

# **Geestelijke verzorging en lean**

## **Een babylonische spraakverwarring?**

Over facetten van de substantiële- en instrumentele  
rationaliteit in het ziekenhuis

Martijn Hermse  
25 juni 2018

Masterscriptie Geestelijke Verzorging

Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap  
Rijksuniversiteit Groningen

Eerste begeleider: dr. Anja Visser – Nieraeth

Tweede begeleider: prof.dr. Carlo Leget, Universiteit voor Humanistiek

## Voorwoord

De aanleiding voor deze scriptie is ontstaan vanuit verwondering. Verwondering, dat zoveel mensen in een ziekenhuis zo hard en met zoveel toewijding werken voor de patiënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Dat ziekenhuis, Isala in Zwolle, heeft mij sinds mijn stage niet meer losgelaten, en inmiddels werk ik er als geestelijk verzorger. Nog voor ik ben afgestudeerd.

Wat ik wel zag, en nog zie, is dat al die hardwerkende zorgverleners, managers en beleidsmedewerkers verschillende talen lijken te spreken. Met de beste bedoelingen, maar soms verstaan ze elkaar net niet helemaal. Dat komt omdat ze grofweg in twee rationaliteiten in te delen zijn; een substantiële en een instrumentele. En daarover gaat deze scriptie.

Het was me een genoegen om deze scriptie te schrijven. Maar daarnaast was het ook veel afzien. Het was geen sinecure om een baan in het ziekenhuis en een gezin met jonge kinderen te combineren met het schrijven van een masterscriptie. Het was soms ook geen sinecure voor mijn gezin en alle anderen om mij heen. Ik was of aan het werk, of aan het schrijven.

Dank aan de collega-zorgverleners van Isala die heb mogen interviewen. Dit leverde voor mij waardevolle informatie op.

Dank aan mijn begeleider Anja Visser: voor je kritische meedenken, geduld en optimisme. Ik heb de begeleidingsgesprekken die we tussendoor hadden als zeer inspirerend ervaren en vind het bijzonder dat we wat betreft veel zaken dezelfde verwondering delen. Je feedback heeft me telkens verder geholpen, daar waar ik het in het schrijfproces soms niet meer helemaal scherp had.

Dank aan Carlo Leget: voor het beoordelen van mijn scriptie tussen alle drukte door.

Dank aan mijn collega's in Isala: voor jullie bijdrage aan de inhoud en het vertrouwen dat ik de scriptie binnen een afzienbare tijd af zou krijgen.

Als allerlaatste dank aan Petra, Ruben, Sarah, Mirjam en Thirza: "...waar is papa? Oh.... dat is niet zo moeilijk. Hij is op de universiteit aan het schrijven of in het ziekenhuis aan het werk.."

## Samenvatting

Dit onderzoeksverslag betreft een literatuuronderzoek, aangevuld met een aantal interviews, over de vraag of de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging kan worden geïntegreerd in de instrumenteel gedefinieerde waardeuitkomst van *lean*. De *lean* methode wordt in veel ziekenhuizen gebruikt om zo efficiënt mogelijk te werken.

De substantiële rationaliteit heeft betrekking op inhoud en waarden terwijl de instrumentele rationaliteit een concreet doel heeft. *Lean* heeft betrekking op het bereiken van een concreet doel tegen zo laag mogelijke kosten, met zo min mogelijk verspilling.

Het doel van het onderzoek was om te verkennen in hoeverre de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging een bijdrage kan leveren aan de instrumentele rationaliteit van *lean*. Hiermee werd beoogd een bijdrage te leveren aan goede allesomvattende zorg waarin de mens in al zijn of haar facetten een plek heeft.

Aan de hand van twee ziekenhuizen, het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en ziekenhuis Isala in Zwolle, zijn beide rationaliteiten beschouwd.

Uit het onderzoek blijkt dat de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging zeer wel mogelijk geïntegreerd kan worden in een instrumenteel gedefinieerde waardeuitkomst van *lean*. De instrumentele en substantiële rationaliteit lijken in elkaar te grijpen als twee puzzelstukjes. Beide rationaliteiten zijn verschillend maar vullen elkaar juist aan.

Het onderzoek zou een aanzet kunnen zijn om uitgebreider empirisch onderzoek te doen naar beide rationaliteiten in meerdere Nederlandse ziekenhuizen. Tevens zou kunnen worden onderzocht of het mogelijk is in een ziekenhuis twee functionarissen aan te stellen die zich beide bezig gaan houden met de implementatie van beide rationaliteiten.

## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1 - Inleiding</b>	1
1.1 Instrumentele en substantiële rationaliteit	2
1.2 Van desintegratie naar integratie	4
1.3 Probleem- doel en vraagstelling	7
1.4 Opzet van het onderzoek	9
1.5 Leeswijzer	10
<b>Hoofdstuk 2 - Het spectrum van de zorg voor de (zieke) mens</b>	11
2.1 Aandacht voor heel de mens door de eeuwen heen	12
2.2 Aandacht voor heel de mens vanuit drie concepten	15
2.2.1 <i>Aandacht voor heel de mens vanuit de antroposofie</i>	16
2.2.2 <i>Aandacht voor heel de mens vanuit Planetree</i>	18
2.2.3 <i>Aandacht voor heel de mens vanuit Positive Health</i>	20
2.3 Aandacht voor heel de mens vanuit de healing environment	23
<b>Hoofdstuk 3 - Lean en lean in de gezondheidszorg</b>	27
3.1 Lean	27
3.2 Lean in het ziekenhuis	29
<b>Hoofdstuk 4 - Zorgethiek en menslievende zorg</b>	35
4.1 Zorgethiek	35
4.2 Menslievende zorg	38
<b>Hoofdstuk 5 - Lean en menslievende zorg in Tilburg</b>	44
5.1 Lean in Tilburg	44
5.2 Lief ziekenhuis	46
5.2.1 <i>Drie niveaus van menslievendheid</i>	48
5.2.2 <i>Uitgangspunten van het programma Menslievende zorg</i>	49
5.2.3 <i>De complexiteit van de zorg</i>	53
5.2.4 <i>De vier kritieke inzichten van de Menslievende zorg</i>	44

5.3	Lief en lean	55
<b>Hoofdstuk 6 - Lean en geestelijke verzorging in Zwolle</b>		<b>61</b>
6.1	Lean in Zwolle	61
6.2	Gastvrijheid in Zwolle	63
6.3	Architectuur in Zwolle	66
6.4	De geestelijke verzorging in Zwolle	69
6.4.1	<i>Pilot geestelijke verzorging en reanimatie</i>	71
6.4.2	<i>I@HAND© - facetten van de geestelijke verzorging</i>	72
6.5	Geestelijke verzorging en lean	75
6.5.1	<i>Continu verbeteren en facetten van de geestelijke verzorging</i>	76
6.5.2	<i>De toekomst van de zorg</i>	79
<b>Hoofdstuk 7 – Conclusie</b>		<b>84</b>
7.1	Conclusie	84
7.2	Beperkingen van het onderzoek	86
7.3	Aanbevelingen	87
<b>Literatuur en bronnen</b>		<b>89</b>

## Hoofdstuk 1 – Inleiding

Het Centraal Planbureau heeft berekend dat de zorgkosten in 2040 stijgen naar 19 tot 31 procent van het bbp<sup>1</sup>. Ter vergelijking: in 1972 bedroegen de zorgkosten 8 procent van het bbp en in 2010 was dit opgelopen tot 13 procent. Aan de stijging van de zorgkosten liggen meerdere redenen ten grondslag waarvan de belangrijkste de grijze druk<sup>2</sup>, de toepassing van geavanceerde (dus vaak duurdere) technologieën en de toegenomen zorgvraag per persoon zijn (CPB, 2011, pp. 3-4).

Om de zorg betaalbaar te houden staan zorgverleners steeds vaker voor morele dilemma's met betrekking tot de vraag wie wel een behandeling kan krijgen en wie niet (Ten Have, Ter Meulen & Van Leeuwen, 2013). Daarnaast probeert het management van de zorginstellingen de beschikbare middelen zo effectief mogelijk in te zetten. Dit kan leiden tot bezuinigingsrondes maar ook tot het aanwenden van strategieën om met zo weinig mogelijk middelen een zo hoog mogelijke uitkomst te genereren.

In de meeste zorginstellingen gebeurt dit door volgens de principes van *lean* te werken. *Lean* is een filosofie over een efficiënte manier van werken met zo min mogelijk verspilling. Hierbij wordt gestreefd naar het afleveren van een 'product' dat van de hoogst mogelijke kwaliteit is en goed aansluit bij de wensen van de klant. In het geval van de gezondheidszorg is het welzijn van de patiënt het product en is de patiënt de klant.

Hier rijst direct al een vraag: wat is dan welzijn? Is dit alleen lichamelijk of spelen ook het psychische en geestelijke welzijn – het aandachtsgebied van de geestelijk verzorger - een rol? Het welzijn van de patiënt kan derhalve vanuit twee invalshoeken worden beschouwd. De eerste is een 'technische' en instrumentele

---

<sup>1</sup> "Het bruto binnenlands product (bbp) is de totale geldwaarde van alle in een land geproduceerde finale goederen en diensten gedurende een bepaalde periode (meestal een jaar)" ("Bruto binnenlands product.", z.j.).

<sup>2</sup> "De grijze druk is het percentage 65-plussers in verhouding tot de potentiële beroepsbevolking (het aantal 15-64-jarigen) en de groene druk is het aantal 0-15-jarigen ten opzichte van de potentiële beroepsbevolking." (De Beer & Beets, 2012, p. 39).

invalshoek in de zin van beter ‘maken’ van de patiënt door één of meer geneeskundige handelingen. De tweede invalshoek heeft betrekking op het geestelijk en existentieel welzijn waarvoor juist vaak geen pasklare ‘technische’ handelingen voorhanden zijn en welke het werkgebied van de geestelijk verzorger behelst.

*Lean* en geestelijke verzorging lijken aldus twee verschillende werelden te zijn. Op zich is dit niet verbazingwekkend omdat *lean* zich in het bedrijfskundige discours bevindt, welke onderdeel is van de sociale wetenschappen. Daarnaast bevindt de geestelijke verzorging zich binnen het geesteswetenschappelijke discours.

Vosman en Boonen (2015, p. 264) zetten de twee discourses treffend tegenover elkaar waarbij ‘lief’, als onderdeel van de zorgethiek, binnen het geesteswetenschappelijke discours valt en *lean* binnen het bedrijfskundige discours valt: “*Lean* en lief zijn geen projecten, maar een manier om zorg te verlenen; lief denkt vanuit het perspectief van de patiënt, *lean* denkt vanuit de organisatie.”

Hierbij lijkt de geestelijke verzorging als ‘freischwebende’ discipline geen of niet voldoende integraal deel uit te maken van de zorgprocessen in zorginstellingen. Schilderman (2012) noemt dit desintegratie. Vanuit publiek geld wordt de geestelijke zorg, van humanistisch tot protestants-christelijk, voor patiënten en cliënten van instellingen gewaarborgd.

Juist door deze waarborg hebben geestelijk verzorgers de vrijheid om zich te onttrekken aan het zorgproces en patiënten naar believen te bezoeken. Ze worden immers ‘toch wel’ betaald. Geestelijke verzorging staat hiermee los van een medische (eind)toestand en lijkt niet geïntegreerd te zijn in de zorg voor de patiënt.

In dit hoofdstuk wordt eerst stilgestaan bij het verschil tussen de twee discourses waarbinnen *lean* en geestelijke verzorging zich bevinden. Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkelingen van de (des)integratie van de geestelijke verzorging. Hierop volgend worden de probleem- en doelstelling besproken die uitmonden in een onderzoeksvraag en een aantal deelvragen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer voor deze scriptie.

## 1.1 Instrumentele en substantiële rationaliteit

*Lean* is ontstaan vanuit de bedrijfskunde. Deze tak van de sociale wetenschappen heeft een helder doel: het produceren van kennis om zo de bedrijfsvoering in de private als ook in de publieke sector te verbeteren (De Leeuw, 1996). Als zodanig handelt de bedrijfskunde vanuit een instrumentele rationaliteit<sup>3</sup>: er worden doelen nagestreefd zoals het verbeteren van een productieproces.

Bedrijfskundig kan het zorgproces als een productieproces worden gezien. Het verbeteren van het zorgproces is één van de facetten waar de bedrijfskunde zich mee bezighoudt. De Leeuw (1996, p. 12) geeft de volgende definitie van het onderzoeksobject van de bedrijfskunde: “... processen van organisatie en management binnen en tussen organisaties.”.

Voor de manier waarop de bedrijfskunde het empirisch object bestudeerd, het kenobject, geeft De Leeuw (1996, p. 13) de volgende definitie: “... hoe kunnen besturingsprocessen worden ingericht?”. Hierin onderscheidt de bedrijfskunde zich volgens De Leeuw (2005, p. 13) van andere sociale wetenschappen zoals de psychologie, waarin het gedrag van de mens centraal staat, en de economie, waarin “... allocatie van schaarse bronnen...” centraal staat.

Binnen de bedrijfskunde wordt gebruik gemaakt van kennis uit de psychologie en economie maar gelden deze twee niet als het kenobject. Wat betreft hoe bedrijfskundige kennis is gekaderd stelt De Leeuw dat deze pluriform is. Dit is gelegen in het feit dat er vanuit verschillende disciplines, zoals de psychologie en de economie, kan en moet worden gekeken naar de vragen die vanuit bedrijfskundige problemen worden afgeleid.

---

<sup>3</sup> De geestelijke verzorging als wetenschappelijke vakdiscipline bestrijkt twee categorieën: de geesteswetenschappen wat betreft de substantiële rationaliteit en de sociale wetenschappen wat betreft de instrumentele rationaliteit. Hierbij heeft substantiële rationaliteit betrekking op de inhouden of de waarden (Smit, 2015). Max Weber noemde dit ‘waarderationeel handelen’: vanuit de set van waarden die aan een levensovertuiging worden ontleend worden één of meer afwegingen gemaakt en wordt daarnaar gehandeld (Weber, 1976). Aan deze substantiële rationaliteit liggen de filosofie en de theologie ten grondslag. De instrumentele rationaliteit is daarentegen empirisch van aard en gelegen in de (godsdienst)psychologie, (godsdienst)sociologie en antropologie (Smit, 2015).



De instrumentele rationaliteit lijkt op het eerste oog in schril contrast te staan met de substantiële rationaliteit<sup>3</sup> welke de belangrijkste categorie is die de geestelijke verzorging als vakdiscipline bestrijkt. In tegenstelling tot de instrumentele rationaliteit wordt hier een ander doel nagestreefd: aandacht voor de inhoud en waarden.

Bij de begrippen inhoud en waarden passen vragen als: “Wat doet het ziek zijn met je?” en “Hoe ga je om met het ziek zijn vanuit je levensbeschouwelijke achtergrond?” Dit is minder concreet dan bijvoorbeeld zo efficiënt mogelijk een heup te vervangen bij een patiënt.

De tweede categorie die de geestelijke verzorging bestrijkt is echter, net als bij de bedrijfskunde, de instrumentele rationaliteit. Deze speelt echter een minder grote rol. Hierbij valt te denken aan de godsdienstpsychologie.

Net als de geestelijke verzorging bestrijkt de godsdienstpsychologie ook de beide rationaliteiten. De substantiële als het op godsdienst aankomt en de instrumentele als het op de psychologie aankomt. De psychologie is instrumenteel van aard. Er wordt namelijk een concreet doel nagestreefd. Het doel is, simpelweg gezegd, dat de patiënt bijvoorbeeld minder angsten heeft of hier beter mee om kan gaan.

## **1.2 Van desintegratie naar integratie**

In de eerste paragraaf komt naar voren dat *lean* ‘denkt’ vanuit de organisatie en op deze manier op een natuurlijke manier is geïntegreerd binnen de organisaties die hiermee werken. Ondanks dat de geestelijke verzorging vele jaren ouder is dan *lean* lijkt deze minder goed geïntegreerd te zijn. In deze paragraaf wordt hier aan de hand van Schilderman (2012) nader op ingegaan.

Schilderman onderbouwt de desintegratie van de geestelijke verzorging met een drietal uitgangspunten die in dit kader wat hem betreft van belang zijn. Het eerste uitgangspunt heeft betrekking op de ontstaansgeschiedenis van de geestelijke verzorging vanuit de wettelijke verplichting dat ieder die 24 uur of langer is opgenomen in een zorginstelling recht heeft op geestelijke zorg die

aansluit bij zijn of haar levensovertuiging. Het tweede uitgangspunt gaat over de zending die een geestelijk verzorger tot 2015 moest hebben. Het derde uitgangspunt gaat over het moreel van de geestelijk verzorgers en in het bijzonder de vrijplaats. In de navolgende alinea's zullen het tweede en derde uitgangspunt worden uitgelegd.

Het tweede uitgangspunt gaat over de zending vanuit een levensbeschouwelijk genootschap die de geestelijk verzorgers tot 2015 moesten hebben. Alleen met een zending konden ze lid worden van de beroepsvereniging van de geestelijk verzorgers: toen nog de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen, tegenwoordig de Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ) (VGVZ, 2018). Hierdoor lag de nadruk in eerste instantie niet op de professionele competentie van de geestelijk verzorger, maar op de denominatie van hem of haar (Körver, 2014). Hierdoor is volgens Schilderman desintegratie van toepassing omdat "...het niet onaannemelijk is dat politiek draagvlak voor een bekostigde kerkelijke<sup>4</sup> betrokkenheid daardoor verdwijnt...".

Ook de de-institutionalisering van geloof en spiritualiteit speelt hierbij een rol. Een steeds groter gedeelte van de patiënten of cliënten in instellingen is niet meer lid van, of voelt zich niet meer verbonden met een levensbeschouwelijk genootschap (Bernts & Berghuijs, 2016).

Het derde uitgangspunt is volgens Schilderman gelegen in het moreel van de geestelijk verzorgers als groep, en vooral wanneer deze betrekking heeft op de Vrijplaats<sup>5</sup>. In het bijzonder ontstaat de desintegratie op het moment dat de vrijplaats door de geestelijk verzorger wordt opgevat als zijnde het recht van de patiënt dat de geestelijk verzorger louter en alleen als vertrouwenspersoon

---

<sup>4</sup> Schilderman spreekt alleen van kerkelijke betrokkenheid. Meer neutraal geformuleerd zou hier ook betrokkenheid vanuit de verschillende levensbeschouwelijke organisaties zoals het Humanistisch Verbond en de Protestantse Kerk in Nederland kunnen staan.

<sup>5</sup> Het begrip vrijplaats heeft tevens betrekking op het uitgangspunt dat een geestelijk verzorger ongevraagd zijn of haar diensten aan kan bieden aan patiënten of cliënten (Schilderman, 2012).

fungeert en hierbij niet diagnosticeert, rapporteert of overlegt met andere disciplines. Op deze manier is de geestelijk verzorger binnen de organisatie waar hij of zij werkt onzichtbaar en volgens Schilderman (2012, p. 12) “... genomineerd voor marginalisering in de professionele zorg.”

Er vinden de laatste tijd echter ontwikkelingen plaats waarin de geestelijke verzorging juist steeds verder integreert in het zorgproces, waarbij de geestelijk verzorger als zingevingsprofessional integraal onderdeel wordt van dit zorgproces en hierbij samenwerkt met de andere zorgdisciplines. Hoewel de uitgangspunten van Schilderman nog vaak hun opgeld doen vindt er een kentering plaats richting integratie. Dit is te vatten onder de noemer professionalisering die feitelijk al sinds de jaren zestig plaatsvindt (Gärtner, 2016)

Ten eerste is door het toelaten van institutioneel niet-gezonden geestelijk verzorgers tot de beroepsvereniging, en hiermee ook tot het kwaliteitsregister, een duidelijke omslag naar de nadruk op de professionele competenties van de geestelijk verzorger (RING, 2017). Het doet er in dit geval niet meer toe tot welke denominatie (of geen enkele) de geestelijk verzorger behoort, maar wat hij of zij kan.

Ten tweede is het zo dat de afgelopen jaren steeds meer geestelijk verzorgers multidisciplinair gaan werken (zie Ridder, 2016). Samen met artsen, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers en paramedici dragen zij bij aan de ‘heelheid’ van patiënten en cliënten. Dit betekent niet dat de geestelijk verzorger geen vertrouwenspersoon meer is en daarbij iemand die op basis van gelijkwaardigheid, een stukje met de patiënt of cliënt meewandelt, dit is nog steeds iets dat bij het ‘aanbod’ van de geestelijk verzorger hoort. Daarnaast neemt de geestelijk verzorger deel aan de multidisciplinaire overleggen (MDO’s) en geeft de geestelijk verzorger klinische lessen aan verpleegkundigen en artsen over de levensbeschouwing en de culturen.

Ten derde vindt er binnen de geestelijke verzorging een voorzichtige beweging plaats naar de meetbaarheid van interventies van de geestelijk verzorger. In 2013 is in Schotland een onderzoek gestart naar het gebruik van *Patient Reported Outcome Measures (PROM)* specifiek voor de geestelijke verzorging (Bunniss, Kelly, Mowat, Snowden & Telfer, 2013). Door het invullen van vragenlijsten door

de patiënt kan een beeld worden gekregen van het effect van de interventies van de geestelijk verzorger. Inmiddels is in Nederland ook onderzoek opgestart naar het opzetten van een *PROM* voor de geestelijke verzorging (Visser – Nieraeth, 2017).

Het gebruik van *PROM's* draagt bij aan een verdere professionalisering van de geestelijke verzorging doordat er meetbare resultaten voorhanden ten komen. Ook kunnen de uitkomsten van de metingen geïntegreerd worden met de uitkomsten van andere *PROM's* die reeds in het ziekenhuis plaatsvinden. Derhalve vind er integratie op twee niveaus plaats: binnen de multidisciplinaire setting en bij het meten van de uitkomsten van de zorg.

Ten vierde dragen geestelijk verzorgers actief bij aan verbeterprocessen binnen de medische zorg. Een voorbeeld hiervan is de pilot die in ziekenhuis Isala gehouden is voor de inzet van geestelijke verzorging als familie-ondersteuning bij reanimaties op de Eerste Hart Long Hulp (EHLH) op de locatie in Zwolle. In hoofdstuk 6 over Isala wordt hier nader op ingegaan.

### **1.3 Probleem- doel en vraagstelling**

Geestelijke verzorging, vanuit de substantiële rationaliteit, en *lean*, vanuit de instrumentele rationaliteit, lijken op het eerste oog los van elkaar te functioneren. Hierbij is de geestelijke verzorging gericht op het existentieel welbevinden van de patiënt en is *lean* gericht op het 'welbevinden' van de (ziekenhuis)organisatie.

Hierdoor lijkt niet de optimale waardeuitkomst voor de patiënt te worden bereikt. Dit lijkt al besloten te liggen in wat een optimale waardeuitkomst is. Is dit een patiënt die blij is dat hij of zij uitstekende zorg tegen lage kosten heeft gehad? Is dit een patiënt die tevreden is met het serviceniveau en de efficiënte van de organisatie? Of is dit een patiënt die zich in alle facetten gezien voelt binnen een zorgorganisatie? Dus niet alleen een patiënt met een aandoening maar ook een mens met gedachten en gevoelens.

Het doel van het onderzoek is om te verkennen of en in hoeverre de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging geïntegreerd kan worden

in de instrumenteel gedefinieerde waardeuitkomst van *lean*. Hiermee kan worden bijgedragen aan de uitgangspunten van goede allesomvattende zorg ten einde een manier van zorg(en) te ontwikkelen waarin de mens in al zijn of haar facetten een plek heeft, waarmee bijgedragen wordt aan het welbevinden en functioneren van de patiënten, de zorgverleners en de ziekenhuisorganisatie.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Kan de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging zodanig geïntegreerd worden in de instrumenteel gedefinieerde waardeuitkomst van *lean* opdat er een vorm van allesomvattende zorg kan ontstaan voor de patiënt en vooral de mens daarachter?

Hierbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1 Hoe is er vanuit het verleden tot aan het heden omgegaan met allesomvattende zorg: zorg voor heel de (zieke) mens.
- 2 Waar ligt de oorsprong van *lean* en hoe is *lean* specifiek afgestemd op de gezondheidszorg?
- 3 Is er een voorbeeld van een ziekenhuis waar *lean* en één of meerdere aandachtsgebieden van de geestelijke verzorging samengaan en zo ja in welke ziekenhuis en op welke wijze wordt dit in de praktijk gebracht?
- 4 Hoe kan de geestelijk verzorger bijdragen aan de *lean* verbetertrajecten in signalerende en sturende zin op zowel micro, meso als macroniveau?

Er is gekozen voor de eerste deelvraag om een beeld te krijgen van de verhoudingen tussen de substantiële en instrumentele rationaliteit door de eeuwen heen. De tweede deelvraag is bedoeld om een verduidelijking te krijgen van wat *lean* en *lean* in de gezondheidszorg precies is en kan hiermee zorgen voor een verheldering van de substantiële rationaliteit. De derde deelvraag is bedoeld om door middel van concrete praktijkvoorbeelden de substantiële en instrumentele rationaliteit te verduidelijken. De bedoeling van de laatste deelvraag is om helder te krijgen of en hoe beide rationaliteiten kunnen samenkomen in de dagelijkse werkpraktijk in het ziekenhuis.

#### 1.4 Opzet van het onderzoek

Het overgrote deel van dit onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek en een klein gedeelte uit een zestal semigestructureerde interviews die zijn afgenomen onder een aantal medewerkers van Isala. Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de catalogus van de Universiteitsbibliotheek Groningen en Google Scholar.

De reden hiervoor is de beperkte tijd die beschikbaar is voor een dergelijk onderzoek. Met een literatuuronderzoek kan in beperkte tijd een breed overzicht worden verkregen. Ook het afnemen van zes semigestructureerde interviews en de uitwerking hiervan kan binnen een relatief korte tijdsperiode worden uitgevoerd.

Als alternatief had gekozen kunnen worden voor een literatuuronderzoek, aangevuld met een surveyonderzoek waarin enquêtes zouden worden uitgezet in verschillende ziekenhuizen. Het voorbereiden en houden van enquêtes zou wellicht een te grote tijdsinvestering zijn geweest en ook minder diepte hebben gehad dan het houden van een aantal interviews. Het onderzoek zou in dat geval meer kwantitatief dan kwalitatief van aard zijn geweest. Juist de kwalitatieve insteek, waar voor gekozen is, zorgt voor een verdieping van het onderwerp welke aan dit onderzoeksverslag ten grondslag ligt.

De deelvragen 1 tot en met 3 zijn beantwoord door middel van een literatuuronderzoek. Deelvraag 2 is beantwoord door middel van een literatuuronderzoek over *lean* en het project 'lief ziekenhuis' in het St. Elisabeth ziekenhuis, tegenwoordig Elisabeth- TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), in Tilburg. Er is voor een literatuuronderzoek gekozen omdat de beantwoording van deelvraag 2 als een terugblik kan worden gezien op het (niet) samengaan van *lean* en facetten van de geestelijke verzorging en als zodanig een referentiekader kan vormen ter beantwoording van deelvraag 3. Vervolgens is aan de hand van een literatuuronderzoek en het afnemen van interviews in ziekenhuis Isala in Zwolle deelvraag 4 beantwoord. Het literatuuronderzoek bestaat uit de bestudering van beleidsdocumenten van Isala en aanvullende literatuur. Onder het management, de geestelijk verzorgers, een beleidsmedewerker, een verpleegkundige en een arts zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Er is gekozen voor deze

opzet om te kijken naar het 'nu' en van hieruit een eventuele nieuwe definitie te kunnen formuleren van een 'samen optrekken' van *lean* en geestelijke verzorging.

## **1.5 Leeswijzer**

Dit onderzoeksverslag is te verdelen in vijf delen. Onderhavig hoofdstuk bevat een inleiding op het thema en de probleem-, doel- en vraagstelling. Hoofdstuk 2 is het tweede gedeelte waarin het thema zorg voor heel de mens van de oudheid tot aan nu wordt uitéengezet. Dit hoofdstuk kan worden gezien als een algemene aanzet. Het derde gedeelte bestaat uit de hoofdstukken 3 en 4 waarin wordt ingegaan op *lean* en *lean* en de gezondheidszorg, respectievelijk zorgethiek en menslievende zorg. Hieraan gekoppeld zijn de begrippen substantiële- en instrumentele rationaliteit. Vervolgens wordt in het vierde gedeelte, de hoofdstukken 5 en 6, nader ingezoomd op *lean* en menslievende zorg c.q. geestelijke verzorging. Ook in deze hoofdstukken vormen de beide rationaliteiten de rode draad. In het vijfde gedeelte wordt het verslag, met hoofdstuk 7, afgesloten met de conclusie en aanbevelingen.

## Hoofdstuk 2 – Het spectrum van de zorg voor de (zieke) mens

'La médecine c'est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours'  
[De geneeskunde, dat is soms genezen, vaak verlichten, altijd troosten]  
*Oud adagium waarvan de oorsprong niet bekend is (De Groof, 2002).*

Bovenstaande adagium wordt dikwijls toegeschreven aan de Franse chirurg Ambroise Paré (1510-1590). Volgens de Groof (2002) is dit overigens zeer waarschijnlijk niet het geval. Uit het adagium komt naar voren dat de zorg voor de (zieke) mens er één van meerdere spectra is en dat dit van alle tijden is. Het moge duidelijk zijn dat de kans op genezing tegenwoordig groter is dan in de 16<sup>e</sup> eeuw.

Desalniettemin heeft het adagium nog steeds zeggingskracht: de geneeskunde behoort altijd te troosten. In dit troosten is aandacht voor de gehele mens. Het adagium lijkt een spectrum te omvatten van lichaam, psyche en geest. Hierin komen ook de substantiële en instrumentele rationaliteit weer naar voren.

Vanaf het ontstaan van de mensheid is er op de één of andere wijze aandacht geweest voor zorg voor heel de (zieke) mens: allesomvattende zorg. De manier(en) waarop is wel verschillend door de tijd heen en ook of dit positief of negatief wordt ingevuld. Het doel van dit hoofdstuk is een beeld te geven van hoe gepoogd is en wordt om zorg te verlenen aan de (zieke) mens aanvullend op, of in samenhang met, de medische (somatische) zorg. Hiermee kan tevens een beeld worden verkregen hoe de substantiële en instrumentele rationaliteit zich tot elkaar verhouden hebben door de eeuwen heen.

Eerst wordt een beeld geschetst van de zorg door de eeuwen heen, waarbij het startpunt van de zorg voor de hele mens in de caritas lijkt te liggen. De aandacht voor heel de mens kan vanuit een bepaald perspectief plaatsvinden op basis waarvan gehandeld wordt en door de vormgeving van het gebouw en/of de omgeving. Er is gekozen voor drie perspectieven: de antroposofie, *Planetree* en *Positive Health*.

Er is specifiek voor deze perspectieven gekozen omdat deze alle vier binnen de gezondheidszorg worden toegepast (zie Van Gelder, 2016; Baars 2011; Planetree 2018c; Institute for Positive Health, 2018a). Tevens is voor deze perspectieven gekozen omdat hierin een holistische component zit: aandacht voor



heel de mens, dus zowel lichaam, psyche als geest. Ook zit in alle drie de perspectieven de substantiële en instrumentele rationaliteit besloten. Tot slot is voor deze perspectieven gekozen omdat deze, ook in chronologische zin, in de tijd te plaatsen zijn, van Caritas tot aan *Positive Health*.

Hiermee kan dit hoofdstuk als ‘onderlegger’ dienen bij het lezen van zowel hoofdstuk 5 over het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg als ook hoofdstuk 6 over ziekenhuis Isala in Zwolle. In deze twee hoofdstukken gaat het immers ook om aandacht voor heel de mens, maar dan wel specifiek in samenhang met (bedrijfskundige) verbeterprocessen. Ook hier komen beide rationaliteiten weer terug.

## **2.1 Aandacht voor heel de mens door de eeuwen heen**

Van Heijst (2011) introduceert het begrip ‘cultureel zorgscript’ waarin zij zorgrollen toewijst aan (groepen) mensen. Tevens is in dergelijke zorgscripts terug te vinden hoe de zorgprocessen plaatsvinden en hoe de zorgverhoudingen als passend worden gezien in een bepaald zorgscript.

Door de tijd heen onderscheidt Van Heijst (2011, pag. 17) drie culturele zorgscripts:

- 1000 voor Chr. tot 4<sup>e</sup> eeuw na Chr.: Zorgscript van de Oudheid
- 4<sup>e</sup> eeuw tot laatste kwart 19<sup>e</sup> eeuw: Christelijk zorgscript
- Vanaf midden 20<sup>e</sup> eeuw tot heden: Laatmodern zorgscript

Tussen de periode van het Christelijk zorgscript en het Laatmodern zorgscript bevindt zich volgens Van Heijst de zogenaamde Overgangperiode.

Binnen het zorgscript van de oudheid werd ziekte gezien als een straf voor een zonde die iemand had begaan in een religieuze context. In het zorgscript van de oudheid is de instrumentele rationaliteit overheersend. Naar de maatstaven van die tijd werd gepoogd om iemand in ‘technische’ zin beter te maken. Naast artsen die diagnosticeerden en medicijnen voorschreven (“Geschiedenis van de geneeskunde,” z.j.) werd de verpleegzorg volgens Van Heijst uitgevoerd door o.a. slaven, krijgsgevangenen en bedienden.

In de periode van het christelijk zorgscript worden de rollen tussen arts en verzorger enigszins omgedraaid. Hiermee leek juist de substantiële rationaliteit de overhand te krijgen. De verzorger deed iets goeds voor de zieke en deed dit vanuit naastenliefde en de liefde van God voor de mens. Volgens Van Heijst is 'caritas' – letterlijk: liefde – het centrale begrip binnen het christelijk zorgscript.

Opvallend is dat aan de arts een minder grote rol werd toebedeeld dan binnen het zorgscript van de oudheid. Van Heijst (2011, pag. 18) spreekt in dit kader van de onttovering van de geneesheer: "... alleen Christus kon heil en genezing brengen naar lichaam en ziel."

Naar Watson geven Masera en Gutierrez (2012, p. 5) de volgende definitie voor caritas met betrekking tot het verplegen van de ander: "Caritas nursing practice involves the integration of transpersonal caring and love within the context of the nurse-patient relationship and interactions, resulting in a caring, healing relationship." Hierin komt duidelijk de integratie naar voren van de transpersoonlijke zorg en de liefde – waar God bij betrokken is – in samenhang met de relatie die de verzorger heeft met de patiënt. Ook als vanzelfsprekend iets: de zorg 'gebeurt' vanuit een roeping.

In het laatste kwart van de 19<sup>e</sup> eeuw breekt volgens Van Heijst een transitieperiode aan die zij een overgangperiode noemt. In deze periode gaat het christelijk zorgconcept over in het laatmodern zorgconcept. Vooral na de tweede wereldoorlog kreeg het laatmodern zorgscript gestalte.

Van Heijst (2011, pag. 23) stelt dat dit zorgconcept, waarin wij nu leven, in een crisis verkeert: "De sectoren van cure, care en welzijn behoren nu tot het economisch ruilverkeer, aangeboden volgens de mechanismen van marktwerking." Hiermee lijkt weer een omslag gemaakt te zijn naar de instrumentele rationaliteit, waarbinnen de patiënt op een marktconforme 'technische' behandeling krijgt.

Dat het laatmodern zorgscript op een instrumentele 'leest' is geschoeid blijkt wel uit de manier waarop over de patiënt wordt gesproken; als zorgconsument. Van Heijst omschrijft de zorgconsument als iemand die weet wat hij of zij wil en hoe en op welke manier. De zorgverlener volgt binnen dit zorgscript niet meer zijn of haar roeping, maar is een beroepsbeoefenaar geworden binnen

een seculiere setting. Binnen het laatmodern zorgconcept is het verkrijgen van zorg een recht geworden van iedereen zonder dat men zich hoeft te 'onderwerpen' aan een bepaalde mate van liefdadigheid. De Lange (2011, p. 15) weet het laatmodern zorgconcept treffend onder woorden te brengen: "De wereld van de zorg- en hulpverlening is verzakelijkt. Missies zijn vervangen door mission statements."

De Lange plaatst hier echter wel een kanttekening bij. Volgens hem is de benadering heden ten dage juist veel persoonlijker geworden: "De Grote Instituties verdampen en vervloeien. Wat blijft is het instituut van het Individu." (De Lange, 2011, p. 15). Juist de individuele benadering, waarin oog is voor de mens die de patiënt is, zou een opstap kunnen zijn naar een meer substantiële benadering van de zorg.

Als keerzijde noemt Van Heijst dat er door bepaalde zorgverleners niet meer wordt ingegaan op de ontredde van de patiënt, zoals dit in de tijd van de caritas wel gebeurde. Dit noemt zij een gespleten zijn van het zorgaanbod. Als er sprake is van ontredde moet de patiënt het 'zelf doen', aandacht hebben van zijn of haar naasten of hulp zoeken bij zorgverleners als de geestelijk verzorger of de psycholoog.

Van Heijst (2008) stelt dat in de huidige maatschappij steeds minder gedeelde waarden zijn zoals bijvoorbeeld het christendom of het humanisme. Volgens haar lijken 'cijfers' hiervoor in de plaats te komen, omdat deze voor iedereen helder zijn en als zodanig een nieuwe gedeelde waarde gaan vormen. Doordat zorginstellingen steeds meer voor een aanpak kiezen zoals deze ook in het bedrijfsleven geldt wordt de nieuwe gedeelde waarde van de cijfers alleen maar versterkt. Van hieruit heeft Van Heijst (2006) haar concept van 'menslievende zorg' ontwikkeld. Op dit concept wordt in hoofdstuk 3 over het St. Elisabeth ziekenhuis nader ingegaan.

## 2.2 Aandacht voor heel de mens vanuit drie concepten

In de vorige paragraaf werd, aan de hand van de zorgscripten van Heijst, een overzicht geschetst van de aandacht voor heel de mens door de eeuwen heen, van de oudheid tot en met de huidige tijd. Opvallend was dat er een golfbeweging leek te zijn met een wisseling tussen de substantiële en de instrumentele rationaliteit.

De (instrumentele) manier van omgaan met ziekte binnen het zorgscript van de oudheid kan als negatief worden gezien: ziekte als straf en niemand die uit eigen beweging de zieken verpleegd. Kennelijk had iemand iets fout gedaan en, mocht hij of zij de ziekte overleven, dan kon daarna het leven worden gebeterd.

Met het christelijk zorgscript komt er een duidelijke kentering naar een positieve invulling van de zorg voor de zieke medemens. In deze periode komt de focus binnen de substantiële rationaliteit te liggen. Hierin speelt de naastenliefde en de liefde van God voor de mens een grote rol.

De huidige tijd bevindt zich binnen het laatmodern zorgscript waarin gezondheid op het eerste oog tot een economisch ruilmiddel lijkt geworden en de substantiële rationaliteit weer de overhand heeft gekregen. Binnen het laatmodern zorgscript vinden er echter ontwikkelingen plaats die de plek van de caritas uit het christelijk zorgscript over lijken te nemen. Als zodanig is de substantiële rationaliteit niet verdwenen.

Dragers hiervan zijn de antroposofische gezondheidszorg, *Planetree* en *Positive Health*. Binnen de antroposofische gezondheidszorg is aandacht is voor factoren als het zelfgenezend vermogen, tijd en aandacht, natuurlijke medicatie en de architectuur van de zorgomgeving. *Planetree* heeft hiermee overeenkomsten zoals tijd en aandacht en de architectuur van de zorgomgeving. *Positive Health*, tot slot, heeft een iets andere focus dan voorgaande concepten en richt zich vooral op de patiënt zelf. Het welbevinden van de patiënt komt in dit geval vanuit hem zelf maar wel door hier uitdrukkelijk hulp bij te krijgen. In de navolgende sub-paragrafen wordt nader ingegaan op drie voornoemde concepten.

### 2.2.1 Aandacht voor heel de mens vanuit de antroposofie

De antroposofie<sup>6</sup> zoals wij deze tegenwoordig kennen is als zodanig bekend geworden in de tijd van het Christelijk zorgscript. Vanouds is er binnen de antroposofie aandacht voor heel de mens. Rudolf Steiner, die de antroposofie bekend heeft gemaakt, noemt antroposofie een wetenschappelijke studie van de spirituele wereld.

Steiner maakt het onderscheid lichaam, ziel en geest. Door zijn lichaam is de mens verbonden met de dingen om hem heen. Steiner meent dat de mens de ziel gebruikt om de dingen te verbinden aan zijn bestaan waardoor gevoelens worden veroorzaakt.

Binnen de antroposofie zijn niet alleen kennis van de natuur en mystiek van belang maar ook van de 'bovenzinnelijke' wereld ('übersinnliche Welt') (Goetheanum, 2018). Het gaat hierbij dus niet meer om de zintuiglijke ervaring, maar om een spirituele ervaring. Het antroposofisch onderzoek streeft ernaar deze ervaring volgens dezelfde precisie te bereiken als bij natuurwetenschappelijk onderzoek ("Anthroposophy," z.j.).

De antroposofische geneeskunde is ontstaan vanuit de antroposofie. Baars (2011) spreekt overigens van antroposofische gezondheidszorg in plaats van antroposofische geneeskunde. De zorgverleners die werkzaam zijn binnen de antroposofische gezondheidszorg – in ieder geval de artsen en de verpleegkundigen - zijn allemaal regulier opgeleid tot arts of verpleegkundige. Zo ook paramedici als bijvoorbeeld fysio- en ergotherapeuten. Binnen de

---

<sup>6</sup> Als antroposofie letterlijk vanuit het Grieks vertaald wordt betekent het 'menselijke wijsheid' (ἄνθρωπος betekent 'mens' en σοφία betekent 'wijsheid') ("Antroposofie," z.j.). De antroposofie is vooral bekend geworden door de werken van Rudolf Steiner maar kwam ook voor in de werken van Immanuel Hermann Fichte (1797-1879) en bij Robert Zimmerman (1824-1898), een van de docenten van Rudolf Steiner (Kraamwinkel, 2002, p. 18). De geest is volgens Steiner wat zich in de mens manifesteert (Goetheanum, 2018). De antroposofie van Rudolf Steiner is ontstaan vanuit de theosofie en bevat elementen, zoals reïncarnatie en karma, uit het boeddhisme en hindoeïsme (Shermer & Linse, 2002, p. 3). De antroposofie kan ook als een levensbeschouwing worden gezien die gestoeld is op dezelfde uitgangspunten (Kraamwinkel, 2002, p. 10).

antroposofische geneeskunde zijn echter ook bijvoorbeeld euritmitherapeuten werkzaam. Zij hebben geen reguliere opleiding genoten omdat ‘euritmie’<sup>7</sup> een begrip is dat alleen gangbaar is binnen de antroposofie. Baars (2011) noemt een aantal kenmerken van de antroposofische gezondheidszorg. Deze zijn opgenomen in tekstblok 1.

Het manco van de antroposofische geneeskunde is dat er weinig tot geen wetenschappelijke onderbouwing is van de doelmatigheid of werking van bepaalde typisch antroposofische handelingen die aanvullend zijn op de reguliere wijze van geneeskunde bedrijven. Dit heeft met name betrekking op wat het effect is van het stimuleren van het zelfregulerend en zelfgenezend vermogen van een patiënt, de inzet van natuurlijke (homeopathische) medicijnen en therapieën als bijvoorbeeld euritmie. Deze ideeën worden tot de alternatieve geneeskunde gerekend waarbij veel (reguliere) artsen sceptisch zijn over deze vorm van geneeskunde (Köhler, 1993).

Binnen de antroposofische gezondheidszorg lijkt de substantiële rationaliteit van de antroposofie de overhand te hebben. De instrumentele

- Het ondersteunen en actief stimuleren van het zelfregulerend en zelfgenezend vermogen van de mens;
- Een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en zorgverlener;
- Een professionele oriëntatie op het individu;
- Het ontwikkelen en inzetten van natuurlijke medicijnen;
- Menskundig gefundeerde aanvullende therapieën;
- Een terughoudend gebruik van reguliere medicijnen.
- Aandacht voor de architectuur van het gebouw waarin een zorginstelling is gehuisvest, zoals vormgeving en kleurgebruik.

Tekstblok 1: Kenmerken van de antroposofische gezondheidszorg. Overgenomen van Baars, E. (2011). Geïntegreerde patiëntenzorg in een antroposofisch therapeuticum. In Verheij, J. (Red.), Duurzame gezondheidszorg: visies en praktijkervaringen (pp. 99-110). Zeist: Uitgeverij Christoffor

<sup>7</sup> Euritmie is een manier van dansen die binnen de Antroposofie wordt toegepast en is afgeleid van het Duitse Eurythmie, hetgeen harmonische of mooie beweging betekent. Kenmerkend voor Euritmie is dat het een combinatie is van dans, manieren van lopen en gebaren. Tijdens een euritmie uitvoering worden zowel muziek als teksten gebruikt. “Beoefenaars van de euritmie willen geestelijke fenomenen uitdrukken door middel van lichaamsbewegingen en gebaren.” (“Euritmie,” z.j.).

rationaliteit van een gedeelte van de geneeskunde lijkt hieraan ten dienste en ondergeschikt te staan. Hierbij valt te denken aan de nadruk die gelegd wordt op het zelfregulerend en zelfgenezend vermogen van de patiënt.

In Nederland is een antroposofisch ziekenhuis geweest tot 1993, de Willem Zeylmans van Emmichoven Kliniek in Bilthoven. Dit was een klein ziekenhuis met 45 bedden die een vleugel huurde van Medisch Centrum Berg en Bosch. De Willem Zeylmans van Emmichoven Kliniek had een polikliniek en verpleegafdeling interne geneeskunde en een kinderafdeling. De kliniek moest noodgedwongen sluiten omdat Medisch Centrum Berg en Bosch eerder failliet was gegaan en de kosten voor het in standhouden van een compleet ziekenhuis niet meer konden worden gedragen door de antroposofische kliniek (“Antroposofisch ziekenhuis sluit, honderd ontslagen”, 1993).

### 2.2.2 *Aandacht voor heel de mens vanuit Planetree*

In de vorige sub-paragraaf werd de antroposofische gezondheidszorg beschreven. In deze sub-paragraaf wordt nader ingegaan op *Planetree*. Het grote verschil tussen de antroposofische gezondheidszorg en *Planetree* is dat de antroposofische gezondheidszorg wat betreft het medisch handelen op bepaalde vlakken anders is dan in de reguliere gezondheidszorg. Hierbij valt te denken aan het zelfgenezend vermogen en het gebruik van natuurlijke medicijnen.

*Planetree* heeft meer betrekking op de externe factoren zoals bejegening, architectuur en een ‘gezonde’ organisatie. Hiermee lijkt, in tegenstelling tot de antroposofische gezondheidszorg, de substantiële rationaliteit ten dienste te staan aan de instrumentele rationaliteit.

Als *Planetree* geplaatst wordt in de tijd dan valt deze volledig binnen het Laatmodern zorgscript van de 20<sup>e</sup> eeuw en laat dit een soort van tegenbeweging zien van de verzakelijking van de zorg. Al sinds de jaren zeventig vindt een beweging plaats richting een holistische visie op hoe de gezondheidszorg georganiseerd zou kunnen worden. In 1978 is hiertoe in de Verenigde Staten de

organisatie *Planetree* opgericht door Angelica Thieriot. Zij heeft *Planetree* opgericht naar aanleiding van haar eigen ervaringen als patiënt.

Het door *Planetree* ontwikkelde model legt de focus op de mens die de patiënt is en bestaat uit drie 'clusters' en twaalf 'componenten'. De drie clusters zijn: de best mogelijke zorg (waarin de mens voorop staat), helende omgeving en gezonde organisaties (waarin veiligheid en verbondenheid voor de zorgverlener en de patiënt of cliënt centraal staan) (Planetree, 2018a). In tekstblok 2 zijn de drie clusters en bijbehorende componenten weergegeven.

Cluster 1: De best mogelijke zorg

1. Menselijke interactie en liefdevolle bejegening
2. Eigen keuze en verantwoordelijkheid door informatie en educatie
3. Uitstekende behandeling en zorg
4. Gezond eten, drinken en bewegen
5. Aanvullende zorg en zingeving

Cluster 2: Helende omgeving

6. Menswaardige technologie
7. Architectuur en interieur
8. Vrienden, familie en gemeenschap spelen een positieve rol

Cluster 3: Gezonde organisatie

9. Tevreden cliënten
10. Tevreden en gemotiveerde medewerkers
11. Gezonde financiële resultaten
12. Goede marktpositie en relaties met belanghebbenden

Tekstblok 2: Planetree model. Aangepast overgenomen van de website *Planetree*, door Planetree, 2018c, geraadpleegd van <https://www.planetree.nl/visie/> Copyright 2018 door Planetree

Zorginstellingen in Nederland kunnen worden gecertificeerd als deze aan de eisen voldoen die aan de hand van het *Planetree* model zijn opgesteld. In Nederland is op dit moment één ziekenhuis gecertificeerd: het Flevoziekenhuis in Almere. Daarnaast zijn er meerdere andere zorginstellingen in Nederland gecertificeerd zoals woonzorgcentra en verpleeghuizen (Planetree, 2018b).



Binnen *Planetree* zijn de uitgangspunten niet zozeer verweven met het zorgproces, maar eerder aanvullend. Binnen de antroposofische gezondheidszorg is er juist een grotere verwevenheid van de (antroposofische) uitgangspunten met het gehele zorgproces en de omgevingsfactoren. Een antroposofisch ziekenhuis zou bij wijze van spreken kunnen voldoen aan de *Planetree* certificering, terwijl een *Planetree* gecertificeerd ziekenhuis niet per definitie voldoet aan de antroposofische manier van werken.

### 2.2.3 Aandacht voor heel de mens vanuit *Positive Health*

In tegenstelling tot voorgaande sub-paragrafen, waarin de focus vooral op de zorgprocessen lag, is *Positive Health* is juist volledig gecentreerd om de patiënt, waarbij in eerste instantie juist niet de focus op de zorgprocessen of de omgeving ligt. De uitgangspunten van *Positive Health* hebben uiteraard wel invloed op het zorgproces. De zorgverleners binnen dit zorgproces zullen namelijk op een andere manier, samen met de patiënt, moeten gaan kijken en aandacht besteden aan de zes dimensies die binnen *Positive Health* een rol spelen.

*Planetree* zou hierbij een beweging van buiten naar binnen kunnen worden genoemd: de omstandigheden zo optimaal mogelijk maken en als zodanig bij dragen aan het herstel. *Positive Health* zou daarentegen juist een beweging van binnen naar buiten kunnen worden genoemd: zoeken naar een optimum vanuit de eigen kracht. De Antroposofische gezondheidszorg lijkt twee bewegingen te maken. Naar buiten als het bijvoorbeeld aankomt op de vormgeving van de zorgomgeving en naar binnen als het aankomt op het zelfherstellend vermogen van de patiënt.

*Positive Health*, in het Nederlands Positieve Gezondheid, is een manier van kijken en omgaan met het complete welbevinden van mensen. Dit gebeurt vanuit een invalshoek die haaks staat op de gebruikelijke invalshoek in de (gezondheids-)zorg. De gebruikelijke (instrumentele) invalshoek gaat uit van de kwaal die iemand heeft en welke oplossing hiervoor gevonden kan worden. *Positive Health* gaat uit van de mens zelf, zijn of haar aanpassingsvermogen en op welke manier betekenis wordt gegeven aan gebeurtenissen en het leven zelf (Institute for

Positive Health, 2018a). Deze invalshoek valt juist binnen de substantiële rationaliteit.

Dit betekent niet dat binnen de *Positive Health* gedachte een kwaal per definitie niet wordt opgelost. Het kan wel betekenen dat, als er meer aandacht wordt besteed aan de verschillende dimensies die verderop worden besproken, er een minder ingrijpende oplossing voor de kwaal nodig is of dat deze draaglijker wordt.

Dit uitgangspunt lijkt in de huidige maatschappij te leven. In 2017 verscheen het rapport “Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg ” (RVS, 2017, p. 75). In dit rapport stelt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) dat *Evidence-based Practice (EBP)*<sup>8</sup> niet altijd heiligmakend is, maar dat ook de context ertoe doet omdat ook dan de aandacht voor de mens als geheel weer opgeld doet.

Daarom pleit de raad voor een *context-based practice* waarin het hele verhaal van de patiënt wordt meegenomen. Dit sluit als zodanig aan bij de uitgangspunten van *Positive Health* van Machteld Huber (2014). In dit licht staat er niet veel nieuws in het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving maar lijkt het wel een signaal te zijn uit de samenleving.

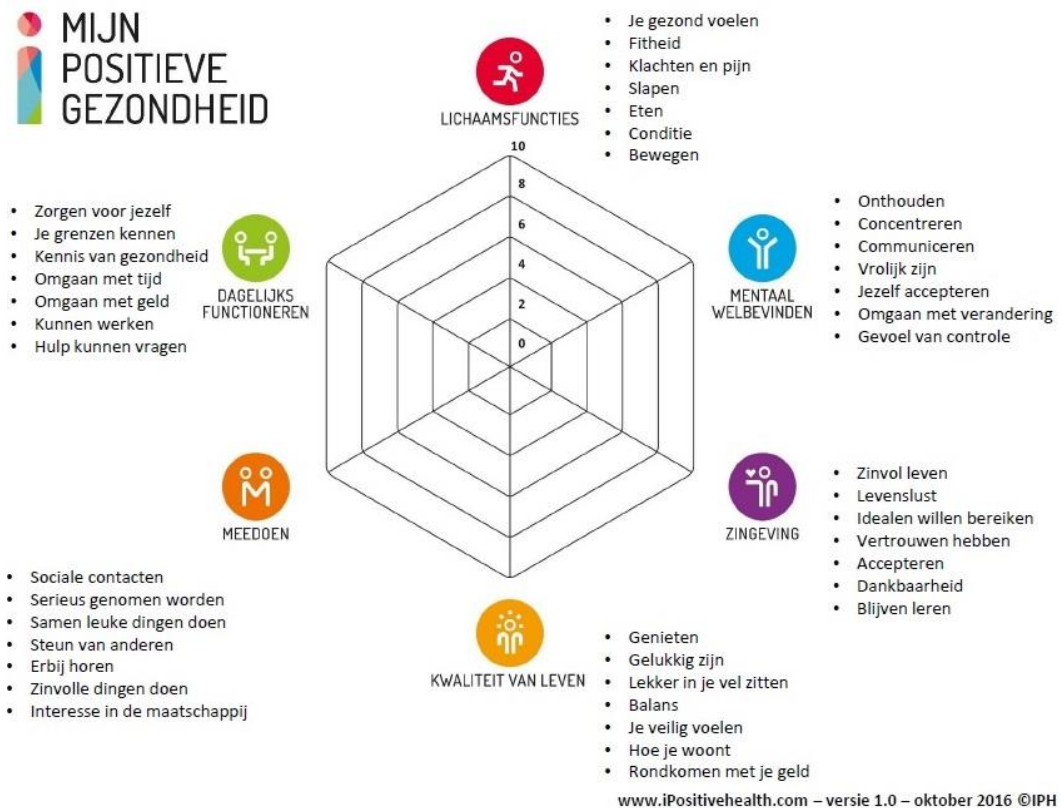
Huber (2014) gaat in haar proefschrift in op de etymologische betekenis van het Engelse woord ‘health’ wat onder andere heelheid betekent. Huber (2014, p. 238) geeft een concept van gezondheid die zij ‘dynamisch’ noemt: “Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven”. Bij *Positive Health* is het mogelijk om ernaar te streven om ‘gezond’ te zijn of te worden tezamen met een ziekte. De ziekte als zodanig bepaald niet of iemand wel of niet gezond is maar de samenhang van verschillende factoren, door Huber dimensies genoemd.

Binnen het concept spelen zes dimensies een rol, die met elkaar

---

<sup>8</sup> Bij Evidence-based Practice (EBP) in de gezondheidszorg gaat het erom dat een behandeling altijd in wetenschappelijke zin onderbouwd moet kunnen worden (RVS, 2017, p. 13).

verbonden zijn: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren (Huber, 2014). De zes dimensies worden in een ‘Spinnenweb’, ook wel op pagina 22). Hiermee kunnen mensen voor zichzelf een visualisatie maken van hoe ze hun eigen gezondheid zien.



Figuur 1: IPH Gespreksinstrument. Aangepast overgenomen van de website *Institute for Positive Health*, door Institute for Positive Health, 2018b, geraadpleegd van <https://ipositivehealth.com/wp-content/uploads/2017/06/IPH-gespreksinstrument-iph-versie-10-oktober-2016.pdf> Copyright 2018 door Institute for Positive Health

Deze visualisatie geeft handvatten om na te gaan wat een grote rol speelt en wat veranderd zou moeten worden (Institute for Positive Health, 2018a). Als bijvoorbeeld op de dimensie ‘meedoen’ laag wordt gescoord, dan kan samen met een hulpverlener gekeken worden hoe dit meedoen weer hoger kan scoren. Tenzij de patiënt het ‘meedoen’ helemaal niet belangrijk vindt.

Opvallend in het onderzoek van Huber is het contrast tussen wat de patiënten van belang vinden en wat de artsen van belang vinden. Patiënten geven

aan alle zes dimensies van belang vinden, terwijl de artsen vooral de nadruk leggen op het belang van de dimensie van de lichaamsfuncties (Huber, 2014).

Antroposofische gezondheidszorg, *Planetree* en *Positive Health* sluiten elkaar niet uit maar overlappen elkaar voor een gedeelte en vullen elkaar aan. Wel zit er verschil in de verhouding tussen de substantiële en de instrumentele rationaliteit. Wat betreft de verhouding van beide rationaliteiten is de manier waarop een deze zich verhouden binnen de drie concepten van belang, als ware het een Russische Matroesjka pop. Een ziekenhuis zou dus antroposofisch kunnen zijn, hiernaast een *Planetree* certificering kunnen hebben en daarnaast kunnen werken volgens de principes van *Positive Health*. Een ziekenhuis die volgens de principes van *Positive Health* werkt voldoet dus niet automatisch aan de antroposofische uitgangspunten.

Zowel de antroposofische gezondheidszorg alsook *Planetree* en *Positive Health* zijn (nog) geen gemeengoed in de gezondheidszorg. De instrumentele rationaliteit van het 'marktconform' 'beter maken' zoals Van Heijst deze beschrijft is nog steeds overheersend. Wat dat betreft is het huidige tijdperk nog steeds die van het laatmodern zorgscript.

Wellicht dat er in de (nabije) toekomst een kentering komt waarin de instrumentele rationaliteit en substantiële rationaliteit in een andere verhouding aanwezig zijn. Hiermee zou een nieuw zorgscript kunnen ontstaan. Met *Positive Health* lijkt een eerste aanzet te zijn gemaakt waarin de substantiële rationaliteit een bepaalde integratie heeft in de instrumentele rationaliteit.

### **2.3 Aandacht voor heel de mens vanuit de healing environment**

In de vorige paragraaf lag de nadruk vooral op manieren van handelen. Bij zowel de antroposofische gezondheidszorg, *Planetree* alsook *Positive Health* speelt echter ook de (gebouwde) omgeving een rol. Hier komt het concept van *healing environment* om de hoek kijken. Healing environment heeft betrekking op de omgeving van de patiënt en lijkt daarom van alle tijden te zijn. Hoe de

uitgangspunten van *healing environment* worden aangewend door de tijd verschildt.

Wanneer er over *healing environments* gesproken wordt heeft dit, zoals de term eigenlijk voor zichzelf spreekt, betrekking op de helende kracht die de omgeving op een mens kan hebben. Dit draagt nadrukkelijk bij aan een holistische zorgvisie: binnen een ziekenhuis welke gebouwd is volgens de principes van *healing environment* is aandacht voor zowel lichaam, psyche als geest.

Dit is van belang binnen de antroposofische gezondheidszorg, binnen *Planetree* en binnen *Positive Health*. Binnen de antroposofische gezondheidszorg en *Planetree* wordt het letterlijk benoemd. Zelfs bij *Positive Health* is een healing environment van belang, zeker wanneer het aankomt op de dimensies mentaal welbevinden en kwaliteit van leven. Bij dat laatste is aandacht voor hoe iemand 'woont'. Dat 'wonen' kan ook (tijdelijk) in een zorginstelling zijn.

De aandacht voor de helende kracht van de omgeving op de mens is zo oud als de mensheid zelf en past als zodanig niet in een chronologie, zoals de antroposofische gezondheidszorg, *Planetree* of *Positive Health*. Als het aankomt op aandacht voor het ontwerp van ziekenhuizen, dan heeft Florence Nightingale hier een goede aanzet voor gegeven. Florence Nightingale stelde dat lichttoetreding, ventilatie, hygiëne en sanitaire voorzieningen een positieve invloed hebben op het herstel van patiënten (Stichler, 2001).

*Healing environment* als zodanig valt binnen de instrumentele rationaliteit; er dient een helder doel te worden bewerkstelligd: een prettige omgeving die bijdraagt aan het herstel. Gesteld kan worden dat instrumentele rationaliteit van de *healing environment* wel ten dienste staat aan de substantiële rationaliteit; er gebeurt hopelijk iets positiefs met mensen die in de gebouwen verblijven die volgens de uitgangspunten van *healing environment* zijn gebouwd maar dit is niet zo makkelijk meetbaar als bijvoorbeeld een gebroken been die weer is hersteld.

Het begrip *healing environment*<sup>9</sup> lijkt binnen de Nederlandse context niet een duidelijke vastomlijnde betekenis te hebben. Van Gelder (2016) stelt dat *healing environment* vaak met natuur en groen wordt geassocieerd en met gastvrijheid en bejegening. *Healing environment* kan daarom als een containerbegrip worden gezien waar ieder een eigen invulling aan kan geven (Van Gelder, 2016).

Toch lijkt vooral de nadruk te liggen op de fysieke omgeving van de patiënt als wordt gesproken over *healing environment* (Gezondheidsraad, 2009; Schreuder, Lebesque & Bottenheft, 2016). Aan het einde van de vorige eeuw kwam steeds meer de nadruk te liggen op de manier waarop ziekenhuizen worden vormgegeven in architectonische zin (Stichler, 2001).

Schreuder (2016) stelt dat de *healing environment* moet worden bekeken vanuit het perspectief van de patiënt, waarbij de *healing environment* een bewezen positieve invloed heeft op zowel het fysieke als ook psychische herstel van de patiënt. Bij de bouw van veel nieuwe ziekenhuizen staan daarom niet meer de zorgprocessen centraal en hoe hiervoor het ziekenhuis optimaal kan worden ingericht, maar juist hoe de patiënt het gebouw ervaart (Gezondheidsraad 2009).

De gedachte van de *healing environment* vindt een wetenschappelijke onderbouwing in het zogenaamde *Evidence-Based Design*, hetgeen weer op *Evidence-Based Medicine* is gestoeld. Naar Roger Ulrich stelt Van Gelder (2016, p. 38) dat *Evidence-Based Design* het volgende inhoud: “Evidence-Based Design refers to the process of creating healthcare buildings, informed by the best available evidence, with the goal of improving outcomes and of continuing to monitor the success of designs for subsequent decision-making”.

Het Meander Medisch Centrum in Amersfoort is een voorbeeld van ziekenhuizen die zijn ontworpen volgens *Evidence-Based design*. De nieuwbouw van het Meander is in 2013 geopend. Het ziekenhuis is nadrukkelijk richting natuurgebied de Eemshoek gebouwd, waarbij de natuur tot diep in het gebouw

---

<sup>9</sup> De term ‘healing environment’ is een algemene term die binnen de ‘ziekenhuiswereld’ alom gebruikt wordt en als zodanig niet is terug te voeren op één bedenker (Van Gelder, 2016).

zichtbaar is. Ook licht en lucht zijn belangrijke thema's. Alle patiëntenkamers in Meander zijn éénpersoons (Van Gelder, 2016).

## Hoofdstuk 3 – Lean en lean in de gezondheidszorg

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op de aandacht voor heel de mens door de eeuwen heen en deelaspecten hiervan, zoals die in de loop der tijd zijn uitgedacht en ontwikkeld. Hierin kwamen zowel de substantiële als de instrumentele rationaliteit aan bod. Dit was vooral een beschrijving van hoe de aandacht vanuit verschillende hoeken kan worden vormgegeven en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Het accent kon zowel op de fysieke omgeving (healing environment) liggen alsook op een manier van bejegenen en geneeskunde bedrijven (Antroposofie) of juist een mengvorm hiervan (Planetree).

In dit hoofdstuk wordt wat goede zorg zou kunnen zijn enkel vanuit de instrumentele rationaliteit en vanuit één invalshoek bekeken. De focus is in dit geval van (bedrijfseconomische) aard. Het doel van dit hoofdstuk is om een verheldering te geven van *lean*, het concept dat in de volgende twee hoofdstukken over het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg en Isala in Zwolle, aan de orde komt.

### 3.1 Lean

Het begrip *lean* wordt in 1988 door Krafcik (1988) geïntroduceerd als één van de twee typen in een productiesysteem. Hij plaatst dit tegenover het begrip *buffered* in een artikel over de wijze waarop auto's werden geproduceerd in de Verenigde Staten, Europa en Japan. In deze context heeft *lean* de betekenis mager en *buffered* de betekenis van beschermd.

Het *buffered* productiesysteem wordt door Krafcik in de naoorlogse westerse periode geplaatst. Volgens Krafcik werden vrijwel overal buffers ingebouwd in dit productiesysteem. Hierbij valt te denken aan buffers tegen niet geplande tegenvallende kwaliteit, buffers tegen een stokkende productielijn en buffers in de zin van extra personeel dat niet altijd wordt ingezet.

Het *lean* productiesysteem wordt daarentegen 'mager' gehouden. Hierbij kan gedacht worden aan zo min mogelijk reservemateriaal en zo min mogelijk voorraden. Ook wat betreft de inzet van personeel is de insteek binnen *lean* om



hiervan zo min mogelijk extra te hebben, maar om medewerkers te hebben die breed inzetbaar zijn en snel uitgevallen collega's op verschillende plekken in het productieproces kunnen vervangen.

Op basis van de uitgangspunten van Krafcik zijn Hopp en Spearman (2004, p. 144) tot de volgende definitie gekomen van *lean*: "The production of goods or services is *lean* if it is accomplished with minimal buffering costs". Een uitgebreidere definitie wordt gegeven door Chalice (2007, p. 20): "A business system for organizing and managing product (or service) development, operations, suppliers, and customer (patient) relations that requires less human effort, less space, less capital, and less time to make products (services) with fewer defects to precise customer desires, compared with the previous system".

In twee zinnen samengevat heeft *lean* betrekking op het volgende. Het geleverde product is zo van zo hoog mogelijk kwaliteit en sluit hierbij zoveel mogelijk aan bij de wensen van de klant. Het productieproces dat hiervoor nodig is vindt plaats met de minimaal benodigde inzet van mens, materieel en materiaal.

Womack, Jones en Roos (1990) onderscheiden drie manieren van produceren. Hierbij zetten zij *lean* productie tegenover ambachtelijk produceren en massaproductie. Dit is als het ware een beschouwing van produceren door de tijd heen: van ambachtelijk via massaproductie naar *lean*.

Ambachtelijk produceren en massaproductie hebben beide een mate van inflexibiliteit die ertoe leiden dat het productieproces kostbaar is. De ambachtelijke producent zet medewerkers in die zeer bekwaam zijn in hun vakgebied en een product op maat maken exact zoals de klant dit wenst. Dit is een kostbare manier van produceren. In het geval van massaproductie worden (kostbare) machines ingezet die bediend worden door niet- of laagopgeleide medewerkers. De machines kunnen slechts één bepaald type product produceren en de medewerkers kunnen slechts één bepaald type machine bedienen. Er worden grote voorraden grondstoffen aangehouden en er zijn veel medewerkers beschikbaar zodat het productieproces niet kan stokken.

In het geval van *lean* productie worden zowel een ambachtelijke manier van produceren als ook massaproductie gecombineerd. Alle medewerkers zijn goed opgeleid (*multiskilled*) en de machines zijn voor een groot gedeelte

geautomatiseerd en flexibel inzetbaar. Hierdoor hoeven er minder grote voorraden worden aangehouden en minder medewerkers achter de hand worden gehouden. Door een machine softwarematig anders aan te sturen kan deze een ander product maken en de medewerkers zijn hierbij in staat om meerdere type machines te bedienen.

*Lean* productie geschiedt volgens een bepaalde manier van denken waar vijf principes aan ten grondslag liggen: *Value*, *Value stream*, *Flow*, *Pull* en *Perfection*. *Value* heeft betrekking op elke stap in het productieproces die de ervaring voor de klant verbetert. Hierbij wordt voor ogen gehouden wat de klant graag wil of nodig heeft. Binnen de *Value stream* wordt gekeken welke stappen in het productieproces waarde toevoegen en welke niet. De stappen die geen waarde toevoegen worden uit het productieproces gehaald. *Flow* heeft betrekking op een soepel en continu proces welke niet stopt. Bij *Pull* gaat het erom dat er vraag is naar het product. *Perfection* heeft betrekking op continu verbeteren, waarbij elke verbetering van het productieproces aanleiding kan zijn voor nieuwe verbeteringen (Wickramasinghe, Al-Hakim, Gonzalez & Tan, 2014).

Produceren op basis van *lean* is volledig ontleend aan de manier van auto's produceren door Toyota in de naoorlogs periode, het zogenaamde Toyota Productie Systeem (TPS) (Chalice, 2007). Volgens Krafcik (1988) baseert Toyota zijn productiesysteem op het productiesysteem zoals Henry Ford deze introduceerde bij de productie van de T-Ford aan het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw ("T-Ford," z.j.).

### **3.2 Lean in het ziekenhuis**

Het spreekt voor zich dat *lean*, zoals dat in de vorige paragraaf besproken is, niet één op één kan worden overgenomen in het ziekenhuis. In zijn artikel *Fixing Healthcare from the Inside*, Today betoogt Steven Spear (2005) echter dat het Toyota Productie Systeem (TPS) zeer goed bruikbaar is in de gezondheidszorg. In de casussen die Spear beschrijft draait het om het verbeteren van de patiëntveiligheid, patiëntvriendelijkheid en het tegen gaan van verspillingen door de proces continu te verbeteren daar waar dat mogelijk is.

Onder het motto “*Delivering Operational Excellence*” beschrijft Spear (2005, p. 82) vier ‘bekwaamheden’ die in de organisatie aanwezig moeten zijn om hetzelfde niveau als Toyota te leveren. De bekwaamheden gelden als de ‘onderlegger’ of basis bij het *lean* werken. In tekstblok 3 zijn deze bekwaamheden opgenomen.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Het werk is ontworpen als een serie doorlopende experimenten waarbij onmiddellijk problemen aan het licht kunnen komen.</li><li>2. Problemen worden onmiddellijk benoemd met snelle experimenten.</li><li>3. Oplossingen worden adaptief verspreid door experimenten waarin wordt samengewerkt.</li><li>4. Medewerkers op elk niveau van de organisatie wordt geleerd om experimentalist te worden.</li></ol> |
|--|

Tekstblok 3: De vier bekwaamheden. Overgenomen van Spear, S.J. (2005). Fixing Health Care from the Inside, Today. Harvard Business Review, 83(9) 78-91

De in het voorgaande tekstblok genoemde doorlopende experimenten moeten in deze context letterlijk worden genomen. Feitelijk gaat het om het normale productieproces. Door dit experiment te noemen zou de drempel om continu verbeteringen aan te dragen lager kunnen zijn.

Bij de oplossingen waarover wordt gesproken in het tekstblok gaat het erom dat de oplossing wordt afgestemd op de behoefte en dat er verschillende medewerkers bij betrokken zijn. Dit leidt ertoe dat alle medewerkers een experimentalist zijn. Oftewel: Elke medewerker is een verbeteraar.

Volgens Wickramasinghe et al. (2014) levert *lean* denken binnen de gezondheidszorg een aantal voordelen op die gekoppeld zijn aan de eerdergenoemde bekwaamheden van Spear. De voordelen hebben betrekking op kwaliteit, veiligheid, aflevertijd, doorvoer en een sneller momentum. Deze voordelen zijn allen te linken aan de door Spear benoemde experimenten omdat deze de rode draad zijn die door het hele proces heenlopen. Experiment komt dus telkens terug als een manier van kijken naar en omgaan met het proces.

Door standaardisatie worden er minder vergissingen gemaakt waardoor de kwaliteit en de veiligheid toenemen. De standaardisatie zorgt er ook voor dat de aflevertijd korter wordt en de doorvoer verbetert omdat het proces minder stukt. Zelfs de standaardisatie zelf kan als een doorlopend experiment worden gezien. Het motto “Altijd voor verbetering vatbaar” is alom aanwezig en wordt bijna

overall op toegepast. Mocht het proces wel stikken dan kan binnen de stabiele werkomgeving snel een verbetering worden aangedragen en doorgevoerd. Het doorvoeren van verbeteringen is vanzelfsprekend en gebeurt constant.

Wickramasinghe et al. stellen dat er verschillen zijn tussen *lean* produceren en *lean* denken binnen de gezondheidszorg. Deze hebben betrekking op de menselijke betrokkenheid, de mate van uniformiteit van het product, de doorlooptijd, wachttijd, het gedrag van het object, het gemak waarmee de performance kan worden gemeten en de effectiviteit van het proces.

Stuk voor stuk lijken de genoemden verschillen open deuren te zijn. Het meten van de performance verdient echter een nadere toelichting. De performance van de zorgprofessional is volgens Wickramasinghe et al. moeilijk te meten, omdat de vaardigheden en kennis per zorgprofessional verschillen. Dit is vooral gelegen in het feit dat de uitkomsten moeilijker meetbaar zijn dan in een autofabriek.

Hierbij valt te denken aan de vorm van de uitkomst. In het geval van een auto is dit duidelijk. Deze moet aan een aantal criteria voldoen die simpelweg af te vinken zijn. Wat betreft een patiënt is dit minder eenduidig meetbaar. In tekstblok 4 op pagina 32 staan de verschillen tussen *lean* produceren en *lean* werken in de gezondheidszorg op een rijtje.

Opvallend in het tekstblok is dat de patiënt als een object wordt gezien. Binnen *lean* produceren is het product het object. Het is problematisch te noemen dat de patiënt als object wordt gezien en hiermee tot een product verwordt. Feitelijk is de uitkomst van de behandeling het object, en dus het product, en is dat wat de patiënt als 'klant' krijgt.

Hieruit blijkt dat de accenten op alle fronten anders zijn. Simpelweg gezegd omdat het genezen (voor zover dit lukt) van een mens iets totaal anders is dan het produceren van een auto. Voor een auto is de eindtoestand zeer specifiek te bepalen en de kwaliteit op basis hiervan meetbaar. Bij patiënten in het ziekenhuis kan dat niet op deze manier.

Daar spelen veel meer factoren een rol zoals ook in hoofdstuk 2 over de

**Type organisatie**

<b>Verschillen</b>	<u>Lean denken bij produceren</u>	<u>Lean denken in de gezondheidszorg</u>
Menselijke betrokkenheid	Automatisering speelt een grote rol bij het reduceren van de menselijke betrokkenheid. Dit vermindert de noodzaak voor een hoge vakbekwaamheid en kennis.	Vakbekwaamheid, kennis en de ervaring van de zorgprofessional spelen een grote rol.
Gemak van meten van de Performance	De performance van de medewerkers in het productieproces is gemakkelijk te meten.	De performance van zorgprofessionals in het zorgproces is niet gemakkelijk te meten.
Effectiviteit van het proces	De uitkomsten van het proces zijn voorspelbaar.	Het is moeilijk om de graad van succes te voorspellen van de diensten die de gezondheidszorg verleent.
Product uniformiteit	Machines produceren identieke producten	Het is moeilijk om een medische handeling (bijvoorbeeld een operatie) uit te voeren die elke keer dezelfde uitkomst heeft. Bij elke patiënt is een andere aanpak nodig.
Gedrag van het object	Producten hebben van tevoren Vastgestelde karakteristieken.	Het gedrag van patiënten is niet voorspelbaar en kan variëren.
Doorlooptijd	De doorlooptijd van productie kan exact van tevoren worden vastgesteld.	De doorlooptijd van medische handelingen kan variëren en is moeilijk van tevoren vast te stellen.
Niet-toegevoegde waarde	Alle soorten inspectie zijn overbodig en behoren te worden gereduceerd of worden afgeschaft.	In een medische omgeving zijn het monitoren en testen essentieel.
Informatiestroom	Deze hangt vooral af van de stroom van het proces.	Gezondheidszorg activiteiten zijn Informatie-gebaseerde activiteiten.

Tekstblok 4: Verschillen tussen lean produceren en lean in de gezondheidszorg. Aangepast overgenomen van Wickramasinghe, N., Al-Hakim, L., Gonzalez, C. & Tan, J. (2014). *Preface*. In: N. Wickramasinghe, L. Al-Hakim, C. Gonzalez & J. Tan (Red.), *Lean Thinking for Healthcare*. (pp. ix-xxii). New York: Springer

zorg voor de gehele mens besproken is. Dit lijkt een manco te zijn van *lean* in de zorg: een patiënt is een mens en geen klant, en genezing, of in ieder geval een bepaald optimum proberen te bereiken, is geen product.

Aan *lean* liggen twee concepten ten grondslag die verband met elkaar houden: *total quality management (TQM)* en *Kaizen*. In beide concepten zit het 'continu verbeteren' besloten, een term die inmiddels ook onlosmakelijk verbonden is met *lean*. Volgens Wickramasinghe et al is *TQM* een filosofie en *Kaizen* de techniek. Oftewel het waarom en het hoe.

Volgens hen is *TQM* een managementfilosofie waarbinnen incrementele stappen worden genomen om het proces te verbeteren. Oftewel: er wordt telkens iets toegevoegd aan de al bestaande processen. *TQM* heeft betrekking op de organisatie als geheel waarin met elkaar wordt samengewerkt om bepaalde doelen te bereiken.

*Kaizen* gaat over de kwaliteit en de klanttevredenheid. *Kaizen* betekent letterlijk 'continu verbeteren'. De belangrijkste elementen van *Kaizen* zijn: teamwork, persoonlijke discipline, een verbeterde moraal, kwaliteitscirkels, suggesties voor verbeteringen, tegengaan van verspilling en inefficiëntie, en tot slot het zogenaamde 5S-kader.

Het 5S-kader bestaat uit de Japanse termen *Seiri* (sorteren; behouden wat nodig is), *Seiton* (systematisch schikken opdat zaken snel gevonden kunnen worden), *Seiso* (schoonhouden), *Seiketsu* (standaardiseren) en *Shitsuke* (zelfdiscipline). Het 5S-kader heeft als zodanig rechtsreeks betrekking op het proces en kan niet zonder de eerder besproken bekwaamheden van Spear.

In aanvulling op het werken met *lean* wordt binnen de gezondheidszorg voor het verbeteren van de processen vaak gebruik gemaakt van de uitgangspunten van *Six Sigma*. Binnen *Six Sigma* wordt de zogenaamde *DMAIC* methode gebruikt: "Define the business issue, Measure the process, Analyse the data and verify root causes of variation, Improve the process." en "Control the process and sustain improvements." (Wickramasinghe, 2014, p. 7)

Volgens Wickramasinghe kunnen er miljoenen dollars worden bespaard door de uitgangspunten van *Six Sigma* te combineren met één van de belangrijkste uitgangspunten van *lean*: de zeven dodelijke verspillingen. Deze zijn transport, inventaris, beweging, wachten, overproductie, overbewerking, en fouten die aanleiding geven om iets over te doen. In tekstblok 5 worden voorbeelden gegeven van de zeven dodelijke verspillingen.

transport

Het constant verplaatsen van patiënten van de ene naar de andere kamer.

inventaris

Het aanhouden van te grote voorraden of teveel plekken waar zaken worden opgeslagen.

beweging

Te veel bukken of strekken om iets uit een kast te moeten pakken.

overproductie

De registratie van hetzelfde in meerdere dossiers.

overbewerking

Een toelichting bij een order die al voor zichzelf spreekt.

fouten die aanleiding geven om iets over te doen

De verkeerde label op de verkeerde tube of het achterlaten van verbandmateriaal in wonden tijdens een operatie.

Tekstblok 5: De zeven dodelijke verspillingen. Aangepast overgenomen van Wickramasinghe, N. (2014). Lean Principles for Healthcare. In: N. Wickramasinghe, L. Al-Hakim, C. Gonzalez & J. Tan (Red.), Lean Thinking for Healthcare. (pp. 3- 11). New York: Springer

## Hoofdstuk 4 – Zorgethiek en menslievende zorg

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan de zorgethiek en in het bijzonder de menslievende zorg. Binnen de menslievende zorg gaat het vooral om de manier van bejegenen. Als zodanig kan menslievende zorg ‘bedreven’ worden in elk ziekenhuis dat hiervoor kiest, dus bijvoorbeeld ook in een antroposofisch ziekenhuis of in een Planetree-gecertificeerd ziekenhuis. Menslievende zorg staat in deze zin op zichzelf en is derhalve universeel toepasbaar zoals ook de ethiek dit is.

De zorgethiek, en daarmee ook de menslievende zorg, bevinden zich binnen de substantiële rationaliteit. Als zodanig biedt dit hoofdstuk, samen met het vorige hoofdstuk over lean en lean in de gezondheidszorg, een opmaat naar de laatste twee hoofdstukken over het St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg en ziekenhuis Isala in Zwolle, waarin de aandacht voor de mens specifiek vanuit de zorgethiek en in bredere zin vanuit de geestelijke verzorging wordt besproken samen met de ‘lean-praktijk’ in beide ziekenhuizen.

### 4.1 Zorgethiek

Zorgethiek is een deeldiscipline van de ethiek, waarin de zorg voor de ander centraal staat. Met betrekking tot de zorgethiek stelt Sander-Staudt (2018) dat de basis van een relatie en de onderlinge afhankelijkheid van mensen een morele betekenis hebben. Oftewel: er wordt vanuit de relatie en de afhankelijkheid van de ander een beroep gedaan op het moreel van iemand.

De zorgethiek probeert de zorgrelatie te onderhouden en een context te geven. Hierbij gaat het zowel om het welbevinden van de zorgontvangers als van de zorggevers. Volgens Sander-Staudt<sup>10</sup> is dit een manier van werken of een deugd en juist niet een theorie: “...Most often defined as a practice or virtue rather than

---

<sup>10</sup> Er kan hier niet naar een paginanummer verwezen worden omdat de bron (Sander-Staudt, 2018) een webpagina betreft.



a theory as such, "care" involves maintaining the world of, and meeting the needs of, ourself and others”.

Het zorgen, dat een wezenlijk onderdeel van de zorgrelatie is, verdient een heldere definiëring. Joan Tronto heeft voor zorgen de volgende definitie geformuleerd: “Zorgen is een menselijke activiteit die alles omvat wat wij doen om onze ‘wereld’ zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, ons persoon zijn (‘our selves’) en onze omgeving die we trachten samen te weven tot een complex, het leven ondersteunend web” (Tronto, 1994, p. 56). Met betrekking tot de zorgrelatie heeft Tronto (1994, p. 137) de centrale vraag geformuleerd voor de zorgethiek: “... hoe kan ik (kunnen wij) het beste voldoen aan mijn (onze) zorgverantwoordelijkheden?”

Tronto (1994) onderscheidt vier zorgfasen die volgens haar los van elkaar te analyseren zijn maar wel met elkaar verbonden zijn: ‘*caring about*’ (geven om), ‘*taking care of*’ (zorgen voor), ‘*care-giving*’ (zorg verlenen c.q. geven) en ‘*care-receiving*’ (zorg ontvangen).

Hierbij horen vier morele waarden: aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en responsiviteit. Twee morele waarden verdienen een nadere toelichting: verantwoordelijkheid en responsiviteit. De verantwoordelijkheid binnen de zorgethiek heeft een andere inhoud dan binnen andere ethische disciplines. Het is, anders dan formele verantwoordelijkheid, een persoonlijke verantwoordelijkheid: de zorgverlener voelt zich verantwoordelijk omdat de ander een beroep op hem of haar doet (Van Nistelrooy, 2012). Responsiviteit wordt door Van Nistelrooy (2012, p. 122) “...de reactie op de zorg...” genoemd, omdat het van belang is om als zorgverlener te zien wat de zorg die je verleent doet met de ander.

Volgens Van Nistelrooy kan de mens nooit volledig autonoom zijn en heeft hij of zij altijd zorg nodig. Hierbij geeft zij het voorbeeld van een directeur van een zorginstelling waarvan het kantoor door een medewerker wordt schoongemaakt. Dit is ook zorgverlening, de directeur is afhankelijk van de schoonmaker en heeft tegenover de schoonmaker in zekere zin een kwetsbare positie.

De zorgethiek, waarin Joan Tronto een groot aandeel heeft, is mede ontstaan vanuit onderzoek van Carol Cilligan (Van Heijst, 2002). In dit onderzoek stelt Cilligan de theorie over morele ontwikkeling van haar leermeester Lawrence Kohlberg aan de kaak. Naast het begrip *justice* introduceert Cilligan het begrip *care*.

Het verschil is tussen *justice* en *care* wordt door Cilligan helder gemaakt aan de hand van de studie van haar leermeester Kohlberg over het 'Heinz dilemma' waarin een jongen, Jake, en een meisje, Amy, gevraagd wordt of Heinz wel of niet peperdure medicatie kan stelen voor zijn doodzieke vrouw.

Jake vindt dat Heinz de medicijnen bij de apotheek moet stelen omdat daarmee het leven van zijn vrouw gered wordt. Hiermee stelt Jake het recht van leven boven het recht van bezit. Amy stelt echter dat Heinz hierdoor in de gevangenis kan komen en zijn vrouw daardoor helemaal niets meer aan hem heeft. Volgens Amy zou Heinz de apotheker moeten kunnen overtuigen dat de medicijnen veel te duur zijn.

In het 'Heinz dilemma' gaat Amy uit van een 'web' van relaties van mensen die afhankelijk van elkaar zijn. De vrouw van Heinz is afhankelijk van hem en Heinz is afhankelijk van de apotheker. Mensen staan niet alleen, maar zijn afhankelijk van de zorg voor elkaar (Cilligan, 2003).

Cilligan ging ervan uit dat mannen en vrouwen niet dezelfde taal spraken maar probeerde vooral te doorbreken dat het mannelijke perspectief (zijn taal) de boventoon voerde als het aankwam op morele afwegingen (Sander-Staudt, 2018). Het 'Heinz dilemma', zoals deze door Cilligan is beschreven is van wezenlijk belang voor de zorgethiek, tot op de dag van vandaag. Niet zozeer het verschil tussen mannen en vrouwen is van belang, als wel het belang van relaties en afhankelijkheid van elkaar in de zorg die mensen voor elkaar hebben. Met betrekking hierop stelt De Lange (2011, p. 59) "... dat we door en door sociale wezens zijn, in een netwerk van onderlinge afhankelijkheden aangewezen op elkaar."

Het voorbeeld van het 'Heinz dilemma' geeft tevens helder weer dat de zorgethiek zich binnen de substantiële rationaliteit begeeft en niet binnen de instrumentele rationaliteit. Ondanks dat de idee van Jake om de medicijnen te

stelen ook binnen de substantiële rationaliteit vallen, hij maakt immers een morele afweging, lijkt deze toch een instrumenteel 'sausje' te hebben. De handeling, in dit geval stelen, lijkt voor Jake immers het belangrijkste te zijn. De consequenties die dit kan hebben lijken er voor hem minder toe te doen.

In feite doet de patiënt een beroep op het ziekenhuis als hij of zij wordt opgenomen. Dit beroep kan variëren van de receptionist die de weg wijst door het ziekenhuis tot de voedingsassistent die ervoor zorgt dat de patiënt te eten krijgt. Zij zijn allen bezig met een vorm van zorgverlenen. Daarnaast zijn er ook zorgprofessionals in het ziekenhuis zoals verpleegkundigen en paramedicus waar de patiënt een beroep op doet.

Tijdens zijn of haar opname of bezoek aan de polikliniek doet de patiënt bovenal een beroep op de arts. Van hieruit heeft de arts een persoonlijke verantwoordelijkheid die binnen de zorgethiek ligt. Deze 'haakt' in op zijn of haar professionele verantwoordelijkheid vanuit de medische ethiek. Als zodanig behoort de substantiële rationaliteit van de zorgethiek in feite standaard deel uit te maken van het medisch handelen van de arts welke grotendeels instrumenteel gedefinieerd is.

## **4.2 Menslievende zorg**

In de vorige paragraaf werd nader ingegaan op de zorgethiek. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op een deeldiscipline van de zorgethiek: Menslievende zorg. Net als binnen de zorgethiek staat binnen de Menslievende zorg de zorg voor de ander centraal. Juist in de zorg voor de ander zit de menslievendheid besloten.

Dankzij deze invalshoek kan de zorg, die voor een groot gedeelte instrumenteel van aard is, zich meer binnen de substantiële rationaliteit begeven. De Menslievende zorg is door Annelies van Heijst (2005) geïntroduceerd. In de menslievendheid zit letterlijk het houden van mensen besloten.

Menslievende zorg heeft één wezenlijk verschil met de caritas die in hoofdstuk twee is besproken. Binnen de caritas gaat het om de liefde voor God en de liefde voor de medemens. Binnen de menslievende zorg draait het alleen om de liefde voor de andere mens.

Van Heijst (2005) zet de liefde voor de mens in samenhang met de liefde voor God overigens niet scherp tegenover de liefde voor de mens die niet samenhangt met de liefde voor God. De tegenstelling die zij poneert is die van “kale instrumentele en economische doelrationaliteit” en “menslievende zorg” (Van Heijst, 2005, p. 15).

Van Heijst pleit ervoor dat de menslievende zorg wordt geënt op verschillende levensovertuigingen. Dit kan dus ook het christendom zijn, waarbij wel de combinatie van liefde voor de ander samen, of door, de liefde van God opgaat. Maar ook andere stromingen met of zonder godheid kunnen aan de basis liggen van Menslievende zorg.

Van Heijst (2005, p. 11) formuleert vier manieren waarop menslievende zorg wordt ingevuld: “... vakkundige beschikbaarheid, de ander als onvergetelijke mens opmerken, de ander laten weten én voelen dat die voluit telt, en ontvankelijk zijn.” De definitie van menslievende zorg is: “... de ander aanvaarden en professioneel ondersteunen in diens behoefte, en dit gebeuren zo inrichten dat er een medemenselijke wederkerigheid op gang kan komen van een professionele geveer die ontvanger wordt, en een ontvanger die iets te geven had of heeft” (Van Heijst, 2006. p. 20).

Menslievende zorg borduurt voort op de presentiebenadering van Andries Baart (2011). Van Heijst stelt dat de presentietheorie van Andries Baart een systeemkritiek is. Dit lijkt het vertrekpunt te zijn van de menslievende zorg van Van Heijst. De zorg is in haar ogen te veel gericht op een routinematige vorm van interventie. Dit is niet zozeer te wijten aan de zorgprofessional als individu, dan wel aan hoe deze tijdens zijn opleiding is gevormd. Het systeem deugt niet in de ogen van Van Heijst. Zij noemt dit daarom ‘systeemfouten’.

De zorg is volgens Van Heijst vraaggestuurd en marktgericht die, zoals zij naar Douwe van Houten verwoordt, volgens haar is gericht op de neoliberale standaardmens. Deze mens kan gezien worden als een zorgconsument die op pragmatische en doordachte wijze een afweging maakt waar hij of zij de zorg haalt die hij of zij op dat moment nodig heeft.

Naar aanleiding hiervan voert Van Heijst twee misvattingen op. De eerste is, dat de zorgprofessional vanuit zijn of haar vakgebied dat doet waar hij of zij

voor aangenomen is bij de zorginstelling. De tweede misvatting is, dat iets in economische zin en in een marktmodel te vatten is.

De eerste misvatting wordt door Van Heijst een instrumentele werkopvatting genoemd. Als voorbeeld hierbij noemt zij een verzorgende in het verpleeghuis die een jarige cliënt feliciteert en hierbij een bos bloemen overhandigd. De cliënt moet vervolgens zelf maar uitzoeken hoe de bloemen in een vaas terechtkomen. Dat behoort immers niet tot het werk van de verzorgende. Met de tweede misvatting ontkent Van Heijst niet dat zorginstellingen in economische zin geen bedrijfsvoering nodig hebben maar “... dat economische referentiekader mag niet de alfa en omega worden in het denken over de zorg” (Van Heijst, 2006, p.13).

Vanuit de twee misvattingen stelt Van Heijst dat er in de maatschappij onbehagen is over de manier waarop de zorgsector functioneert. De ‘cure’ en ‘care’, die in de zorgsector bedreven worden, zijn van een hoog niveau en dat is iets dat we moeten koesteren, maar de verrichtingen en interventies die in de zorg plaatsvinden lijken losstaande technische handelingen te zijn. Van Heijst noemt dit: “verrichtingen los van de zorgbetrekking” (Van Heijst, 2006, p. 14). En om dat laatste draait het binnen de menslievende zorg: “Zorgen is wezenlijk geen economische maar een ethische onderneming.”

Er zijn ook andere manieren van zorgverlenen die ingaan tegen, of een aanvulling vormen op, het zorgverlenen vanuit een economisch model. Van Heijst geeft hiervan twee voorbeelden: belevingsgerichte zorg en het maieutisch zorgconcept. “Het woord maieutisch is afkomstig uit het Oudgrieks en betekent letterlijk ‘verloskundig’, ‘bevrijdend’.... het maieutisch zorgconcept is ontwikkeld om te bereiken dat verzorgenden zich vrij voelen om authentiek en creatief met mensen om te gaan” (Van der Kooij, 2003, p. 17).

Van Heijst noemt deze twee manieren twee stappen vooruit. De eerste stap is volgens haar dat deze twee manieren van zorg meer maatwerk leveren en aansluiten op de mens achter de patiënt. De tweede stap vooruit is dat de zorgprofessional “interpretatieve arbeid ... verricht ... die koerst op wat zij, in de directe verhouding tot degene voor wie ze zorg opmerkt, denkt en voelt” (Van Heijst, 2006, p. 16).

Volgens Van Heijst is dit echter niet voldoende. Belevingsgerichte zorg kan verworden tot het genereren van een bepaald serviceniveau in de hoek van de *hospitality industry*<sup>11</sup>. Maar ook het maieutisch zorgconcept blijft volgens haar hangen in afgekaderde handelingen. Binnen dit concept wordt van een goede zorgbetrekking gesproken “... omdat het de weg is waarlangs de beste zorg geleverd kan worden” (Van Heijst, 2006, p.16).

In deze manier van werken zit volgens Van Heijst het wezenlijke verschil met de presentietheorie van Baart. Binnen deze theorie is er sprake van een (wederkerige) relatie en gaat deze verder dan een set van afgekaderde handelingen. Dat laatste noemt Van Heijst functioneel: iets heeft een functie, bijvoorbeeld het geven van medicatie, en niet meer dan dat.

Volgens Sluijsmans (2018) zitten er beperkingen in de menslievende zorg zoals Van Heijst deze heeft ingevuld, omdat deze teveel gericht zou zijn op de gedachte dat de zorgprofessional alleen gericht is op goede zorg en niet zozeer op de eisen die het systeem aan deze zorg stelt.

De vraag die Sluijsmans zichzelf stelde was hoe menslievende zorg een plek kan krijgen in het gehele ziekenhuis: van de raad van bestuur tot aan de verpleegkundige aan het bed, en alle (management-) lagen daartussenin. Om deze vraag te beantwoorden introduceert Sluijsmans een nieuwe term: ‘spanningsvol verbinden’. Van hieruit focust zij zich onder anderen op het gesprek tussen verpleegkundigen en managers.

Artsen worden in dit onderzoek grotendeels buiten beschouwing gelaten, net zoals deze ook nauwelijks binnen de menslievende zorg van Van Heijst voorkomen. Sluijsmans heeft wel een poging gedaan om een aantal medisch managers - dit zijn artsen in het ziekenhuis waar zij haar onderzoek deed – te betrekken bij een dialoog tussen verschillende zorgverleners, maar zij lieten daarbij verstek gaan.

Sluijsmans meent overigens dat de arts een vrije ondernemer is. Zij lijkt

---

<sup>11</sup> Hospitality industry staat voor een toeristische vorm van gastvrijheid zoals op bungalowparken, in hotels en op cruiseschepen (“Hospitality industry,” z.j.).

hier impliciet de conclusie aan te verbinden dat medisch specialisten, in hun overweging om bijvoorbeeld aan haar onderzoek mee te doen, mee laten tellen of dit bedrijfseconomisch 'uit kan'.

In het geval van algemene ziekenhuizen zijn de medisch specialisten inderdaad vaak vrijevestigde ondernemers. Bij de Nederlandse UMC's zijn alle artsen echter in loondienst (Boersma & Conijn, 2013). Voor deze groep artsen en zou de participatie aan een wetenschappelijk onderzoek wellicht anders geweest zijn.

Sluismans probeert met het 'spanningsvol verbinden' de Menslievende zorg beter te laten gronden, door middel van 'normatieve professionalisering' zoals zij dit noemt. Van Ewijk en Kunneman (2013, p. 9) geven de volgende definitie voor normatieve professionalisering: "... een reflexieve, onderzoekende en lerende, omgang met de verschillende vormen van normativiteit ... die in alle vormen van professioneel handelen werkzaam zijn."

Voor Sluismans (2018, p. 25) is dit een belangrijk uitgangspunt: "Bovendien worden de krachtenvelden waartoe de professional zich heeft te verhouden veel specifiek benoemd, namelijk: de eigen bestaansethiek ... de kwaliteit van de relatie ... de vakkennis ... de organisatie ... de bredere samenleving."

Sluismans stelt dat een verpleegkundige naar de hele mens van de patiënt kijkt en zich hierbij telkens afvraagt hoe hij of zij het zou willen hebben als hij of zij in de schoenen van de patiënt zou staan. De organisatie biedt echter niet genoeg ruimte om dit voluit te kunnen doen. Deze gedachte sluit hiermee weer aan bij het uitgangspunt van Van Heijst over de Menslievende zorg.

Het is opvallend dat zowel binnen de Menslievende zorg van Van Heijst als ook binnen het spanningsvol verbinden van Sluismans artsen niet een bijzonder grote rol lijken te spelen. Juist de arts werkt voor een groot gedeelte naar uitkomsten toe die instrumenteel gedefinieerd zijn. Als hij of zij dit zo lean mogelijk doet, dan lijkt de instrumentele rationaliteit nog verder de overhand te krijgen. De substantiële rationaliteit zou in dit geval helpend, zo niet noodzakelijk, kunnen zijn binnen het werk van de arts. Hij of zij is zorgverlener die een verantwoordelijkheid heeft vanuit de zorgethiek.

Voorgaande sluit aan bij het gedachtegoed van Positive Health. De arts zoekt samen met de patiënt naar een optimum van de eigen kracht. Dit kan de arts doen door zaken uit de instrumentele en substantiële rationaliteit toe te passen. De dimensie van de lichaamsfuncties welke binnen de instrumentele rationaliteit ligt wordt dan 'verenigd' met de dimensies van Positive Health die binnen de substantiële rationaliteit liggen zoals zingeving en kwaliteit van leven.

Hieruit lijkt naar voren te komen dat de instrumentele rationaliteit en de substantiële rationaliteit elkaar nodig hebben; de één kan niet zonder de ander. De instrumentele rationaliteit van het genezen is in de ziekenhuizen alom aanwezig. Deze rationaliteit lijkt echter de substantiële rationaliteit nodig te hebben om zo samen een optimum te kunnen bereiken.



## Hoofdstuk 5 – Lean en menslievende zorg in Tilburg

In de vorige twee hoofdstukken heeft op twee manieren een beschrijving plaatsgevonden van wat goede zorg zou kunnen zijn. Vanuit de zorgethiek en menslievende zorg binnen de substantiële rationaliteit en vanuit *lean* en *lean* in de gezondheidszorg vanuit de instrumentele rationaliteit. Beide rationaliteiten zijn hierbij los van elkaar beschouwd.

In dit hoofdstuk worden beide rationaliteiten gekoppeld aan een specifiek ziekenhuis, het voormalige St. Elisabeth Ziekenhuis (tegenwoordig Elisabeth TweeSteden ziekenhuis) in Tilburg. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op *lean* in Tilburg. De tweede paragraaf gaat in op het project ‘Lief ziekenhuis’ en het daarbij behorende programma Menslievende zorg. Tot slot komen lief en *lean* samen in de laatste paragraaf. Het hoofdstuk dat hierna volgt gaat over beide rationaliteiten in ziekenhuis Isala in Zwolle.

### 5.1 Lean in Tilburg

In 2006 is in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg een begin gemaakt met het werken volgens de principes van *lean*. Het doel was om in vijftien jaar tijd een methode te ontwikkelen met de volgende elementen: continu verbeteren vanuit persoonlijke betrokkenheid van de medewerkers, het verbeteren kan op verschillende manieren plaatsvinden en hoeft niet uniform te zijn. Daarbij is het continu verbeteren, het *Kaizen* zoals in hoofdstuk 4 besproken is, een vanzelfsprekend onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden (Roupe van der Voort et al., 2012).

Bij de *lean* methode die in Tilburg ontwikkeld wordt spreken Roupe van der Voort et al (2012, p.22) over een aantal ‘richtpunten’ die ze ‘Onze Droom’ hebben genoemd: “... élke handeling heeft waarde en er is geen vertraging tussen handelingen, élke opgave van de patiënt erkend (Menslievende zorg), géén vermijdbare schade, bétère zorg door opleiding en onderzoek en élke procesafwijking is zichtbaar en leidt direct tot acties om de oorzaken aan te

pakken.” Opvallend punt is dat substantiële rationaliteit van de menslievende zorg vanaf het begin onderdeel is van de instrumentele rationaliteit van *lean*.

Hierin lijkt de *total quality management (TQM)* besloten te zitten zoals deze in hoofdstuk 4 besproken is. Deze is als filosofie aanvullend op het continu verbeteren (*Kaizen*) dat als de techniek kan worden gezien. *TQM* gaat over de organisatie als geheel waar in Tilburg ook nadrukkelijk de Menslievende zorg gepositioneerd wordt.

Tevens komt de *clinical governance* weer om de hoek kijken waarbinnen het gaat om een multidisciplinaire verantwoordelijkheid voor de patiënt. *Clinical governance* is verwant aan het begrip *corporate governance* en is gericht op het feit dat er onder zorgprofessionals een bewustzijn moet ontstaan dat zij, samen met elkaar, onderdeel zijn van het (zorg) proces en hierin samenwerken en verantwoording afleggen naar elkaar, de overheid en de maatschappij (Crommentuyn, 2010). Allereerst dient dit de patiëntveiligheid, maar het werkt ook door in hoe de patiënt de zorg beleeft en ervaart.

Roupe van der Voort et al (2012, p.22) hebben de veranderstrategie die aan de methode ten grondslag ligt als volgt onder woorden gebracht: “We gebruiken een organische aanpak die veel experimenteerruimte biedt. Zij spreken in dit kader van ‘bottom-up dynamiek’ en ‘top-down support’.

Met andere woorden: de verbeteringen komen vanaf de werkvloer zelf en worden vanuit het management ondersteund: “Verbeteringen die vanuit de medewerkers tot stand komen, houden doorgaans veel beter stand dan verbeteringen die worden opgelegd (Enzlin en Notten, 2013, p.22). Bij elke verbeteractie zijn twee doelstellingen geformuleerd: “1. Vergroot het probleemoplossend vermogen; 2. Verbeter de processen.”

Om voldoende ruimte te geven aan de medewerkers om de verbeteringen tot stand te brengen zijn op elke afdeling in het ziekenhuis zogenaamde ‘Verbeterborden’ opgehangen. Medewerkers kunnen hier verbeterpunten op schrijven die vervolgens met de collega’s besproken worden, door dagelijks samen bij het verbeterbord te beginnen tijdens de zogenaamde ‘dagstart’.

Roupe van der Voort et al. stellen vast dat de verbeterborden op tweederde van de afdelingen echter niet goed gebruikt worden. Dit wijten zij aan een gebrek aan

uitleg en een heldere onderbouwing op sommige afdelingen bij de verbeterborden, die hier van de één op de andere dag kwamen te hangen.

Ook al worden de verbeterborden met een duidelijke uitleg op de afdelingen opgehangen, dan nog is er een groep mensen nodig die ziekenhuisbreed nadenkt over lean. Aan de basis van lean-werken in het St. Elisabeth Ziekenhuis staat daarom het zogenaamde 'V-team'. Deze bestaat uit medisch specialisten en managers en houdt zich bezig met de gedachtevorming rondom lean in het ziekenhuis.

Naast het V-team heeft het ziekenhuis een Bureau Zorginnovatie, van waaruit zes lean coaches het ziekenhuis in gaan om op de verschillende afdelingen ondersteuning te bieden. Op de introductiedagen van nieuwe medewerkers is lean een standaard programmaonderdeel en alle managers en leidinggevendenden krijgen een lean-training.

## **5.2 Lief ziekenhuis**

Nadat het toenmalige St. Elisabeth Ziekenhuis een paar jaar op weg was met lean werken is in 2009 het project 'Lief ziekenhuis' gestart. Aan dit project ligt het programma Menslievende Zorg (MLZ) ten grondslag. Dit programma was een samenwerking van het ziekenhuis en de leerstoelgroep Zorgethiek van de Universiteit Tilburg. Het programma heeft tot 2014 geduurd.

De aanzet voor het programma Menslievende Zorg is twee jaar eerder gegeven door zorggroepmanager Rita Aarts in de discussienota 'Laat het onze zorg zijn': "Gezondheidszorg is mensenwerk. De kwaliteit van de zorg wordt voornamelijk bepaald door de kwaliteit van de zorgverleners in relatie tot onze patiënten en hun naasten." (Olthuis, 2015, p. 21). Het boek 'Menslievende zorg – Een ethische kijk op professionaliteit' van Annelies van Heijst (2005) is hierbij een belangrijk uitgangspunt.

Naar aanleiding van de discussienota zijn een aantal discussieavonden gehouden waarbij de zorgethici Frans Vosman en Andries Baart aanwezig waren (Olthuis, 2015). Opvallend hierbij is dat Van Heijst kennelijk niet aanwezig was bij de discussieavonden. Het viel Vosman en Baart tijdens de discussieavonden onder

andere op dat morele problemen niet aan de orde kwamen en dat de verschillende afdelingen los van elkaar, als eilanden, leken te functioneren.

Deze twee gegevens leken twee zaken in de weg te staan: een optimale samenwerking tussen de afdelingen en een 'stroeve' manier waarop de patiënt door het ziekenhuis ging. Vooral de manier waarop een patiënt zijn of haar route door het ziekenhuis doorloopt, en dat dit voor zowel de patiënt alsook de zorgverleners op een zo soepel mogelijke manier moet verlopen, is één van de zaken die binnen lean de aandacht heeft.

De kern van het programma Menslievende Zorg is dat de ervaring van patiënten ertoe doet en dat de zorgprofessional dit constant voor ogen houdt (Olthuis en Leget, 2012). Het uitgangspunt hierbij is dat de mens achter de patiënt gezien moet worden. Een patiënt is geen ziekte, maar een mens met gevoelens en gedachten. Tevens komt het "werk-op-de-ander", zoals Frits de Lange (2011) dit noemt, om de hoek kijken. De zorgverlener werkt op de andere kwetsbare en zieke mens.

Tijdens de looptijd van het programma zijn er verschillende initiatieven in het ziekenhuis geweest om de zorg 'liever' te maken: onder anderen muziek op de OK terwijl patiënten onder narcose worden gebracht (Pleunis, 2012), de training 'Klantgericht willen zijn' van de Efteling (Van der Wouw, De Vries en Hermus, 2012) en het houden van zogenaamde 'luistersessies' op een verpleegafdeling (Baselmans, Willems, Faro, Martens & Olthuis 2012).

De 'luistersessies' werden gehouden door gedurende een bepaalde tijd op een eenpersoonskamer te gaan zitten met de deur open en te noteren wat er vanaf de gang en in het bijzonder vanaf de balie te horen viel. Het is gebruikelijk dat de deuren van patiëntenkamers in het ziekenhuis altijd open staan, dus op deze wijze kon een indruk worden verkregen wat een patiënt allemaal mee kan krijgen vanaf zijn of haar kamer.

De uitkomsten waren dat er in bepaalde gevallen wel rekening mee werd gehouden dat gesprekken vanaf de patiëntenkamers te volgen zijn en in bepaalde gevallen niet. In dat laatste geval werd de privacy van patiënten geschonden als er bijvoorbeeld namen en geboortedata hoorbaar waren. De conclusie was dat de balie (en de gang) niet bedoeld is om overdrachten te doen of een werkoverleg te

houden, omdat daarbij vaak privacygevoelige informatie wordt uitgewisseld. De zorgprofessionals dienen zich ervan bewust te zijn dat er patiënten en bezoekers kunnen zijn in de kamers die mee kunnen luisteren. Juist omdat deze vaak niet zichtbaar zijn moet men hier extra alert op zijn.

Hiernaast zijn er onderzoeken uitgevoerd vanuit de universiteit. Deze onderzoeken hadden onder andere betrekking op wat door de zorgverleners onder goede zorg verstaan wordt, wat patiënten doormaken op de SEH en het geven van aandacht op de afdeling oncologie (Olthuis, 2015).

Het programma Menslievende Zorg heeft verschillende fasen gehad van de aanloop in 2005 tot de fase van het consolideren en het overdragen in 2014. In 2015 stelt Smid (2015) vast dat door het programma Menslievende Zorg dat er meer aandacht voor de patiënt is dan aan het begin van het programma. Dit doet Smid op basis van een studie die gedurende vijf maanden in het ziekenhuis zelf heeft plaats gevonden. Dit was een combinatie van (mee)kijken en het voeren van gesprekken van werknemers en ex-werknemers van het ziekenhuis.

### *5.2.1 Drie niveaus van menslievendheid*

De Menslievende Zorg zoals deze in het St. Elisabeth Ziekenhuis is geïmplementeerd bevat drie niveaus van menslievendheid: op het organisatieniveau, op het niveau van de zorgprofessional en op het niveau van de relatie patiënt-zorgprofessional. Hieraan zijn drie kernwaarden gekoppeld: attent, hoffelijk en aansluiting (AHA). In tabel 1 zijn deze niveaus weergegeven.

	<b>ATTENT ZIJN, service bieden</b>	<b>HOFFELIJK ZIJN, voorkomend zijn</b>	<b>AANSLUITING ZOEKEN, relationeel afstemmen</b>
Goede zorg is?	Goede zorg= Attente zorg (iets extra's bieden)	Goede zorg= beleefde zorg	Goede zorg= zorg die wordt gegeven vanuit de relatie en afstemt op wat patiënten doormaken
Op welk niveau?	Organisatie en Inrichting zorg	Gedrag van de hulpverlener	Relatie tussen patiënt en Hulpverlener

Tabel 1: Drie niveaus van menslievendheid. Overgenomen van Olthuis, G. (2015). Het programma Menslievende Zorg, een kroniek. In A. Baart en F. Vosman (Red.), *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. (pp. 21-41). Amsterdam: Uitgeverij SWP

### 5.2.2 *Uitgangspunten van het programma Menslievende zorg*

Het programma Menslievende Zorg bevat de volgende uitgangspunten: transitie, zorgethisch, complexiteit van de zorg als uitgangspunt, zorg als samenspel, werken vanuit vier 'critical insights' en wat maakt zorg tot goede zorg (Baart en Vosman, 2015). Samen met het uitgangspunt transitie gebruikt Olthuis de term kanteling.

De bedoeling van het programma is duidelijk dat er echt iets gaat veranderen in hoe de patiënt door de zorgprofessionals en de zorginstelling als geheel bejegend wordt. Aan de basis hiervan staan de zogenaamde 'lerende gemeenschappen'. Hierbij wordt er niet volgens kader-stellende blauwdrukken gewerkt.

Hiermee bedoelen Baart en Vosman dat de kennis die aan de verandering ten grondslag ligt niet van buitenaf komt, of ergens boven uit de ziekenhuishiërarchie, maar van binnenuit: de zorgprofessionals. Patiënten en hun naasten, en hoe zij tegen bepaalde zaken aankijken en dit ervaren, zijn hier (juist) ook van belang. Zij participeren echter niet in het zorgproces maar zijn hier onderdeel van.

Het tweede uitgangspunt was zorgethisch. Hieruit blijkt dat de basis van het programma ligt in de zorgethiek: “De vraag naar wat zorg goed maakt...” (Baart en Vosman, 2015, p. 9). Deze vraag ligt volgens Baart en Vosman besloten in de relatie tussen de patiënt en de zorgprofessionals. Hierbij geven ze tevens een aantal voorbeelden van waar deze vraag juist niet in besloten ligt: telecare, gastvrijheid zoals deze binnen de horeca geldt of wellness.

Om het belang van het zorgethische uitgangspunt te onderstrepen geven Baart en Vosman aan dat ook lean, het ziekenhuis als pretpark van Walt Disney, de klant-is-koningtraining van de Efteling of ander gedachtegoed van buiten de zorg zoals agile of zelfs healing environment volgens hen niet ten diepste beantwoorden aan de vraag naar wat goede zorg is of maakt: “Zorg is echter in onze ogen allereerst een vorm van bekommernis om wie lijdt” (Baart en Vosman, 2015, p. 10). Hiermee worden deze verschillende gedachtegoeden overigens niet afgeschreven, maar op een andere, faciliterende, plaats gezet.

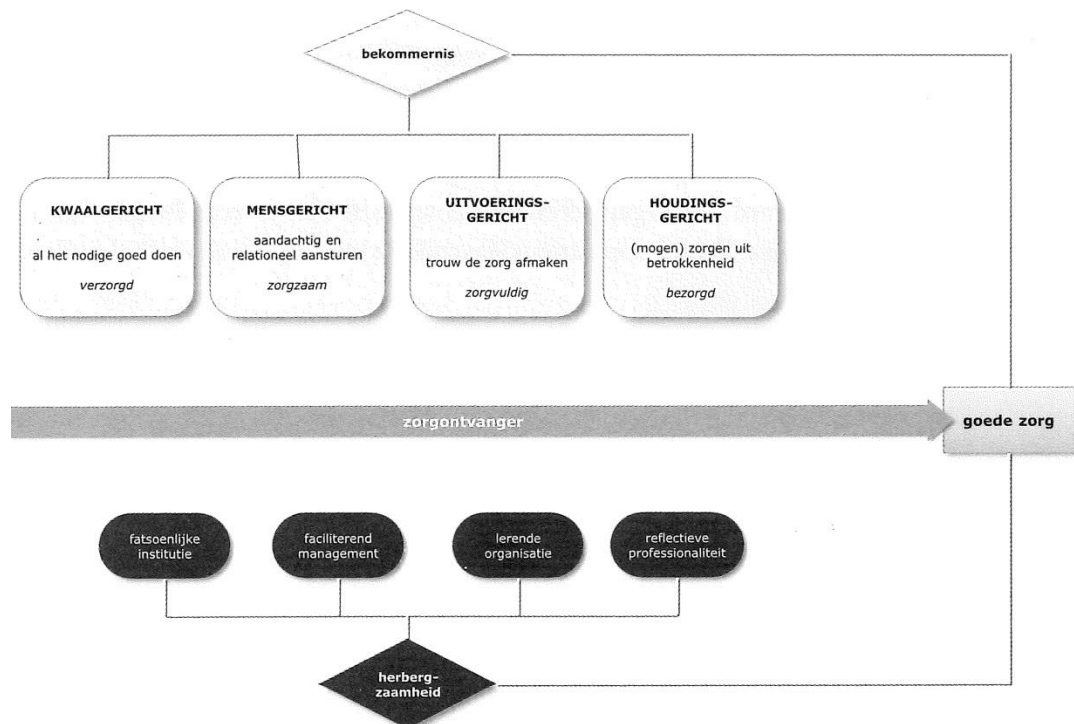
Met het programma Menslievende Zorg is niet gepoogd om de complexiteit van de zorg te verminderen. Dat deze complexiteit er is lijkt voor Baart en Vosman (2015, p. 11) een gegeven te zijn waarmee moet worden omgegaan, wat een plek moet worden gegeven. Daarom wordt dit ook als een uitgangspunt benoemd: De complexiteit is er en deze is niet te verminderen maar moet wel worden erkend.

Het laatste uitgangspunt van het programma is dat de zorg als een samenspel moet worden gezien van niet als van elkaar losstaande handelingen. De zorg is volgens hen een samenhangende praktijk, een resultante.

Voorgaande hangt nauw samen met de uitgangspunten zoals deze gelden binnen *clinical governance*.

Meer precies geformuleerd stellen Baart en Vosman dat de zorg moet worden gezien als een praktijk. Deze invalshoek onderbouwen zij vanuit de zogenaamde ‘practice theory’. Binnen deze theorie gaat het erom dat de mens met verschillende motieven en intenties de wereld waarin zij leeft maakt, maar dat de mens ook transformeert in interactie met deze wereld (“Practice theory,” z.j.). Deze theorie werkt als het ware twee kanten op: van de praktijk naar de theorie en weer terug. Inherent hieraan is dat deze niet statisch is.

Het laatste uitgangspunt van Menslievende Zorg dat Baart en Vosman voor het voetlicht brengen is de vraag wat zorg tot goede zorg maakt. Voor het programma zijn kwaliteitscriteria opgesteld die betrekking hebben op zowel de werkprocessen alsook op hoe de organisatie wordt ingericht. Deze zijn opgenomen in figuur 2, waarin de bekommernis betrekking heeft op het werkproces en de herbergzaamheid betrekking heeft op de inrichting van de organisatie.



Figuur 2: Bekommernis en herbergzaamheid in Menslievende zorg. Overgenomen van Vosman, F. & Baart, A. (2015). Zorg uit zorg denken. In A. Baart en F. Vosman (Red.), *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. (pp. 43-57). Amsterdam: Uitgeverij SWP. Copyright 2011 door A. Baart

Daarbij stellen Baart en Vosman dat de “... nadruk niet op waarden, maar op emergente goederen” moet liggen. Hiermee bedoelen ze dat waarden, zoals deze binnen ziekenhuizen vaak in economische zin gebruikt worden, niet het belangrijkste zijn, maar juist de uitkomsten die van tevoren niet ingecalculeerd zijn.

Hierbij kan de letterlijke betekenis van emergent worden gebruikt: onverwacht, spontaan aan de dag tredend. Kortom, het begrip waarden zoals dat door ziekenhuizen gebruikt wordt heeft vaak geen morele inhoud. De patiënt is dan een klant van een economisch goed. Een emergent goed is bijvoorbeeld een



patiënt die geen behandeling wenst maar daadwerkelijk door de dokter wordt begrepen. Dit neemt de patiënt, in positieve zin, mee naar huis en niet het feit dat de zorg in het ziekenhuis op zeer efficiënte wijze plaatsvindt.

Baart en Vosman lijken hiermee het begrip 'waarden' af te serveren als onduidelijk begrip terwijl deze juist verduidelijkt kan worden. Het zal ongetwijfeld waar zijn dat 'waarden' overwegend in economische zin gebruikt wordt. Dat hoeft echter niet te betekenen dat emergente goederen tegenover waarden komen te staan. Juist waarde maakt onderdeel uit van emergente goederen als de patiënt en de medewerker gevraagd wordt wat zijn of haar waarden zijn.

Overigens is er volgens Baart en Vosman (2015, p. 14) soms nog wel sprake van morele waarden van de tweede orde. Bijvoorbeeld efficiëntie: "Efficiency kan ertoe leiden alles in te zetten op preventie en de zieken zonder zorg te laten sterven."

Hierbij voeren ze tevens een 'morele doodoener' ten tonele dat er altijd rekening moet worden gehouden met de autonomie van de patiënt. Het lijkt erop dat velen de oorspronkelijke betekenis van autonomie niet meer weten: "De oorspronkelijke achtergrond van autonomie, namelijk verweer tegen paternalisme (de dokter, de zuster weet het beter en handelt voor ons bestwil) is verloren en autonomie wordt doorgezet ongeacht wat dat teweegbrengt..." (Baart en Vosman, 2015, p. 14)

Het laatste thema dat onder goede zorg wordt geplaatst is dat kwetsbaarheid weer de plek moet krijgen die het verdient. Kwetsbaarheid behoort volgens Baart en Vosman een vanzelfsprekend onderdeel van de theorie te zijn en is niet iets vervelends dat uit de weg moet worden gegaan. Iedere mens is kwetsbaar.

Hiermee wordt overigens geen betoog gehouden dat elke zorgverlener zich constant bewust moet zijn van zijn of haar eigen kwetsbaarheid. Baart en Vosman (2015, p. 16) stellen dat dat wat hen betreft "... te 'groot' ... onnauwkeurig..." en "... teveel" is: "het is niet uit te houden om verval steeds onder ogen te zien". Het gaat om niet meer en niet minder dan dat de zorgprofessional vanuit het perspectief van de patiënt kijkt. Dit noemen Baart en Vosman een 'perspectiefwissel'. De vraag die hierbij rijst is wel in hoeverre de zorgprofessional

dit kan als hij of zij zelf nooit patiënt is geweest die daadwerkelijk opgenomen is geweest in het ziekenhuis en de zorg van 'de andere kant' heeft gezien en beleefd.

### *5.2.3 De complexiteit van de zorg*

De complexiteit van de zorg wordt door Baart en Vosman (2015, p. 11) uitgewerkt in twee aandachtspunten. Het eerste aandachtspunt is "Liefdevol en verstandig doormodderen." In dit geval gaat het erom dat niet in één keer de perfecte nieuwe manier van het verbeteren van de zorg kan worden gevonden, maar dat het een soms kwestie is van twee stappen vooruit en dan weer één stap achteruit.

Hierbij is het van belang om te onderzoeken waardoor het lukt om twee stappen vooruit te komen maar vooral ook wat er gelegen is in de stap achteruit. Vervolgens kan van hieruit bijsturing of finetuning plaatsvinden. Dit aandachtspunt lijkt overeenkomsten te hebben met de doorlopende experimenten van lean. Verstandig doormodderen kan hierbij als doorlopend experiment worden gezien en twee stappen vooruit en dan weer één stap achteruit als continu verbeteren.

Het tweede aandachtspunt is: "Geneste vragen en complexe antwoorden" (Baart en Vosman, 2015, p. 11). Binnen dit aandachtspunt is er aandacht voor het feit dat de vragen simpel lijken te zijn maar dat het antwoord dit juist niet is. Als voorbeeld wordt hierbij de vraag gegeven waarom een dokter op bepaalde momenten een vorm van onachtzaamheid tentoon kan spreiden. Hieraan kan volgens Baart en Vosman een complex van verschillende factoren ten grondslag liggen: bedrijfseconomisch, professionele, het financieringssysteem, de politiek met betrekking tot de gezondheidszorg, etc.

De vragen moeten aldus op een groot samenhangend niveau bekeken worden waarbij in het begin niet te veel moet worden ingezoomd. Het gaat juist om een verband van verschillende, soms complexe factoren, die uiteengefeld moeten worden om tot een antwoord te komen.

#### 5.2.4 De vier kritieke inzichten van de Menslievende zorg

Bij de Menslievende Zorg werd er vanuit vier zogenaamde ‘critical insights’ gewerkt van zowel de zorgethiek alsook de presentietheorie.

Het eerste inzicht gaat over de relatie tussen de zorgprofessional en de patiënt. Baart en Vosman (2015, p. 13) noemen dit “de relatie als podium om te verschijnen.” Hierin zit het zien van de andere mens besloten en dit werkt twee kanten op: het zien van de mens achter de patiënt door de zorgprofessional en het zien van de mens achter de zorgprofessional door de patiënt.

Hierin zit zowel een component uit de zorgethiek, het ik-op-de-ander van De Lange (2011), alsook een component uit de presentietheorie, waarin de zorgverlener zich ook als mens opstelt. Dit laatste is zoals Baart (2011) dit stelt geen sinecure, want wanneer geef de zorgverlener zichzelf bloot als mens en welke grenzen worden hierbij overschreden? De presentietheorie gaat er overigens ook van uit dat in bepaalde gevallen grenzen moeten worden overschreden, zoals het afwijken van regels en protocollen.

Het tweede inzicht is die van de aard van de zorgrelatie: “de relatie als weldadigheid” (Baart en Vosman, 2015, p. 13). Hierin zitten zaken besloten als compassie, het zien van de ander en erkenning van de ander in hoe hij of zij is.

Het derde inzicht heeft betrekking op het afstemmen van de zorg op de patiënt. Deze afstemming vindt plaats met betrekking tot vragen waar hij of zij behoefte aan heeft en wat hem of haar goed doet en vooral ook de kennis of het inzicht hiervan.

Baart en Vosman (2015, p. 13) geven hier een voorbeeld bij over een arts die in eerste instantie van plan was om een patiënt te gaan behandelen met een bepaalde therapie. Zij vroegen aan deze arts om te kijken wat de behoefte van de patiënt was. Deze zei: “Ik voel gewoon hoe het in mijn lijf zit, ik voel de tumoren op mijn botten. Ik heb er vrede mee.” Vervolgens deed de arts hier iets mee: “Niet als een ‘wilsuiting, maar als ... realistisch weten”. Dit laatste betekent dat de arts er niet simpelweg genoeg mee heeft dat de patiënt niets meer wil (een wilsuiting), maar dat de arts vanuit zijn expertise begrijpt en weet dat een

behandeling hier niet op zijn plek is. De arts heeft dus niet alleen anders gekeken, maar ook de tijd genomen in het gesprek en doorgevraagd.

Tot slot laten Baart en Vosman (2015, p. 13) het vierde inzicht van “de relatie als knooppunt in netwerken” een rol spelen. De patiënt wordt niet gezien als een op zichzelf staande autonome persoon, maar als iemand die relaties heeft met anderen.

In dit kader noemen Baart en Vosman de ‘*hidden patient*’. Dit is de patiënt die professionals in de zorg zelf van dichtbij hebben meegemaakt, zoals familieleden die ziek waren of stierven. Het ‘*hidden*’ zit besloten in de idee dat een familielid die ziek is of sterft geen patiënt is van de arts, maar deze wel met de neus op de feiten drukt dat iemand die ziek is of sterft relaties heeft met anderen en nooit op zichzelf staat.

Maar ook patiënten van de zorgprofessional zelf kunnen op hen een onuitwisbare indruk hebben nagelaten. Longarts Sander de Hosson (2018, p. 11) weet dit treffend onder woorden te brengen: “Een paar weken eerder heb ik hem (de patiënt, MH) bekend dat ik hem graag mocht. Ik vond dat achteraf niet zo professioneel, maar hij heeft het erg gewaardeerd.”

### 5.3 Lief en lean

In de voorgaande paragrafen zijn menslievende zorg en *lean* werken los van elkaar besproken. In Tilburg is ook gekeken waar deze twee bij elkaar komen. In deze paragraaf volgt hiervan een korte beschouwing.

Als lief en *lean* bij elkaar komen komt één woord snel om de hoek kijken: ‘waarde’. Vosman en Boonen (2015, p. 256) stellen dat het woord ‘waarde’ een spons is die allerlei betekenissen op kan zuigen: bijvoorbeeld economische waarde, morele waarde en psychologische waarde. “Ethisch gezien is het begrip waarde een onding: het is namelijk een toekenningsbegrip, dat wat iemand op een bepaald moment belangrijk zegt te vinden. Maar dat kan snel veranderen.” Wat op het eerste oog een overeenkomst lijkt – lief en lean voegen beide waarde toe (voor de patiënt) – is dat eigenlijk helemaal niet. Vosman en Boonen menen echter

dat het wel kan helpen in het ziekenhuisbedrijf. Juist de onduidelijkheid zorgt ervoor dat het werkt.

Wellicht kan gesteld worden dat Vosman en Boonen van het begrip 'waarde' zelf een onding hebben gemaakt. Als namelijk het begrip waarde aan 'waarden' wordt ontleend is de inhoud een stuk eenduidiger en krachtiger. Als zodanig zou 'waarde' geïntegreerd kunnen worden aan de eerste vraag die aan een patiënt wordt gesteld: "Wat heb je nodig en wat zijn je waarden?"

Op deze wijze kan een vraag worden gesteld die zowel binnen de instrumentele als binnen de substantiële rationaliteit ligt. Wat een patiënt nodig heeft kan instrumenteel zijn, bijvoorbeeld iets te drinken, of substantieel, bijvoorbeeld een luisterend oor. Daarbij kan een verheldering van de waarden van een patiënt er voor zorgen dat duidelijk wordt waarom hij of zij iets graag wil of wenst.

Tevens sluit de vraag wat een patiënt nodig heeft aan één van de vier kritieke inzichten van de Menslievende Zorg; het derde inzicht, die betrekking heeft op het afstemmen van de zorg op de patiënt.

Een andere vraag die hierbij gesteld kan worden is of de omgang met het begrip 'waarde' voor onduidelijkheid zorgt. Binnen een organisatie als het ziekenhuis kan juist het gesprek op gang gebracht worden over wat door alle medewerkers onder waarde wordt verstaan en hoe deze verschillende betekenissen met elkaar kunnen worden verbonden. Dit zorgt juist voor duidelijkheid en samenhang en een heldere visie op welke verschillende waarden allemaal van belang zijn.

Ook komen op deze manier de substantiële en instrumentele rationaliteit bij elkaar, hetgeen voor duidelijkheid kan zorgen. Hiermee wordt tevens duidelijk dat waarden niet altijd tegenover emergente goederen staan. De kracht van waarden is juist dat deze een substantiële en instrumentele inhoud kunnen hebben en dat deze juist kunnen samengaan.

Bij de beschouwing van lief en *lean* hanteren Vosman en Boonen (2015) drie 'denkstappen': 1. Het ziekenhuis is voor de zorgprofessionals de werkvloer, maar voor de patiënten een plaats waar zij verblijven en waar betekenis aan ontleend wordt door hetgeen ze meemaken; 2. Zorgprofessionals binnen het

ziekenhuis, in casu verpleegkundigen, werken vanuit een praktische invalshoek en passen ideeën toe zonder stil te staan bij de theorie hierachter; 3. Wat kan er met de uitgangspunten van lief en *lean* in de zorgpraktijk worden gedaan?

Vosman en Boonen stellen dat er een wezenlijk verschil is tussen *lean* dat bij de productie van goederen wordt toegepast en *lean* dat in het ziekenhuis wordt toegepast op een specifieke dienst: zorgverlening. De zorg is volgens hen geen afgeronde dienst zoals bijvoorbeeld het verzorgen van een internetaansluiting dat wel is. Zij noemen de zorg een 'openeindeproces': "... het kan met de patiënt altijd anders gaan dan verwacht."

De zorg is echter in bepaalde gevallen geen 'openeindeproces'. Hierbij valt te denken aan electieve ingrepen waarvan is aangetoond dat de uitkomst voorspelbaar is. Een voorbeeld van een electieve ingreep waarbij over het algemeen geen complicaties te zijn verwachten is een staaroperatie (Oogartsen.nl, 2018). Natuurlijk kunnen er zaken niet goed gaan, maar de kans hierop is erg klein. Door de zorg altijd als 'openeindeproces' te zien kan dat juist in bepaalde gevallen stress geven bij patiënten.

Tevens willen zij hiermee aangeven dat *lean*, maar ook menslievende zorg in het dagelijkse werkproces anders worden gebruikt: er worden gedeeltes gebruikt, er wordt een andere wending aan gegeven, etc. Daarbij stellen Vosman en Boonen dat in de zorg vaker elementen uit een bepaald gedachtegoed worden gebruikt: bijvoorbeeld een 'beetje' *Planetree*, een 'beetje' *lean* en een beetje Menslievende Zorg. Dit lijkt enigszins vaag te zijn en druist daarmee in tegen de principes van *lean* werken.

Binnen het ziekenhuis is een lerende gemeenschap 'lean en lief' geweest. Dit werd echter geen succes: "... dit proces liep vast op conceptuele meningsverschillen." (Vosman en Boonen, 2015, p. 260). Dit zal gelegen zijn in de twee verschillende benaderingen: het reduceren van verspilling bij *lean* en de nadruk op de relatie patiënt-zorgprofessional bij Menslievende zorg.

Dit lijkt een gemiste kans te zijn, want juist Menslievende zorg kan, als vanzelf, zonder te bedenken hoe het specifiek moet worden aangewend, *lean* zijn of is het zelfs simpelweg, zoals Caron en Boonen (2014) betogen. Dit is opvallend omdat Menslievende zorg als vanzelfsprekend onderdeel van *lean* is benoemd.

Het betoog van Caron en Boonen is van 2014 en de vaststelling dat de lerende gemeenschap 'lief en lean' geen succes was stamt uit 2015. Wellicht dat hier sprake is van een nieuw inzicht omdat de publicatiedatum een jaar later is.

Wat vooral opvallend is dat juist op het punt waar de substantiële en instrumentele rationaliteit samen kunnen komen er kennelijk afgehaakt wordt. Nog opvallender is dat dit niet strookt met de uitgangspunten van *lean*, en dan met name het doorlopend experimenteren dat in Tilburg nadrukkelijk omarmd is. Vanuit de Menslievende Zorg wordt het "liefdevol en verstandig doormodderen" van Baart en Vosman (2015, p. 11) hierbij kennelijk ook niet als uitgangspunt gebruikt.

Als het op *lean* processen aankomt worden er in Tilburg *lean* coaches ingezet. De idee hiervan zal zijn dat op punten waar een *lean* proces dreigt vast te lopen er een *lean* coach is die kan helpen. De vraag die hierbij rijst is of het ook niet zinvol zou zijn om 'Menslievende Zorg coaches' in te zetten samen met *lean* coaches, bijvoorbeeld daar waar de lerende gemeenschap 'lief en lean' vastliep.

Een liefdevolle bejegening van de patiënt kan er bijvoorbeeld aan bijdragen dat hij of zij minder vaak op de bel drukt en de verpleegkundige meer tijd heeft voor de andere patiënten. Aan de andere kant kan *lean* ook menslievend zijn. Vosman en Boonen beschrijven hoe dit 'gewoon' gebeurt, bijvoorbeeld op de afdeling orthopedie.

Hier is het wel gelukt om lief en *lean* met elkaar te laten verbinden. Op de afdeling orthopedie heeft *lean* geholpen om te analyseren hoe te snel een oplossing wordt bedacht voor een probleem, zonder na te gaan wat de achtergrond van het probleem is. De brug tussen lief en *lean* is gemaakt door zogenaamde 'lief-vragen' te koppelen aan het *lean*-instrumentarium. Als voorbeeld noemen Vosman en Boonen het maken van een *Kaizen* van het wassen van een patiënt, waarbij de vraag gesteld wordt of de verpleegkundige tijdens het wassen van een patiënt overbodige handelingen uitvoert.

Op deze wijze kan tijd en dus ook geld bespaard worden. Los van deze efficiëntie-slag heeft wassen ook betrekking op een intieme vorm van contact waarin aandacht en omzichtigheid besloten zit. *Lean* heeft in dit geval betrekking

op de uitkomst van het wassen: een schone patiënt. Terwijl lief in dit geval gaat over wat het wassen betekent voor de patiënt.

Opvallend is dat er geen 'lean-vragen' gekoppeld zijn aan lief-instrumenten. Denk hierbij aan het eerdergenoemde voorbeeld van de patiënt die minder vaak op de bel drukt. Het lief-instrument kan er namelijk voor zorgen dat de patiënt zich gezien voelt als mens en niet alleen als patiënt die gewassen moet worden. Dit kan rust geven waardoor hij of zij minder vaak op de bel zal drukken om de verpleegkundige te roepen.

Een *Kaizen* kan ook betrekking hebben op het verbeteren van hoe de verpleegkundige een patiënt op de OK voorbereidt. Dit hoeft niet alleen een serie van technische handelingen te zijn. Een wezenlijk onderdeel van deze voorbereiding zou kunnen zijn dat de verpleegkundige aan de patiënt vraagt wat de aanstaande operatie met hem of haar doet.

Volgens Vosman en Boonen (2015) zijn juist de verpleegkundigen diegenen die op een vanzelfsprekende, welhaast automatische, manier lief en lean met elkaar kunnen verbinden. Volgens hen komt dit omdat verpleegkundigen zowel op de mens achter de patiënt zijn gericht alsook een praktische inslag hebben, in combinatie met het snel bedenken van oplossingen. Hierbij rijst de vraag of de artsen niet over hetzelfde vermogen beschikken om de koppeling te maken en in hoeverre onderzocht zou kunnen worden om lief en lean hier proberen in te zetten.

Caron en Boonen (2014) stellen zelfs dat Menslievende Zorg in feite lean is. Dit onderbouwen zij tweeledig. Ten eerste vindt er door te werken vanuit het Programma Menslievende Zorg een waardetoevoeging voor de zorgprofessionals zelf plaats. Dit komt vooral vanuit een persoonlijke betrokkenheid en groeiproces die voor de Menslievende zorg zo kenmerkend is. Ten tweede wordt er waarde toegevoegd doordat de Menslievende zorg vanuit het perspectief van de patiënt vertrekt. Hier kan nog een ten derde aan worden toegevoegd: menslievend handelen zorgt als vanzelf dat zaken soepeler lopen en dus sneller *lean* zijn.

Opvallend is dat Caron en Boonen Menslievende zorg 'waardetoevoeging' noemen terwijl Boonen samen met Vosman betoogt dat het begrip 'waarde' een onding is. Wellicht is het beter om te stellen dat 'waardetoevoeging' een onding



is. Bij het begrip rijzen namelijk allemaal vragen. Bijvoorbeeld: Waardetoevoeging voor wie? Waar voegt het waarde aan toe?

De Menslievende zorg zou als zodanig onderdeel kunnen zijn van de '*total quality management*' (*TQM*), die in Tilburg ook omarmd is, en kan het menslievend handelen onderdeel zijn van de incrementele stappen om de processen doorlopend te verbeteren. Bovenal kan Menslievende Zorg worden gezien als een waardevolle toevoeging aan de processen in het ziekenhuis. De substantiële rationaliteit (van de Menslievende Zorg) kan geïntegreerd worden in de instrumenteel gedefinieerde waardeuitkomst van *lean*. Op deze manier ontstaat er een allesomvattende vorm van zorg.

## Hoofdstuk 6 – Lean en geestelijke verzorging in Isala Zwolle

In het vorige hoofdstuk is ingezoomd op één specifiek ziekenhuis wat betreft de substantiële en instrumentele rationaliteit: het St. Elisabeth Ziekenhuis (tegenwoordig Elisabeth TweeSteden ziekenhuis, ETZ) in Tilburg. In dat geval waren de twee rationaliteiten gekoppeld aan het programma Menslievende zorg en de invoering van lean in Tilburg. In de laatste paragraaf kwamen beide rationaliteiten samen.

In dit hoofdstuk worden beide rationaliteiten gekoppeld aan ziekenhuis Isala in Zwolle. In de eerste paragraaf wordt een beschrijving gegeven van hoe lean in Zwolle is ingevoerd. In de tweede en derde paragraaf worden voorbeelden gegeven van verbeteringen voor het welzijn van de patiënt die binnen de instrumentele rationaliteit liggen: respectievelijk gastvrijheid en het ontwerp van het nieuwe ziekenhuis. In de vierde paragraaf wordt nader ingegaan op de geestelijke verzorging in Zwolle en hoe deze vanuit de historie verankerd is in het ziekenhuis. Tevens worden twee voorbeelden gegeven hoe de geestelijke verzorging in Zwolle op micro- en mesoniveau werkt (VGvZ, 2014). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin wordt onderzocht in hoeverre lean en geestelijke verzorging, en daarmee de substantiële en instrumentele rationaliteit, in Zwolle elkaar raken.

### 6.1 Lean in Isala

In 2009 startten de toenmalige Isala Klinieken, toen nog op twee locaties in Zwolle, het werken volgens de principes van *lean*. Bik (2012, p.89) noemt dit een “... reis naar continu verbeteren ...” Bik formuleert hierbij geen tijdspad maar wel een einddoel dat vanaf het moment dat het behaald is in stand moet worden gehouden. Dit einddoel is dat uiteindelijk elke medewerker van Isala doorlopend problemen her- of erkent en hiervoor oplossingen aandraagt.

Het programma dat in de Isala klinieken werd ingevoerd werd ‘*I-lean*’ – Isala - *Lean* – genoemd. Zoals altijd in het geval van *lean* gaat ook voor Isala over het toevoegen van waarde voor de klant: “... in ons geval de patiënt” (Bik 2012, p.

90). Opvallend is dat ook binnen Isala de patiënt als een klant lijkt te worden gezien die tevreden of ontevreden kan zijn met een ‘product’ dan aan hem of haar wordt geleverd.

De bedoeling van *I-lean* was het verbeteren van de zogenaamde zorgpaden (de weg die de patiënt door het ziekenhuis aflegt). Dit is op een projectmatige manier uitgevoerd en onderverdeeld in acht projecten welke in 2009 plaatsvonden. Hierin werden drie fasen onderscheiden: “de diagnosefase; de herontwerpfase; en de implementatiefase.” (Bik, 2012, p. 90).

In 2010 vindt een tweede serie projecten plaats. De keuze om tot een bepaald project te komen is op basis van welke kwaliteitswinst en welk rendement er kunnen worden behaald. Hierin ligt wederom de focus op de instrumentele rationaliteit, omdat de kwaliteitswinst als zodanig geen betrekking heeft op de kwaliteit van leven in ethische zin en rendement sowieso een instrumenteel begrip is.

Ondanks dat *lean* natuurlijk ook bedoeld is om betere zorg aan de patiënt te leveren, ‘verdwijnt’ de patiënt toch regelmatig naar de achtergrond: “Voor elk lean project zijn targets geformuleerd op de deelgebieden kwaliteit, medewerker en rendement” (Bik, 2012, p. 96).

De ‘aanvliegroute’ van *I-lean* bevindt zich duidelijk geheel binnen de instrumentele rationaliteit. Hierbij kunnen vragen gesteld worden als: “Bent u tevreden met de manier waarop u op de dagbehandeling bejegend wordt?” Vragen als “wat doet het met u?” komen niet aan de orde. In die zin is *I-lean* niet bijzonder onderscheidend.

Sterker nog: binnen *I-lean* is een insteek vanuit de substantiële rationaliteit niet aan de orde, terwijl in het ETZ hier in ieder geval een poging toe gedaan wordt door te benoemen dat de menslievende zorg onderdeel is van het lean werken in het ETZ. Een ander wezenlijk verschil met het ETZ is dat de manier van lean werken in Isala meer ‘top-down’ lijkt te zijn door de prominente rol die de manager van een afdeling en de lean expert spelen.

Eén van de projecten die door Bik wordt beschreven is het *I-lean* programma op de dagbehandeling oncologie. De focus binnen dit project ligt op patiënttevredenheid, verminderen van verspilling, verminderen van wachttijd

voor de patiënt, verminderen van de werkdruk en een zo hoog mogelijke bezettingsgraad van de afdeling.

Ook hierin komt weer duidelijk naar voren dat de focus niet ligt op hoe de patiënt iets ervaart vanuit zijn of haar bronnen van bestaan, maar of hij of zij tevreden is. Hierbij kunnen de bronnen van bestaan worden gevat binnen de substantiële rationaliteit en tevredenheid binnen de instrumentele rationaliteit.

In 2015 is Isala met de invoering van het bureau 'Continu Verbeteren en Innoveren' (CVI) afgestapt van de naam '*I-lean*'. Het einddoel van *I-lean* is bereikt, voor zover er van einddoel gesproken kan worden. Met betrekking tot het belangrijkste uitgangspunt van *lean*, continu verbeteren, is dit eigenlijk een contradictio in terminis: er is juist geen einddoel, het verbeteren gaat altijd door. Vanaf 2015 is het namelijk vanzelfsprekend dat de medewerkers in Isala continue verbeteraars zijn. *Lean* is geen project meer voor Isala, maar een vanzelfsprekend onderdeel van de ziekenhuisorganisatie.

## **6.2 Gastvrijheid in Isala Zwolle**

Gastvrijheid, zoals deze binnen Isala wordt gehanteerd, bevindt zich op het niveau van de in hoofdstuk 3 beschreven '*hospitality*' en valt onder de instrumentele rationaliteit. In Isala is gastvrijheid één van de speerpunten met betrekking tot de zorg voor de patiënt. Zoals in hoofdstuk 5 werd beschreven heeft gastvrijheid geen betrekking op de relatie tussen de patiënt en zorgprofessional. Als zodanig voldoet deze dus niet bij het tweede uitgangspunt van het programma Menslievende Zorg in Tilburg welke zorgethisch is. Het is echter wel de bedoeling dat het bijdraagt aan het welbevinden van de patiënt, zoals bijvoorbeeld ook het gebouw dat doet vanuit de visie van 'healing environment'.

Ondanks dat de gastvrijheid van Isala zich bevindt binnen de instrumentele rationaliteit kunnen er vanuit de gastvrijheid op bepaalde punten verbindingen gemaakt worden met de substantiële rationaliteit. Dit kan door te onderkennen dat gastvrijheid een tweeledig doel heeft. Deze bestaat uit een instrumentele component en een substantiële component.

Het eerste (instrumentele) doel is het voorzien in de basisbehoeften van mensen zoals het verstrekken van eten en zorgen voor een dak boven het hoofd. Het tweede (substantiële) doel is echter dat iemand zijn of haar verhaal kwijt kan (Walton, 2012). Deze verbinding tussen de instrumentele en de substantiële gastvrijheid wordt in Isala nu niet gemaakt.

Dit blijkt uit de manier waarop door Jonker en Zijlstra (2018) gastvrijheid onder woorden wordt gebracht: “Gastvrijheid is de grondslag van ons handelen, omdat het een positieve bijdrage levert aan de beleving en het herstel van de patiënt.”

Hierbij kan de kanttekening worden geplaatst over hoe het begrip ‘beleving’ kan worden ingevuld, net zoals deze vraag eerder is gesteld bij het begrip ‘waarde’. Beleving kan zijn: “Hoe beleeft u de opname?” (in de zin van wat doet het met u). Beleving kan echter ook zijn: Een prettige omgeving en goed eten. Dat laatste lijkt binnen het gastvrijheidsbeleid van Isala aan de hand te zijn omdat beleving naast het herstel wordt gezet. Als beleving onderdeel van het herstel zou zijn, zou de vraag over wat de opname met een patiënt doet van toepassing kunnen zijn.

Het gastvrijheidsbeleid van Isala heeft een aantal speerpunten: ‘een warm welkom,’ ‘eten en drinken,’ ‘meubilair,’ ‘ontspanning,’ ‘voorzieningen,’ ‘acties van de ambassadeurs van gastvrijheid’. Voor een warm welkom zorgen vooral de vrijwilligers die in de centrale hal en bij de spoedeisende hulp staan als eerste aanspreekpunt voor patiënten, hun naasten en bezoekers. Bij het eten en drinken wordt er geluisterd naar de wens van de patiënt: wat wil hij eten, op welke plek, hoe groot moet de portie zijn, etc. Wat betreft de andere speerpunten varieert de uitwerking hiervan van leesbrillen die bij de balie te leen zijn tot het organiseren van concerten en ‘luistermuizen’ op de intensive care voor verdrietige kinderen die hun verhaal kwijt willen (Jonker en Zijlstra, 2018).

Om de gastvrijheid een vanzelfsprekende plek te geven in Isala worden de medewerkers hierin getraind. Jonker en Zijlstra (2018) beschrijven dat Isala hierbij ‘6 sleutels van Gastvrijheid’ hanteert. Deze zijn terug te vinden in tekstblok 6.

1. Door de ogen van de gast kijken;
2. Mogelijk maken;
3. Belangrijk maken;
4. Reflecteren en leren;
5. Inspireren;
6. Waarderen.

Tekstblok 6: '6 sleutels van Gastvrijheid'. Overgenomen van de website *Gastvrijheid en ziekenhuis*. Geraadpleegd van <http://gastvrijheidsziekenhuis.blogspot.nl/>

Bijna alle 'sleutels' spreken voor zich. De sleutels 'mogelijk maken' en 'waarderen' verdienen echter een verheldering. De sleutel 'mogelijk maken' heeft betrekking op iets extra's doen. Bijvoorbeeld het ongevraagd aanbieden van een vruchtensapje. De sleutel 'waarderen' heeft betrekking op hoe Isala zijn of haar medewerkers waardeert en hoe de onderlinge waardering is. Bijvoorbeeld door nieuwe ideeën op het gebied van gastvrijheid daadwerkelijk te realiseren en medewerkers er van bewust te maken dat elkaar complimenteren goed doet

Wat opvalt is dat, vanuit deze sleutels, de patiënt als gast lijkt te worden gezien en niet als patiënt. Als zodanig sluit dit weer aan bij de eerdergenoemde '*hospitality*' waar ook Van Heijst, in het kader van de menslievende zorg, tegen in het verweer komt. Dit komt vooral door de manier waarop gastvrijheid binnen Isala wordt opgevat; vanuit een faciliterende invalshoek. Hiermee wordt aan de werkelijke betekenis van gastvrijheid slechts ten dele uitvoer gegeven binnen het gastvrijheidsbeleid.

Volgens Walton (2012, p. 34) heeft gastvrijheid "... meestal twee basale doelen." Het eerste doel is het voorzien in de basisbehoeften van mensen zoals het verstrekken van eten en zorgen voor een dak boven het hoofd. Het tweede doel is echter dat iemand zijn of haar verhaal kwijt kan. Uiteraard kan de patiënt in Isala zijn verhaal kwijt: bij de arts, de verpleegkundige, de geestelijk verzorger, de medisch maatschappelijk werker, of de psycholoog, etc. Deze 'component' van gastvrijheid is in Isala dus wel aanwezig maar wordt niet expliciet als zodanig benoemd.

Hiermee lijkt de (instrumentele) attitude waarmee Isala wil dat de patiënt benaderd wordt, slechts de helft te zijn van wat de patiënt nodig heeft. Een patiënt is geen gast, want hij of zij kiest er niet voor om opgenomen te zijn in het

ziekenhuis. Wellicht kan er beter gedacht worden in een omgekeerde beweging die binnen de substantiële rationaliteit ligt; de medewerkers van Isala zijn te gast bij de patiënt en proberen vanuit deze insteek oog te hebben voor wat de patiënt echt nodig heeft. Op deze manier kan er sprake zijn van wederkerigheid zoals deze opgeld doet binnen de menslievende zorg van Van Heijst.

Tevens sluit deze insteek aan op wat Walton (2012) hier over zegt. Walton betoogt dat de geestelijk verzorger de rol van gast aan kan nemen in de gesprekken die hij of zij met patiënten voert; “Een belangstellende gast als vreemdeling in een vreemd land.” De patiënt is in dit geval het vreemde land met gevoelens, gebruiken en een visie op het leven. Doordat de geestelijk verzorger zich als gast opstelt ontstaat hiervoor een openheid.

De rollen kunnen volgens Walton ook weer worden omgedraaid, waarin de geestelijk verzorger, met de kennis die hij of zij als gast heeft opgedaan, gastheer of gastvrouw kan zijn om de patiënt te ontvangen. Zo zou elke medewerker in een ziekenhuis dit kunnen doen.

De medewerker weet in dat geval beter wat de patiënt of de bezoeker nodig heeft. Het wordt bijvoorbeeld door veel patiënten gewaardeerd dat zij, ongevraagd, een vruchtensapje krijgen aangeboden. Maar juist die ene patiënt die helemaal niet van vruchtensap houdt kan zich miskend voelen als hij of zij spontaan een vruchtensapje krijgt aangeboden. Als de medewerker dit van tevoren weet kan hij of zij iets aanbieden waar de patiënt wel prijs op stelt.

### **6.3 Architectuur Isala Zwolle**

Het in 2013 nieuw opgeleverde ziekenhuis van Isala in Zwolle is ontworpen door Architectenbureau Alberts & Van Huut. Dit bureau staat bekend om hun ontwerpen in organische bouwstijl welke geënt is op de antroposofie. Andere voorbeelden van hun ontwerpen zijn het voormalige NMB-hoofdkantoor in Amsterdam en het hoofdkantoor van de Gasunie in Groningen (Burger, 2013).

De uitgangspunten in het ontwerp waren om geen recht-toe-recht-aan gebouw neer te zetten met veel beplanting in de verkeersruimtes in het ziekenhuis

en daarbuiten. Ook het gebruik van kleuren en materialen is afwisselend. Ondanks de grootte van het ziekenhuis – bijna 900 bedden – moeten patiënten en bezoekers niet het gevoel hebben in een gigantisch complex te zijn beland, maar moet de kleinschaligheid de boventoon voeren. Dit is onder andere bereikt door de centrale entree van het ziekenhuis van verschillende vides te voorzien en het ziekenhuis op te delen in vier zogenaamde ‘vlinders’. Dit zijn vier aparte bouwdelen die door middel van gangen op alle verdiepingen met elkaar verbonden zijn. Als deze bouwdelen van boven bekeken worden lijken deze inderdaad op vlinders (Burger, 2013).



Afbeelding 1: Artist impression van ziekenhuis Isala in Zwolle. Geraadpleegd van: <http://dearchitect.nl.s3-eu-central-1.amazonaws.com/app/uploads/2017/01/attachment-ctdocumentatie-augustus-2013.pdf> Copyright 2013 door De Architect

Op de *artist impression* van afbeelding 1 is duidelijk te zien dat het ziekenhuis, afgezien van een oud gedeelte welke niet is afgebroken geen rechte gangen heeft. Volgens architect van Huut zijn rechte gangen ‘doodsaai’, zoals een recht kanaal, en is het juist prettig dat de gangen meanderen zoals een rivier dat ook doet (Isala, 2013). Hiermee lijkt Van Huut te zeggen dat een dergelijke vormgeving bijdraagt aan een rustig gemoed. De vraag is of dit zo is. Is het wellicht voor sommige patiënten niet prettig om het einde van de gang te kunnen zien als anker- of oriëntatiepunt?

Er kan gesteld worden dat het gebouw van Isala voldoet aan de eerder besproken healing environment. De organische bouwstijl, die zo kenmerkend is



voor de ontwerpen van Alberts & Van Huut, komt voort uit de eerder besproken antroposofie (“Organische architectuur.”, z.j.). In het beleid van het ziekenhuis is hierover overigens niets terug te vinden.

Het gebouw wordt in deze zin instrumenteel ingezet vanuit de gedachtegang van de *‘healing environment’*: een ‘prettig’ gebouw om te verblijven en dat op deze manier bijdraagt aan het herstel van de patiënt. Gesteld kan worden dat de uitkomst echter wel substantieel is; het gebouw doet iets met de gevoelens van de patiënten, bezoekers en medewerkers.

De vormgeving van het gebouw maakt als zodanig geen deel uit van een gedachtegoed die het ziekenhuis aanhangt zoals antroposofische gezondheidszorg of *Planetree*. Binnen beide stromingen is aandacht voor de vormgeving van het gebouw immers een essentiële voorwaarde. Hiermee lijken de instrumentele en substantiële rationaliteit los te staan van elkaar; de vormgeving van het ziekenhuis heeft geen inbedding in een bepaald holistisch gedachtegoed op basis waarvan Isala zorg verleent.

Architect Van Huut spreekt, als hij het over het gebouw van Isala heeft, van een ‘beterhuis’ in plaats van ziekenhuis (Isala, 2013). Dit lijkt een diepdoordachte term, maar is dit in etymologische zin niet. Met een dergelijke uitdrukking zou de insteek kunnen zijn dat ‘beterhuis’ een positieve lading heeft en zo bijdraagt aan het herstel. Als alleen naar de uitkomst wordt gekeken; er beter uitkomen dan er in gaan zou de uitdrukking ‘beterhuis’ nog enigszins opgeld kunnen doen. Zij het niet dat er een link te maken tussen hoe ziekenhuis gebruikt wordt en hoe, aansluitend hierop, ‘beterhuis’ wordt gebruikt; een huis voor de zieken en vervolgens een huis voor de beteren.

Een ziekenhuis is echter geen huis voor de beteren. Zij hoeven niet naar het ziekenhuis. Het ziekenhuis is voor diegene die (dood)ziek is en voor de stervenden waar levensverlengende handelingen voor worden uitgevoerd. Een ziekenhuis is vaak wel een huis waar de patiënt beter uit komt. Dit kan beter in de zin van genezen zijn, maar ook beter in de zin van minder ziek zijn dan voor dat hij of zij naar het ziekenhuis ging. Denk hierbij ook aan de in hoofdstuk 2 beschreven Positive Health waarbinnen iemand ‘gezond ziek’ kan zijn.

#### 6.4 De geestelijke verzorging in Zwolle

De geestelijke verzorging in Isala zit als het ware in het DNA van het ziekenhuis, door de protestantse en rooms-katholieke wortels die Isala heeft. Isala is in 1998 ontstaan als Isala Klinieken en was een fusie van het algemeen/protestants-christelijke Sophia Ziekenhuis en rooms-katholiek ziekenhuis De Weezenlanden (Cremers et al, 2013). In 2015 is Isala bestuurlijk gefuseerd met Zorgcombinatie Noorderboog in Meppel, waar het protestants-christelijke Diaconessenhuis deel van uitmaakte (Isala, 2015). In 2017 ontstaat één ziekenhuisorganisatie met twee volwaardige ziekenhuislocaties (Isala, 2018a).

Er is geen landelijke definitie te vinden voor wat een volwaardig ziekenhuis is. In het geval van Isala heeft volwaardig betrekking op het feit dat op beide ziekenhuislocaties 7 dagen per week en 24 uur per dag acute zorg mogelijk is (Isala, 2018a). Hier hoort bijvoorbeeld de acute verloskunde niet (meer) bij. Deze is in Meppel in 2013 verdwenen (Isala, 2018b).

De ziekenhuizen die in Isala zijn opgegaan hebben daarom een vanzelfsprekende lange traditie van geestelijke verzorging. De Weezenlanden als rooms-katholiek ziekenhuis en het Diaconessenhuis als protestants-christelijk ziekenhuis feitelijk vanaf de oprichting in 1897<sup>12</sup>, respectievelijk 1936 (Reijendam-van Barneveld & Pul, 1988) (Bus et al, 1984). Voor het in 1884 opgerichte (gemeentelijke) Sophia Ziekenhuis geldt dit vanaf 1956, wanneer het wordt ondergebracht in een stichting waarvan drie van de negen bestuursleden van de stichting Het Protestants Ziekenhuis afkomstig zijn en er een ziekenhuispredikant wordt aangesteld (Bus et al., 1984).

---

<sup>12</sup> Er circuleren twee jaartallen voor de oprichting van een rooms-katholiek ziekenhuis in Zwolle. Feitelijk is het juist dat het oprichtingsjaar van ziekenhuis De Weezenlanden 1895 is. In dat jaar namen de zusters van de congregatie van de zusters Onder de Bogen in Maastricht de 'ziekenverpleging' over van de zusters van de Tilburgse congregatie Onze Lieve Vrouwe van Barmhartigheid die in 1848 een ziekenhuis aan de Rozemarijnstraat hadden gesticht (Reijendam - van Barneveld & Pul, 1988). Dit gebeurde na wederzijds goedvinden omdat de zusters uit Tilburg niet bij machte waren om de 'ziekenverzorging' om te zetten in een 'moderner' ziekenhuis (Cremers et al, 2013). De zusters uit Maastricht vestigden zich aan de Melkmarkt in Zwolle (Reijendam - van Barneveld & Pul, 1988).

De stichting het Protestants Ziekenhuis was opgericht in 1948 om naast een rooms-katholiek en algemeen ziekenhuis ook een protestants ziekenhuis te realiseren in Zwolle. Alle betrokkenen komen echter tot het inzicht dat drie ziekenhuizen in een betrekkelijk kleine provinciehoofdstad als Zwolle wel wat teveel van het goede is. Dit leidt uiteindelijk tot het compromis van het onderbrengen van het Sophia Ziekenhuis in een nieuwe stichting waar ook de protestanten in participeren (Bus et al., 1984).

Dat het een combinatie wordt van algemeen en protestants-christelijk is treffend weergegeven in de statuten: “Er wordt een kapel gebouwd, die ook voor andere dan strikt godsdienstige doeleinden gebruikt kan worden” (Bus et al., 1984, p. 112).

Waar het tegenwoordig vanzelfsprekend is dat de geestelijk verzorger, ondanks zijn of haar levensbeschouwelijke achtergrond, er voor patiënten is met alle levensbeschouwingen of geen enkele, was het in de jaren vijftig van de vorige eeuw allerminst. Zozeer zelfs dat het bestuur van de stichting Het Protestants Ziekenhuis in 1955, aan de vooravond van de oprichting van de stichting Sophia Ziekenhuis een boekje heeft uitgegeven: ‘De geestelijke verzorging in het “nieuwe” Sophia-ziekenhuis’. Hierin schreven zij het volgende: “... deze opdracht bestaat niet hierin, dat wij onze gedachten opdringen aan een ander, maar allereerst in het dienen, van de ander ... de kerk moet de geestelijke verzorging in een ziekenhuis zien als een mogelijkheid, waardoor zij de gemeenschap kan dienen” (Stichting “Het Protestants Ziekenhuis,” 1955, p.7).

Momenteel zijn er zes geestelijk verzorgers in Isala werkzaam waarvan vijf op de locatie in Zwolle en één op de locatie in Meppel. Alle geestelijk verzorgers hebben een christelijke achtergrond (Isala, 2018c). Tot voor kort hadden alle geestelijk verzorgers een zending vanuit de Protestantse kerk in Nederland of vanuit de rooms-katholieke kerk (Isala, 2018d) (SKGV, 2018).

Als dit langs de criteria van Schilderman (2012) gelegd wordt met betrekking tot de desintegratie van de geestelijke verzorging zou gesteld kunnen worden dat deze in Isala niet goed geïntegreerd is. In het geval van een geestelijk verzorger met zending lijkt de nadruk niet op de professionele competenties te liggen maar de op denominatie (Körver, 2014). Het tegendeel is echter waar. Dit

blijkt al uit het bewustzijn van de Stichting “Het Protestants Ziekenhuis” bij de oprichting van het Sophia ziekenhuis in 1955 om vooral dienend te willen zijn aan de gemeenschap. Schilderman heeft kennelijk niet met de geestelijk verzorgers in Isala gesproken toen hij zijn artikel over de desintegratie van de geestelijke verzorging schreef.

De geestelijke verzorging in Isala heeft taken op zowel het micro-, als mesoniveau. Als vanzelfsprekend op microniveau wat betreft de patiëntenzorg en de ondersteuning van medewerkers van Isala, op mesoniveau wat betreft klinische lessen en moreel beraad. Het macroniveau, zoals deze in de beroepsstandaard wordt onderscheiden bestaat uit de jaarlijkse gesprekken die de geestelijk verzorgers hebben met de raad van bestuur (Isala, 2016). In de twee navolgende deelparagrafen volgen voorbeelden van initiatieven die zijn genomen op het micro- en mesoniveau.

#### *6.4.1 Pilot geestelijke verzorging en reanimatie*

In 2016 heeft in Isala een pilot plaatsgevonden waarbij de geestelijk verzorger als familie-ondersteuner wordt ingeschakeld tijdens reanimaties op de Eerste Hart Long Hulp (EHLH) (Dijk en Rikmenspoel, 2017). Deze ondersteuning is te scharen onder het microniveau zoals deze in de beroepsstandaard wordt onderscheiden.

Tijdens de pilot is onderzocht of er toegevoegde waarde is en zo ja welke dat is. De verpleegkundigen gaven bijvoorbeeld aan tijdens de reanimatie er niet voor de naasten van een patiënt te kunnen zijn, omdat ze dan juist op de patiënt gericht zijn. Een reanimatie kan in deze zin gezien worden als een handeling die louter binnen de instrumentele rationaliteit valt. Voor de substantiële rationaliteit heeft de verpleegkundige geen tijd.

Volgens Dijk en Rikmenspoel bevestigt de pilot dat wat tijdens het literatuuronderzoek, welke voorafgaand aan de pilot gedaan is, naar voren kwam: de aanwezigheid van de geestelijk verzorger heeft toegevoegde waarde. In de pilot was dit niet zozeer op het spirituele vlak, maar meer op het vlak van het gesprek, aanwezig zijn, verbindingen leggen en het regelen van praktische zaken.

Vooral het gesprek, aanwezig zijn en verbinding leggen zijn competenties waar elke geestelijk verzorger over beschikt en tot zijn of haar domein kan rekenen. Deze competenties liggen binnen de substantiële rationaliteit.

De pilot is een voorbeeld van een combinatie van de substantiële rationaliteit en de instrumentele rationaliteit. De instrumentele rationaliteit omvat in dit geval de reanimatie en heeft betrekking op de patiënt en de substantiële rationaliteit omvat in dit geval de ondersteuning van de naasten.

In dit specifieke geval vindt er geen ‘vermenging’ plaats van beide rationaliteiten, maar bestaan ze naast elkaar en hebben ze beide een specifieke doelgroep en beoefenaars. Toch kan er gesproken worden van allesomvattende zorg; de patiënt heeft op het moment van een reanimatie in feite alleen ‘behoefte’ aan instrumenteel handelen en de naasten hebben (voor zichzelf) alleen behoefte aan overwegend substantieel handelen.

#### *6.4.2 I@HAND<sup>®</sup> - facetten van de geestelijke verzorging*

In de voorgaande deelparagraaf ging het om een taak van de geestelijk verzorgers op microniveau. In deze deelparagraaf wordt een voorbeeld gegeven van de toerusting van collega-zorgverleners in Isala. Dit valt onder het mesoniveau zoals deze wordt onderscheiden in beroepsstandaard (VGVZ, 2014).

In 2012 ontwikkelen twee geestelijk verzorgers van Isala, Marjanne Dijk en Thecla Sloot (2014) de methode I@HAND<sup>®</sup>. Deze methode is een hulpmiddel voor zorgverleners bij het bespreekbaar maken van facetten van de geestelijke verzorging.

Uit een evaluatie van de MDO's in Isala kwam naar voren dat één van de deelnemers zich afvroeg waarom het aandachtsgebied van de geestelijke verzorging geen plek had op het formulier waarop de bevindingen van een MDO per patiënt worden vastgelegd.

Naar aanleiding hiervan zijn de twee geestelijk verzorgers in gesprek gegaan met de leidinggevenden van de verpleegkundigen en hebben zij een onderzoek gedaan naar de vraag hoe de verpleegkundigen aandacht hebben voor het aandachtsgebied van de geestelijke verzorging.

Hieruit kwam naar voren dat de verpleegkundigen en de patiënten ervaren hadden dat tijdens het opnamegesprek, waarin de anamnese wordt ingevuld, de vragen die over het welbevinden gingen helpend waren. Dat er tijdens de MDO's op het bevindingenformulier geen aandacht was voor de facetten van de geestelijke verzorging was derhalve niet terug te voeren naar de anamnese. Juist in de anamnese waren vragen opgenomen met betrekking tot de geestelijke verzorging.

Hieruit werd de conclusie getrokken dat er scholing ontwikkeld moest worden die specifiek de focus legde op de periode vanaf het opnamegesprek. De scholingsmodule krijgt een plek in de verplichte leergang voor de verpleegkundigen van de afdeling neurologie en krijgt de naam I@HAND<sup>®</sup>. Deze heet zo omdat tijdens de I@HAND<sup>®</sup>-training de hand en de vingers (in gedachten) een rol spelen.

De I@HAND<sup>®</sup>-training bestaat uit drie delen: een opdracht die van tevoren moet worden gemaakt, de training zelf gedurende twee uur en een verwerkingsopdracht. De opdracht die van tevoren wordt gedaan is nadenken over wat een verpleegkundige bij de patiënt waarneemt over wat hem of haar bezighoudt. Tijdens de training zelf worden de vooropdrachten besproken, vindt een uitleg plaats over de I@HAND<sup>®</sup>-methode en wordt hier vervolgens mee geoefend. De verwerkingsopdracht vindt in de daadwerkelijke werkpraktijk plaats, in dit geval in een MDO. Tijdens dit MDO wordt een patiënt gepresenteerd volgens de I@HAND<sup>®</sup>-methode.

Bij het presenteren van de patiënt begint de verpleegkundige in gedachten met een open hand die tot een vuist wordt gebald. De gedachte hierachter is dat de verpleegkundige altijd zijn of haar handen voorhanden heeft. In fysieke zin om zijn of haar werk te doen en iemand op te vangen en om zelf vast te kunnen houden om niet te vallen. Met de hand wordt ook contact gemaakt met de patiënt.

De I@HAND<sup>®</sup>-methode kent dan vijf stappen. De vuist wordt geopend beginnend bij de wijsvinger die voor waarnemen staat. Vervolgens komt daar de middelvinger bij die voor de mens staat die de patiënt is. Daarna komt de ringvinger die voor relaties van de patiënt staat. Daarna volgt de pink die voor het perspectief van de patiënt en de verpleegkundige staat. Tot slot is met de duim de

gehele handpalm geopend. De duim staat voor doordenken en delen (met collega's en andere disciplines in het ziekenhuis).

Uit de evaluatie die gehouden is bleek dat de I@HAND<sup>®</sup>-methode goed bruikbaar is voor de verpleegkundigen, omdat deze goed aansluit bij de werkpraktijk en het taalveld waarin zij zich begeven. In de tussentijd is echter wel een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) ingevoerd waardoor tijdens de MDO's niet meer de formulieren worden gebruikt waarbinnen I@HAND<sup>®</sup> aan de orde kan komen. Deze is ook niet in digitale vorm teruggekomen in het EPD.

Er blijft echter interesse voor I@HAND<sup>®</sup> binnen Isala, bijvoorbeeld bij de Acute Opname Afdeling (AOA) en de fysiotherapeuten. Ook blijkt dat sommige verpleegkundigen creatief omgaan met de I@HAND<sup>®</sup>-methode. Aan de hand van een zakkaartje waar de methode in kort bestek op staat gaan zij in gesprek met patiënten, terwijl I@HAND<sup>®</sup> daar in eerste instantie niet voor bedoeld is.

Dijk en Sloot opperen daarom ook het idee om te onderzoeken in hoeverre de I@HAND<sup>®</sup>-methode geschikt is om als gespreksmethode te worden gebruikt tijdens het gesprek met de patiënt. Inmiddels zijn in Nederland een aantal collega geestelijk verzorgers met de I@HAND<sup>®</sup>-methode aan de slag gegaan (Dijk, 2018).

De I@HAND<sup>®</sup>-methode is een goed voorbeeld van een manier van werken die in eerste instantie wellicht binnen de instrumentele rationaliteit wordt gedacht maar zich in feite binnen de substantiële rationaliteit beweegt. Juist in het handelen van de verpleegkundige zijn beide rationaliteiten aanwezig, vaak ook op hetzelfde moment. Denk hierbij aan het vervangen van een infuus – een verpleegkundige handeling die volledige binnen de instrumentele rationaliteit valt – en tijdens deze handeling een gesprekje voeren met de patiënt over hoe hij of zij de opname ervaart, hetgeen binnen de substantiële rationaliteit valt. De verpleegkundige kan bij wijze van spreken het infuus vervangen en tegelijk, of er vlak voor of na, in zijn of haar hoofd de vingers van zijn hand aflopen.

Dit moment doet denken aan de *Kaizen* van het wassen van een patiënt in het ETZ, zoals besproken in hoofdstuk 5. Hier kunnen de 'lief-vragen' van de I@HAND<sup>®</sup>-methode gekoppeld worden aan het *lean*-instrumentarium van het op een efficiënte manier vervangen van een infuus.

## 6.5 Geestelijke verzorging en lean

In het hoofdstuk welke Bik (2012, p. 96) schrijft over *I-lean* is het opvallend dat er een link wordt gelegd tussen de kernwaarden van Isala - “open, professioneel en met hart en ziel” – en een betekenisvolle ervaring voor de patiënt en *lean* in Isala. De kernwaarden hebben zowel een substantiële als ook instrumentele inhoud. Bik legt echter niet uit waar de link precies zit.

De eerste twee kernwaarden zijn indirect nog wel terug te vinden binnen *lean*: open en professioneel. Bij de kernwaarde ‘met hart en ziel’ wordt dit wat moeilijker. Als met hart en ziel wordt gezien als ‘er helemaal voor gaan’ dan past dat nog wel binnen de (instrumentele) *lean* gedachte. Als met hart en ziel wordt gezien als menslievend handelen, hetgeen volledig binnen de substantiële rationaliteit valt, dan is dit niet terug te vinden binnen *lean*.

Zo ook kan betekenisvolle ervaring tweërlei worden opgevat. Ten eerste kan het worden opgevat als dat alles in het ziekenhuis ‘vlekkeloos’ verliep en het eten goed was. Ten tweede kan de betekenis liggen in de vraag: “wat doet het met je?”. Zoals ook binnen het gastvrijheidsbeleid van Isala lijkt het begrip ‘betekenisvol’ oppervlakkig te worden opgevat als beleving op het niveau van ‘*hospitality*’.

Zoals in het ETZ in Tilburg zijn er in Isala (nog) geen concrete stappen gezet om het instrumentele *lean* te laten samen komen met een andere, substantiële invalshoek, in het geval van het ETZ de menslievende zorg. Om te verkennen waar aansluiting kan worden gezocht tussen *lean*, en in het geval van Isala, de geestelijke verzorging zijn een aantal medewerkers van Isala geïnterviewd. Afgezien van de voorzitter van de raad van bestuur, Rob Dillmann, worden de geïnterviewden niet bij naam genoemd, maar wordt alleen hun functie vermeld: een verpleegkundige, een arts, een medewerker van het Centrum Verbeteren en Innoveren (CVI) en twee geestelijk verzorgers.

Zoals aan het begin van deze paragraaf is opgemerkt wordt in Isala vooral gesproken van continu verbeteren in plaats van *lean*. Binnen de *lean* terminologie heet continu verbeteren *Kaizen*. De geïnterviewde medewerker van het CVI pleit er voor om zoveel mogelijk gewoon Nederlands te gebruiken en niet teveel



typische lean-terminologie: “Anders lijkt het net elke keer iets nieuws en dat is het natuurlijk niet. Er zijn misschien wel nieuwe routines die je leert ontwikkelen.” Volgens haar is het gebruiken van Nederlandse termen ook van belang bij het overwinnen van weerstand bij de medewerkers die allemaal geacht worden om als verbeteraar aan de slag te gaan.

### *6.5.1 Continu verbeteren en facetten van de geestelijke verzorging*

Uit de interviews komt naar voren dat continu verbeteren en geestelijke verzorging binnen Isala twee verschillende werelden lijken te zijn. Hiermee lijken de instrumentele- en substantiële rationaliteit los van elkaar te staan. De facetten van de geestelijke verzorging zijn niet als zodanig benoemd in het continu verbeteren waar Isala mee bezig is. Dit lijkt niet zozeer een bewuste keuze te zijn maar hierover lijkt simpelweg nog niet te zijn nagedacht binnen Isala.

Als hierop wordt doorgevraagd in het interview met de voorzitter van de raad van bestuur Rob Dillmann lijkt hier wel degelijk ruimte voor te zijn:

“De geestelijke verzorging werkt bij uitstek met verhalen, verhalen van mensen en voorvallen in hun levens en kan dus in die zin een buitengewoon grote bijdrage leveren om er achter te komen wat nou van waarde is voor die patiënt op dat moment. Dat is niet altijd persé wat wij denken dat goed is voor mensen... Dat is misschien een perspectief dat in de complexiteit, in de arbeidsdeling, de overdracht... wel eens verloren gaat.”

Over waarde zegt één van de geestelijk verzorgers het volgende:

“Hoe kom je te weten wat voor de patiënt waardevermeerderend is ... Ik veronderstel doordat wij breed luisteren en geen belang hebben bij de patiënt. Dat wij daar goede oren voor hebben ... Daarin zou de organisatie iets van ons kunnen ontvangen door daar naar mee te luisteren.”

Opvallend is dat zowel Dillmann als de geestelijk verzorger over waarde spreken voor de patiënt die juist niet in economische of instrumentele zin wordt opgevat. Ze hanteren beide hetzelfde uitgangspunt voor waarde die binnen de substantiële

rationaliteit te plaatsen is. Dit staat in contrast met wat Vosman en Boonen in hoofdstuk 5 aangeven; dat 'waarde' volgens hen een spons is die allerlei betekenissen kan bevatten. Dillmann geeft tevens een heldere analyse waar van wat hem betreft verdere verbetering mogelijk is:

“Vanuit je managementbenadering kun je zorgen dat de ziekenhuisorganisatie gemiddeld genomen altijd beter wordt. Maar wij kunnen geen afspraken maken voor de variaties die er ook zijn. De variatie in het verhaal van een patiënt, die uiteindelijk buitengewoon relevant is voor de waardering van datgene wat wij proberen te doen.”

Dillmann lijkt een brug te slaan tussen de instrumentele rationaliteit van het continu verbeteren en de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging. In dit geval staat de (substantiële) geestelijke verzorging ten dienste van het verbeteren van de (instrumentele) zorgprocessen. Hiermee kan de geestelijke verzorging dit doen vanuit haar verantwoordelijkheid op het macro-niveau. Dillmann:

“Kan ik (de geestelijke verzorging, MH) ook zorgen dat de organisatie zijn werk beter gaat doen?... De variatiebreedte die nou eenmaal gegeven is in het menselijk bestaan, ben je (de geestelijke verzorging, MH) daar niet vooral verantwoordelijk voor?..... dat tweede stuk kan je daar nou een bijdrage aan leveren? Op zich denk ik van wel.... Dat individuele perspectief dat ook gehonoreerd moet worden of daar voldoende plek voor is op het moment dat wij bijvoorbeeld, wat we aan het doen zijn in de oncologie een zorgketen aan het ontwikkelen rond de patiënt .... Daar komt natuurlijk ook aan de orde: moeten mensen niet ook contact krijgen met Intermezzo? Daar zou ook aan de orde kunnen komen: mensen kunnen toch behoorlijk in existentiële nood komen door de diagnose of door uiteindelijk de constatering dat de tumor teruggekeerd is en niet meer behandelbaar is nou weet je, zo zijn er allerlei fasen waarin mensen daar behoefte aan hebben en je kunt natuurlijk wel er op letten dat dat soort momenten ook in zo'n soort zorgketen benut worden dat je (de geestelijke verzorging, MH) ook aanwezig

bent bij het ontwerp van zo'n zorgketen..... Je kunt er ook op letten of het patiëntperspectief in 'total' in zo'n soort ontwerp voldoende is meegenomen."

Dillmann lijkt te zeggen dat de hoofdverantwoordelijkheid van de geestelijk verzorger op het micro-niveau (de patiëntenzorg ligt) maar dat het macro-niveau van de beleidsadvisering net zo belangrijk is. Dit sluit aan op wat één van de geestelijk verzorgers hierover zegt:

"Wat wij volgens mij beter dan wie dan ook zien is wat het werkelijk met mensen doet om ziek te zijn, om opgenomen te zijn, om dingen niet te weten, om ongerust te zijn, om naar huis te verlangen ... Door de manier waarop wij binnen komen, waarop wij worden ingeschakeld, waarop wij luisteren en aanwezig zijn, zijn wij degenen die dat het beste tevoorschijn kunnen luisteren. Waarom? Omdat wij geen doel hebben. Waarom? Omdat wij geen belang hebben. Omdat wij tijd hebben en je niet gebeld wordt voor iets anders."

Ook de medewerker van het CVI heeft een heldere gedachte bij waarde, welke binnen de substantiële rationaliteit is geplaatst, en dat het van groot belang is dat elke zorgverlener zich constant afvraagt of hij of zij de juiste zorgverlener op de juiste plek is en zich hierbij ook elke keer afvraagt wat iets betekent voor de patiënt:

"Bij slecht nieuws gesprekken. Dan is de vraag waar heeft de patiënt ... op dit moment behoefte aan. Is dat een luisterend oor? ... en bijvoorbeeld bij fertiliteitsonderzoeken: Wat betekent dat, al die fertiliteitsonderzoeken? Was de patiënt bang angstig of depressief. Wordt dat bespreekbaar gemaakt tussen arts en patiënt? ... Kan ik iets voor de patiënt betekenen of heb ik iemand anders daar voor nodig? ... Het is dus elke keer de vraag: zijn we met de juiste dingen bezig?"

Dit vraagt om af en toe stil staan van de zorgverlener. De medewerker van het CVI:

"Volgens mij is de belangrijkste vraag: gunnen we onszelf de tijd om dat soort vragen te stellen? ... En als je het nou heel druk hebt dan voelt dat

heel oncomfortabel en dat is denk ik een ‘mindshift’ die je zou moeten maken en ik begrijp dat dat wel lastig is. Om iets te veranderen heb je wel ruimte nodig in je hoofd.”

Daarbij is volgens haar ook een reflectief vermogen nodig voor elke medewerker: “Als je een dag hebt gewerkt kun je de vraag stellen: hoe heb ik gewerkt? En was het een goede dag? Dan kun je je afvragen waar kwam dat nou door?” Hiermee krijgt de medewerker ruimte om zijn of haar eigen handelen, of dit nou instrumenteel of substantieel is vanuit de substantiële rationaliteit te beschouwen.

Hiermee wordt de substantiële rationaliteit op een andere secundaire ‘laag’ geïntegreerd in de instrumentele rationaliteit. Het secundaire is gelegen in het feit dat de substantiële rationaliteit hier wordt aangewend op een reflectieve manier en als zodanig niet direct onderdeel uitmaakt van het werkproces.

Juist op het moment dat een medewerker zichzelf de vraag stelt wat nou een goede dag was komt het facet samenwerking om de hoek kijken. In een interview met één van de geestelijk verzorgers komt het samenwerken naar voren en de verbinding die tussen de verschillende disciplines gemaakt kan worden om de waarde uitkomst voor de patiënt zo hoog mogelijk te maken: “Dat we mensen helpen even over hun eiland heen te kijken ... Als je jezelf als schakel ziet dan is de sfeer denk ik beter” en eerder door deze geestelijk verzorger opgemerkt: “Nu blijkt ..... dat je ook een blijere patiënt kunt krijgen als je gewoon op alle fronten samenwerkt”.

Zoals reeds in hoofdstuk 5 besproken lijken de uitgangspunten van clinical governance ook hier weer aan de orde te zijn, waarbinnen de zorgprofessionals het bewustzijn hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt te hebben.

### *6.5.2 De toekomst van de zorg*

Dit onderzoeksverslag begon onder anderen met het feit dat de vergrijzing toeneemt in de toekomst en de morele dilemma’s die hieruit voortvloeien. Over

de toekomst en de steeds grotere druk die op de zorg komt te liggen zegt Dillmann het volgende:

“Het moeilijkste is om iets niet te doen. Ik denk dat daar de uitdaging gaat zitten. En dan vervolgens toch mensen niet in de steek te laten. Daar ligt dan ook weer een rol voor de geestelijke verzorging want die zouden bij uitstek kunnen helpen bij het voeren van dat soort gesprekken net zoals daar voor de internist ouderengeneeskunde vanuit medisch perspectief een belangrijke rol ligt. En daarin kan je ieder op verschillende manieren mensen - patiënten maar ook dokters - ondersteunen.”

De geestelijk verzorger kan hier vanuit de substantiële rationaliteit een rol spelen; op microniveau voor de patiënt en op mesoniveau voor de medisch specialist. De laatste door deze toe te rusten.

Ook lijkt het ‘openeindeproces’, zoals deze in hoofdstuk 5 is besproken, hier om de hoek te komen kijken. Op het moment dat er sprake is van een ‘openeindeproces’, dan moet juist de patiënt niet in de steek worden gelaten.

Voorgaande sluit aan op wat de geïnterviewde medisch specialist hierover zegt:

“Wàt ons dokters soms eigen is, is dat wij heel erg opgeleid zijn met de idee om mensen beter te maken, daar waar het in heel veel situaties niet mogelijk is om mensen beter te maken. En zelfs als we mensen niet beter maken dat we denk ik moeten leren dat het een ontzettend prachtig en dankbaar beroep is als je mensen kunt helpen om ook soms het laatste stukje te doorstaan en waar ik al heel lang moeite mee heb, al toen ik assistent was, maar dat blijft zo is dat wij soms ontzettend lang doorbehandelen en behandelingen die ooit ingezet zijn niet meer stoppen terwijl we als we heel goed in de spiegel kijken ons ernstig af kunnen vragen of het medisch inhoudelijk nog zinvol is en heel vaak dat niet meer een vraag is maar dat we het eigenlijk stiekem ook wel weten alleen het gesprek om het aan te gaan wordt naar mijn smaak in ieder geval te veel gemeden en ik denk dat we dat veel beter zouden kunnen doen.”

Volgens de medisch specialist speelt hierin de factor tijd die per patiënt beschikbaar is een grote rol:

“... dat wij zeer beperkte tijd hebben waarin wij tot een heel diepgaand contact moeten komen en hele belangrijke overwegingen. En omdat wij onvoldoende tijd daarvoor hebben komen wij heel vaak onvoldoende toe aan dat soort gesprekken: Hoe sta je nou in het leven? Wat wil je nog bereiken? Wat is er voor jou belangrijk. Maar als dat voor jou belangrijk is, is dat dan wel een goede keuze om deze behandeling in te zetten? Zouden we niet veel beter kunnen kiezen om af te wachten en symptomen te bestrijden?”

Dit sluit aan op het afstemmen van de zorg op de patiënt zoals dit in hoofdstuk 5 is beschreven aan de hand van de casus van de arts waaraan werd gevraagd om te kijken naar wat daadwerkelijk de behoefte van de patiënt was.

De vakgroep waar de betreffende medisch specialist toe behoort heeft in de aandacht voor het verhaal van de patiënt een verbeterslag willen maken door een vervolgsconsult van de landelijke norm van tien naar vijftien minuten te zetten. Hiermee is een poging gedaan om de substantiële rationaliteit van het luisteren naar het verhaal te integreren in de instrumenteel gedefinieerd ‘efficiënt’ werken.

Die vijf minuten extra hebben voor hem een zeer grote meerwaarde, omdat deze benut kunnen worden voor de vragen die eerder door hem genoemd zijn. Wat hem verbaast is dat deze vijf minuten door de vakgroep uit eigen zak betaald moeten worden omdat de landelijke norm tien minuten is: “En wat ik ontzettend jammer vind is dat wij als dokter betaald worden voor wat wij doen en praten is niks doen.” In feite zegt de arts hier dat zij niet betaald worden voor substantieel georiënteerde ‘handelingen’ zoals een uitgebreidere aandacht voor het verhaal van de patiënt.

In zijn optiek kan de extra tijd die aan praten wordt besteed uiteindelijk tot besparingen leiden: de patiënt krijgt een optimale behandeling waar hij of zij zich goed bij voelt of soms zelfs helemaal geen behandeling juist omdat dit bijdraagt aan het algeheel welbevinden van de patiënt.

Een consult van vijftien minuten voegt in deze zin twee vormen van waarde toe: waarde voor de levenskwaliteit van de patiënt en waarde in economische zin dat er efficiënt en weloverwogen met behandelingen wordt omgegaan. Hiermee wordt de gedachte van Caron en Boonen (2014) bevestigd dat 'lief' in feite *lean* is.

Eén van de geestelijk verzorgers stelt hierover het volgende: "... zes mislukkingen in het ziekenhuis beleven en een goed gesprek hebben met een geestelijk verzorger of een arts en toch tevreden zijn over het ziekenhuis ... dat klopt absoluut niet met onze ideeën daarover." Hierop aansluitend zegt de verpleegkundige dat *lean* werken ook kan betekenen dat bepaalde vragen niet meer aan een patiënt gesteld worden. Dit zijn vragen die bijvoorbeeld gesteld moeten worden in het kader van een bepaalde certificering, maar voor sommige patiënten op de afdeling helemaal niet relevant zijn. Bijvoorbeeld elke keer vragen hoeveel pijn de patiënt heeft, terwijl pijn helemaal niet speelt bij die specifieke patiënt.

Kortom, iets kan wel protocollair moeten maar als het helemaal niet nodig is kan het belastend zijn voor de patiënt en het zelfs afbreuk doen aan zijn of haar welbevinden en met welk gevoel de patiënt het ziekenhuis weer verlaat. De verpleegkundige: "We hebben door *lean* ook wel geleerd: wat wil de patiënt nu echt?" De verpleegkundige geeft aan dat dit niet allemaal koek en ei is: "Willen wij het goed doen voor de patiënt dan betekent dat niet altijd dat de patiënt dat leuk vindt"

Hierop aansluitend stelt de medisch specialist vast dat het lijden en de dood in de huidige maatschappij ver naar de achtergrond zijn verdwenen en dat alles maakbaar zou moeten zijn:

"Waar ik moeite mee heb is dat we alles ontzettend maakbaar hebben gemaakt. Dat betekent dus dat wij alles moeten kunnen fixen en wij zijn helemaal niet meer gewend aan dat er lijden in ons midden is en de opa en oma die vroeger bij ons in huis doodgingen die gaan nu ergens ver weg in een verpleeghuis achter op een kamertje terwijl wij nog één keer in de vier weken langs komen."

Wederom plaatst de medisch specialist hier de substantiële rationaliteit tegenover de instrumentele rationaliteit en pleit deze er voor om de substantiële rationaliteit

veel meer onderdeel te laten zijn van de instrumentele rationaliteit. De ene rationaliteit kan niet zonder de andere.

Ariès (2003) spreekt in dit kader van de getemde dood: Het lijkt of we in de huidige tijd de dood getemd hebben door deze weg te stoppen in een kamertje achteraf. Het tegendeel is echter waar volgens Ariès. In vroeger tijden was de dood juist getemd door de rituelen hieromheen en door de vanzelfsprekende nabijheid van de dood. Tegenwoordig is “... de dood zo angstaanjagend ... dat wij hem nauwelijks met name durven noemen” (Ariès, 2003, p. 37).

De medisch specialist:

“Op een moment dat we een keer pijn hebben dan worden we woest want de dokter die neemt ons niet serieus. En begraafplaatsen die zien we niet meer in het centrum van de stad, in het centrum van het dorp, die liggen ergens achter een bos verscholen. Ik vind dit zo’n vertekend levensbeeld want lijden maakt het leven, naar mijn mening, ook heel vaak prachtig. Want waar zijn mensen op hun allermooist: op het moment dat ze dood gaan. Dan kom je de echte mens tegen. Dan zijn ze eerlijk, dan hebben ze geen ego meer, dan hebben ze geen pretenties meer.... Daar kom je echt de eerlijke mensen tegen en daar zie je pas het echte goud dat mensen van binnen dragen.”

Hierin komt duidelijk naar voren dat een benadering vanuit de substantiële rationaliteit meer dan helpend zou kunnen zijn. Er moet echter wel tijd worden gemaakt om de substantiële rationaliteit te kunnen integreren in de instrumentele rationaliteit. Als dit op een optimale manier gedaan wordt kan de patiënt het ziekenhuis verlaten met een gevoel van heelheid, los van de fysieke (lichamelijke) toestand.



## Hoofdstuk 7 – Conclusie en aanbevelingen

### 7.1 Conclusie

De vraag die aan het begin van dit onderzoek gesteld werd luidt: Kan de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging zodanig geïntegreerd worden in de instrumenteel gedefinieerde waardeuitkomst van *lean* opdat er een vorm van allesomvattende zorg kan ontstaan voor de patiënt en vooral de mens daarachter?

Om deze vraag te beantwoorden zijn de concepten van de instrumentele in substantiële rationaliteit nader uitgewerkt. De instrumentele rationaliteit, waaronder *lean* valt, heeft een concreet doel. In het geval van *lean* in de gezondheidszorg gaat het in optima forma om het genezen van een patiënt op een zo efficiënt mogelijke wijze waarbij er zo weinig mogelijk wordt verspild. De substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging heeft een ander doel waarin aandacht is voor inhoud en waarden. In dit geval gaat het er om dat de patiënt het ziekenhuis verlaat met het gevoel als gehele mens te zijn gezien. De patiënt hoeft dan in ‘technisch’ medische zin niet genezen te zijn maar hij of zij heeft toch een gevoel van heelheid.

Het handelen vanuit de substantiële alsook de instrumentele rationaliteit is van alle tijden. Dit lijkt echter wel een golfbeweging te zijn waarin de substantiële en instrumentele rationaliteit elkaar steeds afwisselen. In de oudheid lijkt de insteek van de (geneeskundige) zorg vooral instrumenteel van aard te zijn. Tijdens het christelijk wordt juist de substantiële rationaliteit vanuit de *caritas* van belang. Hiernaast blijft de instrumentele rationaliteit echter wel van belang: de technische handelingen om te genezen verdwijnen niet. Vanaf het christelijk zorgscript bestaan beide rationaliteiten dus naast elkaar.

Binnen het huidige laatmoderne zorgscript is tevens een golfbeweging zichtbaar. Vlak na de oorlog krijgt dit zorgscript steeds meer gestalte als een rationele manier van zorgverlenen op basis van *cure* en *care* en economische principes. Ondanks dat zijn er altijd tegenbewegingen zijn geweest. Hierbij valt te

denken aan de antroposofische gezondheidszorg, *Planetree*, *Menslievende zorg* en *Positive Health*.

De tegenbewegingen zouden wellicht beter aanvullende bewegingen kunnen worden genoemd: de substantiële rationaliteit die aanvullend wordt aangewend bij de instrumentele rationaliteit. Dit gebeurt wanneer, onder invloed van sturing, de Menslievende Zorg en *lean* samenkomen in Tilburg. Maar dit gebeurt echter ook wanneer zonder sturing de geestelijke verzorging en *lean* samenkomen in Zwolle.

Uit het literatuuronderzoek met betrekking tot het St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg blijkt dat de instrumentele rationaliteit van *lean* goed kan samengaan met de substantiële rationaliteit van de Menslievende Zorg. Menslievende Zorg wordt in zichzelf zelfs als *lean* beschouwd. Tevens blijkt dat het in de praktijk toepassen van beide concepten in bepaalde gevallen goed blijkt te werken.

In eerste instantie leek het continu verbeteren in Isala louter instrumenteel van aard te zijn omdat de substantiële kant van het continu verbeteren niet expliciet benoemd is. Denk hierbij aan de invulling van gastvrijheid in Zwolle of de bouw van het nieuwe ziekenhuis welke beide binnen de instrumentele rationaliteit te plaatsen zijn.

Uit de interviews in Isala komt juist naar voren dat verschillende medewerkers, zonder dat zij dit expliciet benoemen, beide rationaliteiten van groot belang, zo niet onmisbaar, achten en met elkaar verenigen. De geestelijk verzorgers dragen, wederom zonder dit concreet te benoemen, actief bij aan het continu verbeteren van het ziekenhuis met de projecten geestelijke verzorging op de SEH en I@HAND<sup>®</sup>.

Zonder dat dit expliciet benoemd is, is de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging in Isala op bepaalde punten reeds geïntegreerd in de instrumentele rationaliteit van het continu verbeteren (*lean*). Dit gebeurt echter niet alom maar in kleine en losse projecten. Binnen deze losse projecten wordt in Isala gewerkt aan allesomvattende zorg voor de patiënt.

Uit het onderzoek blijkt dat de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging zeer wel mogelijk geïntegreerd kan worden in een instrumenteel gedefinieerde waardeuitkomst van *lean*. De instrumentele en

substantiële rationaliteit lijken in elkaar te grijpen als twee puzzelstukjes. Beide rationaliteiten zijn verschillend maar vullen elkaar juist aan.

## **7.2 Beperkingen van het onderzoek**

De eerste beperking van het onderzoek is dat het overwegend een literatuuronderzoek is geweest. Voor een meer diepgaande analyse, van hoe de substantiële en de instrumentele rationaliteit zich tot elkaar verhouden, zou een empirisch onderzoek in meerdere ziekenhuizen tegelijk voor een verdere verdieping kunnen zorgen. In de volgende paragraaf met aanbevelingen wordt dit verder toegelicht.

Het enige empirisch onderzoek dat in het kader van dit onderzoek is uitgevoerd betreft het afnemen van een beperkt aantal interviews met medewerkers in Isala. De onderzoeker heeft hiervoor onder andere geestelijk verzorgers geïnterviewd die hij persoonlijk kent. Tevens is de onderzoeker inmiddels werkzaam in Isala als geestelijk verzorger.

Dit zou kunnen leiden tot een bepaalde mate van subjectiviteit van de onderzoeker. Dit zou afbreuk kunnen doen aan de betrouwbaarheid waarbij de vraag kan worden gesteld in hoeverre de interviews van de geestelijk verzorgers als onafhankelijke meting zouden kunnen worden beschouwd.

De twee ziekenhuizen die in het onderzoek zijn betrokken zijn verschillend van omvang en lijken beide anders om te gaan met de invulling van lean. Ook zijn er verschillen in de belichte substantiële rationaliteit. In het geval van het St. Elisabeth ziekenhuis is de substantiële rationaliteit van de menslievende zorg beschouwd, terwijl in het geval van Isala de substantiële rationaliteit van de geestelijke verzorging is beschouwd.

Dit is een beperking omdat Menslievende Zorg kan worden gezien als een basis die ten grondslag ligt van het handelen van alle medewerkers van het ziekenhuis terwijl de geestelijke verzorging één van de disciplines in het ziekenhuis is. Het ene is dus meer wijdverspreid dan het andere. Deze beperking zou gedeeltelijk weg kunnen worden genomen door bijvoorbeeld dezelfde

medewerkers van het ETZ te interviewen als bij Isala. Zo had in Isala kunnen worden onderzocht of en in hoeverre er een (bepaalde soort van) menslievende zorg aanwezig zou zijn. Door de beperkte beschikbare tijd is hier niet voor gekozen.

Een dergelijk onderzoek zou een beeld kunnen hebben opgeleverd van in hoeverre de substantiële rationaliteit 'als vanzelf' onderdeel uitmaakt van het werken van de zorgprofessionals in Isala. In het huidige onderzoek is het beeld van de substantiële rationaliteit alleen verkregen door de interviews en het literatuuronderzoek. Hierin ligt de nadruk op de geestelijke verzorging. Bijvoorbeeld de beroepsgroep van verpleegkundigen komt in het onderzoek nauwelijks aan bod.

### **7.3 Aanbevelingen**

Zoals bij de beperkingen aangegeven zou er een empirisch onderzoek over de verhouding van de substantiële en instrumentele rationaliteit kunnen worden gehouden in meerdere ziekenhuizen tegelijk. Een dergelijk onderzoek zou een tweeledige insteek kunnen hebben. Er zou in de *PROM's* specifiek aandacht kunnen zijn voor beide rationaliteiten. Daarnaast zou een enquête kunnen worden gehouden onder medewerkers van verschillende disciplines aangevuld met interviews ter verdere verdieping. De uitkomsten van zowel de *PROM's* als de enquêtes en de interviews zouden met elkaar vergeleken kunnen worden om te zien of en waar de substantiële en instrumentele rationaliteit samenkomen en waar ze elkaar kunnen versterken.

Tevens zou onderzocht kunnen worden of er twee functionarissen zouden kunnen worden aangesteld in het ziekenhuis die actief aan de slag gaan met de beide rationaliteiten. Waarschijnlijk zal het voor veel geestelijk verzorgers moeilijk zijn om uit hun 'comfortzone' van de substantiële rationaliteit te treden, net zoals het voor veel lean-deskundigen moeilijk zal zijn om uit hun 'comfortzone' van de instrumentele rationaliteit te stappen. Eén functionaris aanstellen die beide rationaliteiten verenigt zal derhalve risico's met zich mee brengen als dat bijvoorbeeld de 'aanvliegroute' eenzijdig zal zijn.

Dit zal gelegen zijn in het feit dat beide rationaliteiten iets anders beogen. Binnen de instrumentele rationaliteit gaat het om een concreet doel (Smit, 2015). Binnen de substantiële rationaliteit gaat het juist om een waarde die volgens Smit bereikt zou moeten worden.

Vooraf het feit dat beide rationaliteiten iets anders beogen betekent dat elke functionaris een eigen denkkader heeft; hij of zij heeft iets anders voor ogen. Daarbij heeft hij of zij een bepaalde 'bildung' gehad, hetzij binnen de (substantiële) geesteswetenschap, hetzij binnen de (instrumentele) sociale wetenschappen. Beide functionarissen hebben een eigen 'taal' die zij vanuit hun opleiding hebben meegekregen.

Vooraleerst komt het er dus op aan dat beide functionarissen elkaar leren verstaan opdat er geen babylonische spraakverwarring ontstaat. Hiervoor is een wil nodig en een bepaalde mate van openheid bij beide functionarissen. Ook een 'talenknobbel' om de taal van de ander te leren is van groot belang. Tot slot is over en weer onderkenning nodig van het belang van beide rationaliteiten.

Hierbij rijst wel de idee dat er ongetwijfeld professionals zullen zijn die de taal en de doordenking van de theorieën van beide rationaliteiten beheersen. Dit laatste zal echter niet universeel gelden. Daarom zouden er binnen het ziekenhuis twee functionarissen kunnen worden aangesteld die samen één functie delen en als éénheid functioneren en naar buiten treden.

De twee functionarissen zullen allereerst van elkaar kunnen leren. Ten tweede kunnen zij samen op zoek gaan op welke plekken de substantiële rationaliteit en de instrumentele rationaliteit met elkaar kunnen worden verbonden. Ten derde zullen zij verbinder moeten zijn die met een missie het ziekenhuis in kunnen gaan waarbij de medewerkers van het ziekenhuis niet zullen verzuchten dat er een zoveelste project van start gaat.

## LITERATUUR / BRONNEN

Antroposofie. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 28 februari 2018, <https://nl.wikipedia.org/wiki/Antroposofie>

Antroposofisch ziekenhuis sluit, honderd ontslagen. (1993, 3 november). *NRC Handelsblad*, p. 10

Anthroposophy. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 28 februari 2018, <https://en.wikipedia.org/wiki/Anthroposophy>

Ariès, P. (200.). *Het uur van onze dood. Duizend jaar sterven, begraven, rouwen en gedenken*. Amsterdam - Antwerpen: Uitgeverij De Arbeiderspers

Baars, E. (2011). Geïntegreerde patiëntenzorg in een antroposofisch therapeuticum. In Verheij, J. (Red.), *Duurzame gezondheidszorg: visies en praktijkervaringen* (pp. 99-110). Zeist: Uitgeverij Christofoor

Baart, A. (2011). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Baart, A. & Vosman, F. (2015). Zorgpraktijken onderzocht door professionals en onderzoekers. In A. Baart en F. Vosman (Red.), *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. (pp. 7-20). Amsterdam: Uitgeverij SWP

Baselmans, J., Willems, M., Faro, M., Martens, J. & Olthuis, G. (2012). Menslievende zorg aan de balie. In G. Olthuis en C. Leget (Red.), *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis* (pp. 95-98). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Beer, de, J. & Beets, G. (2012). Demografische ontwikkelingen in de wereld, Europa en Nederland. In Nimwegen, van, M. & Praag, van, C. (Red.), *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2012: Actief ouder worden in Nederland* (pp. 37-50). Amsterdam: Amsterdam University Press

Bernts, T. & Berghuijs, J. (2016). *God in Nederland: 1966-2015*. Utrecht: Uitgeverij Ten Have

Bik, M. (2012). Van projecten uitvoeren naar continu verbeteren. In M. Rouppe van der Voort en J. Benders (Red.), *Lean in de zorg. De praktijk van continu verbeteren*. (pp. 89-99). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Boersma, H & Conijn, C. (2013). Wat ga je verdienen als je arts bent? Inkomens van artsen in Nederland. *Arts in spe, mei 2013*, 19-21.

Bruto binnenlands product. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 19 juni 2017, van [https://nl.wikipedia.org/wiki/Bruto\\_binnenlands\\_product](https://nl.wikipedia.org/wiki/Bruto_binnenlands_product)

Bunniss, S., Kelly, E., Mowat, H., Snowden, A. & Telfer, I. (2013). The construction of the Lothian PROM. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, 16, 3-32.

Burger, F. (2013). *Het nieuwe Isala ziekenhuis in Zwolle. Architectuur, bouwen en vertrouwen*. Geraadpleegd van: <http://dearchitect.nl.s3-eu-central-1.amazonaws.com/app/uploads/2017/01/attachment-ctdocumentatie-augustus-2013.pdf>

Bus, J.Th., Dijk, H.J., Ester, R., Mesdag, E.M. & Sleijster, W. (1984). *Wil 't bezoek nu afscheid nemen. 100 jaar Sophia Ziekenhuis Zwolle*. Zwolle: Uitgeverij Waanders

Caron, J. & Boonen, M. (2014). Blijven groeien. Een ontdekkingsreis waarin Lief met Lean wordt verbonden. In M. Rouppe van der Voort en J. Benders (Red.), *Verder met lean in de zorg. Naar de kern van de zaak*. (pp. 77-85). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Chalice, R. (2007). *Improving Healthcare Usining Toyota Lean Production Methods. 46 Steps for Improvement*. Milwaukee: ASQ Quality Press

Cilligan, C. (2003). *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press

CPB (2011). *Zorg blijft groeien. Financiering onder druk. Trends in gezondheid en zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau

Cremers, A.G.P. et al (2013). *Wat is er gebeurd? Kroniek van de Zwolse ziekenhuizen*. Deventer: Corps 9 Publishers

Crommentuyn, R.J.H. (2010). *Een einde aan de stammenstrijd*. Geraadpleegd van: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/een-einde-aan-de-stammenstrijd.htm>

Dijk, M.A. & Rikmenspoel, M. (2017). Wie begeleidt familie bij reanimatie?: Een pilot met de geestelijk verzorger als familie-ondersteuner. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 85, 27-31.

Dijk, M. & Sloot, T. (2014). I@HAND<sup>®</sup>. De ontwikkeling van een multidisciplinair instrument voor aandachtige zorg. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 75, 23-27.

Dijk, M. (2018). Persoonlijke communicatie, [26 april 2018]

Enzlin, M. en Notten, R. (2013). 'Met lean ben je altijd halverwege'. *Arts en Auto*, mei 2013, 21-24

Ewijk, van, H. & Kunneman, H. (2013). *Praktijken van normatieve professionalisering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Euritmie. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 1 maart 2018, <https://nl.wikipedia.org/wiki/Euritmie>

Gärtner, S. (2016). Geestelijke verzorging als beroep: Over ambivalenties van de professionalisering. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 81, 22-29.

Gelder, van, M. (2016). *Evidence-Based Design in Nederlandse ziekenhuizen: Ruimtelijke kwaliteiten die van invloed zijn op het welbevinden en de gezondheid van patiënten*. Delft: TU Delft

Geschiedenis van de geneeskunde. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 5 februari 2018, [https://nl.wikipedia.org/wiki/Geschiedenis\\_van\\_de\\_geneeskunde](https://nl.wikipedia.org/wiki/Geschiedenis_van_de_geneeskunde)

Gezondheidsraad (2009). *Het ziekenhuis als helende omgeving*. Den Haag: Gezondheidsraad

Goetheanum. (2018). *Anthroposophie*. Geraadpleegd van <https://www.goetheanum.org/anthroposophie/anthroposophie/>

Groof, de, A.P.N.A. (2001). 'La médecine c'est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours'; zoektocht naar de oorsprong van een aforisme. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 146 (51), 2494-2498.

Have, H.A.M.J. ten, Meulen, R.H.J. ter, Leeuwen, E. van (2013). *Leerboek medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Heijst, A. van (2002). *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijke Kind, sinds 1852*. Hilversum: Uitgerij Verloren

Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgerij Klement

Heijst, A. van (2006). Menslievendheid. De essentie vanuit zorgethisch perspectief. In T. Tromp (Red.), *Minder hard – meer hart! Zorgethiek en management: een werkzame combinatie* (pp. 9-20). Utrecht: Reliëf

Heijst, van, A. (2008). *Iemand zien staan: zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement

Heijst, van, A. (2011). *Ontferming voor Dummies: Zorgverhoudingen in een religieus en een pluriform heden*. Tilburg: Tilburg University

Hopp, W.J. & Spearman, M.L. (2004). To pull or not to pull: what is the question? *Manufacturing & service operations management*, 6 (2), 133-148

Hospitality industry. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 4 april 2018, [https://en.wikipedia.org/wiki/Hospitality\\_industry](https://en.wikipedia.org/wiki/Hospitality_industry)



Hosson, S. de (2018). *Slotcouplet. Ervaringen van een longarts*. Amsterdam / Antwerpen: Uitgeverij De Arbeiderspers

Huber, M. (2014). *Towards a new dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Institute for Positive Health. (2018a). *Wat is het*. Geraadpleegd van <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

Institute for Positive Health. (2018b). *IPH Gespreksinstrument*. Geraadpleegd van: <https://ipositivehealth.com/wp-content/uploads/2017/06/IPH-gespreksinstrument-iph-versie-10-oktober-2016.pdf>

Isala. (2013, 16 augustus). Interview architect Max van Huut nieuwbouw Isala, maart 2013 [Video bestand]. Geraadpleegd van <https://www.youtube.com/watch?v=VRqsVyd9wUc>

Isala. (2015). *Samen naar de top! Jaarverslag 2015 Stichting Holding Isala Klinieken*. Geraadpleegd van: <http://www.isala.nl/documenten/Algemeen/Jaarverslag%20Stichting%20Holding%20Isala%20klinieken%20DEF.pdf>

Isala. (2016). *Samen op zoek Meerjarenverslag vakgroep Geestelijke verzorging 2014 – 2016*. Zwolle: Isala

Isala. (2018a). *Isala en Isala Diaconessenhuis verder als één ziekenhuisorganisatie*. Geraadpleegd van: <https://www.isala.nl/over-isala/nieuws/isala-en-isala-diaconessenhuis-verder-als-een-ziekenhuisorganisatie>

Isala. (2018b). *Geen bevallingen meer in Meppel*. Geraadpleegd van: <http://www.isala.nl/over-isala/nieuws/geen-bevallingen-meer-meppel>

Isala. (2018c). *Meestgestelde vragen*. Geraadpleegd van: <https://www.isala.nl/patienten/specialismen-centra/geestelijke-verzorging/meest-gestelde-vragen>

Isala. (2018d). *Specialisten en medewerkers*. Geraadpleegd van: <https://www.isala.nl/patienten/specialismen-centra/geestelijke-verzorging/specialisten-medewerkers>

Jonker, J. & Zijlstra, M. (2018). *Gastvrijheid en ziekenhuis*. Geraadpleegd van <http://gastvrijheidenziekenhuis.blogspot.nl/>

Köhler, W. (1993, 16 oktober). "Wij speculeren niet met patiënten over hun vorige levens". *NRC Handelsblad*, p. 5.

Kooij, C. van der (2003). *Gewoon lief zijn? : het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen*. Utrecht: Lemma

Körver, S. (2014). Uit het oog uit het hart – in het oog in het hart? In S. Körver (Red.), *In het oog in het hart: Geestelijke verzorging 2.1* (pp. 7-18). Nijmegen: Valkhof Pers

Kraamwinkel, J. (2002). *Antroposofie*. Kampen: Uitgeverij Kok

Krafcik, J.F. (1988). Triumph of the Lean Production System. *MIT Sloan Management Review*, 30 (1), 41-52

Masera G. & Gutierrez, K. (2012). The Caritas Process of Hope as a Midrange Theory. In Nelson, J en Watson, J. (Red.), *Measuring caring : international research on Caritas as healing* (pp. 23-34). New York: Springer Publisher Company

Lange, F. de (2011). *In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg*. Zoetermeer: Uitgeverij Meinema

Leeuw, A.C.J. de (1996). *Bedrijfskundige methodologie: management van onderzoek*. Assen: Van Gorcum

Nistelrooy, I. van (2012). *Basisboek zorgethiek. over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. Heeswijk : Uitgeverij Abdij van Berne

Olthuis, G. & Leget, C. (2012). De leefwereld van patiënten. In G. Olthuis en C. Leget (Red.), *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis* (pp. 19-25). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Olthuis, G. (2015). Het programma Menslievende Zorg – een kroniek. In A. Baart en F. Vosman (Red.), *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. (pp. 21-41). Amsterdam: Uitgeverij SWP

Oogartsen.nl. (2018). *Complicaties staaroperaties*. Geraadpleegd van [https://www.oogartsen.nl/oogartsen/ooglens\\_staar/glasvocht\\_netvlies\\_lensrest\\_en\\_staaroperatie\\_complicatie/#1](https://www.oogartsen.nl/oogartsen/ooglens_staar/glasvocht_netvlies_lensrest_en_staaroperatie_complicatie/#1)

Organische architectuur. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 4 april 2018, [https://nl.wikipedia.org/wiki/Organische\\_architectuur](https://nl.wikipedia.org/wiki/Organische_architectuur)

Planetree. (2018a). *Visie*. Geraadpleegd van <https://www.planetree.nl/visie/>

Planetree. (2018b). *Nederlandse Labelorganisaties*. Geraadpleegd van <https://www.planetree.nl/certificering/nederlandse-labelorganisaties/>

Planetree. (2018c). *Planetree model*. Geraadpleegd van: <https://www.planetree.nl/visie/>

Pleunis, W. (2012). Slaapmuziek. De kracht van muziek op de operatiekamer. In G. Olthuis en C. Leget (Red.), *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis* (pp. 59-62). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Practice theory. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 9 april 2018, [https://en.wikipedia.org/wiki/Practice\\_theory](https://en.wikipedia.org/wiki/Practice_theory)

Reijndam - van Barneveld, F. & Pul, M.P. (1988). *Van bogen tot rechte hoeken. Kroniek van het ziekenhuis De Weezenlanden*. Zwolle: Uitgeverij Waanders

Ridder, M. (2016). Geïntegreerd werken: afstemmen, zwijgen, delen: Spanningsveld tussen beroepsgeheim en communicatie over spiritualiteit, zingeving of levensbeschouwing. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 81, 32-38.

RING. (2017). *Faq*. Geraadpleegd van: <http://www.ring-gv.nl/faq>

Roupe van der Voort, M. (2012). Lean in de zorg. Verslag van een reis naar een duurzame verbetermethodiek. *SIGMA*, 3, 18-22

RVS (2017). *Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Sander-Staudt, M. (2018). *Care Ethics*. Geraadpleegd van: <https://www.iep.utm.edu/care-eth/#SH1a>

Schilderman, H. (2012). Geïntegreerde geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 68, 9-14.

Shermer, M. & Linse, P. (Eds.). (2002). *The Skeptic Encyclopedia of Pseudoscience* (Volume 2). Santa Barbara, CA: ABC-CLIO

Schreuder, E, Lebesque, L. & Bottenheft C. (2016). Healing Environments: What Design Factors Really Matter According to Patients? An Exploratory Analysis. *MIT Health Environments Research & Design Journal*, 10(1) 87-105

SKGV. (2018). *Lijst geregistreerde geestelijk verzorgers*. Geraadpleegd van: <http://www.skgv-register.nl/geestelijk-verzorger/lijt-geregistreerde-geestelijk-verzorgers/>

Sluijsmans, C. (2018). *Spanningsvol verbinden in een ziekenhuis. Menslievende zorg stimuleren door normatieve professionalisering*. Delft: Eburon

Smid, G. (2015). Van 'Woorden Geven aan Zorg' naar 'Kwalificeren voor de Toekomst'. Veranderkundige evaluatie van het programma Menslievende Zorg en toekomstperspectief. In A. Baart en F. Vosman (Red.), *De patiënt terug van*

weggeweest. *Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. (pp. 105-122). Amsterdam: Uitgeverij SWP

Smit, J. (2015). *Antwoord op het leven zelf. Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijke verzorging*. Delft: Eburon

Spear, S.J. (2005). Fixing Health Care from the Inside, Today. *Harvard Business Review*, 83(9) 78-91

Stichler, J.F. (2001). Creating Healing Environments in Critical Care Units. *Critical Care Nursing Quarterly*, 24-3, 1-20

Stichting "Het Protestants Ziekenhuis" (1955). *De geestelijke verzorging in het "nieuwe" Sophia-ziekenhuis*. Zwolle: Stichting "Het Protestants Ziekenhuis"

T-Ford. (z.j.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 9 maart 2018, <https://nl.wikipedia.org/wiki/T-Ford>

Tronto, J.C. (1994). *Moral boundaries. A political argument for an ethics of care*. New York: Routledge

VGZ. (2018). *Home*. Geraadpleegd van <https://vgz.nl/>

Visser - Nieraeth, A. (2017). Persoonlijke communicatie, [30 juni 2017]

Vosman, F. & Baart, A. (2015). Zorg uit zorg denken. In A. Baart en F. Vosman (Red.), *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. (pp. 43-57). Amsterdam: Uitgeverij SWP

Vosman, F. & Boonen, M. (2015). *Lean en lief aan bed?* In: A. Baart & F. Vosman (Red.), *De patiënt terug van weggeweest: Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. (pp. 253-267) Amsterdam: Uitgeverij SWP

Walton, M. (2012). Geestelijke verzorging als gastvrijheid. Een alternatief voor de metafoor van professionele vriendschap. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 67, 32-39.

Weber, M. (1976). *Wirtschaft und Gesellschaft, Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: Mohr Siebeck

Wouw, van de, L., Vries, de, S. & Hermus, R. (2012). Kik: Klant is Koning. Maar hoe doe je het als team? In G. Olthuis en C. Leget (Red.), *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis* (pp. 63-68). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Wickramasinghe, N. (2014). *Lean Principles for Healthcare*. In: N. Wickramasinghe, L. Al-Hakim, C. Gonzalez & J. Tan (Red.), *Lean Thinking for Healthcare*. (pp. 3- 11). New York: Springer

Wickramasinghe, N., Al-Hakim , L., Gonzalez, C. & Tan, J. (2014). *Preface*. In: N. Wickramasinghe, L. Al-Hakim, C. Gonzalez & J. Tan (Red.), *Lean Thinking for Healthcare*. (pp. ix- xxii). New York: Springer

Womack, J.P., Jones, D.T. & Roos, D. (1990). *The machine that changed the world*. New York: Free Press