaf het begin van de studie wordt aangestuurd op deze combinatie vanwege de scenario's.³⁴

Hoe dan ook, de belangrijkste vraag is hier of men beleidsperspectieven in de zorgverlening inderdaad op deze manier zinvol in kaart kan brengen. De suggestie dat men de polen willekeurig met elkaar zou kunnen combineren (dat zij onafhankelijk zijn), lijkt ons namelijk onjuist. De historisch en maatschappelijk gegroeide praktijk van de zorgverlening wordt gekenmerkt door principes en bedoelingen, niveaus en structuren, die politiek-bestuurlijke, beroepsmatige en andere aspecten reeds met elkaar verbinden. Het rapport zegt bijvoorbeeld: "Er zijn vier belangrijke terreinen waarover regie moet worden gevoerd" (opleiding, kwaliteit, toegankelijkheid en organisatie (p. 162-163). Maar deze dingen staan natuurlijk niet los van elkaar (en dat weten de auteurs). Bepaalde wijzen van ziek-zijn vragen om bepaalde wijzen van zorg; en bepaalde wijzen van zorg vragen om bepaalde wijzen van organiseren en opleiden en financieren. Deze zaken behandelen als de samenhang tussen vier polen van een matrix, zou voorbijgaan aan de manier waarop zulke zaken samenhangen in de zorg.

Misschien zal iemand tegenwerpen dat het toch vanzelf spreekt dat beroepshandelen op één of andere manier georganiseerd moet worden? Zeker. Maar dan verdedigt men de matrix met een beroep op de praktijk, in plaats van beleid te verdedigen met een beroep op de matrix (zoals de bedoeling lijkt). Dan worden bestaande verbanden de zorgverlening binnengesmokkeld om de polen van de assen zinvol met elkaar te combineren. De polen zijn dan niet op voorhand onafhankelijk of willekeurig met elkaar te combineren (zoals de constructie van scenario's vereist).

Intussen trekken we ook in twijfel of de combinaties van de uiteinden van de twee assen alle tot zinvolle beleidsperspectieven zullen leiden. Dat suggereert namelijk een van de praktijk afgedachte manier om beleid te ontwikkelen naar in principe even aannemelijke richtingen. In die zin zijn de resulterende scenario's sterk kunstmatig. Beleid moet naar ons inzicht juist worden afgestemd op de eigenheid van de zorgpraktijk die in maatschappelijke structuren is ingebed. Beleid moet niet een samenhang aanbrenge die er in wezen misschien wel vreemd aan is.

Paragraaf vier resumerend, de scenario's die het rapport schetst veronderstellen impliciete keuzen, een visie die nauwelijks verwoord wordt. Bij nader inzien blijken die keuzen te appelleren aan bepaalde opvattingen omtrent mens en maatschappij die in onze samenleving steeds meer gemeengoed worden. Het lijkt ons dat die opvattingen de complexe werkelijkheid van de zorg geen recht doen. Haar eigen kenmerkende bedoelingen en spelregels brengen bepaalde mogelijkheden en beperkingen mee, die eisen stellen aan beleid en organisatie. Die moeten worden recht gedaan; hetgeen niet spoort met sommige uitgangspunten van reeds bestaande ontwikkelingen.

5. Conclusie: professionaliteit in het geding

We begonnen ons commentaar met een schets van een brede discussie tussen voorvech-

³⁴ Zo staat er reeds op p. 2: "Naast de organisatorische veranderingen zijn er ontwikkelingen in de beroepsinhoud", en op p. 5: "Het project verplegen is gezien vanuit een combinatie van een zorgvraag en een bestuurlijk-georiënteerd project".

ters en critici van de emancipatie der zorgverleners. We zijn vervolgens vrij gedetailleerd nagegaan hoe toekomstscenario's geacht werden haar "in perspectief te plaatsen". Dat bleek een specifiek perspectief op de aard van de zorgpraktijk te veronderstellen, waarvan het de vraag is in hoeverre het de maatschappelijke praktijk van de zorgverlening adequaat kan kenschetsen en sturen.

Wat deze discussie nu betekent voor de toekomst van de zorgverlening, kunnen we wellicht verhelderen in termen van wat het is een professional te zijn. Immers, de professional is iemand die een bepaalde doelstelling heeft en daarvoor bepaalde middelen nodig heeft. Kan inderdaad aan de hand van combinaties die worden gekozen op grond van de "beleidsdoelen" van partijen in het veld worden bepaald hoe een professional in de zorgverlening zijn of haar praktijk moet voeren?

Geen van de vier polen lijkt een professional in de zorgverlening recht te doen:

- Behoeftegestuurd verplegen loopt de kans de specifieke kennis en kunde van de zorgverlener te ontkennen door zich vooral te laten sturen door de beleving van de patiënt en een 'sociaal model' te spiegelen ('Wat denkt u er zelf van?').
- Diagnose-gestuurd verplegen loopt de kans de principiële feilbaarheid van 'klinische' kennis te negeren, zodat keuzen voor bepaalde toepassingen niet verantwoord worden en de zorgverlener zich spiegelt aan de algemene kennis en procedures van het 'medische model' ('Dit is het beste voor u').³⁵
- Individuele regie onderkent onvoldoende de noodzakelijke, boven-persoonlijke normering door onder meer juridische en financieel-economische kaders.
- Centrale regie loopt de kans de relatieve zelfstandigheid (professionele autonomie) van de zorgverlener te ontkennen.

Mogelijk zal iemand tegenwerpen dat juist *combinaties* van deze uitersten soelaas bieden. Maar hoe moet worden bepaald wat een 'professionele' combinatie is? Dat vereist een professionaliteitsopvatting. Het onbevredigende is uiteindelijk dat het rapport geen ijkpunt geeft dat refereert aan het eigensoortige type handelen dat de zorgverlening is en dat voortvloeit uit de reden waarom zij überhaupt bestaat. Professionaliteit zou volgens het analyse-instrument in principe kennelijk in alle vier de polen van de matrix kunnen liggen; men kan een tussenpositie die wordt bepaald door de "beleidsdoelen van de partijen in het veld". Professionaliteit wordt in dat geval vooral bepaald door iets dat extern is aan de zorgverlening. Professionaliteit wordt zo als het ware eerder uit handen gegeven dan toegeëigend. Dan bestaat kans op *deprofessionalisering*.

Men komt naar ons oordeel echter niet tot professionele zorg door een bepaalde pool, as of scenario te kiezen op grond van beleidsdoelen en die dan toe te passen. Goed zorgverlenen kan men niet bereiken door (bij wijze van spreken) bij handopsteken scenario's te kiezen. Men heeft veeleer te maken met mogelijkheden en beperkingen die met de zorg zelf gegeven zijn.³⁶ Zo bezien is het jammer dat de auteurs van het rapport niet een eigen professionaliteitsopvatting in discussie brengen. Op p. 159 bijvoorbeeld wordt "hun professionele doelstelling" (van verpleegkundigen en verzorgenden) exclusief verbonden met rationaliteit, objectiviteit en strikte taakopvatting (d.i. diagnosegestuurd verzorgen). In de andere (behoeftegestuurde) benadering gaat het om de "gezamenlijke doelstelling van patiënt en professional". Dat wil zeggen dat de

³⁵ Jochemsen & Glas 1997, 117.

³⁶ Zo bezien verraadt niet alleen een van de assen of scenario's een beheersingsideaal, maar ook de hele gedachte van toekomstscenario's als zodanig. Vgl. de metaforiek van scenario's, regisseren, e.d.

bedoeling van de professie een andere kan zijn dan de doelstelling van de patiënt (vgl. ook p. 167). Elders in het rapport wordt de term "professioneel handelen" zowel voor de diagnosegestuurde als de behoeftegestuurde benadering gebruikt (p. 172-174). Wat het is een professional te zijn - en wat dat voor beleid zou moeten betekenen - blijft onderhevig aan uiteenlopende invullingen.

Daarom brengen wij de fundamentele vraag in discussie in hoeverre de professionele zorgverleningspraktijk eigen kenmerkende bedoelingen, vereisten en begrenzungen kent, die de beleidsdoelen zouden moeten bepalen (in plaats van andersom). Traditioneel is het met de praktijk van de zorgverlening ook zo gesteld: er is in de samenleving een traditie van solidariteit, een morele opdracht om naar de realisering van bepaalde bedoelingen jegens anderen te streven, en zich daarbij te houden aan maatstaven die aangeven wat goede manieren zijn (en wat niet) om die bedoelingen te realiseren; maatstaven die zijn vastgelegd in allerlei regelingen en instituties. De motivatie, bedoelingen en maatstaven hadden traditioneel alles te maken met de inspiratie van de zorgverleners (hun mens- en maatschappij-opvatting). Hoewel tegen de traditionele *invulling* van dit model (terecht of onterecht) weerstand is ontstaan, blijft deze *structuur* voor de zorgverlening gelden.

Dat de praktijk van de zorgverlening hier *structureel* niet aan ontkomt, blijkt bijvoorbeeld uit de modernisering van de ouderenzorg (vgl. p. 128-129). Uit oogpunt van kostenbeheersing heeft de overheid een onderzoek laten verrichten naar de mogelijkheid om de financiering van het wonen en die van het verzorgen te scheiden. De oudere zou dan zelf betrokken moeten worden bij de regie van het woon- en zorgaanbod. Uit een onderzoek bleek echter dat slechts een klein percentage (5-10%) van de betreffende ouderen deze regie zelf zou kunnen voeren.³⁷ Het type zorgbehoefte bleek geen van de praktijk afgedachte beleidskeuze en organisatie van zorg toe te laten. Het ijkpunt was de conditie van de patiënt.

Aan het slot van de epiloog gaat het rapport in zekere zin op dit punt in, aan de hand van het zorg- en dienstmodel (p. 211-213). Interessant is dat hier wordt teruggegrepen op wat voor bepaalde categorieën patiënten *geschikt* is, niet op wat zij beleven of welke diagnoses er zijn. In de verantwoording en organisatie van zorgverlening dringen zich kennelijk bepaalde kenmerkende bedoelingen en beperkingen op, die samenhangen met wat mensen mankeren, en die niet iedere beleidsconstructies toestaan. Professionaliteit is dan handelen dat recht doet aan die structurele bedoelingen en beperkingen. In de discussie over het rapport wordt daar dan ook voortdurend aan gerefereerd. In een interview in *TvZ* zegt iemand: "Wanneer ik een chronische aandoening heb, dan kies ik voor het wijkscenario".³⁸ Maar als je weet wat voor zorg je nodig hebt omdat je chronisch ziek bent, heb je het wijkscenario niet meer nodig!³⁹

³⁷. Zie de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 12 februari 1998 (DOB/MOZ-U-98877).

³⁸. T. de Graaf, 'Toekomstscenario's op tafel', *TvZ* 108 (1998) 2, 54-58.

³⁹. Overigens is het verleidelijk deze discussie te voeren aan de hand van karikaturen van het zorg- en dienstmodel; waaraan de tekst in de epiloog van het rapport naar onze indruk ook niet helemaal ontkomt. Zo wordt onder andere beweerd: "Het dienstverleningsmodel kan een halt toeroepen aan willekeur en overbemoeiing. Het gevaar van het zorgmodel is dat verpleegkundigen en verzorgende meer hulp bieden dan de patiënt wenselijk vindt en dat zij de grens van hun kunnen schromelijk overschatten" (p. 212). In deze paragraaf is het niet altijd duidelijk wie er aan het woord is (weergave of visie?). Hoe dan ook, het eerste lijkt ons rijkelijk optimistisch, het tweede rijkelijk pessimistisch. Beide evaluaties lijken niet instrinsiek verbonden met die modellen zelf, maar eerder met bepaalde ervaringen met bepaalde invullingen van beide modellen.

DEEL II

6. *Gegevenheden van het menselijk bestaan*

In de discussie over de toekomst van de zorg staan we voor de uitdaging de eigen aard en structuur van de zorgverlening recht te doen. In het vervolg beogen we daaraan bij te dragen. We doen dat in termen van beroepsverantwoordelijkheid.

Om beroepsverantwoordelijkheid in de zorgverlening te omschrijven, moeten we vragen: wat wordt beoogd met de beoefening van deze beroepspraktijk? Deze specifieke activiteit is immers ergens op gericht, ze heeft een specifieke bedoeling. Verplegen en verzorgen is verbonden met het gegeven dat mensen kwetsbaar zijn, ziek kunnen zijn, een handicap kunnen hebben. Zorgverlening is gefundeerd, zouden we kunnen zeggen, in gegevenheden van het menselijk bestaan. Hiermee ontkennen we niet dat de specifieke invulling en vormgeving van de zorgverlening in sterke mate historisch en cultureel is bepaald. Toch blijft de zorgverlening verbonden met aandoeningen en ziekte in mensenlevens. Om beroepsverantwoordelijkheid in de zorg meer reliëf te geven, gaan we hieronder in op de verankering ervan in deze antropologische en sociale structuur.

Om te beginnen, mensen dragen zorg voor hun eigen lichaam en hun eigen leven. Het overleven en de invulling van hun leven zijn ermee gemoeid. Zij hebben hiertoe de vermogens, en het onderhouden en ontwikkelen daarvan is een groot goed. Sommige verpleegtheoretici wijzen hierop wanneer zij spreken over 'zelfzorg' of 'bestaanszorg'. Wij hebben het dan over alledaagse verrichtingen die fundamenteel zijn voor het leven als mens, zoals eten, ademen, bewegen, uitscheiden, rusten, communiceren, en zo verder.⁴⁰ Uiteraard maakt het daarbij uit wat men beschouwt als 'te leven als mens'.

Mensen dragen als sociale wezens ook de verantwoordelijkheid om te zorgen voor elkaar, met name binnen hun directe omgeving. Vooral waar mensen hun eigen vermogens tot mens-zijn niet kunnen onderhouden of ontwikkelen, omdat ze bijvoorbeeld jong zijn of oud, wordt deze verantwoordelijkheid actueel. Wij leren kinderen hoe zij tanden moeten poetsen, helpen ouderen met sociale contacten, etcetera. Opvoeding en onderwijs zijn een uitvloeisel van de noodzaak tot ontwikkeling. Die gewone zorg voor elkaar noemen wij 'helpen'. Dit sociale kader is essentieel voor een goed begrip van zorgverlening en voor beleid in de zorgverlening. Dit pleit tegen een opvatting van autonomie van de patiënt die zou leiden tot individualisme.

Dit gewone helpen kan betrekking hebben op gezondheidsproblemen, wanneer de vermogens om als mens te leven en zich te ontwikkelen verstoord raken. Ook op dat vlak dragen wij een verantwoordelijkheid tot zorg voor de ander: de moeder houdt haar zieke kind binnen, de echtgenoot brengt zijn echtgenote die pas is bevallen eten op bed, enzovoort. Het gaat hier om het verlenen van alledaagse hulp bij problemen met fundamentele levensverrichtingen als gevolg van verstoringen in de betrokken vermogens. Wij spreken dan van 'verzorgen', 'basiszorg' of 'ziekenzorg'. Zorgen en helpen maken deel uit van het dagelijks leven. Gezondheid is immers niet vanzelfsprekend; de 'menselijke conditie' wordt gekenmerkt door kwetsbaarheid en gekwetstheid, afhankelijkheid en sterfelijkheid.⁴¹

⁴⁰ Vgl. ook B. Cusveller, P. Blokhuis, 'Mens, zorg en levensbeschouwing', in: Cusveller 1996, 27-28.

⁴¹ Zie verschillende opstellen in Manschot & Verkerk 1994 en M. Verkerk (red.), *Denken over zorg*, Utrecht:

Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging

Wanneer problemen toenemen (al dan niet op gezondheidsgebied), zal meer worden gevraagd dan de zelfzorg of de hulp en zorg door de naaste omgeving. Er is dan sprake van nood en lijden. De vereiste hulp kan te complex zijn, of onbekend, of onaangenaam, of riskant, of langdurig, voor de directe naasten. Zo kan een kind met een spraakgebrek de hulp van speciaal taalonderwijs nodig hebben, en een zieke een medicijn. Er is dan behoefte aan hulp van mensen die zich daarin hebben bekwaamd. De eigen verantwoordelijkheid voor hulp wordt dan gedelegeerd aan mensen die de verantwoordelijkheid op zich hebben genomen deze bekwaamheid in dienst te stellen van wie ze nodig heeft. Wij spreken dan van 'hulpverlening'. Dit vraagt uiteraard van de hulpverleners de opvatting dat ook mensen buiten hun naaste omgeving hun zorg waard zijn (wat niet vanzelfsprekend is). In onze samenleving zijn dergelijke hulpverleningspraktijken veelal tot beroepen of professies geworden.

Wanneer deze hulpverlening gericht is op gezondheidsproblemen, spreken wij over 'zorgverlening'. Binnen dit laatste zijn (tenminste) twee (hoofd-)verantwoordelijkheden te onderscheiden. Zorgverleners kunnen zich primair richten op de *verstoring van de vermogens*, dat wil zeggen op de ziekte of handicap die iemand heeft. Zij proberen die verstoring te voorkomen, te verhelpen of te verzachten. Dit doen zij omdat deze verstoring gevolgen heeft voor de dagelijkse levensverrichtingen van de zieke, oudere of gehandicapte. Zorgverleners die deze beroepsverantwoordelijkheid op zich nemen behoren tot de medici (of paramedici). Zorgverleners kunnen zich echter ook primair richten op de *gevolgen* van die verstoring voor iemands fundamentele levensverrichtingen. Zij proberen die gevolgen te voorkomen, te verhelpen, te verzachten, of te integreren in de dagelijkse activiteiten van de ander. Zorgverleners die deze waarde beogen, nemen de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid op zich. Het zijn met andere woorden *verpleegkundigen*, die de verantwoordelijkheid dragen voor deze zorgverlening, de beroepsmatige zorg voor de gevolgen van ziekte van een medemens.

Beide beroepsverantwoordelijkheden zijn met elkaar verbonden. Wanneer de arts verstoringen in de vermogens van de patiënt gaat onderzoeken of behandelen, dan zal dit doorgaans ook gevolgen hebben voor de fundamentele levensverrichtingen van de patiënt. Als de arts iemands gebroken been heeft gezet, dan heeft dit gevolgen voor het voortbewegen; als hij de patiënt een medicamenteus regime voorschrijft, dan heeft dat gevolgen voor de voeding. Wij moeten daarom aan de omschrijving van verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid toevoegen dat zij naast de gevolgen van ziekte en handicap betrekking heeft op de gevolgen van *medische zorg*. In het kader van hun zorg voor de patiënt hebben verpleegkundigen ook de verantwoordelijkheid om het handelen van andere zorgverleners te ondersteunen. Zij draagt naast haar beroepsverantwoordelijkheid voor haar eigen zorgverlening ook een door (para)medici gedelegeerde beroepsverantwoordelijkheid. Gezondheidszorg is een gemeenschappelijke onderneming, met onderscheiden verantwoordelijkheden.⁴² In schema:

VOOR	zelfzorg,
ZICHZELF:	bestaanszorg
ZORG {	
VOOR DE	<i>bij diverse problemen</i>
ANDER:	helpen hulpverlening
{	verstoorde vermogens

<i>bij gezondheidsproblemen</i>	(geneeskunde)
verzorgen	zorgverlening {
basiszorg	gevolgen voor levensverrichtingen
ziekenzorg	(verpleegkunde)

ALLEDAAGS DESKUNDIG

Samenvattend, de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid betreft de zorgverlening die betrekking heeft op de gevolgen van verstoringen in iemands vermogens tot fundamentele levensverrichtingen. Kort weergegeven:

- *Zorgverlening*: de hulp aan een naaste in nood door aandacht (observeren, analyseren) en ondersteunend handelen (adviseren, overnemen),
- *Gevolgen*: verpleegkundige zorg is niet gericht op de verstoringen in de vermogens van de patiënt, maar op de betekenis daarvan voor diens leven als mens,
- *Verstoringen*: beroepsverantwoordelijkheid is beperkt in tot gezondheidsproblemen, dat wil zeggen ziekte, handicap of medische behandeling,
- *Vermogens*: verpleegkundigen beperken zich tot de mogelijkheden van dagelijkse verrichtingen, en
- *Fundamentele levensverrichtingen*: het dagelijks handelen van de mens dat de vermogens in stand houdt om als mens te leven.

In feite blijven wij zo dichtbij de omschrijving van de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid in het *Verpleegkundig beroepsprofiel* van de (voormalige) Nationale Raad voor de Volksgezondheid, maar dan geplaatst binnen een visie op het menselijk bestaan.⁴³

7. Professie en beleid

Aan de zorgverlening liggen bepaalde antropologische en sociale structuren ten grondslag. Hierboven hebben we enkele van die structuren besproken; hieronder willen we hun betekenis voor beleid uitwerken.

Het is om te beginnen van belang dat het bestaan van de gezondheidszorg niet maar een 'kaal feit' is, maar dat zij *ergens om* bestaat. En ze bestaat niet zomaar ergens om. Het is in de gezondheidszorg niet om het even of men primair gericht is op het verdienen van geld, het verzamelen van kennis, of het uitvoeren van wetten. Het handelen van zorgverleners in de gezondheidszorg is juist primair gericht op het bevorderen en behouden van de gezondheid van een medemens die (al dan niet overdrachtelijk) zegt: 'Ik ben ziek'. Die mens te helpen als mens te leven is zogezegd de 'centrale waarde' die de zorgverlening nastreeft en die haar beroepsverantwoordelijkheid in de kern tot een *ethische* maakt.⁴⁴

Teneinde die centrale waarde te realiseren, houdt de zorgverlening zich aan normen die aangeven wat professionele praktijkbeoefening is. Dit wil zeggen, een praktijkbeoefening die er toe leidt dat men de centrale waarde van de zorgverlening nastreeft, namelijk de gezondheid van de patiënt. Deze normen zijn voor een deel vastgelegd in codes, regelingen, tuchtrecht, protocollen, leerboeken, en dergelijke. Voor een deel zijn

⁴³ J. Bakker, M.J.M. le Grand-van den Boogaard (red.), *Verpleegkundig beroepsprofiel*, Zoetermeer: NRV, 1988, 19; vgl. ook de uiteindelijke positie van De Jong & Eerland 1998.

⁴⁴ Vgl. Jochemsen & Glas 1997, hfdst. 3.

deze normen niet expliciet; men zal ze in de praktijk leren door de hints en wenken van een ervaren zorgverlener op te volgen, of door het voorbeeld van een ervaren zorgverlener mee te maken en het zelf te proberen. Dat neemt niet weg dat een aantal zaken zal worden vastgelegd om de wegen aan te geven waarlangs men het beste de uiteindelijke bedoeling van de zorgpraktijk kan nastreven. Dat is de functie van onderwijs, maar ook van de professionele standaard.

De waarden en normen leren zorgverleners voor een groot deel van hun voorgangers (of dat nou in boekvorm is of door stages). Die vormen de gemeenschap van zorgverleners die de praktijk van de zorgverlener reeds belichaamt voor men daarin toetreedt. De gemeenschap van de zorgverlening biedt beoefenaars rolmodellen, leerkrachten en leidslieden, zonder welke voortgaande zorgverlening onmogelijk is. Dat maakt de gezondheidszorg tot een historische praktijk van een gemeenschap, die in onze samenleving historisch gezien is geworden wat ze nu is (voor een groot deel) door de christelijke levensbeschouwing.⁴⁵ Die traditie van de zorg is dan ook niet iets waar we eerst van af moeten om goed te kunnen zorgen,⁴⁶ maar die ons iets kan zeggen over de bestaansreden en de structuur van de zorgverlening. We moeten ons die traditie eerst eigen maken, voordat we er iets aan kunnen veranderen.

Overigens onderscheiden verschillende beroepspraktijken in de gezondheidszorg zich dan ook van elkaar doordat ze verschillende waarden beogen en verschillende normen hooghouden (en natuurlijk ook verschillende technieken en methodieken hebben, maar dat hangt daarmee samen). Zo kunnen we onderscheiden tussen verpleging en verzorging, en tussen verpleegkunde en geneeskunde (zie vorige paragraaf).

Professioneel handelen in de gezondheidszorg begint, kortom, met een (dreigende) 'Ik ben ziek'-situatie, waarmee een patiënt bij zorgverleners belandt. Deze hebben, na op een opleiding aan bepaalde normen te hebben voldaan, publiekelijk beloofd om mensen in dergelijke situaties zo goed mogelijk met hun specifieke kennis en vaardigheid te helpen.⁴⁷ Dat betekent dat zorgverleners als zodanig noch louter op de beleving van individuele patiënten gericht zijn, noch louter op het toepassen van algemene kennis op de patiënten, noch op hun eigen belang. De zorgverlener is er *als zorgverlener* op gericht de gezondheid van de patiënt te bevorderen en te behouden, met behulp van een deskundigheid waarover de patiënt zelf niet beschikt. Hoe beter de zorgverlener erin slaagt om die waarden en normen gestalte te geven, hoe professioneler hij is. Preciezer, hoe beter de zorgverlener erin slaagt om met zijn specifieke klinische deskundigheid de klacht van de patiënt te beantwoorden, hoe professioneler hij is.

Omdat het gaat om een deskundigheid die een patiënt zelf niet heeft, heeft de zorgverlener een zekere professionele verantwoordelijkheid. Hij moet een bepaalde functionele vrijheid hebben om zijn deskundigheid in te zetten in het belang van de patiënt, omdat hij (zijn beroepsgroep) de regels van de kunst kent. Hier is de patiënt niet

⁴⁵ Zie A. Bradshaw, *Vervuld met zorg. Verpleegkunde, ethiek en levensbeschouwing*, Ede: Christelijke Hogeschool Ede, 1997); ook Bradshaw 1994 en Van Heijst 1997.

⁴⁶ Deze suggestie zit in veel gangbare Nederlandse algemene inleidende leerboeken in de verpleegkunde. Zie B.S. Cusveller, 'De betekenis van levensbeschouwing voor verpleegkundige zorgverlening. Een exploratief bronnenonderzoek', *Verpleegkunde* 13 (1998) 3, 149-157.

⁴⁷ De gelofte afleggen is letterlijke betekenis van het Latijnse *professere*, waarvan ons woord 'professie' stamt.

autonoom; beleid op dit punt vraagt om vertrouwen. Dit is geen argument voor paternalisme en betutteling van de kant van de zorgverlener, en nog minder voor lijdzaamheid en slaafsheid van de kant van de patiënt. Wel relativeert dit een overmatig accent op zelfbeschikking; niet alles wat de patiënt wil, kan de professional doen. Het relativeert ook het streven naar invloed, emancipatie en 'empowerment': professionele autonomie is gebonden aan een professionele doelstelling.

Het lijkt hierbij overigens voor de hand te liggen dat de beroepsbeoefenaar het langer zal uithouden in die beroepsgroep als zij persoonlijk ook de waarden en normen van de professie deelt. Zij moet uit het goede hout gesneden zijn: ethisch, levensbeschouwelijke, psychisch. Daarom is het helemaal niet gek om haar daar bij toetreding tot de opleiding of de praktijk naar te vragen; niet om haar ethiek, levensbeschouwing of psyche als zodanig te beoordelen, maar om te zien of zij past binnen het beroep.⁴⁸

Aan de historisch bepaalde en maatschappelijk vormgegeven structuur van waarden en normen van de zorgverleningspraktijk moetenb ook innovatie en beleidsontwikkeling getoetst worden; de waarden en normen bepalen wat professionalisering is.

Maar bij beleid komt meer kijken, zoals de organisatorische inkadering van zorgpraktijken. Voor praktijken als de zorgverlening zijn randvoorwaarden nodig, zoals materialen, behuizing, financiering, wettelijke regelingen, scholing, wetenschappelijk onderzoek, en dergelijke. In complexe praktijken als de zorgverlening zien we dat de beoefenaars niet zelf al die randvoorwaarden beheren (in een eenmanszaak gebeurt dat wel). Er zijn meestal bepaalde instituties in het leven geroepen die de randvoorwaarden beheren, zoals een ziekenhuis en een ziekenfonds. Bezien vanuit de beroepsverantwoordelijkheid van de zorgverlening vormen de randvoorwaarden geen doel op zich; ze staan uiteindelijk ten dienste van de zorgpraktijk zelf en maken haar mogelijk. De instituties die de randvoorwaarden voor het primaire proces beheren, behoren dus eigenlijk ook ten dienste van het primaire proces te staan. (Al blijft het mogelijk dat er conflicten kunnen ontstaan tussen de verantwoordelijkheden aangaande het primaire zorgproces en verantwoordelijkheden aangaande de randvoorwaarden).

Dit geldt ook voor de individuele zorgverlener. Het kan zijn persoonlijke interesse hebben een inkomen en arbeidsbevrediging te verwerven. Maar zijn praktijk, het type handelen dat hij verricht, is gericht op het bevorderen van iemands gezondheid. Vandaar dat het zorgverlenen wel onbaatzuchtig of belangeloos wordt genoemd. De onbaatzuchtigheid heeft niet zozeer betrekking op de keuze voor het beroep als wel op de uitvoering van de specifieke zorg voor de patiënt; de keuze van de interventie moet niet door het eigen belang maar door het belang van de patiënt worden bepaald. En om dat vol te houden, los van eigen profijt, is toewijding en motivatie nodig. Dat neemt helemaal niet weg dat een zorgverlener er zelf ook beter van kan worden een zorgverlener te zijn; onbaatzuchtigheid of belangeloosheid is nog geen zelfopoffering.⁴⁹

Zorgpraktijken zoals hierboven geschetst, kunnen op verschillende manieren worden georganiseerd (intramuraal, transmuraal, extramuraal), zolang het beleid er maar op

⁴⁸ B.S. Cusveller, 'Cut from the right wood', *Journal of Advanced Nursing* 28 (1998) 2, 266-273.

⁴⁹ P. Blokhuis, 'Een lege code', *TvZ* 106 (1996) 18, 540-541; B.S. Cusveller, 'Toewijding blijft nodig', *TvZ* 106 (1996) 24, 741.

gericht is de zorgverleners in staat te stellen de gezondheid van de patiënt zo goed mogelijk te bevorderen. Overigens zal het duidelijk zijn dat een andere visie op de zorgverlening en haar bedoeling ook een andere visie op beleid in de zorgverlening tot gevolg kan hebben; daar helpt geen empirische fundering aan.

Normatief gesproken begint zorgverlening met (een lid van) een maatschappelijke groepering (zoals de overheid, een diakonie, of ouders van gehandicapten) die de verantwoordelijkheid op zich neemt om aan bepaalde leden van de samenleving op een bepaalde manier bepaalde zorg te bieden. Om die bedoeling te realiseren wordt meestal niet een individuele beroepsbeoefenaar aangesteld, maar een groep of zelfs groepen beroepsbeoefenaars (verpleegkundigen hebben ook wel eens vrijaf). De afzonderlijke handelingen die zij uit hoofde van hun beroepsverantwoordelijkheid moeten verrichten, kunnen zij dan verdelen over personen, plaatsen en tijden. Meestal zal iemand de leiding hebben bij dit verdelen, maar ook bij het nagaan (aan de hand van de beroepsnormen) of de verdeelde taken tezamen aan hun uiteindelijke bedoeling voldoen: wordt inderdaad aan de juiste mensen op de juiste manier de juiste soort zorg geboden?

Voorts moeten er, zoals we zagen, voor de uitvoering van de taken randvoorwaarden geschapen worden. In de zorgverlening zien we meestal dat dit door iemand wordt waargenomen die zelf niet (meer) tot de beroepsgroep behoort. Dit beheer van randvoorwaarden gebeurt door het *management*. Soms zien we dat het leidinggeven in bovengenoemde zin en het beheer van randvoorwaarden beide onder het management vallen. In enkele gevallen is het management verantwoording verschuldigd aan de maatschappelijke groepering die de zorgvoorziening oorspronkelijk in het leven riep. Meestal is de maatschappelijke verantwoordelijkheid indirect geregeld, maar dat neemt niet weg dat het nodig is op een of andere wijze verantwoording van de gegeven zorg af te leggen. Hetzelfde geldt voor de financiering. Een enkele keer zien we nog dat er private middelen zijn (hospices zijn een voorbeeld), maar meestal is de financiering collectief geregeld.

Zoals er beroepsinhoudelijke verschillen zijn tussen de centrale waarden van de verpleegkundige en de geneeskundige zorgverlening, zo zijn er ook verschillen tussen de centrale waarden van de praktijkbeoefenaars en degenen die de instituties van de zorgverleners in stand houden: het instellingsmanagement, de ziektekostenverzekeraar en de overheid. Een alternatief voor het ontwikkelen van toekomstscenario's is dan ook een analyse van de verschillende waarden waarop de actoren in de zorgverlening (inclusief de patiënt) als zodanig gericht zijn (hun onderscheiden verantwoordelijkheden, kunnen we zeggen). Beleidsontwikkelingen in de zorgverlening zouden er vanuit dat perspectief op gericht moeten zijn omstandigheden te creëren waarbinnen ieder zijn of haar professionele verantwoordelijkheden optimaal kan ontplooien. In dat perspectief gaat het intussen niet per definitie om conflicterende belangen of voorkeuren, maar uiteindelijk om de gerichtheid op de gezondheid van degene die zegt 'ik ben ziek'. Zoals P. van Lieshout, één van de auteurs van het scenarioreport, ergens zegt:

"Geef beroepsbeoefenaren meer ruimte voor een bepaalde groep patiënten of om voor een bepaald gebied alles te doen wat nodig is om die mensen een bevredigend leven te laten leven. Toets vooral of die doelen bereikt worden, en laat veel meer aan de beroepsbeoefenaren over hoe ze dat resultaat bereiken".⁵⁰

⁵⁰ P.A.H. van Lieshout, 'Geef beroepsbeoefenaren meer beslissingsruimte', *TvZ* 108 (1998) 2, 53.

Op verschillende organisatieniveaus van de gezondheidszorg liggen onderscheiden verantwoordelijkheden en worden verschillende beleidsbeslissingen genomen (geen van allen geheel objectief of subjectief, noch geheel centraal of individueel). De vraag hierbij is welk doel ieder op zijn manier moet dienen. Zo kan het gebeuren dat voor een bepaalde beroepsgroep matige salariring wordt geboden, zodat op een afdeling met een bepaald aantal patiënten door gebrek aan arbeidskrachten, zeg, 14 van de benodigde 42 diensten per week niet kunnen worden ingevuld. Meteen wordt duidelijk dat op verschillende organisatieniveaus van de zorgverlening verschillende principes naar voren geschoven zullen worden om deze situatie het hoofd te bieden. Zien zorgverleners kans de waarden van hun beroep te realiseren binnen de normen van hun beroepsgroep? Hoe zien patiënten hun welzijn en gezondheid? Besluit het management op financieel-economische gronden de zorg op te schorten door de afdeling te sluiten? Wil de overheid een politiek 'statement' maken door de afdeling te sluiten of open te houden? Wat is in een academisch ziekenhuis het wetenschappelijk belang van die afdeling? De complexiteit van de situatie is duidelijk; een analyse van de onderscheiden verantwoordelijkheden is aangewezen.⁵¹

8. De toekomst van de zorg in regie?

In het bovenstaande is gepoogd een beeld naar voren te laten komen van de manier waarop zorgpraktijken, organisatievormen en beleid met elkaar samenhangen. Tot besluit willen we onze bespreking toespitsen op de drie agendapunten voor de toekomst van de verpleging en verzorging die in *Een verzorgde toekomst* worden genoemd en enkele aanbevelingen doen.

Het eerste vraagstuk (op micro-niveau) is of zorg moet worden gegeven als losse eenheden naar keus van de patiënt, of als handelingen die vanuit een professionele doelstelling bijeen horen. Wij zouden zeggen dat het primair afhangt van de categorie aandoeningen. Waar iemand weinig zelfstandig is of een complex geheel van aandoeningen heeft, zal het nodig zijn dat de professionele zorgverlener een traject van zorghandelingen uitzet. Bij zelfstandige mensen met enkelvoudige aandoeningen hoeft dit niet. Ook maakt het uit of zorgverleners met grotere groepen vergelijkbare patiënten te maken hebben of juist met kleinere groepen of zelfs individuele patiënten. Dat neemt niet weg dat een zekere professionele autonomie bestaat. Een patiënt die zich eerst met zelf wil laten insmeren en vervolgens lekker met zeep wil laten wassen (omdat het anders zo stinkt), mag van een professionele zorgverlener het commentaar verwachten dat dat geen enkele zin heeft.

Het tweede vraagstuk (op meso-niveau), in welke zin zorgverleners afhankelijk zijn van zorginstellingen, zal ook per situatie verschillen. Bij ontwikkelingen als transmuralisering zal deze vraag spelen. Een fundamenteel principe is dat het instellingsmanagement als primaire doelstelling heeft om randvoorwaarden voor de zorgpraktijk te beheren (en soms om knopen door te hakken waar de professionals niet uitkomen) en dat de professionele zorgverlener degene is met de deskundigheid om het primaire proces te beheren. Professionele autonomie vraagt dan ook handelingsvrijheid om de gezondheid van de patiënt te bevorderen en inspraak in de benodigde randvoorwaarden, maar behelst ook het respecteren van de onderscheiden verantwoordelijkheden

⁵¹ Voor een begin zie Polder et al. 1996.

van het management en het afleggen van verantwoording over het gebruik van de middelen.

Het derde vraagstuk (macro-niveau), of zorg geleverd moet worden uit ethisch medeleven of als een zakelijke service, moet in onze optiek niet als een tegenstelling gezien worden. De zin van zorg is primair gelegen in de intrinsieke waarde van de (relaties tussen) leden van de menselijke gemeenschap; zonder dat geen zorg. Daarom zeiden we ook dat de centrale waarde van de zorgpraktijk een ethische is. Maar om die ethische intentie gestalte te geven, zal er wat gedaan moeten worden: kennis vergaard, handelingen verricht, regelingen gevolgd, en rekeningen geschreven. Het ethische en het zakelijke zijn verschillende niveaus of, zo men wil, aspecten van dezelfde zorgpraktijk. Wie dat negeert behandelt de patiënt primair als een onderzoeksobject, een machinerie, een contractpartij, een inkomstenbron, maar *niet* als een hulpbehoevende medemens. Het gaat hier intussen niet alleen om een vraagstuk op macro-niveau.

Tot slot is er een vierde punt dat wij graag op de agenda van de zorg zouden willen plaatsen, namelijk dat zorg *niet anders dan identiteitgebonden kan zijn*. Gezien de structurele betekenis van levensbeschouwelijke identiteit voor de zorgverlening (par. 7), is het een serieuze bedreiging van de zorg als zorg en zorgbeleid slechts op neutrale, procedurele wijze tot stand zouden mogen komen. Onpartijdig beleid van bijvoorbeeld de overheid in dezen houdt zich niet afzijdig van levensbeschouwelijke initiatieven voor zorg, maar moedigt deze aan. Levensbeschouwingen worden belichaamd in tradities en gemeenschappen die de verantwoordelijkheid op zich nemen om voor bepaalde mensen op een bepaalde manier bepaalde zorg te verlenen. Dit zou eerder op betrokkenheid dan onverschilligheid van de overheid moeten kunnen rekenen. Zij dient aan te dringen op het ontwikkelen van een zorgvisie en de daarbij behorende cultuur en beleidsvorming door zorginstellingen.

Overigens mogen ook de levensbeschouwelijke gemeenschappen - kerken, maar ook groepen christelijke verpleegkundigen - in onze samenleving dit agendapunt zien als een aanleiding om opnieuw creatief naar wegen te zoeken in het veranderende veld van de gezondheidszorg. Kunnen zij hun bestaande organisaties aanpassen aan de nieuwe situaties? De transmuralisering van christelijke verpleeghuizen en hospices is een voorbeeld. De christelijke gemeenschappen kunnen zich inzetten waar ten gevolge van verzakelijking (en andere ontwikkelingen) gaten vallen in de zorgverlening. Misschien dat - naast de bestaande activiteiten - het model van de zogenoemde 'parish nurse', een verpleegkundige in betaalde of onbetaalde dienst van haar kerkgemeenschap, hier diensten kan bewijzen.⁵²

⁵² G. Westberg, *The Parish Nurse. Providing a minister of health for your congregation*, Minneapolis: Augsburg, 1990.

AUTEURS

Bart Cusveller, verpleegkundige en filosoof, is wetenschappelijk medewerker van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, te Ede. Hij redigeerde onder meer *Zorg dragen. Naar een christelijke visie op zorg* (Amsterdam 1996) en *Verpleegkundige verantwoordelijkheid* (in voorbereiding). Zijn 'De betekenis van levensbeschouwing voor verpleegkundige zorgverlening' verscheen onlangs in *Verpleegkunde* (1998).

Peter Blokhuis is filosoof en directeur van de studierichting Verpleegkunde van de Christelijke Hogeschool Ede. Hij publiceerde onder meer in *TvZ* en 'Bij de grenzen van de verplegingswetenschap' in *Philosophia Reformata* (1996).

Caroline Borst-Vos, verpleegkundige en communicatie-wetenschapper, is onderwijskundig beleidsmedewerker van de studierichting Verpleegkunde van de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle.

Gerrit Glas is psychiater in het Academisch Ziekenhuis Utrecht en bijzonder hoogleraar Reformatorische wijsbegeerte aan de Universiteit Leiden. Hij publiceerde onder meer (met H. Jochemsen) *Verantwoord medisch handelen* (Amsterdam 1997).

Henk Jochemsen is directeur van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut en bijzonder hoogleraar op de Lindeboom Leerstoel voor medische ethiek aan de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hij publiceerde onder meer in *TvZ* en (met G. Glas) *Verantwoord medisch handelen* (Amsterdam 1997).

PUBLICATIES PROF.DR. G.A. LINDEBOOM INSTITUUT

WETENSCHAPPELIJKE RAPPORTEN

- 1 H. Jochemsen, W.G.M. Witkam, P. Blokhuis, G. Glas, E. Schuurman, *De status van het menselijk embryo*, 1988.
- 5 H. Jochemsen, N. Wolswinkel, *HIV-test versus genetische test*, 1989.
- 6 M. Daverschot, E.P. van Dijk, *De HIV-test: verplicht stellen of niet?*, 1989.
- 8 H. Jochemsen, B.S. Cusveller, D.J. Bakker, *Proeven en regelen. Over de Wet medische experimenten*, 1993.
- 10 Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *Levensbeëindiging bij ernstig demente en psychiatrische patiënten*, 1994.
- 12 J. Hoogland, J.J. Polder, H. Jochemsen, S. Strijbos, *Professioneel beheerst. Professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg*, 1995.
- 13 H. Jochemsen (red.), *Transseksualiteit*, 1996.
- 14 B.S. Cusveller, H. Jochemsen, A.A. Teeuw, D.J. Bakker, *Versterven: in dubio over abstineren*, 1997.
- 15 B.S. Cusveller, P. Blokhuis, C. Borst-Vos, G.Glas, H. Jochemsen, *De toekomst van de zorg in regie?*, 1998.

(De ontbrekende nummers zijn niet meer verkrijgbaar als rapport)

LINDEBOOMREEKS (I.S.M. UITGEVERIJ BUIJTEN & SCHIPPERHEIJN)

- 1 S. Strijbos (red.), *De medische ethiek in de branding. Een keuze uit het werk van Gerrit Arie Lindeboom*, 1992.
- 2 W.G.M. Witkam, W.H. Velema, A.P. van der Linden, *Reageerbuisbevruchting - verantwoord?*, 1990.
- 3 Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen bereikt? Over ethische vragen bij financiële begrenzing van de gezondheidszorg*, 1991.
- 4 Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De mens en zijn erfgoed. Ethische en maatschappelijke aspecten van de moderne gentechnologie*, 1992.
- 5 H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patiënten*, 1994.
- 6 Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen gewaardeerd. Keuzen in de gezondheidszorg na 'Dunning'*, 1994.
- 7 E.J. Westerman, T. van Laar, H. Jochemsen, *De foetus als donor?*, 1995.
- 8 B.S. Cusveller (red.), *Zorg dragen. Naar een christelijke visie op zorg*, 1996.
- 9 J.J. Polder, J. Hoogland, H. Jochemsen, *Professie of profijt?*, 1996.
- 10 H. Jochemsen, G. Glas, *Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke medische ethiek*, 1997.
- 11 B.S. Cusveller (red.), *Verpleegkundige verantwoordelijkheid* (in voorbereiding).