

# VAN BELEIDSREFLEX NAAR REFLEXIEF BELEID

*Hoe verder, nu ook het kwaliteitsdenken  
in de verpleeghuiszorg voor een dichte  
deur is komen te staan*

Henk den Uijl, Andrea Frankowski  
en Wiljan Hendrikx



Centrum voor  
**Ethiek** en  
Gezondheid

*“Ze heeft de corona-epidemie overleefd, de verplichte eenzaamheid van de afgelopen maanden niet”, zo vertelt Jeminka van Rieck in het Algemeen Dagblad over haar 92-jarige moeder. Het verpleeghuis waar zij woonde, is in maart op slot gegaan. Haar moeder is eind juni overleden. Van Rieck ziet de verslechterring van haar moeders situatie – in slechts spaarzame ontmoetingen in een winderige tent – met lede ogen aan: het afvallen, het verdriet en het onbegrip. “Wat voor mij heel zwaar weegt, is dat mijn moeder is overleden met het idee dat haar kinderen haar in de steek hebben gelaten. Met welk recht wordt nu voor haar bepaald dat ze, met het bewustzijn en de emoties die een dementerende wel degelijk heeft, in haar laatste levensfase het besef opgedrongen krijgt dat ze door haar kinderen in de steek gelaten is? Welke gezondheidsrisico’s, welke misdaad rechtvaardigt deze situatie?”<sup>(1)</sup>*

Het verhaal van Jeminka van Rieck illustreert de schrijnende gevolgen van de ingrijpende kabinetsmaatregel om verpleeghuizen te sluiten voor bezoekers in het licht van de uitgebroken COVID-19-pandemie. Deze maatregel werd in maart 2020 genomen tijdens wat inmiddels ‘de eerste golf’ van de uitbraak is gaan heten. Hoewel er bij de aanvang van de crisissituatie in de samenleving een breed draagvlak bestond voor stevig overheidsoptreden, is inmiddels duidelijk dat dit besluit niet nog een keer op deze wijze zal worden genomen. Het besef is ingedaald dat de maatregel achteraf bezien te eenzijdig gericht was op veiligheid en onvoldoende op andere waarden, zoals het belang van menselijke nabijheid en aandacht, onder andere in relatie tot lijden en sterven.<sup>(2)</sup> De afgelopen jaren heeft beleid, of in ieder geval het

discours, in de verpleeghuiszorg juist op dit vlak grote veranderingen doorgemaakt. Waar de zorgkwaliteit in de sector voorheen vooral werd bepaald langs de lijnen van (cliënt)veiligheid en doelmatigheid – ‘het meetbare’ – was er recentelijk juist een breder perspectief ontstaan met ook ruimte voor andere waarden – ‘het merkbare’.<sup>(3)</sup> De vraag rijst of de ingrijpende verpleeghuismaatregel een ‘oude reflex’ in de zorgcultuur blootlegt en wat hiervan de implicaties zijn, ook op de langere termijn. Toont de verpleeghuismaatregel aan dat we pas aan het begin staan van het anders denken over en handelen in de verpleeghuiszorg<sup>(4)</sup>, ondanks een decennium van ‘nieuw’ kwaliteitsdenken waarin het *tehuis* eerst en vooral weer een *thuis* moest zijn?<sup>(5)</sup>

Om de bezoekersmaatregel te positioneren in het bredere kwaliteitsdebat dat sinds langere tijd in de verpleeghuiszorg gaande is, beginnen we dit essay met een schets van de ontwikkeling die het kwaliteitsdenken in het afgelopen decennium heeft doorgemaakt. We bezien welke beleidsrichtingen de verpleeghuiszorg is ingeslagen, om van daaruit te reflecteren op de implicaties van het sluiten van de verpleeghuizen voor bezoekers als gevolg van de recentelijke COVID-19-uitbraak. Welke betekenis heeft de maatregel voor het kwaliteitsdenken in de verpleeghuiszorg van de toekomst? En hoe komen we van hieruit verder?

## De ontwikkeling van het kwaliteitsdenken in de verpleeghuiszorg

De opvatting van wat kwaliteit precies is, heeft in de zorgsector in het afgelopen decennium een flinke ontwikkeling doorgemaakt. Dit geldt ook voor de verpleeghuiszorg, waar kwaliteit zich niet langer ‘smal’ laat definiëren langs de lijnen van medische standaarden en protocollen die de (cliënt)veiligheid moeten garanderen. Onder het motto ‘leven is meer dan zorg alleen’<sup>(6)</sup> is er ruimte ontstaan voor een breder welzijnsperspectief, met ook aandacht voor andere ‘levensdomeinen’. Náást principes als basisveiligheid – het risicobewust voorkomen en reduceren van veiligheidsincidenten op basis van professionele standaarden en richtlijnen<sup>(7)</sup> – is er zodoende meer aandacht gekomen voor sociale (verbondenheid, warmte en liefde), fysieke (lust, vitaliteit en beweeglijkheid) en zintuiglijke (esthetiek, kunst, muziek, cultuur en natuur) behoeften en gewoonten.<sup>(8)</sup> Daarnaast is er meer oog gekomen voor relationaliteit en voor betrokkenheid van ouderen of cliënten zelf, familieleden en andere naasten bij het vormgeven van de zorg (ook wel co-creatie of persoonsgerichte zorg genoemd).<sup>(9,10)</sup> Het antwoord op de vraag wat goede verpleeghuiszorg is, is daarmee rijker en ook minder eenduidig geworden.

Deze verruimde blik brengt in de praktijk ook nieuwe dilemma’s met zich mee. Zeker tegen de achtergrond van ontwikkelingen zoals langer zelfstandig wonen, waardoor de doelgroep op relatief latere leeftijd en met een relatief zwaardere zorgbehoefte in verpleeghuizen terecht komt,<sup>(11-13)</sup> blijken

de nieuwe behoeften niet altijd eenvoudig te verenigen met veiligheid. Als wandelen een risico op vallen met zich meebrengt, moet de cliënt dan in zijn beweegruimte worden beperkt? En mag de cliënt de door familie meegebrachte erwtensop nuttigen en uitdelen in de gezamenlijke woonkamer, ondanks dat een houdbaarheidsdatum ontbreekt? En hoe zit het met de vrijheid van een bewoner als die een andere bewoner lastigvalt? Waar voorheen wellicht andere afwegingen werden gemaakt, wordt veiligheid intussen niet langer gezien als enige of zelfs primaire toetssteen, omdat dit ten koste kan gaan van andere eveneens belangrijke waarden.<sup>(7)</sup> Het nieuwe kwaliteitsperspectief is daarmee dan wel rijker, het is in de praktijk zeker niet eenvoudig te realiseren.

Er is in de sector dan ook veel geïnvesteerd om deze kwaliteitsomslag te bereiken. De in 2014 ingevoerde Wet langdurige zorg schrijft voor dat de kwaliteit in de verpleeghuiszorg ten eerste ondersteunend moet zijn aan de kwaliteit van leven van de cliënt, en ten tweede dat de cliënt een persoonlijk arrangement krijgt, afgestemd op de eigen behoefte (opgetekend in een persoonlijk 'zorgleefplan'). Ook kwam het sectorale beleidsprogramma 'Waardigheid en trots' (2015) tot stand dat stelt dat verpleeghuiszorg moet aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van cliënten, met warme betrokkenheid van familie en naasten – 'waardigheid' – en moet worden verleend door vakbekwame, hoogwaardig opgeleide en gemotiveerde zorgverleners – 'met trots'.<sup>(9)</sup> Een jaar later volgde een toezegging van toenmalig staatssecretaris Martin van Rijn (van Volksgezondheid Welzijn en Sport) om flink extra in de verpleeghuis-

tor te investeren, nadat een breed onderschreven manifest had opgeroepen tot meer individuele aandacht, meer directe zorg en minder "overdaad aan registratie".<sup>(14)</sup> Onder het huidige kabinet heeft nota bene minister Hugo de Jonge (van VWS) – die in de coronacrisis besloot over te gaan tot de bezoekersmaatregel – het programma 'Thuis in het Verpleeghuis' (2018) met ondertitel 'Waardigheid en trots op elke locatie' gelanceerd.

Er is tot nu toe meer dan 2 miljard euro in de sector geïnvesteerd, onder andere vanwege het verschijnen van het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2017). Dit kader bevat niet langer uitsluitend generieke kwaliteitsstandaarden en uniforme normstellingen, maar ten dele ook open normen die variatie op locatie toestaan.<sup>(15-17)</sup> Het Zorginstituut Nederland benadrukt hierbij dat de cliënt voortaan het vertrekpunt is van kwaliteit:<sup>(18)</sup>

*"Het is de cliënt die bepaalt hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo optimaal en liefdevol mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven. En het is ook de cliënt die het resultaat van deze inspanningen beoordeelt: in welke mate is hij of zij tevreden over de bijdrage van de geleverde zorg aan de beoogde kwaliteit van leven?"*

Cliëntwaardering waarbij centraal staat wat ouderen zelf vinden van de zorg die ze krijgen, lijkt daarmee verworden tot de belangrijkste indicator voor kwaliteit. Het meten van de koelkasttemperatuur in het kader van voedselveiligheid heeft zodoende ruimte gemaakt voor de (eveneens omstreden) cliënttevredenheidsmonitor:

*"Voelt u zich veilig en goed in de door ons geleverde zorg?"*<sup>2</sup> In deze persoonsgerichte benadering van zorg en ondersteuning voeren waarden als zelfstandigheid en eigenheid de boventoon, alsook eigen regie en zelfmanagement. 'Kwaliteit op maat' gaat immers gepaard met keuzevrijheid, autonomie en zeggenschap,<sup>(19)</sup> en wordt in concrete contexten en praktijken gedefinieerd.<sup>(20)</sup> De sterk emancipatoire component van *waardigheid* staat bij dit alles bovenaan: ouderen (en andere bewoners van verpleeghuizen) worden niet louter beschouwd als afhankelijke, hulpbehoevende mensen, maar erkend als individuen, ingebed in een netwerk van relaties en mét een eigen wil en waardigheid.<sup>(5)</sup>

## Reconstructie van een beleidsreflex: de verpleeghuizen op slot

De maatregel om verpleeghuizen te sluiten voor bezoek staat in schril contrast met de voorheen ingezette ontwikkelingslijn van het kwaliteitsdenken. Een reconstructie van de gebeurtenissen rondom de maatregel illustreert dit.

Nadat op 27 februari 2020 de eerste coronabesmetting in Nederland officieel wordt vastgesteld,<sup>(21)</sup> loopt het aantal besmettingsgevallen in snel tempo op.<sup>(22,23)</sup> Slechts een week later overlijdt de eerste coronapatiënt woonachtig in een verpleeghuis.<sup>(24)</sup> Een harde realiteit dringt zich daarmee op: het virus zal de Nederlandse verpleeghuizen niet sparen.<sup>(25)</sup> Op eigen initiatief besluiten steeds meer verpleeghuizen hun deuren voor bezoekers te sluiten.<sup>(26)</sup> Deze situatie noopt beleidsmakers tot

1. Het betreffende manifest 'Scherp op ouderenzorg' werd in 2016 gelanceerd door publicist Hugo Borst en Carin Gaemers. Binnen korte tijd resulteerde het in meer dan 100.000 steunbetuigingen van ondertekenaars en ook de Tweede Kamer schaarde zich unaniem achter het manifest. Het leidde uiteindelijk tot een toezegging van toenmalig staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Martin van Rijn om flink in de sector te investeren.

2. Dit zien we onder andere terug in de talrijke experimenten met 'regelarm' of 'regelluw' werken die in de sector plaatsvonden,<sup>(9)</sup> aangewakkerd door beleidsinitiatieven zoals Experiment Regelarme Instellingen (2011) en Vernieuwend verantwoord (2019).

acut handelen, omdat de gezondheidsrisico's voor ouderen, chronisch zieken en kwetsbare groepen het grootst blijken, gelet op de ervaringen elders. Op 19 maart kondigen minister-president Rutte en minister De Jonge in een persconferentie aan dat verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen voorlopig moeten sluiten voor bezoekers en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg.<sup>(27)3</sup> De maatregel wordt na de afkondiging nog diverse malen verlengd: onder andere in maart, nadat het aantal positief geteste verpleeghuisbewoners zich ten opzichte van een week eerder heeft verdubbeld <sup>(28)</sup>, en half april, nadat besmettingen in verpleeghuizen zijn toegenomen.<sup>(26)4</sup>

De bezoekersmaatregel is bij deze dreigende noodsituatie sterk ingestoken vanuit een veiligheidsperspectief om zo een 'ramp' te voorkomen. In juni valt een voorlopige balans op te maken. Dat zich alsnog een ramp heeft voltrokken, blijkt volgens beleidsmakers uit cijfers van het RIVM: bij 8.360 verpleeghuisbewoners is een coronabesmetting vastgesteld. Ruim 2.800 van hen (meer dan 2% van de totale populatie bewoners van verpleeghuizen) zijn overleden. Bovendien is in 995 verpleeghuislocaties in Nederland, ongeveer 40% van het totale aantal, sprake geweest van een bevestigde besmetting van een of meer personen.<sup>(28)5</sup> Maar meer nog blijkt de ramp uit verhalen zoals die van Jeminka van Rieck. In kritieken waarin het overheids-handelen ter discussie wordt gesteld, klinkt de aanklacht dat er vanuit een te eenzijdig waardenperspectief van risicobeheersing is gehandeld. Ook minister De Jonge geeft hierover later aan dat het veiligheidspectief achteraf gezien, met begrip voor

de besluiten destijds, te sterk gedomineerd heeft.<sup>(23)</sup>

De maatregel vormt bovendien een duidelijke breuk met de brede kwaliteitsopvatting die in de sector inmiddels zou zijn ontwikkeld, waarin de kwaliteit van leven juist als belangrijke waarde moest gelden. De centrale afkondiging en collectieve navolging van de maatregel steken schril af bij de eerder ingezette lijnen van 'kwaliteit op maat' en differentiatie op locatie. Zorginstellingen genieten als maatschappelijke organisaties een flinke mate van autonomie: het is aan zorgbestuurders en professionals – en dus niet aan de overheid – om persoonsgerichte zorg te realiseren en de bewoner daarin centraal te stellen.<sup>(29)</sup> Met deze handelingsruimte kunnen instellingen de belofte van het brede kwaliteitsperspectief waarmaken.<sup>(30)</sup> Des te opvallender is het dat de maatregel is afgestemd met cliëntenorganisaties en brancheverenigingen, waaronder Actiz en Zorgthuisnl, en dat deze mede tot stand is gekomen na een advies van Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, die pleitte voor een landelijke maatregel in het belang van de veiligheid van zowel bewoners als medewerkers.<sup>(26)</sup> Voor zover bekend volgen alle verpleeghuizen de maatregel op, ook in regio's waar nog niet of nauwelijks besmettingen zijn geconstateerd. Er is geen bestuurder die zich 'bestuurlijk ongehoorzaam' toont en het anders doet, ondanks de beperkte (grond)wettelijke basis voor het besluit.<sup>6</sup> Deze opmerkelijke volgzaamheid van zorgorganisaties en professionals maakt zichtbaar hoe het maatwerkideaal een voor hen onmogelijke opgave behelst op het moment dat zij geconfronteerd worden met een ophanden

zijnde veiligheidsdreiging van ongekeerde omvang. De algemene bezoekersmaatregel is bepaald geen maatwerk. Het leven in de verpleeghuizen is zodoende even niet veel meer dan (basis)zorg alleen.

Een kritiek die ook doorklinkt is de vraag of bewoners van instellingen zélf wel iets is gevraagd. De onmogelijkheid van maatwerk als opgave te midden van een gezondheids crisis schuilt ook op het niveau van de individuele cliënt. Waar in de media en het publieke debat verhalen naar voren blijven komen van ouderen die niet alleen het virus vrezden, maar die vooral ook bang zijn niet te weten wanneer ze hun kinderen en kleinkinderen weer kunnen zien, proberen verpleeghuizen gezondheidsrisico's voor al hun cliënten te beperken. Dit is een typische insteek van centraal overheidsbeleid: de publieke gezondheid moet op een collectief niveau gewaarborgd blijven en individuele belangen zijn daaraan ondergeschikt. Bewoners en hun naasten hebben hierdoor echter weinig tot geen inspraak of eigen verantwoordelijkheid in het elkaar bezoeken, ook al gaat het strikt genomen om de privésfeer. Van het principe dat het tehuis eerst en vooral weer een thuis zou zijn, blijft zo weinig overeind.<sup>7</sup> De waardigheid van de cliënt is zodoende niet langer het vertrekpunt van zorg, maar het veronderstelde algemene belang van alle bewoners en medewerkers (hoewel deze spanning tussen collectief en individueel voor een deel altijd aanwezig is in besluitvorming in verpleeghuizen). Het lijkt er daarmee op dat in de coronacrisis vele waarden, bewust of onbewust, in de wacht zijn gezet. Er was, ondanks de beleidsmatige zorgvuldigheid die betracht werd, sprake van een beleidsreflex. Hoewel men

3. In de stervensfase of vergelijkbare omstandigheden kan een instelling echter incidenteel afwijken van de maatregel.

Nadat de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCB) tot dit besluit is gekomen, stellen veiligheidsregio's een noodverordening in op aanwijzing van de minister.

4. Na een kleinschalige proef mogen vanaf 25 mei alle locaties die aan gestelde voorwaarden voldoen een versoepelde bezoekregeling toepassen en vanaf 15 juni is het voor bewoners mogelijk om weer meerdere bezoekers per persoon te ontvangen.<sup>(43)</sup>

5. Peildatum 22 juni.

6. In het publieke debat wordt de wettelijke basis van de genomen maatregel ter discussie gesteld <sup>(44)</sup>. De wettelijke bevoegdheden uit de Wet publieke gezondheid die overheidsingrijpen legitimeren, richten zich op het isoleren van besmette individuen of locaties, terwijl er bij het sluiten van de verpleeghuizen door middel van noodverordeningen door veiligheidsregio's maatregelen aan de hele samenleving zijn opgelegd.

7. Hoewel er tegelijkertijd steeds meer bekend wordt dat sommige ouderen, met name in de

natuurlijk zag en voelde hoe pijnlijk het besluit was, stond risicobeheersing voorop.

### Vorbij de reflex: de noodzaak van een reflexief beleid

Hoewel het verleidelijk kan zijn om de bezoekersmaatregel te veroordelen, moet niet de indruk ontstaan dat het beleid lichtvoetig of ondoordacht tot stand is gekomen. De maatregel werd onder grote tijdsdruk en in enorme onzekerheid afgekondigd, met het op zichzelf legitieme doel om kwetsbare groepen te beschermen tegen levensbedreigende risico's. Maar zoals politiek filosoof Hannah Arendt<sup>(31)</sup> stelt, moet ethisch handelen zich juist in crisistijd – "*when the stakes are on the table*" (p. 193) – waarmaken: goede voornemens zijn gemakkelijk in stelling te brengen als het er niet om spant; lastig wordt het pas wanneer die waarden op de proef worden gesteld. Je zou kunnen stellen dat pas ten tijde van een crisis duidelijk wordt welke waarden er écht toe doen. Dat van 'het moreel teveel' in de verpleeghuiszorg van 'waardigheid', 'aandacht' en 'liefdevolle zorg' weinig overblijft, is daarmee een pijnlijke constatering.<sup>(32)</sup> De beleidsreflex van de verpleeghuismaatregel lijkt zodoende aan te tonen dat het bredere kwaliteitsdenken in de verpleeghuiszorg, ondanks alle inspanningen van de afgelopen jaren, nog altijd flinterdun is. Daarmee dringt niet alleen de belangrijke vraag zich op wat dit doet met het vertrouwen van cliënten (en hun familieleden) in instellingen en zorgprofessionals – "Ze gebruiken prachtige woorden, maar wat gebeurt er als het erop aankomt?" – maar ook hoe het nu verder moet in de verpleeghuiszorg.<sup>8</sup>

Om een perspectief voor de verpleeghuiszorg voorbij de beleidsreflex te kunnen schetsen, is het belangrijk te beseffen dat de waardenconflicten die de beleidsreflex van de verpleeghuismaatregel blootlegt, terug zijn te voeren op oude discussies over de verhoudingen tussen gezondheid, politiek en de samenleving. Met name de kritiek van twee denkers uit de jaren 70 op het karakter van de alsmaar uitdijende gezondheidszorg zette deze verhoudingen op scherp. Filosoof en historicus Michel Foucault<sup>(33)</sup> stelde dat gezondheid – en vooral de angst die te verliezen – een dusdanig dominante waarde is geworden dat het bestrijden van gezondheidsrisico's ongebreidelde machtsuitoefening legitimeert, ook – of juist – door de overheid en in de privésfeer. Filosoof en priester Ivan Illich<sup>(34,35)</sup> verzette zich tegen het 'medisch bedrijf' en het paternalisme dat hij zag in de westerse professionele zorgcultuur: 'De arts bepaalt wat goed voor u is.' Beide denkers bekritiseerden het feit dat risicobeheersing in besluitvorming centraal is komen te staan, terwijl volgens Illich het leven niet draait om gezondheid als zodanig, maar om hoe wij ons *verhouden* tot gezondheid, lijden en sterven.<sup>9</sup> Terwijl het ideaal van risicobeheersing via presatiemeting, toezicht en controle meer de overhand heeft gekregen, is het 'nieuwe', brede kwaliteitsdenken te begrijpen als een (voortschrijdende) reactie op de kritiek van beide denkers gericht tegen maakbaarheidsdenken en risicobeheersing.

Toch maakt de recente gezondheids crisis duidelijk dat de wortels van het 'nieuwe', brede kwaliteitsdenken nog niet diep reiken en dat, als het erop aankomt, risicobeheersing nog steeds de dominan-

te variabele is in kwaliteitsbeleid.<sup>(36)</sup> De verpleeghuiszorg lijkt in de crisissituatie (onbedoeld) gereduceerd geraakt tot vooral een medisch vraagstuk, waarin het in leven houden van mensen centraal staat en het ondersteunen van een waardig bestaan in brede zin op de achtergrond is geraakt. Het is een reflex die niet zozeer (louter) toe is te schrijven aan beleidsmakers in Den Haag – die momenteel een grote portie van de geleverde kritiek uit de samenleving moeten incasseren – maar juist een reflex die veel dieper zit in onze (zorg)cultuur. Dit wordt op zijn beurt niet alleen gedragen door bestuurders of professionals, maar ook door familie en verwanten, en politiek en media. Nu het erop aankomt, nu we geconfronteerd worden met een gezondheids crisis van formaat, blijkt dat we nog maar aan de vooravond staan van 'persoonsgerichte zorg' en 'maatwerk'. Met deze constatering kunnen we niet anders dan concluderen dat we ons op een kruispunt bevinden. Het is zaak dat we daar de juiste afslag nemen; dat we voorbij de beleidsreflex (weer) toewerken naar een reflexief beleid met ruimte voor een breed en rijk zorg(kwaliteits)perspectief die niet slechts gericht is op risicobeheersing en veiligheid.

### Naar een reflexief beleid: twee denkrichtingen

Om een bijdrage te leveren aan het debat over hoe het nu verder moet met de verpleeghuiszorg na de geconstateerde beleidsreflex, geven wij hier een eerste aanzet voor twee denkrichtingen. Ten eerste moet er meer aandacht komen voor

geriatrische zorg, baat hebben bij minder bezoek in de 'huiskamers' en de rust waarmee dit gepaard gaat.

8. Half juli trapt minister De Jonge alvast af met een tiental pragmatische lessen voor verpleeghuizen met het oog op een eventuele tweede golf, waarmee hij de Tweede Kamer informeert. Deze bevatten onder andere: het op orde hebben van de basis(veiligheid) in alle verpleeghuizen; een betere afweging tussen veiligheid en kwaliteit van leven; een goede landelijke en regionale positionering van de verpleeghuiszorg; en – als allerlaatste – een evenwichtige en gedifferentieerde bezoekenregeling.<sup>(45)</sup> De meer abstracte vraag naar of en hoe deze beleidsreflex voortaan voorkomen moet worden, wordt daarmee nog niet beantwoord.

9. Iets wat opvallend veel gelijkenis vertoont met de veelgeprezen hedendaagse opvatting over 'positieve gezondheid' van Machteld Huber:<sup>(46)</sup> een bredere benadering van gezondheid die iemand in staat stelt met fysieke, sociale en emotionele uitdagingen van het leven om te gaan, zo veel mogelijk onder eigen regie.

de bestuurlijke autonomie van zorgorganisaties en de relatie tussen overheid en dit maatschappelijk middenveld. Evenals Tjeenk-Willink <sup>(30)</sup> stellen wij dat organisaties uit het maatschappelijk middenveld terecht bestuurlijke autonomie genieten waarmee zij tegenmacht kunnen uitoefenen ten opzichte van de overheid. Voor veel burgers zijn zorgorganisaties echter een verlengstuk (in plaats van een tegenmacht) geworden van de overheid. De nauwe banden tussen overheid en brancheorganisaties zijn hiervan de sublimatie. De Tweede Kamer speelt 'handig' in op deze dynamiek en roept ministers bijvoorbeeld ter verantwoording voor bestuurlijke organisatieaangelegenheden.

Dat er vanuit zorgorganisaties aanvankelijk zo weinig verzet is gekomen tegen de maatregel om de verpleeghuizen te sluiten voor bezoek, is in dit opzicht veelzeggend. Uiteraard moet ook dit worden geplaatst in het licht van de onzekerheid ten tijde van het besluit, maar het staat bovendien in relatie tot maatschappelijke druk: er leeft onder zorgbestuurders een zekere 'angst' voor de publieke schandpaal, die weinig rekening houdt met dilemma's waarvoor bestuurders zich gesteld zien.<sup>(38)</sup> Media en politiek spelen hierin een cruciale rol: bestuurders van verpleeghuizen kunnen het zich niet veroorloven om een creatief alternatief te bedenken voor de bezoekersmaatregel als dat een virusbrandhaard tot gevolg heeft. Toch had wat 'bestuurlijke ongehoorzaamheid' van zorgbestuurders in de kwestie van de coronacrisis ook veel waardevols kunnen opleveren. In het licht van het lijden van bewoners die hun laatste dagen in eenzaamheid hebben moeten doorbrengen, hadden zij een betekenisvol verschil kunnen maken. Als we willen leren

van de coronacrisis, moet er niet alleen gekeken worden naar hoe in de toekomst verschillende waarden worden afgewogen als het aankomt op risicobeheersing, maar moet er ook een uitgebreide dialoog op gang komen over wat een gepaste en productieve verhouding is tussen overheid en het bestuur van verpleeghuizen. Een startgesprek zou zich bijvoorbeeld kunnen richten op de vraag of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zich, tegen de achtergrond van het onlangs verschenen Kader Goed Bestuur, wel inhoudelijk moeten (en kunnen) uitspreken over de vraag wat goed bestuur in de zorg inhoudt.<sup>(39)</sup>

Daaruit volgt ook de tweede denkrichting: we zijn in de afgelopen jaren in de verpleeghuiszorg mooie waarden gaan nastreven waar je onmogelijk tegen kunt zijn. We hebben alleen bestuurlijk gezien nog niet goed begrepen hoe waarden al dan niet (door)werken in de alledaagse praktijk. We hebben de keerzijde van de verkozen waardenbenadering van 'liefdevolle zorg' en 'waardigheid' nog niet goed onder ogen gezien. We kunnen ons, samen met de Franse filosoof Emmanuel Levinas, afvragen of we niet de dupe zijn geworden van de moraal.<sup>(40)</sup> Eerder in deze bijdrage hebben we dat als 'het moreel teveel' geduid. Als we veel waarden gebruiken in beleidstaal, maar als deze uiteindelijk niet resoneren of gegrond zijn in alledaagse zorgpraktijken – omdat daar niet de voorwaarden aanwezig zijn om deze waarden waar te kunnen maken – verworpen beleidsambities tot holle frasen. Om waardengerichtheid (weer) te bewerkstelligen, is het paradoxaal gezien juist nodig

het gebruik van waarden uit te stellen: niet direct de 'waardenkaart' spelen, maar eerst goed kijken naar wat er in alledaagse zorgpraktijken gebeurt. Behalve al het moois vindt hierin ook veel onhebbeligs plaats; aftakeling, verslechtering van de gezondheid en sterfte zijn – de beste verzorging ten spijt – nu eenmaal geen rozengeur en maneschijn. Een alternatief voor al te abstracte waarden en idealen die losgezongen zijn van de moerassigheid van zorgpraktijken, dat beter doordacht en omarmd kan worden, is het denken over verpleeghuiszorg als een sociale praktijk. Daarin wordt, voorbij het maakbaarheidsdenken van idealistische en ook onrealistische waarden, nagedacht over en geïnvesteerd in betekenisvol praktisch handelen dat bijdraagt aan een daadwerkelijke, alledaagse verbetering van de geleverde zorg aan de cliënt. Hiermee krijgt zorg als een sociale praktijk 'waarde' en voldoet het ook als het 'gewoon goed' is.

Hierin sturen vereist oog voor diversiteit en verschil: goede zorg krijgt in de praktijk op uiteenlopende wijzen gestalte, iets dat verder strekt dan een enkelvormige (en simplistische) invulling van een waarde als 'kwaliteit op maat'. Echte 'kwaliteit op maat' toont zich louter in de praktijk. Omdat zorgpraktijken niet eenduidig, maar juist *ambivalent* zijn, valt hier geen eenduidigheid in te vinden.<sup>(36)</sup> Zorg valt hierin te bezien als een geroutineerd samenspel van verschillende, maar samenhangende elementen zoals lichamelijke en mentale activiteiten, achtergrondkennis en praktijkbegrip, praktische en emotionele kennis en institutionele inbedding.<sup>(41)</sup> Het centraal stellen van een *zorg-ethisch perspectief* waarin vier uitgangspunten centraal staan,

kan hierbij behulpzaam zijn: 1) relationeel werken als basis nemen van het denken over zorg, voorbij louter de idealen van autonomie en eigen regie, 2) verantwoordelijkheid mogelijk maken op alledaags niveau en erkennen dat verantwoordelijkheid dikwijls ambivalent is, 3) zorg alleen beoordelen vanuit een concrete context en niet, of zo weinig mogelijk, vanuit generieke normen, en 4) verpleeghuiszorg in een bredere politiek-bestuurlijke context plaatsen, waarbij het niet alleen gaat om de betrokken verpleegkundige die een demente bewoner verzorgt (zodat we ervoor kunnen klappen), maar juist ook om de vraag op welke wijze deze praktijk het beste institutioneel kan worden aangestuurd en ingebed. <sup>(20,42)</sup> Verpleeghuiszorg wordt zo ook gerelateerd aan hoe we gezamenlijk kijken naar ongelijkheid, identiteit, eenzaamheid of solidariteit.

De bevindingen hier tonen aan dat het schadelijk kan zijn om een decennium aan kwaliteitsdenken in de verpleeghuiszorg voor een dichte deur te zetten. De twee geschetste denkrichtingen bieden een mogelijkheid om ondanks de grote uitdagingen voor de verpleeghuiszorg de komende tijd, juist voorbij de crisis, te investeren in wat er onbedoeld kapot is gegaan. Het gaat er daarbij niet alleen om in de toekomst in de besluiten meer waarden af te wegen, het gaat erom dat de verpleeghuiszorg robuuster wordt als het aankomt op het tegengaan van het nog altijd sluimerende paternalisme en maakbaarheidsdenken. Om voorbij de beleidsreflex van risicobeheersing te komen, is een omschakeling nodig naar een 'reflexief beleid' dat terughoudend is, ethiek uitstelt en waar nodig een beetje bestuurlijk ongehoorzaam is.

Een reflexief beleid is dan geen vanzelfsprekende garantie voor goede besluiten, maar draait erom dat besluiten op de juiste plaats worden genomen – in de politiek, door de overheid, door het zorgbestuur of in de praktijk.



**Henk den Uijl** is opleidingsmanager en onderzoeker op het gebied van politieke filosofie, democratie en governance van maatschappelijke organisaties.

**Andrea Frankowski** is opleidingsmanager en onderzoeker bij de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur waar zij zich o.a. richt op governance-vraagstukken waarbij de overheid optreedt als strategische netwerkpartner.

**Wiljan Hendriks** is opleidingsmanager en onderzoeker op het gebied van publieke waarden en professionalisme aan de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

## Referenties

- (1) AD (2020). 'Verdriet in het verpleeghuis: 'Moeder overleefde corona, maar de eenzaamheid niet.' In: *Algemeen Dagblad*, 28 Juni 2020.
- (2) Thé, A-M. (2020). 'In verpleeghuizen gaat de focus op veiligheid ten koste van de bewoners.' In: *De Volkskrant*, 26 Juni 2020.
- (3) Vosman, F.J.H. en A. Baart (2008). *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma, p.137.
- (4) De Bruijn, H. en M. van der Steen (2020). *Leren van Covid-19*. Den Haag: NSOB.
- (5) Twist, M. Van, N. Chin-a-fat, J. Schram (2016). Van tehuis naar een thuis: beelden bouwen in de ouderenzorg. In: *Waardigheid en Trots, verpleeghuiszorg 2025: liefdevolle zorg voor onze ouderen*, p. 46-56. Bundel van de Taskforce verpleeghuizen.
- (6) Spangenberg, F. en P. Jobsen (2016). Breek het verpleeghuis open: want leven is meer dan zorg alleen. In: *Waardigheid en Trots, verpleeghuiszorg 2025: liefdevolle zorg voor onze ouderen*, p. 64-72. Bundel van de taskforce verpleeghuizen.
- (7) CEG (2019). *Veilige zorg, goede zorg?*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- (8) RaadvanOuderen (2019). *Zingeving*. Utrecht: Beter oud.
- (9) Frankowski, A., M. van Twist, N.H.M. Chin-A-Fat, B. van Vulpen, P. Frissen en M. van der Steen (2018). *Participeren in Partnerships. Een reflectie op de samenwerking van het ministerie van VWS met het zorgveld*. Den Haag: NSOB.
- (10) Kanne, M. (2016). *Co-creatie van goede zorg. Ethische vragen, moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk*. Delft: Academische Uitgeverij Eburon.
- (11) RIVM (2019). *Monitor Langer thuis 2019*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- (12) VWS (2018). *Langer Thuis*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- (13) Gezondheidsraad (2018). *Zelfredzaamheid van ouderen*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- (14) Borst, H. en C. Gaemers (2016). *Scherp op ouderenzorg. Manifest voor betere ouderenzorg*. Geraadpleegd via <https://www.scherpopouderenzorg.nl/>
- (15) Meurs, P. (2018). Situationele gelijkheid: van uniforme normen naar situationele legitimering. In: Vereniging voor Bestuurskunde. *Van Slingelandtlesing*. Utrecht: Vereniging voor Bestuurskunde.
- (16) Berg, J. ter en Y. Schothorst (2017). *Persoonsgestuurde zorg en behoeften van burgers. Kwalitatief onderzoek ten behoeve van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving*. Amsterdam: Kantar Public.
- (17) Meurs, P. en I. Doorten (2016). Variatie geboden. Zorg voor ouderen in 2025. In: *Waardigheid en Trots, verpleeghuiszorg 2025: liefdevolle zorg voor onze ouderen*, p. 116-124. Bundel van de Taskforce verpleeghuizen.
- (18) Begeleidende brief bij Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg aan veldpartijen. brief van 13 januari 2017. referentie 2017001970.
- (19) Schoenmaker, C.G., A.J.M. van Loon en N. Hoeymans (2014). 'Een trends-cenario en vier perspectieven voor 2040.' In: *Ned Tijdschr Geneeskd*, 158(A7477).
- (20) Baart, A.J. en J. den Bakker (2018). *De ontdekking van kwaliteit: theorie en praktijk van relationeel zorg geven*. Amsterdam: SWP.
- (21) Rijksoverheid (2020). Patiënt met nieuw coronavirus in Nederland, 27 februari 2020.
- (22) Rijksoverheid(2020). 60 nieuwe patiënten, in totaal 188 positieve testen, 7 maart 2020.
- (23) *Kamerstukken II* 2019/2020, 25 295, nr. 124



- (24) De Limburger (2020). 'Eerste Limburgse coronadode woonde in verzorgingshuis in Sittard.' In: De Limburger, 9 maart 2020.
- (25) Rijksoverheid (2020). Letterlijke tekst persconferentie minister-president Rutte en minister Bruins naar aanleiding van de maatregelen tegen verspreiding coronavirus in Nederland, 12 maart 2020. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/mediatekst/2020/03/12/persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-bruins-naar-aanleiding-van-de-maatregelen-tegen-verspreiding-coronavirus-in-nederland>.
- (26) *Kamerstukken II* 2019/2020, 31 765 en 25 295, nr. 491.
- (27) Rijksoverheid (2020). Letterlijke tekst persconferentie minister-president Rutte en minister De Jonge over aftreden minister Bruins en het besluit om verpleeghuizen te sluiten voor bezoek, 19 maart 2020. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/mediatekst/2020/03/31/persconferentie-minister-president-rutte-en-minister-de-jonge-over-verlening-coronamaatregelen>.
- (28) *Kamerstukken II* 2019/2020, 25 295, nr. 200.
- (29) Uijl, H. Den en T. Zonneveld (2015). *Zorg voor Toezicht. De Maatschappelijke Betekenis van Governance in de Zorg*. Amsterdam: Mediawerf.
- (30) Tjeenk Willink, H. (2018). *Groter denken, kleiner doen*. Amsterdam: Prometheus.
- (31) Arendt, H. (1978). *The Life of the Mind*. New York: Harcourt.
- (32) Uijl, H. Den en M. van Twist (2018). 'Het moreel teveel.' In: M&O, 4/5, p. 36-46.
- (33) Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: lectures at the Collège de France, 1978-79*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- (34) Illich, I. (1975). *Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Calder and Boyars.
- (35) Uijl, H. Den (2014). 'Dood aan de dood!? 40 jaar na Illichs "Grenzen aan de Geneeskunde."' In: *Pod voor Bio-eth*, 21(2), p. 32-4.
- (36) Putten, R. Van (2020). *De ban van beheersing. Naar een reflexieve bestuurskunst*. Den Haag: Boom bestuurskunde.
- (37) Trappenburg, M. en M.J. Schiffelers (2012). 'How to escape the vicious circle: The challenges of the risk regulation reflex.' In: *Eur J Risk Regul*, 3(3), p. 283-92.
- (38) CEG (2016). *Integriteit in zorgorganisaties: perspectieven van bestuurders*. CEG, editor. *Signalering Ethiek en Gezondheid* 2016. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- (39) Frissen, P. en P. Meurs (2020). 'Verlangen naar uniformiteit frustreert goed bestuur.' In: *Zorgvisie*, 25 september 2020.
- (40) Levinas, E. (1987). *De totaliteit en het Oneindige. Essay over de exterioriteit*. Baarn: Ambo.
- (41) Nicolini, D. (2012). *Practice theory, work, and organization an introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- (42) Vosman, F. en A. Niemeijer (2017). 'Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics.' In: *Med Heal Care Philos A Eur J*, 20(4), p. 465-76.
- (43) Rijksoverheid (2020). *Routekaart voor mensen met een kwetsbare gezondheid inzake COVID-19*. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/05/20/routekaart-voor-mensen-met-een-kwetsbare-gezondheid>.
- (44) College voor de Rechten van de Mens (2020). *Coronavirus en mensenrechten*. Geraadpleegd via: [Mensenrechten.nl](https://www.mensenrechten.nl).
- (45) *Kamerstukken II* 2019/2020, 25 295, nr. 461.
- (46) Huber, M., A.J. Knottnerus, L. Green. H. van ver Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, et al. (2011). 'How should we define health?' In: *BMJ*, 343(7817), p.1-3.