

# Maak een eind aan visiepluriformiteit!

*Hogescholen en universiteiten trachten de maatschappij te ondersteunen door onder meer zorgprofessionals op te leiden conform 'het moderne denken' over ziekte en gezondheid. Dat is hun taak en verantwoordelijkheid. Zij doen dit door geregeld hun curriculum te vernieuwen zodat artsen en verpleegkundigen, als zij hun diploma hebben, klaar zijn voor de toekomst. Dat is zonder meer een nobel streven, maar welke keuze moeten deze curriculumontwikkelaars maken om dat te kunnen bewerkstelligen? Wat moet die moderne visie op de zorg zijn? Wat is de focus? Wat is de wens van de zorgvrager? Welke visies houden zorginstellingen erop na?*

## Pluriformiteit

Is diagnostiek nog wel het hart van het vak? Of moet, met de komst van de zogenoemde 'Positieve Gezondheid', (kort gezegd: een opvatting waar niet het ziektebeeld, maar de beleving van de (resterende) gezondheid centraal staat), het roer nu echt om?

Dat zou je kunnen vermoeden bij het lezen van bijvoorbeeld de visie onder de titel: 'Persoonsgerichte Zorg'. Dat is in het kort: 'een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsvraag'. De focus ligt niet op de klacht of aandoening, maar op de persoon in zijn geheel. Opvallend is wel dat dit aardig overeenkomt met de visie onder de titel: 'Holistische Zorgverlening', dat reeds in de jaren 60 zijn intrede deed en waar ongeveer dezelfde uitgangspunten gelden. En wat te denken van 'Waarden-gedre-



ven Zorg' (Value Based Healthcare). Waarden-gedreven zorg wil zeggen: 'dat de behoeften en voorkeuren van de individuele zorgvrager centraal staan en dat deze het uitgangspunt

## 'Is diagnostiek nog wel het hart van het vak?'

zijn voor de organisatie van de zorg'. Hetgeen ook weer overlappend lijkt aan bijvoorbeeld 'Passende Zorg'. Dit wil namelijk zeggen: 'de patiënt en de zorgverlener organiseren, waar dat mogelijk is, de zorg samen en dat gaat niet alleen over ziekte, maar ook over de gezondheid en zelfredzaam-

heid'. Ik zal u, met het begrip van het voorgaande, niet verder hoeven uit te leggen wat de essentie is van: 'Relationele Zorg', 'Contextuele Zorg', 'Humanistische Zorgverlening', 'Compassievolle Zorgverlening', 'Zorg aan de hand van het 'Participatie-Leefplan' enzovoort... Kortom, er zit een principiële gemene deler in al deze zogenoemde zorgvisies: de geboden mogelijkheden binnen het zorgsysteem zijn niet meer leidend, maar de waarden en wensen van de individuele zorgvrager in zijn of haar sociale systeem staan centraal.

## Nuanceverschillen

Wellicht wordt in de voorgaande paragraaf de indruk gewekt dat alle voornoemde visies en opvattingen over zorgverlening hiermee nu ook over één kam geschoren kunnen worden en er geen oog hoeft te zijn voor de onderlinge verschillen. Want die zijn er natuurlijk en ze kunnen zeker ook erkend worden. Er zijn verschillen in bijvoorbeeld achterliggende theorievorming, mate van (wetenschappelijke) onderbouwing, invalshoek, zorgsetting, toepassing (bijvoorbeeld bij bepaalde zorgvragerscategorieën), et cetera.

Ik wens diegene die een mooi conceptueel overzicht van de verschillen en overeenkomsten wil publiceren, alle volharding toe die men maar in zich kan hebben; het leent zich in elk geval perfect voor tijdrovende haarkloverijen. Daarbij, als er wel echte onderlinge visieverschillen

zouden zijn, is de volgende vraag opportuun; 'wat hebben de zorgvrager en zijn naasten nu precies aan al die verschillende visies?' Hoe kan hij begrijpen dat hij van een persoonsgericht ziekenhuis, naar compassievolle thuiszorg doorverwezen wordt, om dan in een waardengedreven revalidatieoord in conditie te komen en wat later zijn opvang in een relationeel verpleeghuis met participatieleefplannen te vinden, terwijl zijn huisarts vooral passende zorg wil bieden die holistisch van aard is.

De vraag is nu of al deze verschillende visies wellicht samengevat kunnen worden in een meer eenvoudige duiding: 'Moderne Zorgverlening'. Waarbij zeker niet beoogd wordt nóg een nieuwe term toe te voegen aan de bestaande collectie. Maar het kan wellicht wel gezien worden als een koepelterm, waar de meest primaire basisprincipes aangaande de wenselijke bejegening in samenkomen. 'Modern' kan dan in dit kader gelezen worden als 'bij de nieuwe(re) tijd behorend', hedendaags, 'openstaand voor de maatschappelijke wensen en veranderingen'.

## Humanisering van de zorg

Wordt de bejegening binnen de zorgverlening, met de introductie van deze rijke schakering aan visieomschrijvingen, nu ook echt menselijker? Verandert er echt iets? Of valt de gezondheidssector toch vaak weer terug in oude gewoonten, waarbij de mogelijkheden en het aanbod van het zorgsysteem nog steeds centraal staan? ('Met deze diagnose en de door ons multidisciplinaire team ingeschatte, best beschikbare behandeling, die ik u dan ook gezien uw algehele situatie, graag adviseer, bent u over vier of vijf maanden aan de beurt. Tenminste, als de zorgverzekeraar het dekt. Heeft u nog vragen?').

Het roept ook de vraag op: 'is het bij voortduring hernamen van een bij

deze tijd passend bejegeningssysteem niet eigenlijk een teken van onvermogen om die bejegening daadwerkelijk in praktijk te kunnen brengen?' Een soort Tantaluskwelling en Sisyfusarbeid tegelijk; je verlangt ernaar, maar je zult het niet bereiken, terwijl je jezelf er wel voor uitput. Maar dat het systeem, de (financieel-) politiekmaatschappelijke keuzen en beperkingen, of de onwrikbaarheid van historisch gevestigde (medische, economische) zorgmodellen het resultaat toch steeds weer ongedaan maken...

## Eigen invulling

Zou iemand die vandaag de dag in de zorg werkzaam is nog handhaafbaar zijn als die er voortdurend op betrukt wordt dat hij vooral zorg biedt die te krap is, of juist veel te ruim; die aanwijsbaar overvloedig en verspil-

## 'De focus ligt niet op de klacht of aandoening, maar op de persoon in zijn geheel'

lend van aard is; kortom, onpassende zorg voorstaat? Of die de wens heeft zorg te bieden die bij voorkeur onpersoonlijk is en de zorgvrager enkel als een nummer of als een orgaan of geval ziet? Iemand die de zorgvrager nimmer vraagt om zijn mening en overweging en die geen stem geeft in wat er gaat gebeuren?

Wellicht is het een overweging om niet al te veel meer te investeren in nog meer nieuwe visieomschrijvingen om zich daarmee te willen onderscheiden, maar erop te vertrouwen dat een moderne kijk op bejegening inmiddels over het algemeen op niet al te veel weerstand meer stuit;

dat de gemiddelde zorgprofessional inmiddels eigenlijk al wel geneigd is zich te conformeren aan 'de moderne tijd'.

## De steen de berg op

Wat moet er dan nu gebeuren om wellicht niet heel de berg te beslechten, maar dan toch zover mogelijk te komen? Het zou passend zijn in deze tijd als zorgprofessionals reeds in de opleiding leren hoe zij hun eigen rijke kennis over diagnostiek en behandeling kunnen combineren met wensen en waarden van zorgvragers en dat zij hiermee deze wensen, waarden en de percepties op gezondheid en ziekte van zorgvragers en hun directe naasten daadwerkelijk bij het opstellen van een zorg- en behandelplan centraal kunnen stellen.

En, zeker als het gaat om complexe situaties, dat zij hun methodische en communicatieve competenties in kunnen zetten om de principes van gedeelde besluitvorming toe te passen. Dat zij reeds ruim ontwikkelde vaardigheden hebben om ook daadwerkelijk aan te kunnen sluiten bij het kennis- en begripsniveau van de zorgvrager en diens naaste. Als dit dan uiteindelijk in de hele zorgketen, in inter- en multidisciplinaire afstemming, de meest normale basisattitude is van alle jonge zorgprofessionals die hun emplooi in de zorg wensen te vinden, dan hoeven we ons, in die moderne tijd, ongetwijfeld minder druk te maken over welke zorgvisie nu precies het meest passend is.

*Dr. Wolter Paans  
Lector Verpleegkundige Diagnostiek  
Hanzehogeschool, Groningen.*

