

# Deel 1 Essentiële componenten van mensgerichte zorg

## 1 Menselijke interactie en relatiegerichte zorg

*Jean Watson en Susan B. Frampton*

In dit hoofdstuk<sup>1</sup> :

- wordt onderzocht welke rol 'aandacht' speelt bij de totstandkoming van optimale menselijke interacties in de gezondheidszorg;
- wordt het relatiegerichte zorgmodel beschreven en de wijze waarop dit een patiëntgerichte aanpak ondersteunt;
- worden de middelen en technieken beschreven waarmee de Planetreezorginstellingen optimaal gezonde relaties cultiveren.

### INLEIDING

Angelica Thieriot, de oprichtster van Planetree, werd geconfronteerd met een acute ziekte waarvoor zij opgenomen moest worden in het ziekenhuis. De ziekenhuisopname boezemde haar een grotere angst in dan het aanvaarden van een levensbedreigende ziekte. 'Doe op de eerste plaats geen kwaad' is de gouden regel in de gezondheidszorg. En toch voelen veel patiënten zich – net als Thieriot – als ze het ziekenhuis uitkomen mishandeld, getraumatiseerd en als ding behandeld. In een poging lichamelijk leed te verlichten lijken veel zorginstellingen emotioneel leed te creëren of op zijn minst te verergeren. Planetree heeft als doel om de ervaringen van patiënten met ziekenhuizen en andere zorginstellingen te verbeteren. Deze ervaringen worden beïnvloed door de interacties en relaties tussen patiënten, families en zorgverleners.

Medische zorg en gezondheidszorg zijn gebaseerd op menselijke communicatie, interacties en relaties. Tegelijkertijd wordt er bij het zoeken van organisatieoplossingen in de zorg vaak geen rekening gehouden met relaties en het zorgen. 'Bij de aanpak van de huidige dilemma's in de gezondheidszorg ligt de nadruk vaak op externe krachten: rentabiliteit, personeelstekort en technisch-medische kwesties, of systeem- en/of institutionele behoeften.' (Watson 2004). Deze aanpak binnen de gezondheidszorg (lees: ziektezorg) botst met de mensgerichte zorgrelatie waar verpleegkundigen, patiënten en alle andere zorgbeoefenaars en zorgstelsels betekenis en waarde aan hechten.

Ondanks, of misschien dankzij, het verschil tussen de diverse externe krachten die van invloed zijn op de gezondheidszorg en de dimensie 'bejegening van mensen in de zorg', is het noodzaak te erkennen en te accepteren dat authentieke oplossingen voor dilemma's in de gezondheidszorg voortkomen uit een diepmenselijke dialoog. Dat is een dialoog die leidt tot een filosofische en theoretische onderbouwing van gezondheid en genezing in samenhang met professioneel-disciplinaire behandelingsmethodieken en organisatorische veranderingen. Het Planetree-zorgmodel biedt een kader voor zorgverleners en -systemen om de dialoog te verschuiven in de richting van menselijker en empathischer methodes.

Het huidige zorgsysteem blinkt uit in het meten en verbeteren van het 'wat' en het 'waarom' van de medische zorg. Patiënten zijn echter meer bezig met het 'hoe' en 'door wie'. In een technologisch tijdperk als het onze, waarin waarde wordt gehecht aan de objectiviteit van de wetenschap, wordt weinig belang gehecht aan de subjectieve ervaring van de patiënt.

Subjectiviteit wordt vaak verbannen naar het domein patiënttevredenheid en wordt 'zachte wetenschap' genoemd. Patiënttevredenheid wordt meestal gezien als essentieel voor de financiële gezondheid van het ziekenhuis, maar zelden als iets dat van invloed is op de gezondheidsresultaten van de patiënten. Nieuwe medicijnen, procedures en andere ontwikkelingen in de medische zorg worden vaak uitgebreid bestudeerd, terwijl de manier waarop de zorg wordt verstrekt juist niet worden meegerekend. Leland Kaiser zegt het als volgt: 'Als het er niet toe doet hoe de zorg wordt verstrekt, waarom verrichten farmaceutische bedrijven dan dubbelblinde testen?' (Persoonlijk interview, 11 april 2001).

Wat ten grondslag ligt aan veel kwesties die uit focusgroepen en tevredenheidsenquêtes bij patiënten en zorgverleners naar voren zijn gekomen, is een terrein dat de medische wetenschap lastig vindt om te definiëren, laat staan te kwantificeren. Het heeft betrekking op het vage, maar essentiële vlak van de menselijke interactie. Hoe kunnen we beter communiceren in de zorg? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat patiënten zich gerespecteerd voelen? Hoe stimuleren we patiënten om vragen te stellen? Hoe gaan we om met de waardigheid van de patiënten wanneer iedere patiënt dit op een andere manier definieert?

Wat gebeurt er feitelijk als een verpleegkundige de kamer van een patiënt binnengaat om medicijnen of een maaltijd te geven, of om een andere taak uit te voeren? Volgens de medische wetenschap is het afronden van de taak op zich genoeg. Kwaliteit wordt gezien als een maatstaf van hoe deskundig en efficiënt elke taak is uitgevoerd. Maar voor de patiënt is elke taak meer dan een levering van een medische dienst. Het is een moment van menselijke interactie en vormt de basis voor een gezonde zorgrelatie tussen patiënt en zorgverlener.

De zorgrelaties zijn van essentieel belang, gelet op de humane en ethische overwegingen die van betekenis zijn voor de subjectieve menselijke ervaringen. Ook voor de ervaringen en belangen tijdens een ziekenhuisopname of bij de behandeling (Shattell 2002). Of de relaties respectvol zijn of niet heeft gevolgen voor zowel de patiënten als de zorgverleners, vooral voor de verpleegkundigen (Halldorsdottir 1991; Swanson 1999).

De uitwerking van de zorgrelatie op de zorgervaring maakt op verschillende niveaus deel uit van de verschuiving van externe oplossingen voor problemen naar intern georiënteerde, ontologische, human-liefdevolle relationele veranderingen (Tresolini & Pew-Fetzer Task Force 1994):

- de relatie zorgverlener-patiënt;
- de relatie zorgverlener-zorgverlener;
- de relatie zorgverlener-gemeenschap;
- de relatie zorgverlener-zichzelf.

Al deze niveaus worden gevormd en beïnvloed door iemands interpretatie van menselijke zorg als het ethische en filosofische grondbeginsel van professionele beroepsuitoefening, en door de interpretatie van menselijke zorg als een manier van handelen. Respectvolle relaties hebben op alle niveaus een uitwerking op de gezondheids- en herstelresultaten. Zij vormen de basis voor het begrip van de communicatie met de patiënt, voor het ontwikkelen van meelevende vaardigheden en voor het cultiveren van relatiegerichte zorg op alle vlakken van het werk en het leven.

## **RELATIEGERICHTE ZORG**

Planetree vindt de manier waarop zorg wordt verstrekt net zo belangrijk als de zorg zelf. De relatiegerichte zorg (RGZ) richt zich volledig op dit aspect. RGZ kwam voort uit de oorspronkelijke *Pew-Fetzer Task Force*. Dit was een interdisciplinair project dat ernaar streefde om educatie op het gebied van gezondheidszorg verder te laten gaan dan de conventionele biomedische, technische oriëntatie, namelijk naar een breder 'model voor beter worden'. Dit model benadrukt dat relaties cruciaal zijn bij de zorg die wordt verstrekt. Dit geldt voor alle zorgverleners, ongeacht hun discipline of specialisme. RGZ moet een centrale plaats krijgen in educatie en in de praktijk (Tresolini & Pew-Fetzer Task Force 1994). Dit model geeft bovendien het belang aan van intermenselijke interactie, van intermenselijke zorg en relaties, als de fundering voor elke therapeutische of heilzame activiteit. Relatiegerichte zorg plaatst de gezondheidszorg in een kader van meervoudige relaties, dat 'een zorgmodel (oplevert) dat respectvolle zorg, helen en gemeenschap integreert' (Tresolini & Pew-Fetzer Task Force 1994).

Deze filosofie leidt tot diepe menselijke relaties, opent de subjectieve en intersubjectieve wereld en de relationele verhoudingen tussen en binnen alle aspecten van iemands leven en interacties. Dit model staat dan ook niet aan de buitenkant, in een afgezonderde, abstracte zorgverlener-patiënt-gemeenschap-relatieconstructie. Dat kan ook niet. Het model nodigt de zorgverlener uit zichzelf volledig te betrekken bij het 'zijn' van de patiënt. Door een intersubjectieve, intermenselijke zorghouding (Watson 1999) komen de subjectieve werelden van beiden dicht bij elkaar (Tresolini & Pew-Fetzer Task Force 1994).

## **Denkbeelden en gevolgen van zorgzaamheid/gebrek aan zorgzaamheid**

In de verpleegkundige literatuur wordt zorgzaamheid gekoppeld aan concepten als empathie, compassie, communicatie, hoop, vertrouwen, geloof, liefde, patiëntgerichtheid en relatiegerichtheid (Quinn e.a. 2003). Het werk van Swanson (1999) heeft vooral betrekking op het belang van medeleven en de gevolgen ervan. Al naar gelang de aanwezigheid van liefdevolle zorg in de praktijkmodellen kunnen dit goede of slechte gevolgen zijn. Haar werk uit 1999 bracht bijvoorbeeld 130 databaseartikelen, hoofdstukken en boeken samen over zorg (alle uitgegeven tussen 1980 en 1996). Deze onderzoeken omvatten zowel empirische als theoretisch-interpretatieve studies. Swanson vatte haar bevindingen samen en bracht ze onder in vijf niveaus:

- vermogen tot zorgzaamheid (kenmerken van zorgzame personen);
- twijfels en toezeggingen (onderliggende overtuigingen en waarden bij verpleging);

- omstandigheden (wat beïnvloedt, verbetert of remt de aanwezigheid en de praktijk van het zorgen);
- vriendelijke handelingen (wat zorgzaamheid betekent voor verpleegkundigen en cliënten en hoe het eruitziet);
- de gevolgen van zorgen (waar zorgzaamheid toe leidt, voor zowel patiënten als verpleegkundigen).

De samenvatting van Swansons bevindingen over de gevolgen van liefdevol zorgen voor patiënt en verpleegkundige heeft implicaties voor alle professionele zorgverleners (zie tabel 1.1 en tabel 1.2). In de tabellen 1.1 en 1.2 is te zien dat de houding ten opzichte van het zorgen en de manier waarop dit gebeurt van invloed zijn op individueel en op systeemniveau. Deze invloed is zowel positief als negatief. Het kan óf het helen bevorderen óf voor beide partijen ongemak veroorzaken. De manier van zorgen en de waarde van de relatie kunnen dus opbouwend of ondermijnend, heilzaam of niet-heilzaam zijn.

Haldorsdottirs onderzoek (1991) wordt beschouwd als een tijdloze studie van dit continuüm van (niet-)liefdevol zorgen. Gedurende haar onderzoek identificeerde ze vijf niveaus of types zorgrelaties. Deze variëren van type 1, wat ze biocidisch (toxisch, levensvernietigend, leidend tot woede, wanhoop en verminderd welzijn), tot type 5, biogenisch (levengevend, levenversterkend). Het biogenische is uiteraard de ideale zorgrelatie, waarbij een authentieke intermenselijke connectie kan plaatsvinden, die voor zowel de patiënt als de verpleegkundige voldoening geeft.

**Tabel 1.1 Gevolgen van zorgzaamheid/gebrek aan zorgzaamheid: patiënten**

Emotioneel-spiritueel welbevinden (waardigheid, zelfbeheersing, zelfbewustzijn)	Vernedering, bang, onbeheerst, wanhoop, hulpeloosheid, vervreemding, kwetsbaarheid, voortdurende slechte herinneringen.
Lichamelijk welzijn (snellere genezing, heeft levens gered, veiligheid, lagere kosten, meer comfort, minder verlies).	Langzamer herstel.
Vertrouwensrelatie, minder vervreemding, grotere betrokkenheid van de familie.	

Bron: Swanson 1999.

**Tabel 1.2 Gevolgen van zorgzaamheid/gebrek aan zorgzaamheid: verpleegkundigen**

Emotioneel-spiritueel welbevinden (gevoel van iets bereikt te hebben, tevredenheid, doel, dankbaarheid, intact gehouden integriteit, voldoening, heelheid, eigenwaarde, naar je eigen filosofie leven, respect voor het leven en de dood, bezinning, passie voor het verplegen).	Verhard, onbewust, robotachtig Depressief, bang, afgemat
Kennisvergroting.	

Bron: Swanson 1999.

Zoals Haldorsdottir het stelde:

*De biogenische wijze betekent liefdevolle welwillendheid, ontvankelijkheid, grootmoedigheid, mededogen en compassie. Een oprecht levengevende presentie biedt de ander interconnectiviteit en cultiveert spirituele vrijheid. Het betekent open te staan voor mensen en leven te geven aan het hart van de mens als persoon, relaties te creëren van openheid en ontvankelijkheid, en toch altijd een creatieve afstand van respect en compassie te houden. De waarlijk levengevende of biogenische aanwezigheid herstelt welzijn en menselijke waardigheid. Het is een transformerende persoonlijke aanwezigheid die eenieder fundamenteel verandert. De ontvanger ervaart een plotseling binnenstromen van compassie (1991).*

Tabel 1.3 toont de vijf types en het continuüm gevoelloos-liefdevol. De biogenische, liefdevolle relatie wordt beschouwd als congruent aan transpersoonlijk zorgen en Watsons liefdevol-zorgend moment (Watson 1985 1999; Quinn e.a. 2003). In die zin dat de relatie zowel de patiënt als de verpleegkundige raakt op een manier die paradoxaal het moment te boven gaat, terwijl beiden zich toch volledig bewust zijn van het moment.

Quinn beschrijft dit onderwerp vanuit een ander oogpunt (Quinn e.a. 2003). Deze zorgmodellen en hun uitwerking en gevolgen zijn gebaseerd op de 'enorme literatuur in psychoneuroimmunologie, sociale ondersteuning, liefde en systeem- en chaostheorieën ... Sociale ondersteuning blijkt invloed te hebben op de gezondheidstatus, evenals liefde. De ... (zorgzame) relatie kan worden gezien als een soort cruciale sociale ondersteuning en een bepaalde soort liefde, die geboden wordt op momenten van intense onevenwichtigheid en kwetsbaarheid' ten opzichte van genezing. Door het werk van

zowel Swanson als Halldorsdottir wordt het model ondersteund dat liefdevol zorgen gevolgen heeft die voor beiden óf levengevend óf levenuitputtend, gezond ofwel vernietigend kunnen zijn.

Voor een beter begrip van zorg en relaties is er een bewuste, intelligente, doelgerichte aanpak nodig. Pas dan is een daadwerkelijk professionele behandeling mogelijk. Daarbij is het uitgangspunt dat we zowel ethische als empirisch-praktische verantwoordelijkheid op ons willen nemen. En een krachtige impuls willen geven aan liefdevol zorgen op individuele, organisatorische en maatschappelijke niveaus.

Het is door middel van relaties en zorgen dat zorgverleners, met name verpleegkundigen, methodes ondersteunen voor zorgzaamheid en mensgerichte zorg. Zo cultiveren zij formeel dergelijke relationele zorgbekwaamheden en komen zo dichterbij in de buurt van het biogenische-transpersoonlijke zorgen. Tegelijkertijd moet erkend worden dat 'het grootste "psychosociale" probleem waarmee we geconfronteerd worden mogelijk de noodzaak voor onze eigen persoonlijke transformatie is, om verandering in onszelf te begrijpen en aan te moedigen' (Tresolini & Pew-Fetzer Task Force 1994).

**Tabel 1.3 Mensgerichte relaties: gevoelloos tot liefdevol**

Type 1 biocidisch	Levensvernietigend (toxisch, leidend tot woede, wanhoop, verminderd welzijn)
Type 2 biostatistisch	Levenbeperkend (koud of behandeld als een last)
Type 3 biopassief	Levensneutraal (onverschillig of afstandelijk)
Type 4 bioactief	Levenssteunende (klassieke verpleegkundige-patiëntrelatie, als vriendelijk, betrokken en welwillend)
Type 5 biogenisch	Levengvend (transpersoonlijke zorgen)

Bron: Halldorsdottir 1991.

## Relatie zorgverlener en zichzelf

De relatie van de zorgverlener met zichzelf is verankerd in zelfbewustzijn, zelfreflectie en de eigen praktijkervaring. Deze aspecten cultiveren een zorgend bewustzijn, vriendelijkheid en berusting ten opzichte van zichzelf. Een liefdevolle, zorgende relatie met zichzelf maakt dat de zorgverlener dit ook aan anderen kan geven. Dit wordt ook wel *caritas* genoemd (Watson 2008). Door gebruik te maken van de associatie uit het Latijn wordt een verband gelegd tussen zorgen en liefhebben. Belangrijk is dat dit zorgen iets waardevols en kwetsbaars is, dat gecultiveerd moet worden. Binnen het zorgmodel hanteerde Watson zorgfactoren (1979). Een kernfactor is 'cultivering van de gevoeligheid ten opzichte van de eigen "ik" en anderen'. Dit draagt bij aan 'de ontwikkeling van een behulpzame, vertrouwde, menselijke, zorgende relatie' die geloof, hoop en vertrouwen inboezemt.

In dit kader van beginnen bij de eigen persoon en de relatie met zichzelf erkennen we dat 'het menselijk is om te voelen ... maar mensen staan zich maar al te vaak toe om hun gedachten te denken, maar niet om hun gevoelens te voelen' (Watson 1979). Bovendien is het zelden zo dat we automatisch onze eigen verantwoordelijkheid nemen om aandacht te schenken aan onze eigen gevoelens. En wel zo, dat we in staat zijn vaardigheden te cultiveren in het waarnemen van ons gedrag, reacties, stemmingen en emoties en in het daar later over nadenken. We leren zelden hoe we onze emoties een plaats kunnen geven, hoe we ze kunnen waarnemen en hoe we ermee vertrouwd kunnen raken. Door dit proces van aandacht schenken aan en reflecteren op onze emoties laten we ze passeren, om ze vervolgens los te laten of in bepaalde banen te leiden, in plaats van de emoties vast te houden en ze te bevriezen. Een gebrek aan zelfbewustzijn, het tegen onze emoties vechten en daaraan vasthouden, ze vergoelijken enzovoort, leidt ertoe dat onze gevoelens ons lastigvallen of tiranniseren met innerlijke psychische strijd. Als we daarentegen emotioneel bewustzijn en zelfs een emotionele intelligentie van zelfaanvaarding, eigenliefde en geduld cultiveren, leren we hoe we innerlijke vrede en rust kunnen opwekken, waarbij we een prettige aanwezigheid voor onszelf en anderen kunnen worden.

Dit begin van aandacht schenken aan ons zelfbewustzijn helpt ons bij het cultiveren van onze spirituele groei en onze bekwaamheid om onze steeds veranderende gevoelens waar te nemen. We leren tevens dat onze gevoelens ons vaak beheersen. We leren inzien hoe vaak we verstarren en onze emoties vast komen te zitten, waardoor we alleen maar meer ongemak creëren voor onszelf en anderen. Als we daarentegen de relatie met onszelf op vriendelijke, zorgende en liefdevolle wijze respecteren, leren we dat onze gevoelens ons inzicht geven in ons gemeenschappelijke mens-zijn. In dit model leren we dat we allemaal gevoelens en emoties hebben, maar dat we niet onze gevoelens en emoties zijn (Watson 1999).

Persoonlijke ontwikkeling en gevoeligheid ten opzichte van de eigen persoon komen voort uit het werken met emoties en het krijgen van emotioneel inzicht. Bij deze inspanning is het nodig om het beoordelingsvermogen, het gevoel voor gepast gedrag, waarden en gevoeligheden bij menselijke

omgang in het algemeen te verfijnen. De gevoelens van zorgzaamheid en compassie kunnen op bredere en diepere wijze ontwikkeld worden door bestudering van de geesteswetenschappen: kunst, esthetica, toneelkunst, film en literatuur. Maar ook door levenservaringen te delen met mensen met verschillende normen en waarden, culturen, geloofsovertuigingen en uit verschillende landen, kun je die compassie en begrip bewerkstelligen. Deze ervaringen kunnen ons verder leiden dan onze beperkte inzichten en stereotiepe meningen over hoe je over anderen oordeelt. De erkenning en ontwikkeling van een dergelijk begrip levert kennis en wijsheid op, wat leidt tot persoonlijke ontwikkeling, zelfaanvaarding en de toepassing van geduld, liefdevolle vriendelijkheid, gelijkmoedigheid en vergevengezindheid. Op de eerste plaats voor onszelf en vervolgens ook voor anderen.

In dit zorgmodel worden we bewust gemaakt van het leerproces van de eigen persoon en van anderen. Hoe we menselijker kunnen zijn, hoe we ons diepere zelf met anderen kunnen identificeren, de dilemma's van anderen in onszelf kunnen vinden. 'Wat we ervan leren is zelfkennis. Het individu waarover we leren of die we ontdekken is ieder individu. Hij is universeel: het menselijke individu. We leren onszelf te herkennen in anderen.' (Watson 1979).

Mensen zijn vaak bang om in zichzelf te kijken, omdat ze bang zijn dat als ze eerlijk zijn, ze alleen maar gebrekkigheden zien, wat bedreigend kan zijn. Het lijkt eenvoudiger om de gevoelens weg te drukken, ze te ontkennen, te weigeren ermee om te gaan of erdoor verteerd te worden. Dit zijn allemaal harde manieren om met de eigen persoon om te gaan. Degene die niet ontvankelijk is voor zijn eigen gevoelens vindt het moeilijk om ontvankelijk te zijn voor de gevoelens van anderen. Degene die zijn eigen gevoelens onderdrukt, is mogelijk niet in staat anderen hun gevoelens te laten uiten of te verkennen. Een liefdevolle en meelevende benadering ten opzichte van de eigen gevoelens, met ruimte voor onvolkomenheden, het aanvaarden van de eigen persoon met zowel sterke als zwakke punten, is onlosmakelijk verbonden met het respecteren van de eigen menselijkheid (Watson 1979). Door dit proces leren we hoe we kunnen vermijden dat we de eigen persoon en anderen negatief beoordelen en bekritisieren, waarbij we ons realiseren dat de gevoelens van anderen niet zo veel verschillen van die van onszelf. We leren tevens dat de gevoelens van anderen geen bedreiging voor ons hoeven te vormen. Met als gevolg dat we de gevoelens van een ander willen blokkeren. Met liefdevolle vriendelijkheid jegens de eigen persoon worden we zorgzamer, liefdevoller en vriendelijker jegens anderen. Als we minder over onze eigen emoties oordelen worden we opener, ontvankelijker, laten we meer toe en respecteren we meer. Zodoende worden we een meer therapeutische en een meer heilzame kracht voor de eigen persoon en anderen. Deze emotionele kennis is fundamenteel voor relatiegerichte zorgmethodes en is de basis voor helen en gezondheid.

## **Relatie zorgverlener en patiënt**

De relatie tussen zorgverlener en patiënt wordt direct beïnvloed door, en komt voort uit, de relatie met de eigen persoon. De basis voor een liefdevolle, mensgerichte relatie met een ander vereist een verdieping van de eigen menselijkheid waarbij specifieke vaardigheden, kennis en waarden worden gecultiveerd. Deze specifieke aspecten van relatie en communicatie vloeien direct voort uit de eigen persoon en het eigen vermogen om 'aanwezig te zijn' jegens de eigen persoon en de ander. Zelfbewustzijn en oprecht aanwezig zijn worden dus het primaire uitgangspunt voor relatiegerichte zorg.

## **Present zijn: een bijzonder moment**

Om 'aanwezig te zijn' zijn specifieke kennis en vaardigheden nodig met betrekking tot de menselijke dimensie 'in-de-juiste-relatie-zijn-met-de-eigen-persoon'. Het is nodig om mindfulness en een bewustzijn van liefdevol zorgen en helen te cultiveren – om in het moment te zijn. Om aanwezig te zijn is het nodig dat men oprecht zichzelf is. Niet een rolmodel of een professionele façade met afstandelijke, klinische, vooropgezette meningen en indrukken. Je moet ervoor in het referentiekader van de ander blijven door actief en aandachtig te luisteren, zonder oordeel. Je moet de boodschap en de stem van de ander horen, de toon achter de woorden, terwijl je luistert en kijkt naar de lichaamstaal. Voor relatiegerichte zorg (RGZ) van zorgverlener naar patiënt is luisteren met het derde oor nodig, luisteren naar de innerlijke stem van de eigen intuïtie. Voor deze vaardigheid is het nodig dat het levensverhaal van de patiënt en de betekenis daarvan voor de persoon een plaats krijgt. In de wetenschap dat luisteren naar het verhaal van een patiënt misschien het allerbeste geschenk is dat we kunnen bieden.

Dit oprecht aanwezig zijn creëert een 'waardevol zorgend moment', waarin de zorgverlener openstaat om de ander te ontvangen. Hij gaat een verbinding aan met de geest van de ander, verder dan slechts het lichamelijke ego van de ander. Tijdens RGZ binnen een zorgend moment is de zorgverlener in

contact met zijn of haar centrum. Bewust, aandachtig, doelgericht en beschikbaar voor wat zich in de communicatie en relatie voordoet: in het moment. Dit is het proces dat een zorgzaam moment creëert, dat vervolgens een helend moment kan worden. Een zorgzaam moment raakt zowel de zorgverlener als de patiënt, op het moment, maar heeft een verdere uitwerking dan het moment, ten goede of ten kwade. Dit is afhankelijk van het oprecht aanwezig zijn van de zorgverlener en het primaire uitgangspunt. De mate van begrip van zowel liefdevolle zorg als relatie vormt de basis voor biogenisch zorgen en transpersoonlijke helende momenten en mogelijkheden.

Het voor de zorgverlener relatiegerichte zorgmodel erkent dat liefdevol zorgen en de relatie niet enkel gebaseerd kunnen zijn op een individualistisch model van zorgen. Het maakt duidelijk dat liefdevol zorgen bij de eigen persoon begint en vervolgens van de eigen persoon naar een ander, naar familie, naar de gemeenschap, naar de planeet aarde, of zelfs naar de kosmos uitspreidt, waarbij het de volledige oneindigheid van de mensheid raakt (Levinas 1969; Watson 2005). Dit begrip van zorgen als caritas reikt verder dan het overbrengen van een dieper niveau, verder dan conventioneel denken door een individu. Dit begrip van caritas verbindt zorg met liefde en strekt uit tot de natuur en het universum (Watson 2005, 2007).

## **Caritas tot communitas**

Door zorg op te nemen in het meeromvattende model van caritas, of klinische caritas (Watson 2004), worden de onderliggende waarden duidelijk. Dit begrip van caritas, diep liefdevol zorgen, komt overeen met Florence Nightingales roeping. Zij was namelijk een zorgverlener die de verpleegkunde en de gezondheidszorg zag als een verbintenis met een professionele en op een band gebaseerde persoonlijke ethiek van meelevende dienst aan de mensheid, die wordt geleid door een 'altruïstisch-humanistisch waardesysteem' (Watson 1979). In dit ruimere kader wordt ingezien dat liefdevol zorgen een fenomeen is dat gekoesterd dient te worden. Het is kwetsbaar, teer en waardevol en behoeft aandacht en verfijning om het te onderhouden. 'Als zorg en liefde samenkomen om de mens te dienen, ontdekken we en bevestigen we dat zorgverlenend werk meer dan een baan is. Het is een carrière waarin leven wordt gegeven en ontvangen (biogenisch) voor een leven lang groeien en leren' (Watson 2007).

Nu dit model duidelijker begint te worden, zijn we beter in staat het verleden met het heden en de toekomst te integreren. Een dergelijke volwassenheid en evolutie verlangt (overeenkomstig met het Pew-Fetzer Task Force rapport) dat we onszelf en degenen voor wie we zorgen fundamenteel veranderen, inclusief de instellingen en de beroepen zelf. Door een opener en professioneler model van zorgende relaties te hanteren – dat verankerd is in de begrippen caritas en in biogenische/transpersoonlijke dimensies van zorgen voor de eigen persoon en de ander – plaatsen we onszelf en de gezondheidszorg in een nieuwe, opkomende kosmologie van zorgen en liefhebben als onderdeel van gezonde relaties. Door deze verschuiving roepen we een gevoel van verering en verhevenheid op met betrekking tot de eigen persoon, de ander en alle levende dingen. Zodoende kunnen we ons beroepen op caritas en het verplaatsen, zodat communitas in denken en doen wordt uitgebreid, als een nieuwe en diepe vorm van een zorgrelatie (Watson 2005). Wanneer caritas, liefde en zorg zich op gemeenschapsniveau manifesteren, verrijst er een morele gemeenschap. Een dergelijke gemeenschap van bewustzijn voor de eigen persoon en de ander is een illustratie van het concept 'communitas'.

## **Communitas**

Het onderlinge verband tussen caritas en communitas maakt duidelijk dat we samen tot de mensheid behoren en dat we met elkaar verbonden zijn. Op deze manier delen we ons collectieve mensdom in tijd en ruimte en zijn we aan elkaar gekoppeld in dit krachtenveld dat het gehele leven omvat. De aandacht voor het voeden van de relatie tussen zorgverlener en de gemeenschap is verder gebaseerd op een ethiek en ethos van een gedeelde menselijkheid. We worden er daarbij opnieuw op gewezen dat we menselijker worden door onszelf in de ander te zien en omgekeerd, ons realiserend dat één niveau mensheid weerkaatst op een ander. Deze ethiek en ethos bevinden zich in een ontluikende kosmologie die ook wel eenheidsbewustzijn (Watson 1999) wordt genoemd. Watson merkt hierbij op dat in het heelal alles met elkaar verbonden is, niet apart en op zichzelf staand. Zo leren we dus meer open, meer beschikbaar en meer aanwezig te zijn voor het wonder van het leven. Dat ons verbindt via de adem van het leven, terwijl we eer betonen aan het feit dat we de lucht die we inademen delen. Caritas en communitas staan voor een ontluikende globale ethiek van zorgen en helen door middel van relaties. Het gevoel hebben erbij te horen en verbonden te zijn, wat ons helpt het alledaagse bestaan weer zin te geven.

Het ontwikkelen en onderhouden van een dieper begrip van gemeenschap – op zowel een concreet, plaatselijk en direct niveau, als op een universeel communiteasniveau – vormt de basis voor effectieve menslievende zorg. Als we in onze praktijkmodellen een zorgend-communitarische ethiek en ethos aanvaarden, respecteren en inlijven, helpen we het individu en de gemeenschap gezond voort te bestaan. En door uitgebreid aandacht te besteden aan gemeenschapsrelaties worden ons gevoel erbij te horen, onze verbondenheid en ons gedeelde mens-zijn opgewekt. Als gevolg van dit bewustzijn en deze bewustwording cultiveren we meer compassie, wijsheid en vaardigheden voor zorgende relaties, zowel individueel als collectief. Door middel van deze bewustwording worden we instrumenten voor een morele gemeenschap van liefdevol zorgen. In dit model geven we de eerste aanzet voor een grotere waardering voor de rol van de gemeenschap en van sociale ondersteuning bij gezondheid en helen.

## **DE ROL VAN SOCIALE ONDERSTEUNING BIJ GEZONDHEID EN HERSTEL**

Positieve interacties tussen patiënten en medewerkers zijn van essentieel belang. Maar de vraag is of ze aantoonbaar een bijdrage leveren aan de gezondheid en het genezingsproces. Is het bewezen dat liefhebbende zorg en vriendelijkheid betere geneesmiddelen zijn? Er is weinig onderzoek gedaan in ziekenhuizen om de positieve effecten op de gezondheid van interacties met personeelsleden te onderzoeken. Maar er zijn veel voorbeelden die aangeven dat sociale connecties een positieve uitwerking op de gezondheid hebben.

Zeventien jaar na dato is een follow-uponderzoek uitgevoerd onder 6.848 volwassenen die deel hadden genomen aan een onderzoek in Alameda County in de Verenigde Staten. Hieruit bleek dat vrouwen die sociaal geïsoleerd waren een aanmerkelijk lagere overlevingskans voor kanker hadden en dat mannen die weinig sociale contacten hadden ook een aanmerkelijk lager overlevingspercentage voor kanker vertoonden (Reynolds & Kaplan 1990). In zijn boek *Living Beyond Limits* (1993) noemt David Spiegel veel studies waarin een verband wordt gelegd tussen overlevingskansen bij kanker en sociale ondersteuning. Spiegel oppert verschillende redenen voor de positieve effecten. Onder meer de mogelijkheid dat sociale ondersteuning invloed kan hebben op de kwaliteit van de primaire activiteiten van de patiënt, zoals eten en slapen. Daarnaast helpt het patiënten mogelijk om doeltreffender te communiceren met hun artsen. Hij voert ook aan dat sociale ondersteuning mogelijk dient als een buffer tegen stress, en dat sociale ondersteuning wellicht de aanmaak van stresshormonen zoals cortisol en prolactin vermindert. Het is bekend dat stress een schadelijk effect heeft op het immuunsysteem. De belangrijkste doodsoorzaak in de Verenigde Staten, hartziekte, is in verband gebracht met een beperkte sociale ondersteuning. Uit een onderzoek van Duke University onder bijna 1.400 mannen en vrouwen met coronaire hartziekten bleek dat van degenen die sociaal geïsoleerd waren 50% binnen vijf jaar overleed, tegenover 17% van de mensen die getrouwd waren (Williams e.a. 1992). Veel andere onderzoeken laten zien dat eenzaamheid, afzondering en gebrek aan sociale ondersteuning ziekte en een voortijdige dood in de hand werken (Blazer 1982; Berkman, Leo-Summers & Horwitz 1992; Wiklund e.a. 1988). In zijn boek *Love and Survival* (1988) noemt Dean Ornish veel studies die het verband tussen sociale verbondenheid en gezondheidsresultaten bevestigen.

Sociale ondersteuning schijnt ook de fysiologische effecten van stress te verlichten. Kamarck, Manuck en Jennings (1990) lieten vrouwen in hun eentje en in aanwezigheid van een vriend(in) hoofdrekenen. Ze ontdekten dat de hartslag en systolische bloeddruk van de vrouwen aanzienlijk hoger waren als ze het alleen moesten doen, dan wanneer ze een vriend(in) bij zich mochten hebben. In een vergelijkbaar onderzoek werd deelnemers gevraagd een toespraak te houden, ofwel alleen, ofwel in het bijzijn van een bemoedigende persoon ofwel in het bijzijn van een niet-bemoedigende persoon. Degenen die de speech hielden in het bijzijn van een bemoedigende persoon ondervonden de minste verandering in hun bloeddruk. Degenen die dat deden in het bijzijn van een niet-bemoedigende persoon toonden de grootste bloeddrukstijging, nog hoger dan degenen die de speech alleen hielden (Lepore, Mata Allen & Evans 1993).

Verschillende studies definiëren sociale verbondenheid als:

- getrouwd zijn;
- een vertrouweling(e) hebben;
- anderen ontmoeten in permanente steungroepen;
- deelname aan andere activiteiten die langdurige relaties kunnen stimuleren en doen voortbestaan.

Het belang van deze relaties zal diepgaand worden behandeld in hoofdstuk 3, waarin de rol van familie en vrienden wordt besproken. Men zou kunnen stellen dat een korte interactie met een

verpleegkundige, laboratoriumtechnicus of andere zorgverlener niet duurzaam of belangrijk genoeg is om een uitwerking te hebben op de patiënt. Maar het onderzoek van Lepore suggereert dat positieve steun tijdens stressvolle gebeurtenissen de stress minimaliseert, terwijl een niet-bemoedigende persoon de stress kan verergeren. De stress van het houden van een toespraak kan vergelijkbaar zijn met wat een patiënt doormaakt tijdens een beangstigende medische procedure.

In focusgroepen hoor je patiënten vaak vertellen hoe een zorgzame persoon, of zelfs een korte interactie met een zorgzame persoon, de ervaring van de patiënt veranderde. Bijvoorbeeld iemand die luisterde of een patiënt op een moeilijk moment steunde. Patiënten verklaren regelmatig dat de persoon die het meest naar hen luisterde of het zorgzaamst was, iemand van de huishoudelijke dienst van het ziekenhuis was. Dit is de reden dat Planetree iedereen die in een ziekenhuis of in een aanverwante bedrijfstak in de gezondheidssector werkt, beschouwt als een zorgverlener. Vanuit de patiënt gezien is de titel of functiebeschrijving van iemand die zorg biedt minder belangrijk dan het feit dat de zorgverlener emotionele steun verleent.

Pas als we meer bewijs hebben over het potentiële positieve effect van menselijke interactie op de gezondheid, kunnen we sterke argumenten aanvoeren voor het belang van zorgzame interacties en hun invloed op patiënttevredenheid. Een typische patiënttevredenheidsenquête bevat veel vragen over hoe patiënten de manier waarop de zorg werd verleend hebben ervaren. Hoe behulpzaam waren de medewerkers op de verschillende afdelingen? Hoe bereidwillig waren de verpleegkundigen en artsen om vragen te beantwoorden? Hoe goed werden familieleden op de hoogte gehouden? Er worden maar zelden vragen gesteld over de medische zorg zelf. Was de operatie juist uitgevoerd? Hebt u de juiste medicatie gekregen? Werd er voor gezorgd dat u niet kon vallen? De kwaliteit van de medische zorg zelf wordt over het algemeen goed bijgehouden via incidentrapporten, kwaliteitsmaatregelen en overzichten van ongunstige patiëntresultaten. Hoewel patiënttevredenheid niet beschouwd wordt als een 'harde wetenschap', is het momenteel de beste maatstaf om de uitwerking van menselijke interactie op de algehele ziekenhuiservaring van de patiënt te peilen. Het eerste onderzoek naar patiënttevredenheid in een Planetree-locatie werd verricht door de University of Washington in de oorspronkelijke Planetree-modelafdeling. In dit gerandomiseerde onderzoek met een controlegroep van 618 patiënten die tussen 1986 en 1990 waren opgenomen, werden de patiëntresultaten op een Planetree-afdeling vergeleken met die op andere medisch-chirurgische afdelingen. Planetree-patiënten bleken veel meer tevreden te zijn over hun ziekenhuisverblijf, de verpleegkundige zorg en de sociale ondersteuning die zij ontvingen. Ook waren zij veel meer tevreden over de inrichting en ambiance op de afdeling en de informatie die ze kregen (Martin e.a. 1998).

Meer recente vergelijkingen van patiënttevredenheid tussen bij Planetree aangesloten ziekenhuizen en landelijke benchmarkgegevens komen aan bod in hoofdstuk 10. Ze laten duidelijk de relatie zien tussen de kwaliteit van de zorg en tevredenheidsscores.

Er bestaat een misvatting dat ondersteunende interacties meer personeel of tijd kosten en dat ze daardoor duurder zijn. Hoewel personeelskosten een belangrijk deel van elke ziekenhuisbegroting vormen, voegen de interacties zelf niets aan de begroting toe. Vriendelijkheid is gratis. Luisteren naar patiënten of hun vragen beantwoorden kost niets. Je zou kunnen stellen dat negatieve interacties duur kunnen uitpakken voor wat betreft misgelopen patiënteninkomsten en misschien aan hoge juridische proceskosten. Negatieve interacties zoals het van je vervreemden van patiënten, niet ingaan op wat ze nodig hebben of hun gevoel van regie beperken. Boze, gefrustreerde of bange patiënten kunnen strijdlustig zijn en minder gemakkelijk meewerken. Ze kosten veel meer tijd dan nodig zou zijn geweest als ze vanaf het begin positief waren benaderd.

<raster>

### **Etnografieprogramma**

Zoals zoveel gezondheidsdiensten was Alegent Health van oudsher zeer afhankelijk van enquêtes en focusgroepen om te onderzoeken wat de patiënten dachten over de zorg die zij hadden ontvangen. Hoewel de verzamelde gegevens nuttige momentopnames van de patiëntervaring boden, voldeed het niet aan Alegents doel om de behoeften van de patiënten grondig te begrijpen. In 2006 begon Alegent de traditionele feedbackmechanismen aan te vullen met etnografisch onderzoek. Dit hield in dat ze samen met de patiënt volledig deelnamen aan de patiëntervaring: naar hun huis gaan, met ze meereizen naar een ingreep en voor de duur van het bezoek bij hen blijven. Deze aanpak dwong Alegent om af te stappen van vooraf opgevatte ideeën, om eerdere kennis van bestaande interne processen buiten beschouwing te laten en om nauw te observeren wat de patiënten in feite doen, hoe ze zich gedragen en hoe ze met anderen omgaan. Alegents management zag al snel in dat ze met deze informatie hun patiënten beter konden begrijpen en daardoor sneller en accurater konden inspelen op de wensen van de patiënt. Alegent introduceerde deze nieuwe aanpak om haar



oncologiediensten te verbeteren. Daarbij werden ze geholpen door een externe antropologische adviesgroep. Toen alles eenmaal juridisch rond was, werden acht oncologiepatiënten 'in het veld' geobserveerd. Een interview in de thuissituatie werd opgevolgd door twee weken voortdurende observatie tijdens behandelingen, kantoorbezoeken, diagnostische tests en dergelijke. De ervaringen van de patiënten werden vastgelegd met behulp van permanente audio- en video-opnames van hun interacties. Ook werden beelddagboeken gebruikt om de observaties van het projectteam verder te documenteren. Bij dit veldonderzoek werden ook de zorgverleners van de patiënten betrokken. Het omvatte vraaggesprekken met personeel, artsen en overig personeel waar de patiënten mee in contact kwamen tijdens al hun ziekenhuisbezoeken of tijdens hun behandelingen. Dit proces van gegevensverzameling leverde meer dan 1.500 gegevenspunten op. Elk punt weerspiegelde een geïmpliceerde of een uitgesproken patiëntbehoefte. Dit werd opgevolgd door een tweedaagse bijeenkomst, waarvoor een groep kankeroverlevenden, personeelsleden, notabelen en leden van het projectteam bijeenkwam om de gegevens te onderzoeken en om te brainstormen over oplossingen. Het resultaat was dat die 1.500 gegevenspunten werden omgezet in 350 concrete ideeën voor verbetering. De observaties waren met name nuttig als leidraad voor het ontwerp van het eerste *Image Recovery Center*. Ze bevestigden dat kankerpatiënten zich beter voelen als ze er beter uitzien, en dat wanneer ze zich beter voelen, hun gevoel terugkomt dat ze het heft in eigen handen hebben. Dat leidt weer tot een hernieuwd zelfvertrouwen. Deze bevindingen zijn tegenwoordig terug te vinden in Alegent's Image Recovery Center, waar diverse producten en diensten 'genezing aan de buitenkant' bevorderen. Voorbeelden zijn: gratis het hoofd scheren van patiënten die hun haar beginnen te verliezen, huidproducten, pruiken, massage, manicure, pedicure en ontspanningsruimtes. De verzamelde informatie heeft ook als leidraad gediend voor de revisie van verschillende interne processen, zodat patiënten en hun families deze beter kunnen begrijpen.

*Bijdrage van Myra Ricceri, Alegent Health*

<einde raster>

## **VAN CONCEPT NAAR PRAKTIJK**

Elk ziekenhuis heeft waarschijnlijk het bereiken van een hoge patiënttevredenheid als doelstelling. Missieverklaringen van grote en kleine, plaatselijke en landelijke zorginstellingen met of zonder winstgerichtheid bevatten meestal woorden zoals zorgzaam, meelevend, respect en waardigheid. Woorden die allemaal de kwaliteit van menselijke interacties weergeven. Maar deze begrippen ten uitvoer brengen kan moeilijk zijn. Patiënten willen gerespecteerd en gewaardeerd worden, een gevoel van zeggenschap hebben en de kans krijgen om betrokken te worden bij hun eigen genezing. Dat lukt niet alleen door programma's en beleidspunten in te voeren. Zorgpartnerprogramma's, onbeperkte bezoeken en een opendossierbeleid hebben weinig zin als ze worden ingevoerd in een omgeving waar de kwaliteit van essentiële, menselijke interacties niet aan de orde is gesteld.

## **Persoonlijke zorg**

Het Planetree-model richt zich uitvoerig op samenwerking met al het ziekenhuispersoneel door alle medewerkers opleidingen aan te bieden. Tijdens die opleidingen (door Planetree ook wel 'personeelworkshops' genoemd) wordt het personeel aangespoord om zich ondersteunend op te stellen ten opzichte van alle patiënten. De casestudy van Stamford Hospital in dit hoofdstuk onderstreept hoe doeltreffend het is om het personeel in de rol van de patiënt te plaatsen. Dit proces maakt ze ontvankelijk voor de kwetsbaarheid en het verlies van controle dat patiënten vaak ervaren. Daarnaast heeft een aantal ziekenhuizen geprobeerd specifieke gedragsvormen of interacties te identificeren en te definiëren, die als heilzaam worden ervaren. Het uitgangspunt van veel Planetree-locaties is echter om iedere patiënt persoonlijke zorg te bieden. Elke patiënt is een uniek individu, met eigen voorkeuren en behoeften. Persoonlijke zorg is een essentieel begrip dat aangemoedigd moet worden onder zorgverleners. Wat goed is voor de ene patiënt is niet altijd goed voor de ander. De ene patiënt wordt om 5 uur 's ochtends wakker en is dan klaar om te wassen en te ontbijten, terwijl een andere patiënt de gewoonte heeft om tot 3 uur wakker te blijven en dan tot in de late ochtend uit te slapen. Persoonlijke zorg resulteert in positieve interacties.

Hoewel de meesten onder ons het begrip personalisering onderschrijven, kan de praktische implementatie in de gezondheidssector moeilijk zijn. Standaardisering – en niet personalisering – is al decennia de regel. Ook al zijn er geen beleidsdocumenten, in veel organisaties bepalen talloze ongeschreven wetten de heersende cultuur. Patiënten worden om 5 uur 's ochtends gewogen. Ze worden 's ochtends gewassen. Bloed wordt doorgaans 's avonds toegediend. Over het algemeen is er geen medische reden om deze standaardprocedures op die tijden toe te passen. Patiënten die willen

uitslapen zouden ook elke avond op hetzelfde tijdstip gewogen kunnen worden, zodat de informatie 's ochtends voorhanden is wanneer de artsen hun ronde lopen. Wasbeurten kunnen ook 's avonds plaatsvinden. Bloed kan ook 's nachts worden toegediend, zodat de nachtrust van de patiënt niet wordt verstoord door veelvuldige hartslag- en bloeddrukcontroles. In de bedrijfscultuur wordt vaak voorbijgegaan aan gezond verstand. 'Zo doen we dat hier niet' en 'Dat stoort het medisch personeel' zijn standaardantwoorden bij pogingen om veranderingen door te voeren. Organisatorische omschakeling geeft medewerkers de gelegenheid om vraagtekens te zetten bij alle ziekenhuisroutines, zelfs de meest onbespreekbare, zodat personalisering standaard wordt.

<kader>

### **Personeelsworkshops**

In 2004 nam Stamford Hospital in Stamford, Connecticut, de beslissing om het Planetree-zorgmodel in te voeren. Er waren drie beweegredenen om lid te worden:

- om haar toewijding aan patiëntgerichte zorg te hernieuwen;
- om de patiënttevredenheid te verhogen;
- om de organisatiecultuur te veranderen.

De eerste opdracht voor de nieuwe Planetree-coördinator was om personeelsworkshops te leiden. Er werd besloten om patiëntgerichte zorg bedrijfsbreed in te voeren door aan de top te beginnen. Door deel te nemen aan de workshop kwam het leiderschapsteam veel over zichzelf en de zorgervaring van patiënten te weten. Het team committeerde zich aan het delen van die passie en kennis met de 2400 medewerkers van Stamford Hospital. De vraag was hoe dat zou gaan lukken zonder de positieve impuls te verliezen. Een ambitieus plan werd in gang gezet om binnen achttien maanden alle medewerkers deel te laten nemen aan een workshop. Ook al werd dit door velen gezien als een overambitieuze en onwaarschijnlijk doel, anderen wisten dat de tijd van wezenlijk belang was en dat zo'n eensgezinde poging met enorme uitwerking de beste manier zou zijn om een positieve impuls te geven en het proces op gang te houden. De Planetree-filosofie zou en moest omarmd worden: de tevredenheidsscores van zowel patiënten als medewerkers logen er namelijk niet om.

Patiënttevredenheid bevond zich in het

onderste kwartiel en medewerkertevredenheid stond er nauwelijks beter voor. Het team discussieleiders voor de workshop bestond uit zestien managers en personeelsleden en was klaar voor de uitdaging. Al vroeg was een prachtige locatie gekozen voor de workshopbijeenkomsten in de naburige stad. Een klooster van honderd jaar oud dat uitkijkt op de Long Island Sound bleek een spirituele oase te zijn. Alleen al door er aanwezig te zijn voelde iedereen zich speciaal, ontspannen en harmonieus. Iedereen was welkom, of je er in geloofde of niet. Het was niet altijd gemakkelijk. De top stond er echter helemaal achter en gaf de aftrap voor elke workshop. De acht uur durende dag werd gevuld met ervaringsoefeningen en brainstormsessies waarin medewerkers ideeën deelden, deelnamen aan rollenspelen en drieganglunches. De maanden verstreken en het werd steeds eenvoudiger. Medewerkers schreven zich in voor een workshop en werden lid van een Planetree-werkgroep. Een aantal mensen die aan een workshop hadden deelgenomen, vroegen of ze de leiding konden nemen. Het gegeven dat hun mening ertoe deed, dat ze een cultuurverandering konden bewerkstelligen en dat de top deze veranderingen steunde, was bevrijdend! Terwijl dit allemaal gebeurde, voerde Stamford Hospital een aantal belangrijke imagooveranderingen door. Men introduceerde een nieuw logo, een nieuwe missie, visie en nieuwe waarden. En aan de uitvoering ervan namen voor het eerst medewerkers deel. Men sprak over 'het volledig in je opnemen van deze organisatorische waarden' en 'Planetree zijn'. Drie jaar later waren de resultaten tastbaar. De scores van zowel de patiënten als van de medewerkers stegen naar het topkwartiel. Aangemoedigd door deze resultaten werd de Planetree-reis van Stamford Hospital voortgezet met een grote betrokkenheid van de hele ziekenhuisgemeenschap en met een gezamenlijke toewijding om te werken aan een verbeterde patiëntervaring en een betere werkomgeving voor henzelf en hun collega's.

*Bijdrage van Deborah Fedeli, Stamford Hospital*

<einde kader>

## **Pleitbezorging voor patiënten**

Een ander belangrijk aspect van persoonlijke zorg is belangenbehartiging. Wat doen we met de informatie die we hebben vergaard over wat de patiënt wil? Wie helpt de patiënt te verkrijgen wat hij of zij denkt nodig te hebben? Wie wordt de pleitbezorger van de patiënt?

Verpleegkundigen vervullen veelal de rol van pleitbezorger voor de patiënt, maar dat is vaak tegen hoge kosten. De verdediging van een patiënt op je nemen betekent soms het gezondheidssysteem aanvechten of gevestigde regels overtreden. Dit brengt verpleegkundigen in vele ziekenhuizen in een lastig parket. Een 'goede' zorgverlener zijn, vanuit het oogpunt van de patiënt, kan ook een moeilijke werknemer zijn, vanuit het oogpunt van de directie. In een organisatie die personalisering ondersteunt en handelt op voorspraak van de patiënt, hoeven verpleegkundigen en andere zorgverleners niet langer de regels vrij te interpreteren of te overtreden om aan de behoeften van de patiënten te voldoen.

## Waardering en erkenning van medewerkers

Er zijn veel boeken geschreven over hoe belangrijk het is om belonings- en erkenningsprogramma's te ontwikkelen voor goede prestaties van medewerkers. Veel ziekenhuizen hebben een medewerker-van-de-maandprogramma en jaarlijkse prijzen of bonussen. Hoewel die allemaal hun voordelen hebben, slagen ze er niet in om de onderliggende cultuur aan te pakken die in veel ziekenhuizen gericht is op strafmaatregelen in plaats van op erkenning en waardering van medewerkers. In focusgroepen met medewerkers hoort men vaak dat waardering maar één keer per maand, tijdens officiële gebeurtenissen, wordt getoond. Terwijl berispingen van managers en collega's regelmatig voorkomen. Wat met name zorgen baart, is dat ziekenhuiswerknemers steeds vaker het gevoel hebben dat tevredenheidsscores van patiënten worden gebruikt als strafmiddel. Verpleegkundigen en ander personeel betreuren het gebruik van dergelijke gegevens om 'ons op de vingers te tikken als de scores ook maar één procent dalen'.

Hoewel het geen snelle oplossing is, kan organisatieverandering een hiërarchische strafcultuur omzetten in een waarderingcultuur. Belonings- en erkenningsprogramma's zijn van levensbelang als formele, organisatorische uitingen van waardering. Ze zijn het meest doeltreffend als ze geïntegreerd worden in een cultuur waarin waardering en erkenning van anderen vrij en regelmatig wordt geuit en niet een verplicht gesteld, gekwantificeerd doel voor managers is. Ook al zijn schriftelijke bedankjes op zich lofwaardig, ze verliezen snel hun geloofwaardigheid en waarde als medewerkers ontdekken dat hun managers er jaarlijks een x-aantal moeten uitdelen om hun bonus te krijgen.

De begrippen die het meest worden gebruikt – beloning, erkenning en toekenning – bevatten de subtiele suggestie dat ze zijn ontstaan in een hiërarchische omgeving. Beloningen worden top-down uitgereikt. Managers tonen hun waardering aan hardwerkend, waardevol personeel. Als ziekenhuizen minder hiërarchisch worden, zullen begrippen zoals dankbaarheid, waardering en erkentelijkheid vaker voorkomen. Kleine gebaren van waardering, zoals wat vaker gewoon 'dankjewel' zeggen, kunnen deel gaan uitmaken van een nieuwe, minder hiërarchische cultuur.

Zoals het van essentieel belang is dat managers en directie die medewerkers belonen die de organisatiewaarden het beste belichamen, zo belangrijk is het ook dat collega's hun erkentelijkheid betuigen ten opzichte van elkaar en dat personeelsleden er geen moeite mee hebben dankbaarheid te uiten aan wie dan ook. Afdelingen kunnen andere afdelingen bedanken met kaartjes, cadeaus of door speciale gebeurtenissen te vieren. Medewerkers kunnen hun waardering niet alleen uiten aan hun collega's, maar ook aan managers, directie en artsen. Om doeltreffend te zijn dient iedere directeur, manager en supervisor eerst een voorbeeldrol te spelen in deze cultuurverandering, zodat het voor alle medewerkers een tweede natuur wordt.

Het vieren van successen, hoe klein ook, biedt een prachtige gelegenheid om medewerkers te laten ervaren dat zij een essentiële rol spelen bij het succes van de organisatie. Of het ziekenhuis of individuele afdelingen nu een doel of benchmark bereiken of positief in het nieuws komen, het zijn allemaal goede aanleidingen om medewerkers en hun prestaties te erkennen. Ze doen niet louter hun werk, ze doen het uitzonderlijk goed.

Massage voor personeelsleden is ook iets waarmee ziekenhuizen hun waardering voor hun zorgverleners kunnen uiten. In verschillende Planetree-geaffilieerde ziekenhuizen komt een masseur met een massagestoel naar de personeelsruimte, zodat zorgverleners zich kunnen ontspannen en zich kunnen laten oppeppen tijdens hun pauze. Sommige ziekenhuizen geven massagecadeaubonnen aan medewerkers als bedankje en erkenning voor hun bijdrage aan het ziekenhuis.

Deze simpele interacties kunnen een omgeving van dankbaarheid creëren, waarin medewerkers er regelmatig aan worden herinnerd dat ze gewaardeerd worden en dat hun werk op prijs wordt gesteld.

## Communicatie en participatie

Wederzijdse communicatie is een andere interactie die bijdraagt aan medewerkertevredenheid. Als medewerkers op de hoogte worden gesteld en gehoord worden, zijn ze beter in staat mee te werken

aan het creëren van een werkomgeving waarin ze kunnen opbloeien. Er moet echter een structuur worden opgezet waarin hun inbreng actief wordt gestimuleerd en die hen aanmoedigt om ideeën en oplossingen aan te dragen.

Gebrek aan informatie leidt tot geruchten en speculaties. In focusgroepen heeft een aantal medewerkers geklaagd dat hun enige bron van informatie over het ziekenhuis de plaatselijke krant is. In het oude hiërarchische model werden personeelsleden niet op de hoogte gehouden, omdat de leiding vond dat ze niet alles hoefden te weten, de informatie niet zouden begrijpen of er onnodig door van slag zouden raken. Dit speelde vooral als het ziekenhuis financieel in moeilijkheden zat. In werkelijkheid pakken personeelsleden problemen vaak snel op en worden ze juist bang en raken ze gefrustreerd als ze niet op de hoogte worden gehouden. Informatie achterhouden of niet de moeite nemen om het te verstrekken schept angst, wantrouwen en zorgt voor een eilandcultuur. Nieuwsbrieven voor medewerkers, e-mails, schriftelijke communicatie en regelmatig een algemeen overleg organiseren zijn allemaal handige instrumenten om ziekenhuismedewerkers op de hoogte te houden. Verwachten dat informatie vanzelf door verschillende lagen heen het personeel bereikt is meer wens dan werkelijkheid en een voorbeeld van hiërarchisch denken. Het is niet ongebruikelijk dat de directie informatie aan managers verstrekt waarvan wordt verwacht dat ze deze op hun beurt doorgeven aan de medewerkers. Sommige managers zijn daar goed in, maar andere niet. Directe communicatie is het meest betrouwbaar. Het is ook nuttig als managers begrijpen hoe belangrijk het is dat informatie wordt overgebracht.

Om zo doeltreffend mogelijk te zijn dient de communicatie wederzijds te zijn. Medewerkers willen op de hoogte worden gehouden, maar ze moeten ook de gelegenheid krijgen om gehoord te worden. Zeggenschap hebben in hoe zorg wordt verstrekt en de kans krijgen actief deel te nemen creëert een omgeving waarin medewerkers de uitzonderlijke zorgverleners kunnen zijn die ze willen zijn. Het is een misverstand dat de inbreng van medewerkers alleen nodig is om hun steun en instemming te winnen. De meningen, ideeën, suggesties en creatieve oplossingen van zorgverleners zijn enorme voordelen bij het creëren van een heilzame omgeving voor patiënten en een optimale werkomgeving voor de medewerkers.

Goed leiderschap is van vitaal belang bij het scheppen van een omgeving waarin inspraak van medewerkers wordt ondersteund. Het leiderschap van het ziekenhuis speelt ook een hoofdrol bij de ondersteuning van de organisatieverandering. Een van de voornaamste rollen bij leiderschap is het ondersteunen en helder verwoorden van de hoofdoelen van de organisatie. Het is essentieel om gericht te blijven op financieel succes, maar als dat de uiteindelijke visie van de organisatie is, kan het moeilijk zijn om de medewerkers mee te krijgen om dat doel te bereiken. De meeste zorgverleners hebben hun vak of baan niet gekozen om te helpen de winstcijfers van een organisatie op peil te houden. Patiënten kiezen evenmin voor een bepaald ziekenhuis met als doel de financiële levensvatbaarheid daarvan te verhogen.

Organisatorische transformatie is alleen mogelijk wanneer iedereen die deel uitmaakt van die organisatie duidelijk voor ogen heeft wat het uiteindelijke doel is. De visie kan pas realiteit worden als de medewerkers zelf voelen dat ze gewaardeerd worden, zodat ze een gevoel van mensgerichte zorg kunnen overbrengen aan patiënten.

Het begrijpen van al deze dimensies en veranderlijkheden van relaties en liefdevol zorgen vormt de basis voor de creatie van een geïntegreerd vriendelijke-zorg-genezingsmodel, namelijk dat van *caritas* tot *communitas*. De relatie die de zorgverleners vormen met de eigen persoon, met de patiënt, met de gemeenschap en met andere zorgverleners is cruciaal. Dit vraagt om uitgebalanceerde aandacht om de educatie, de praktijk, alsook de zorgverleners zelf fundamenteel te veranderen. Of het nu gaat om studenten of bekwame klinici. (Tresolini & Pew-Fetzer Task Force 1994). Het Planetree-model en de nadruk die daarin wordt gelegd op de mens dient als een moreel en zingevend sjabloon voor de transformatie van menselijke interacties in de zorg. Menselijke interacties die uiteindelijk de kern zijn voor de ondersteuning van mensgerichte zorg, alle menselijke relaties en de mensheid zelf.

## LITERATUUR

Berkman, L., Leo-Summers, L., & Horwitz, R., 'Emotional Support and Survival After Myocardial Infarction: a Prospective, Population Based Study of the Elderly.' In: *Annals of Internal Medicine* 1992;117(12): pp. 1003-1009.

Blazer, D., 'Social Support and Mortality in an Elderly Community Population.' In: *American Journal of Epidemiology* 1982;115(5): pp. 684-694.

Gilpin, L., 'The Importance of Human Interactions.' In: S.B. Frampton, L. Gilpin, & P.A. Charmel (eds.), *Putting Patients First: Designing and Practicing Patient Centered Care*. Jossey-Bass, San Francisco 2003.

Halldorsdottir, S., 'Five Basic Modes of Being with Another.' In: D.A. Gaut and M. Leininger (eds.), *Caring: The Compassionate Healer*. National League for Nursing, New York 1991.

Kamarck, T., Manuck, S., & Jennings, J., 'Social Support Reduces Cardiovascular Reactivity to Psychological Challenge: A Laboratory Model.' In: *Psychosomatic Medicine* 1990;52: pp. 42-58.

Lepore, S., Mata Allen, K., & Evans, G., 'Social Support Lowers Cardiovascular Reactivity in an Acute Stressor.' In: *Psychosomatic Medicine* 1993;55: pp. 518-524.

Levinas, E., *Totality and Infinity*, (A. Lingis, trans.). Duquesne University Press, Pittsburgh, Pa. 1969.

Martin, D., e.a., 'Randomized Trial of a Patient-Centered Hospital Unit.' In: *Patient Education and Counseling* 1998;34(2): pp. 125-133.

Ornish, D., *Love and Survival*. Harper Perennial, New York 1998.

Quinn, J., e.a., 'Research Guidelines for Assessing the Impact of the Healing Relationship in Clinical Nursing.' In: *Alternative Therapies Journal* 2003;9(3): pp. A65-A79.

Reynolds, P., & Kaplan, G., 'Social Connections and Risk for Cancer: Prospective Evidence from the Alameda County Study.' In: *Behavioral Medicine* 1990;16(3): pp. 101-110.

Shattell, M., 'Eventually It'll Be Over: The Dialectic Between Confinement and Freedom in the Phenomenal World of the Hospitalized Patient.' In: S. Thomas & H. Pollio (eds.) *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice* 2002: pp. 214-236, Springer, New York 2002.

Spiegel, D., *Living Beyond Limits*. Fawcett, New York 1993.

Swanson, K., 'What Is Known About Caring in Nursing Science: A Literary Meta-analysis.' In: A.S. Hinshaw, S. Feetham & J. Shaver (eds.), *Handbook of Clinical Nursing Research* 1999; pp. 31-60. Sage, Thousand Oaks, Calif. 1999.

Tresolini, C.P., & Pew-Fetzer Task Force, *Health Professions Education and Relationship-Centered Care*. Pew Health Professions Commission, San Francisco 1994.

Watson, J., *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Little, Brown, Boston 1979.

Watson, J., *Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing*. Jones & Bartlett, Boston 1985.

Watson, J., *Postmodern Nursing and Beyond*. Elsevier, New York 1999.

Watson, J., Theory of Human Caring Website (2004a). <http://hschealth.uchsc.edu/son/faculty/caring.htm>.

Watson, J., 'Commentary: Relational Core of Nursing Practice.' In: *Journal of Advanced Nursing* (2004b); 47(3): pp. 241-250.

Watson, J., *Caring Science as Sacred Science*. F.A. Davis, Philadelphia 2005.

Watson, J., Theory of Human Caring Website (2007). [<http://hschealth.uchsc.edu/son/faculty/caring.htm>].

Watson, J., *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado, Boulder 2008<sup>2</sup>.

Wiklund, I., e.a., 'Prognostic Importance of Somatic and Psychosocial Variables After a First Myocardial Infarction.' In: *American Journal of Epidemiology* 1988;128(4): pp. 786-795.

Williams, R., e.a., 'Prognostic Importance of Social and Economic Resources Among Medically Treated Patients with Angiographically Documented Coronary Artery Disease.' In: *Journal of the American Medical Association* (1992z);267(4): pp. 520-524.

1. Bij de totstandkoming van dit hoofdstuk is gebruikgemaakt van twee werken: J. Watson, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (2nd ed.) , University Press of Colorado, Boulder 2008; en L. Gilpin, 'The Importance of Human Interactions', in *Putting Patients First* (1st ed.) , Jossey Bass, San Francisco 2003.