De patiënt terug van weggeweest

Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis

Andries Baart, Frans Vosman e.a.

uitgeverij
SWP

3

Zorg uit zorg denken

Frans Vosman, Andries Baart

Om 11 uur wordt de oude heer opgehaald, ver in de tachtig is hij. Hij heeft een kleine chirurgische ingreep achter de rug die hij prima lijkt te hebben doorstaan. Hij gaat nu met ontslag. Hij kijkt met verbazing naar de turbulentie op de zaal waar hij met drie anderen ligt, praat over de kazerne waar hij als onderofficier was gelegerd. Ik volg die ochtend als onderzoeker een ervaren verpleegkundige, Janny. Zij is na twee dagen vrijaf weer aan de slag gegaan. Ze is sinds de start van de ochtenddienst voortvarend aan het werk geweest, met kleine tussengesprekjes met een collega, 'heb jij al…'. Ik zie haar effectiviteit en denk gefascineerd: 'zij kan voor de industrie een voorbeeld zijn'. Tegen half elf verschijnt een andere heer, ik schat ergens in de zestig, hij blijkt zijn vader te komen ophalen. Hij wacht rustig op een stoeltje in de gang tot alle papierwerk is gedaan. Als het moment van vertrek dan lijkt te zijn gekomen, vertraagt de verpleegkundige ineens bij de ophaler, en hij gaat staan. Rustig zegt Janny tegen hem, zonder veel verdere introductie: 'Denkt u dat het u gaat lukken met uw vader?' Er ontspint zich een gesprekje van 87 seconden, op de achtergrond houd ik de tijd namelijk bij. Senior gaat samen met zijn niet zo heel piepjonge zoon met een klein koffertje naar huis. Drie kwartier later, bij een koffiegesprekje, vraag ik aan de verpleegkundige waarom ze vertraagde. Janny kijkt me verbaasd aan. Ze zegt: 'Ik weet dat wat voor ons klein is, voor hem groot is.' Ze blijkt op de afhaler van in de zestig te doelen.

Wie zich afvraagt wat de koers van algemene ziekenhuizen bepaalt, komt een vloed van koersstellingen tegen. Er wordt – onder meer – gekoerst op patiëntveiligheid, patiëntadherentie[1], afrekensystemen, voortdurende procesverbetering en op zogeheten kwaliteit van zorg. E-health, lateralisatie[2] en ketensamenwerking zijn de meer recente bakens. Dat is in Nederland zo, maar ook in vergelijkbare Noord-Atlantische landen, zoals Canada. Patiënten melden zich voor hulp, soms met de moed der wanhoop. De artsen en verpleeg-

1 Adherentie is de mate waarin het gedrag van de patiënt correspondeert met adviezen van de zorgverlener, *die met de patiënt zijn overeengekomen*. Bij *compliance* gaat het ook om therapietrouw, en in het bijzonder om de mate waarin de patiënt het *eenzijdig door de zorgverlener* verstrekte therapieadvies opvolgt.

2 Zorg aanbieden buiten de plek waar de zorg is geconcentreerd: in de breedte, vaak regionaal.

kundigen zetten zich in om mensen te genezen en om ze bij te staan als het op pappen en nathouden uitdraait. Er lijkt in het huis van de zorg een hele verdieping te zitten tussen enerzijds – onder in het gebouw van de zorg – de klacht en de bekommernis van de patiënten en de arbeid van artsen en verpleegkundigen, en anderzijds de bovenverdieping van de koersbepaling. Heel direct sluiten ze niet aan: de koersbepaling van het ziekenhuis en ziek zijn. Dat is niet zozeer een zaak van taal, het gaat niet enkel om ieders eigen vocabulaire. Koersbepalen vormt een geheel eigen etage, ogenschijnlijk los van de benedenetage. Toen Wim van de Meeren in 2009, destijds als lid RvB van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, naar voren begon te brengen dat betrokkenheid bij patiënten terug moet komen om naast deskundigheid te komen staan, gaf hij daarmee een krachtig signaal: 'bijkoersen, dit is een ziekenhuis'. Hij bracht de koers van het ziekenhuis en de inhoud van zorgen bij elkaar. De geuzennaam 'lief ziekenhuis' werd gelanceerd. Menslievende zorg gaat over het aansluiten van inhoud van zorg en de koers van zorg.

Achtereenvolgens schetsen we eerst wat er volgens ons tussen werkvloer en beleid aan de orde is, ten tweede wat met menslievende zorg is bedoeld, ten derde wat dat voor de koers van zorg kan betekenen en tot slot werken we aan de hand van een schema uit hoe werkvloer en beleid bij elkaar kunnen aansluiten als het om menslievende zorg gaat.

Van buiten naar binnen

Wat opvalt is dat veel beleid zoals ten aanzien van patiëntveiligheid, *accountability* of innovatie *van buiten naar binnen* tracht te werken: vanuit indicatoren (meetbare hard facts) naar aan te sturen gedrag van zorgverleners, van gewenste uitkomsten van zorg naar gedrag, zonder dat gethematiseerd wordt wiens wensen het zijn: er zijn veel aannames. Ook valt op dat er systemen bij beleid nodig zijn, om de data te registreren, om te kunnen (bij)sturen en om te verantwoorden naar de buitenwacht. We kunnen constateren dat ze diep in het werk en in de organisatie zijn doorgedrongen. Er worden ook veel ideeën over beleidsdoelen en beleidsinstrumenten van buiten de ziekenhuiszorg binnen gedragen: ideeën over productie van goederen (zoals auto's – Toyota, Lean, Six Sigma) en van diensten (zoals luchtvaart), over consument satisfactie (wellness), over innovatie zoals die op andere gebieden wordt bevorderd, over entertainment als model voor emotiehantering (pretparken). Kaissi wijst bij zijn overzicht van die import van ideeën binnen de ziekenhuiszorg op de intrigerende vraag of er ook van een omgekeerde beweging sprake is, van de ziekenhuiszorg naar de industrie – hij vindt daar geen tekenen van (Kaissi, 2012). Het is eenrichtingsverkeer. Dat leentjebuur spelen is niet onschuldig, omdat het de import is van geheel eigen streefdoelen, kwaliteitscriteria, rationaliteiten en bijvoorbeeld rol- of positiedefinities. Hoe wordt de ziekenhuisbezoeker opgevat: als een patiënt, een klant, een consument, een burger?

Casus patiëntveiligheid

We beperken ons nu tot het algemeen ziekenhuis als organisatie in zijn geheel (en kijken dus niet op afdelingsniveau) en we nemen de koersbepaler *patiëntveiligheid* als casus. Wat

patiëntveilig
de vormen
len tussen z
blijven telke
infecties en

Patiëntveili
nen bieden:
verschillend
breder is da
Via het sleu
al. (2011) in
worden opg
ligheid neer
Interessant
de patiënter
zoals uit de
Veiligheid i
patiëntveilig
veiligheid k
in de zorg w

Om nog eve
zijn er ook
De internist
lijk geanalys
ners) moet l
al snel contr
beleid heler
zij op geeng
2014). Dat
arm van ove
het eigen ha
armen zond

Zo vinden w
ten zo moge
en ze ook als
ruggelings teg

3 'Een onbe-
zorgsystee
beperking
kader.htm

patiëntveiligheid betreft blijkt er alle aanleiding om goed koers te zoeken. Gedocumenteerde vormen van onveiligheid, variërend van gebrek aan hygiëne tot onverklaarde verschillen tussen ziekenhuizen in mortaliteitscijfers, zijn er aanleiding toe. Zulke constateringen blijven telkens weer functioneren als brandstof voor veiligheidsbeleid. De actualiteit van infecties en sterftecijfers gaat niet voorbij, ook niet na jaren (deels effectieve) beleidsvoering.

Patiëntveiligheid is geen op zichzelf staande zaak, maar blijkt een soort sleutelgat te kunnen bieden: als je naar het ziekenhuis kijkt vanuit patiëntveiligheid blijk je daar heel veel verschillende fenomenen mee te kunnen verbinden, bijvoorbeeld kwaliteit van zorg (wat breder is dan veiligheid alleen) maar ook de noodzaak dat artsen anders leren handelen. Via het sleutelgat kunnen ook hele beleidsstrategieën worden uitgezet, zoals Klazinga et al. (2011) in een *survey* lieten zien: de zogeheten *performance* van ziekenhuizen kan eraan worden opgehangen en er kunnen onderzoekslijnen voor worden ontwikkeld. Patiëntveiligheid neemt als een soort spons allerlei beleidskwesties in zich op.
Interessant is dat het niet zo duidelijk is of degenen die baat hebben bij patiëntveiligheid, de patiënten, zelf op betrouwbare wijze iets te melden hebben over de patiëntveiligheid, zoals uit de survey van Ward et al. (2012) blijkt. Voor hen, maar niet per se met hen dus. Veiligheid is tot op zekere hoogte een bedrijfsintern proces. Specialist op het gebied van patiëntveiligheid, Sydney Dekker (2014), laat via caseonderzoek zien hoe beleid inzake veiligheid losraakt van de zieke, van de arts en van de verpleegkundige – de complexiteit in de zorg wordt vergroot in plaats van beheerst.

Om nog even bij het beleidsterrein patiëntveiligheid te blijven, binnen het ziekenhuis zelf zijn er ook vragen of de beweging van buiten naar binnen niet onvruchtbaar is gebleken. De internisten Thomas en Classen stellen bijvoorbeeld dat veiligheidsproblemen plaatselijk geanalyseerd moeten worden en er een andere vorm van *lokaal* leren (van zorgverleners) moet komen; de patiëntveiligheid die van buiten wordt aangestuurd, stagneert en is al snel contraproductief. De meeste zogenaamde *adverse events*[3] worden door indicatorenbeleid helemaal niet waargenomen. Tegenover wat zij een tunnelvisie noemen, bepleiten zij op geëngageerde manier een 'positieve lokale veiligheidscultuur' (Thomas, Classen, 2014). Dat wat van buiten geleend wordt, werkt niet per se goed, zeker niet als de lange arm van overheden, verzekeraars of de publieke opinie via veiligheidsbeleid diep tot in het eigen handelen van artsen, verpleegkundigen en managers doordringt. Het zijn lange armen zonder scherpziende ogen.

Zo vinden we belangrijke aanwijzingen dat in de kern ziekenhuiszorg erom gaat dat patiënten zo mogelijk genezen, dat ze bij chronische en gecompliceerde ziekten verlichting vinden en ze ook als er geen kruid meer tegen gewassen is niet verlaten worden, en dat deze 'kernen' *ruggelings tegen beleid rond patiëntveiligheid aan* liggen. Patiënten verwachten zonder meer dat

3 'Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.' Cfr.: http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl/begrippenkader.htm (geraadpleegd op 28 jan. 2015).

de zorg die zij ontvangen, veilig is, dat ze bijvoorbeeld geen infecties zullen oplopen door de omstandigheden in het ziekenhuis (bijvoorbeeld slecht gereinigde scopieapparatuur of door de gebrekkige handhygiëne van de zorgverleners), dat ze geen onnodig riskante diagnostiek ondergaan als er betere alternatieven voorhanden zijn, dat ze niet door onachtzaamheid doorligwonden oplopen. Wat bij patiëntveiligheid als bedrijfsmatig proces bevorderd wordt, is als het ware de negatieve kant van zorg: beveiliging tegen schade door zorgarbeid en zorgorganisatie die niet nodig is. Dat 'negatieve' beleid is heel belangrijk voor wie complexiteit onder ogen ziet. Maar het is geen positief ijkpunt, iets waar patiënten naar uitkijken. Menslievende zorg gaat om die positieve ijkpunten. Wat bijzonder is aan het programma Menslievende Zorg is dat de uitdrukking 'lief' een verbinding legt tussen al de koerskwesties aan de ene kant en de positieve kant van zorg ontvangen aan de ander kant. De verbinding met lief is provocatief en wordt door velen afgewezen. Maar ineens is er wel een verbinding tussen koers en inhoud van zorg. Menslievende zorg levert er de koerszoekende ideeën bij aan.

Zorgsubstantie

Wij gaan nog een paar stappen verder met het bepalen van menslievende zorg ten opzichte van koers zetten met beleid in de ziekenhuiszorg. In het Duits wordt heel treffend het woord *Problemaufriss* gebruikt: wat er aan de hand is, moet worden opengelegd, problemen spreken niet vanzelf, ze moeten uitgepakt worden. Welnu, behalve dat beleid van buiten naar binnen werkt, doet beleid de substantie van de zorg zelf ook veranderen.
Wisten we niet van de grote problemen waarmee ziekenhuisbestuurders worstelen, zoals de kostenbeheersing en de politieke en maatschappelijke beloftes van altijddurende kwaliteitsverhoging, dan zouden de werkwijze om van buiten naar binnen te werken en ideeën te importeren bevreemden. Maar de kwesties zijn complex en de druk waarmee ziekenhuisbestuurders, maar ook verpleegkundigen en specialisten, te maken hebben, is fors. Wie er een idee van wil krijgen, kan de rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (per ziekenhuis) lezen: complexiteit – hier dan vanuit het perspectief van een controlerende instantie – is een alledaagse, keiharde realiteit (IGZ, 2014). Dat er koers bepaald moet worden en problemen aangepakt moeten worden, is wel duidelijk. Zoals het beleid zich dan vervolgens – van buiten naar binnen gaand – ontvouwt, is het niet neutraal ten aanzien van wat er in de binnencirkel gebeurt. Het werk van artsen en verpleegkundigen wordt er door geraakt, zij het misschien niet op de manier die de bestuurder wil en ook niet zodanig dat er *dankzij* beleid goede zorg wordt geboden. We illustreren dat achtereenvolgens aan de hand van 'productie' en 'kwaliteit'. Er gebeurt namelijk wel iets met de activiteit van verplegen en genezen als die op die leest van produceren wordt geschoeid. Wil handelen als productie kunnen worden *geframed*, dan zijn daarmee standaardisering en opdeling van de handelingen in kleine delen gegeven. Anders kan er niet geproduceerd worden: met zo min mogelijk middelen een zo groot mogelijk gewenst en gestandaardiseerd product maken. De leest van 'productie' bepaalt de opvatting over en de loop van de arbeid. Zo brengt ook het kwaliteitsdenken in de zorg beslist de vooronderstelling met zich mee dat er altijd verbetering noodzakelijk is, dat zorg nooit eenvoudigweg goed kan zijn geweest, of zelfs superbe. Dat wekt verbazing omdat wij als onderzoekers dagelijks artsen en verpleeg-

kundigen zeer goede zorg zien geven: vakkundig, afgestemd en organisatorisch prima op orde, met patiënten die de arts in de ogen kijken en dat ook laten weten als 'dank u voor uw goede zorg'. In ethisch opzicht dient zich de curieuze situatie aan dat beleid buiten beeld manoeuvreert wat concreet moreel zeer goed is gedaan, wat moreel goed is gedaan wordt subjectieve satisfactie. Ook artsen en verpleegkundigen kunnen nog maar heel slecht horen dat zij het moreel heel goed hebben gedaan, zonder mitsen en maren.

Mijnheer Chassé is in de veertig en hij is met neurologische problemen opgenomen. Maar er blijkt veel meer aan de hand. Er is allerlei onderzoek gebeurd. Longkanker met uitzaaiingen. Hoewel vanochtend de longarts zijn oordeel over de foto's (ze moesten worden overgedaan, vanuit een andere hoek) nog niet heeft afgegeven, gaat de zaalarts toch al vast maar een familiegesprek aan. We zijn intussen ver in het middaguur. De zus van mijnheer Chassé is er bij en een van de onderzoekers (die vandaag deze arts volgt). Er had ook een verpleegkundige bij moeten zijn, maar dat loopt nu even anders: er is een spoedopname via SEH. De zaalarts zegt tegen mijnheer Chassé dat hij geen goed nieuws heeft, dat hij weliswaar nog niet alles binnen heeft, maar dat hij ervan uit moet gaan dat er weinig te bieden is. De arts wiebelt op zijn benen heen en weer. De patiënt zit half overeind in bed. Mijnheer Chassé en zijn zus praten met elkaar, '...dan moet er dat en dat geregeld worden'. De patiënt zegt tegen de arts: 'Dank u wel dat u mij dit nu al vertelt, jullie zorgen zo goed voor me.' De arts blijft, tegen de muur geleund, heel rustig staan. 'Ik wou dat ik u iets goeds kon vertellen. Maar het is niet zo.' De patiënt: 'Ik wist het eigenlijk al, dokter, op mijn manier dan, hè. U helpt mij en mijn zus nou ontzettend.'

Kwaliteitsdenken impliceert kwantificering, ook als het niet evident is dat alles in de activiteit van zorgen zonder restrictie kwantificeerbaar is. Hoe moet je immers zo'n 'verstaan over en weer' tussen de patiënt en de arts kwantificeren?
Hoe omvangrijk het kwaliteitsbeleid ook is, toch worden de vooronderstellingen van dat kwaliteitsdenken in het ziekenhuis niet echt reflexief geaccepteerd. Dan zouden de botsing tussen kwaliteitsdenken met andere geïmporteerde ideeën opvallen. Diep ingrijpende import van kwaliteitsdenken (met bijbehorende kwantificering) blijkt bijvoorbeeld gepaard te kunnen gaan met relativering ervan. Fred Lee (2009), gedurende een aantal jaren een welgeziene gast op conferenties over verbetering van zorg, wijst er in zijn Disney-formule voor ziekenhuiszorg op dat je juist naar datgene in de zorg moet kijken wat *niet* kwantificeerbaar is. Lee's beroep op de beleveniseconomie kadert wat patiënten meemaken als een belevenis die je kunt *stagen* (ensceneren), die je je zelf als zorgverlener in theatervorm kunt voorstellen. Die belevenissen van patiënten zijn beïnvloedbaar, ze lenen zich voor interventie, maar niet door ze te kwantificeren, maar door ze in hoofdgestalten onder te brengen en ze te 'scripten': er zijn vaste zinnetjes die je moet zeggen als je zo'n gestalte onderkent, bijvoorbeeld bij woede 'ja, het is een gemene streek van het leven, er is alle reden om woedend te zijn'. In de zorgethiek is er kritiek op Lee's theateraanpak (Van de Kamp, 2014): in de zorg is er besef dat er lijden is; lijden binnen de zorg verdraagt geen omvorming via theater, zonder dat zorg oneigenlijk wordt. Wij denken dat er in het ziekenhuis eigen kennis is, onderkenning van wat lijden is. Daarbij gaan we niet uit van

een soort essentialisme van wat zorgen eigenlijk is of hoort te zijn. In het feitelijke zorgen kan, zonder leenrecepten, naar boven komen wat lijden is en hoe zorg dat kan verzachten. Hoe kan die kennis in beleid gelding krijgen, en belangrijker worden dan kwantificering?

Blijkbaar is het niet zo dat het eigen domein, gezondheidszorg in het ziekenhuis, zomaar eigen bakens voor beleid oplevert. Leentjebuur spelen lijkt noodzakelijk. Als zorgethici nemen we die tegenspraak tussen twee of meer beleidslijnen waar. De consequentie is vervolgens niet om het bij die kritische analyse te laten, maar om te kijken of en hoe de elkaar tegensprekende ideeën op de werkvloer samenkomen en er een samenstel ontstaat waarmee gewerkt wordt.

Zorgethiek

In deze bijdrage situeren we menslievende zorg als een benadering waarbij in de betrekking met patiënten uitgevonden kan worden wat goede zorg is. Dat betekent voor goede zorg dat vanuit de concrete zorgrelatie wordt gedacht, niet vanuit kaders en formules van buiten de zorg: in de betrekkingen tussen zorgverleners en zorgontvangers komt naar boven wat goed is. Goed betekent hier medisch, verpleegkundig competent en organisatorisch op orde. Maar het betekent ook goed in morele zin: dat wat patiënten, in al hun kwetsbaarheid en fierheid, samen met hun familie goed is gebleken. Er zit dus een toets in de betrekking tussen arts en patiënt: gebleken goed (Vosman, 2001), ervaren baat (Baart, 2014; Bolt, Baart & Palmboom, 2014). Degenen die ziek zijn, zijn daarbij aan zet. Dat is wat anders dan 'het mag als het van u mag', of 'wat heeft uw voorkeur?'. Het gaat niet om wat artsen, patiënten en verpleegkundigen vinden of patiënten vinden ('welke waarden ze er op na houden') en om welke 'keuzes' ze maken, maar om wat met vallen en opstaan goed is gebleken. Dat doet recht aan de inzichten die gaandeweg ontstaan. Iets (ergens van) vinden is gemakkelijk, iets als goed onderkennen vraagt meer *inquiry*, vergt onderzoek naar wat hier goed doet.

De jonge vrouw, moeder van twee kleuters, met uitgezaaide borstkanker die als een leeuwin heeft gevochten, maar de laatste experimentele chemokuur niet meer heeft willen doen, kon zeggen: 'Nu heb ik nog een paar uur met mijn jongetjes in de zon kunnen zitten zonder te kotsen.'

Dát is dus 'goed gebleken'.

De ervaren arts die desgevraagd, na een gesprek met de ouders van een in coma gehouden meisje over het stoppen van een behandeling waarna zij zal sterven, zegt tegen de onderzoeker 'Op het cruciale moment moet je er niet op inzetten dat de ouders beslissen, maar je moet samen onder ogen zien: we kunnen niets zinvols meer doen. Zouden zij moeten kiezen, dan hebben ze grote kans dat ze daar later grote kopzorg van krijgen.'

Dat is 'goed gebleken' (cfr. ook Kars, 2012).

In de tocht zelf van de patiënt, samen met zijn of haar familie, haar vrienden, met de artsen en verpleegkundigen kan blijken wat goed is. Menslievende zorg gaat om het uitzoeken wat zorg tot goede zorg maakt. Dat uitzoeken gebeurt in zorgpraktijken. Deze aanlooproute, via uitzoekwerk in plaats van via een norm, roept natuurlijk de vraag op of koersbepaling van een grote complexe organisatie als een algemeen ziekenhuis er *voldoende* baken aan heeft. Immers, concurrentieverhoudingen op de (halve) markt van ziekenhuiszorg, wisselende politieke regelingen, ziektekostenverzekeraars die als marktmeesters niet alleen marginaal de orde op de markt toetsen, maar ook bepalen wat er in de aanbieding zit, het spel van specialisten om zich te herpositioneren: ze vormen heel sterke *pulls*. Uitzoekwerk op de werkvloer is niet vanzelfsprekend een krachtig genoeg baken.

De benadering 'menslievende zorg' is in eerste aanzet ontwikkeld in een geesteswetenschappelijke discipline, de zorgethiek, dus niet in de sterk natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde noch ook in de sterk op gedragswetenschappen en interventie georiënteerde beleidswetenschap. De term zelf komt van Annelies van Heijst, die een bestseller schreef: *Menslievende zorg* (2005(1), 2011(5)). De ideeën over goed-in-relaties, het belang van de context (hoe vaag dat in eerste instantie ook klinkt) spelen in dat boek een grote rol. Het zijn ook kernideeën van de zorgethiek als geheel. Van Heijst ontwikkelt in haar boek tevens het idee dat zorg geen productie is, maar een ander soort handelen dan productie. Zorgen fabriceert niet, maar drukt bekommernis uit, ook als het uiterst technisch handelen is. Verder werkt ze het idee uit dat zorg ook leed kan toevoegen. Daarbij gaat het niet om de bekende afweging van het *primum non nocere* (ten eerste geen kwaad berokkenen) van de arts. De afweging moet altijd zijn of de schade van diagnostiek en therapie opwegen tegen het te verwachten heil. Toegevoegd leed betekent volgens Van Heijst dat er – in de regel – geen op de patiënt afgestemde, breed in de organisatie kijkende benadering in de verkokerde ziekenhuiszorg wordt toegepast en krijgen patiënten daardoor onnodig extra leed te verstouwen. Het onderliggende probleem van toegevoegd leed is niet de afweging van een arts of de keuzes die mondige patiënten zouden moeten maken, maar de slecht georganiseerde zorg zelf.
Naast publicaties van Van Heijst fungeerde de presentietheorie van Andries Baart (die in het werk van Van Heijst een belangrijke rol speelt) als een baken. De theorie werd, na enkele introducerende publicaties in de jaren negentig, in 2001 gelanceerd en vervolgens jaar na jaar aangevuld en verdiept[4]. Die theorie en de daarbij aansluitende benadering concentreren zich op relationele zorg, op contextueel werken, op reflectieve en lerende professionaliteit, op het aansluiten en afstemmen van de zorg, op latende modus (naast de makende modus van zorg geven), op de betekenis van kwetsbaarheid en troost (als sociaal geborgen zijn), op presente vormen van leiding geven en kwaliteit bevorderen.

Op die ideeën gaan we in het programma MLZ door. Maar we brengen er geheel andere benaderingen bij in, over andere soorten kennis, over van onder naar boven kijken, over organiseren als ordenen, over heuristiek en over wat praktijken eigenlijk zijn.

---

4 Voor een overzicht van het werk van Baart op het terrein van presentie zij verwezen naar www.andriesbaart.nl.

(1) Eigen geldige kennis

Wie wil weten wat zorg tot goede zorg maakt, kan te rade gaan bij wat patiënten, familieleden, artsen, verpleegkundigen *zichzelf afvragen*: is dit nou goed, is dit nou goede zorg? Door mee te kijken en mee te denken met degenen die dagelijks de vierkante cirkels maken, komt in beeld wat goed is. In 2008 hebben we in de rede *Aannemelijke zorg* een deel van deze benadering uitgewerkt: er zit betrouwbare richtinggevende kennis bij artsen en verpleegkundigen zelf, in hun praktische wijsheid en in hun *tacit knowledge*. Dat is een deel van de oplossingsrichting, niet de gehele. Er is namelijk in het snelle, volcontinue ziekenhuis niet vanzelfsprekend ruimte om die andere kennis te beluisteren en tot gelding te laten komen. Snel en oplossingsgericht houden niet van vertragen en zelfbevraging. Bovendien banjeren er heel andere rationaliteiten dwars door de zorgpraktijken heen. We beperken ons hier tot twee logica's: managerial logica en de Nederlandse versie van *evidence-based medicine* (EMB). De managerial logica is weliswaar geen echte logica uit één stuk, maar eerder een composiet van stukjes interventielogica met onbereflecteerde stukken van het handelen die niet *managable* zijn (Cloutier & Langley, 2013). Maar er is een goede reden, namelijk de alsmaar groeiende complexiteit, die ertoe leidt dat er gemanaged moet worden. *Evidence-based medicine* omvat volgens de bedenker ervan, de Canadese arts-epidemioloog David Sackett, drie poten die alle drie van belang zijn: de beste voorhanden zijnde, bewezen kennis uit wetenschappelijk deugdelijk onderzoek, klinische ervaring van de arts en preferenties van de patiënt met zijn naasten. Een van de geldige redenen om naar EBM te streven is het (medisch technisch) onverklaarde verschil tussen behandelingen die patiënten met aandoening x in het ene ziekenhuis krijgen, anders dan hetzelfde soort patiënten krijgt in een ander ziekenhuis. Het eerste been van EBM, via trials bewezen medische kennis, wordt veel gebruikt, de andere twee benen worden weinig gebruikt, aldus Tonelli in een veel geciteerd artikel (Tonelli, 2001; cfr. Grypdonck, 2006; Van Leeuwen, 2007; Greenhalgh, 2012). De geldigheid van klinische ervaring is een kwestieuze aangelegenheid geworden: 'te subjectief'. Wat menslievende zorg probeert, is om soorten van kennis die feitelijk aanwezig zijn en werkzaam zijn bij artsen, verpleegkundigen en patiënten, naar boven te halen, kritisch tegen het licht te houden en tot gelding te laten komen. Daarbij hebben we intussen een nuchtere blik op wat daar weer van weg leidt, zoals de brokkelige logica's van management en de (af) geplatte versie van EBM. Er zijn goede redenen waarom de drie polen van EBM alle drie bestaan. Ze geraken mogelijk met elkaar in wrijving of komen in botsing met elkaar.

We zoomen nog iets verder in op de achtergrond van menslievende zorg en presentie: op de zorgethiek.

(2) Van onderen naar boven

Wij vatten de zorgethiek op als een *interdisciplinair* vak (Klaver, Van Elst & Baart, 2013). Dat houdt in: samenbrengen van delen van de filosofie, zoals ethiek en fenomenologie aan de ene kant, met delen van de sociale wetenschappen, vooral methodologie van empirisch onderzoek en epistemologie aan de andere kant. Onze specifieke opvatting van interdisciplinariteit impliceert van onderen naar boven kijken, van de feitelijke *doings and sayings* naar beleid, en terug, van beleid naar de impact op wat er gedaan en ondergaan wordt.

(3) Zorgen is ordenen

We vatten de zorgethiek op als *politieke ethiek*. We doen dat overigens in internationaal gezelschap met wetenschappers als Joan Tronto, Daniel Engster, Elisabeth Conradi en Sandra Laugier: door te zorgen worden menselijke verhoudingen geordend en in potentie ook gehumaniseerd. Zorgen is dus niet een apolitiek domein, maar zelf, als zodanig, een oerpolitieke activiteit. Dat zorgethiek politieke ethiek is (en geen persoonlijke ethiek van ik en gij) houdt ook in dat de *organisatiepraktijk* van het ziekenhuis evenzeer aan de orde is als de praktijken van de arts die bij een patiënt met aanhoudende buikklachten en bloed in de ontlasting een diagnose stelt, of de praktijk van een verpleegkundige die bij een patiënt die in het verkeer met zijn fiets een ernstig ongeluk heeft gehad, een tube voor voeding aanlegt. Zorg organiseren, van de poli en de SEH via de arts op de afdeling tot en met het bestuur van het ziekenhuis, is van vitaal belang. Organiseren speelt niet alleen in de bestuurskamer, maar net zo goed op een afdeling. Jessica Mesman, die etnografisch onderzoek in ziekenhuizen doet, zegt over het organiseren van de arts op de afdeling: de arts moet in twee soorten diagnose goed zijn, de diagnose van wat de patiënt mankeert en de diagnose van het netwerk (zoals zij dat noemt), van de structuur van zorgen in het ziekenhuis (Mesman, 2012). Wij zeggen het graag zo: het mogelijk maken van zorg op alle niveaus van de organisatie is basaal en eerbaar werk.

(4) Samen ontdekken

Hoewel onderdeel van de discipline ethiek, is menslievende zorg net zo min als presentie een benadering met morele beginselen en normen. Ze vormen ook geen normatief *beoordelende* benadering en ze zijn geen toegepaste ethiek, maar bieden een beargumenteerde *zoek*richting. In academische taal: het gaat om heuristiek, om kunnen zoeken. De moraal zit in de benadering omdat de moraal in het handelen van artsen, verpleegkundigen, managers zelf al aanwezig is. Die loopt als kleine adertjes door het grote geheel van gezondheidszorg heen. Onze benadering is een 'ethiek van het ethos', dat wil zeggen, ethiek die uitgaat van dat wat degenen die handelen en het handelen ondergaan zelf als goed zien opkomen. Het gaat niet om voorschrijvende, maar om ontdekkende ethiek. Bovendien gaat het om een benadering die niet vanuit 'boekenwijsheid' op praktijken 'schiet', maar zelf kwalitatief empirisch onderzoek doet in praktijken en – wat de presentietheorie aangaat – daaruit ontstaan is. Het gevaar in ethiek is dat ook dáár een etage, hoog in het huis, wordt volgezet met begrippen en oordelen die weinig of niets te maken hebben met wat er op de begane grond gaande is: patiënten met klachten, angsten, verwachtingen en artsen en verpleegkundigen die bereid zijn hun deskundigheid en betrokkenheid in te zetten. Kunneman (2013) spreekt in deze context treffend van een moraal 'van de hoge gronden' en van een praktijk van 'moerassigheid'.

(5) Onderzoekend van opzet

Onze benadering is met andere woorden onderzoekend van opzet. Daar komen *practitioners* voluit in beeld, alsook patiënten, familieleden, managers en bestuurders. Daarom gaat het in het programma MLZ om het onderzoeken van zorgpraktijken met de *practitioners* samen: wat zij op een bepaalde wijze zelf al doen en weten raakt *gearticuleerd* en er

wordt kritisch en constructief op *doorgedacht*. Wat dat aangaat weten we ons verwant met onderzoekers als David Nicolini en Olav Eikeland (2011), die jarenlang onderzoek doen naar veranderingen in organisaties: het onderzoek is te midden *van en met practitioners* en *niet voor of over* hen. In dit soort onderzoek gaat het om telkens weer blijven ontdekken wat zorg goed maakt, de ontdekkingen delen met anderen en om te leren uit de ontdekkingstocht. Vandaar ook de nadruk in het programma op lerende gemeenschappen. Of dit soort leren-uit-eigen-praktijk ook gelukt is en bestendigd kan raken in een volatiele omgeving als het ziekenhuis is daarbij een van de vragen. Het klinkt (misschien) mooi dat zorgverleners uit eigen werk opdiepen wat goed is, maar als het niet bestendigd kan raken omdat het verandertempo van de organisatie boven de maximumsnelheid is en het traag leren marginaliseert, schieten we niet echt op.

(6) Zorgpraktijken

Tot slot, menslievende zorg brengt een andere kijk met zich mee op wat praktijken zijn dan gebruikelijk is. Gebruikelijk is de idee dat je praktijk hebt tegenover theorie. Meestal is theorie dan 'abstract' en is praktijk 'concreet'. Er heerst een tegenstelling: zoals het bedacht is (theorie), werkt het (praktijk) niet (echt). Bovendien is het gebruikelijk om te denken dat 'ik' (de arts, de verpleegkundige, de fysiotherapeute, de psychologe, etc.) centraal sta, overzicht heb, dat ik uitvoer wat ik in mijn hoofd heb: praktijken worden vanuit de alleenstaande, denkende *practitioner* gedacht. Toch valt juist in het ziekenhuis op hoe intens de deelnemers aan praktijken op elkaar zijn aangewezen. De tegenstelling theorie-praktijk werkt niet meer (behalve als dooddoener) en de 'scholastieke' idee van het 'ik' als sturend centrum van handelen ook niet (Schmidt, 2012). De realiteit zelf van het ziekenhuis, een 365/24 uur bedrijvigheid, waarbij de *shifts* elkaar alsmaar opvolgen, en er een enorme hoeveelheid tijd en energie wordt gestoken in overdrachts- en registratiesystemen verwijst er al naar dat er dominant wordt samengewerkt. Er zijn geen eenlingen aan zet die vervolgens eens nadenken hoe ze de eenmansacties bij elkaar kunnen brengen (Zwarenstein et al., 2013).

Binnen de zorgethiek wordt voor die verwevenheid van het doen en de doeners het idee van een *practice* gebruikt. Men kan zich dat het beste voorstellen als een voetbalveld waarop een ploeg zó aan de slag gaat, positie kiest, zich vindbaar opstelt, de bal doorgeeft, over lengte en breedte speelt, zich gezamenlijk terugtrekt (etc.), dat het spel goed gespeeld kan worden. De sterren, de scoorders, zijn nergens als er geen goede voorzetten komen. Deze activiteit zal nooit iets worden als er geen gezamenlijkheid wordt ontwikkeld. Dat vereist constant besef van en waardering voor ieder lid van de activiteit op het veld. De spits waardeert de rechtsback ten volle. Schmidt (2012) zegt daarom ook dat iedere arts en iedere verpleegkundige binnen treedt in een al gevormde en lopende *practice*, hij bedenkt die niet. De *practice* gaat vooraf aan de zorgverlener; hij/zij komt het veld op, neemt deel aan een gegeven spel.
De idee van een *practice* houdt verder in dat ook technologie en systemen als actor optreden. Dat is een radicale gedachte, onder meer ook ontwikkeld door Peter Paul Verbeek, filosoof aan de Universiteit Twente (2014). Apparaten staan ook op het veld en bepalen het spel. Wie met een informatiesysteem werkt zoals het EPD of EVD of (voorheen)

Theriak, weet dat de voorgegeven vakjes bepalen wat je doorgeeft, en dat is niet per se hetzelfde als je eigen bevinding. Wie een hoogtechnologisch diagnostisch apparaat bedient, weet dat hij niet bedient maar met het apparaat samenwerkt: het apparaat bepaalt minstens evenveel wat en hoe jij handelt als andersom. Radicaal is het om dingen niet als een simpel instrument in handen van de ik-zegger te zien, maar om het samenspel als uitgangspunt te nemen. Het 'ding' acteert ook. Datzelfde geldt ook voor de ruimte; daarom dat architectuur ook zo van belang is. Ruimte handelt, ook ver voorbij aan de ideeën van de bedenker van een poli of verpleegafdeling en de uitvoerder van de bouw.

De verpleegkundigen laten weten nu ze eenmaal aan de nieuwbouw gewend zijn, wat de nieuwe indeling van de ruimte voor hen betekent. Ze vertellen ook wat hun indruk is wat het voor patiënten betekent. 'Nu patiënten niet meer op zaal, maar op een eenpersoonskamer liggen, komen we alleen maar op de kamer om iets te doen voor die ene persoon. De contacten en wat we onderweg zien tijdens de zaalbezoeken zijn voorbij. Wij denken dat sommige patiënten verpieteren, dat ze teveel alleen zijn. We onderschatten wat patiënten samen aan ellende vermalen'.

Het onderzoek waar de zorgethiek op teruggrijpt, laat zien *hoe* het samenspel in het ziekenhuis gaat: er wordt op elkaar geanticipeerd, de zorgverleners nemen van elkaar het stokje over. De zorgethiek onderzoekt ter wille van verbetering van de zorg hoe er van elkaar wordt geleerd. Maar ook *wat* er wordt gedaan: als je de activiteiten als samenspel ziet (eventueel als niet-gelukt samenspel), dan blijkt er veel 'onofficiële' kennis aan het werk te zijn (Schmidt, 2012).

Verpleegkundige Mariska deelt op de verpleegafdeling neurologie met behulp van het elektronisch medicijnverdeelsysteem medicatie per patiënt uit. Er is geen arts aanwezig op dit moment. Bij mevrouw Roelofs is gisteren door de zaalarts via het systeem pijnstilling voorgeschreven. Mariska scant het armbandje met de code en wil zo ook de code op het medicijn gaan scannen. Maar ze merkt dat mevrouw Roelofs heel misselijk is. Half verdwaasd laat de patiënte wel merken dat ze pijn heeft en is verder in de weer met een braakschaaltje. Mariska besluit het medicijn niet in de voorgeschreven vorm (oraal) te verstrekken, maar als zetpil en dat ook meteen te doen en geen uren te wachten tot de arts terug is uit het andere ziekenhuis. 'Ze spuugt die pijnstiller anders uit, en ze houdt haar pijn'. Het systeem wordt omzeild, Mariska rekent erop dat de arts dit zal goedkeuren.

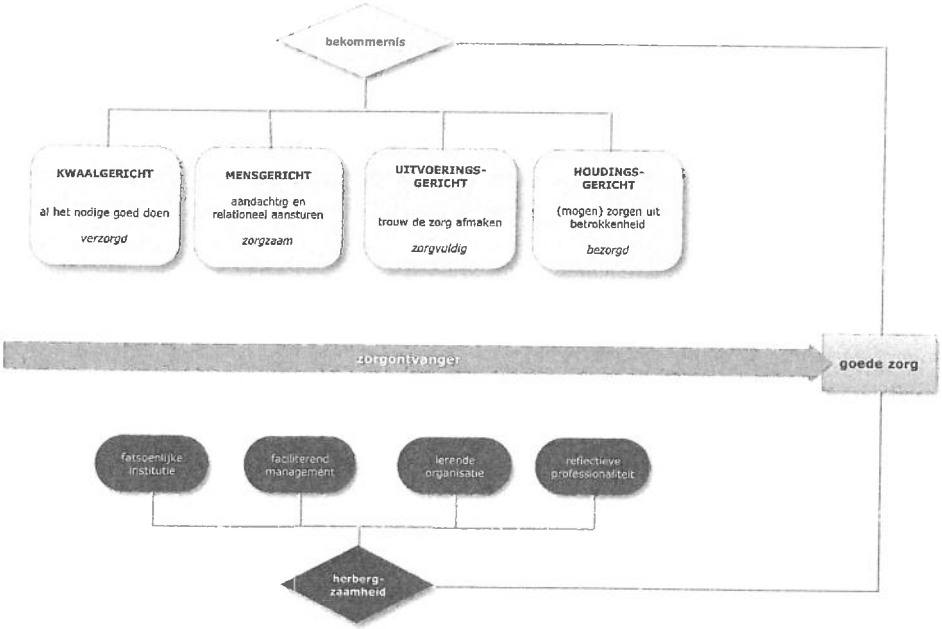
Wat heeft menslievende zorg in het ziekenhuis te zoeken? Met de zorgethische en presentietheoretische achtergrond van menslievende zorg zijn via deze korte verkenning een paar sterke redenen gegeven: deze zorgethische benadering is op praktijken geënt; zij is sterk in het bij elkaar houden van deel en geheel, van werkvloer en organisatie; niet erkende, verzonken kennis van zorgverleners wordt tot articulatie gebracht en gebruikt.

Van binnen naar buiten

Als we het over koers maken hebben, is het van belang om het *niveau waarop* beleid betrekking heeft in de gaten te houden: gaat het over koersbepalingen van het landelijke (overheids)beleid, van de organisatie ziekenhuis, gaat het over de koers die op een afdeling, binnen een specialisme wordt gevaren, gaat het om de koers bij de vervlechting van ziekenhuiszorg met andere zorg zoals zorg in de wijk? Wij hebben het over koers en bakens zoals die in de zorg zelf verscholen zitten en stellen voor van binnen naar buiten te denken, zorg uit zorg te denken. En dus niet met productie, controle, sturing, efficiëntie te beginnen, al komen we wel degelijk langs zakelijke *constraints*.
Het programma MLZ heeft als schijnbaar eenvoudige gedachte dat het wel mogelijk is de beleidsproblemen waarmee het ziekenhuis te kampen heeft recht in het gezicht te kijken en *tegelijk* van binnen uit, vanuit de activiteit van zorgen, bakens uit te zetten voor wat zorgen is en wat zorgbeleid behoort te zijn. In dat 'behoren' zit een normatieve claim. De hele gedachtegang is overigens normatief en gaat terug op aristotelisch en pragmatisch denken. Maar normatief betekent niet moraliserend. Het zou moraliserend zijn als er met morele beginselen wordt gewerkt ('verantwoordelijkheid'), als er voorschriften zouden worden verstrekt. De propositie is een andere: die kant op en in die vorm zoeken. Menslievende zorg houdt in dat de zorg uit de zorg zelf wordt gedacht, zowel op het niveau van contact aan het bed en op van de poli, als het niveau van de afdelingen en van ziekenhuis. In figuur 1 hebben we dit tot uitdrukking gebracht. We beseffen dat het schema dat gaandeweg tijdens het vijfjarige programma is ontstaan wel in het St. Elisabeth ziekenhuis is verspreid, maar weinig werking heeft gehad. Dat geeft natuurlijk te denken. Het maakt de verbinding tussen koers zoeken en zorg echter niet ongeldig.
We hebben zorg, voordat het professionele ziekenhuiszorg wordt, eerder zo – generiek – omschreven: 'zorg is de inspanning om leven gaande te houden, als het zwak is, in pijn, in gevaar, gebroken, bedreigd, fragiel is en wanneer het zijn kwaliteit, autonomie en eigenstandigheid verliest' (Vosman & Baart, 2011). Maar dit kan worden uitgewerkt, zoals de schematisering van figuur 1 laat zien.

Aan de kant van de werkers, de zorgprofessionals, drukken we menslievende zorg onder de accolade van *bekommernis* uit in vier maal zorg: verzorgd, zorgzaam, zorgvuldig en bezorgd. Verzorgd is gerelateerd aan het werk in zoverre zich dat op de kwaal richt. Constitutief voor goede zorg is dat al het nodige wordt gedaan om de kwaal te diagnosticeren, de passende therapie aan te bieden, en langszij te blijven als het gaat om het verzachten van de (gevolgen van de) kwaal. Zorgzaam houdt verband met zorgarbeid in zoverre die gericht is op de persoon die met medische klachten komt. Wordt er aandacht besteed aan de persoon? In het programma MLZ is dit via kwalitatief empirisch onderzoek 'kleiner, 'nauwkeuriger', gemaakt: aandacht voor de opgaven van de patiënt (zie hoofdstuk 12). De arts en de verpleegkundige hoeven geen aandacht te hebben voor 'heel de mens', maar wel voor de opgaven waarvoor patiënten zich geplaatst zien bij hun tocht door de zorg. Zorgvuldig slaat op zorgarbeid zelf, in hoeverre die wordt verricht zoals die behoort te gebeuren, wordt hij afgemaakt zoals behoort? Bezorgd, tot slot, heeft te maken met de

houding (van de zorgverlener) waarmee zorg wordt verleend: zijn de artsen en verpleegkundigen doende uit een vorm van bezorgdheid om deze patiënt?



Figuur 1 Heuristische schematisering van goede zorg (© A. Baart 2011).

Aan de kant van de organisatie (onderzijde schema) drukken we menslievende zorg uit met herbergzaamheid. Herbergzaam betekent dat er ontvangst is van lijden en van wat zich aandient, met het besef, zoals Annemarie Mol (2011), zelf arts, het in haar boek uitdrukt: zorg is een proces en geen afgerond product. Herbergzaam betekent ook: tijdelijk. Het gaat verder niet om preferentiële liefde. Het ziekenhuis zoekt zijn zieken niet uit, maar is juist een politieke institutie (als het goed is): mensen met klachten, mensen die met ellende te kampen hebben worden ontvangen en behandeld. Precies ook daarom is het een institutie. Behandelingen worden niet gegeven vanwege preferenties voor de ene of andere persoon of groep.
De organisatie heeft vier facetten. Institutioneel fatsoen, met als toetsvraag of de organisatie niet vernedert en gericht is op de afstemming op déze zorgvrager (en dus niet dominant zelfreferentieel)? Is de organisatie een lerende organisatie: kan en mag de verscholen kennis van de zorgverleners naar boven blijven komen (en dus niet ineens weer 'afgezet' als er echt consequenties uit naar voren komen)? Kent de organisatie faciliterend management (en heeft dus het primaire proces primaat en genereren de maatregelen vertrouwen of controle)? Mag er reflexieve professionaliteit tot ontwikkeling komen? Dan is er dus ruimte voor gemaakt en wordt die nauwlettend behoed.

Onder het schema ligt dus de gedachte dat goede zorg *niet volgt* op het professionele handelen maar er reeds *in zit*. Daarmee kritiseren we het idee dat je technisch competent han-

delen hebt en er dan daarna nog wat extra's komt (aandacht). Zo wordt ook de 'techneut' voluit erkend: de arts die eindeloos met medicatie zit te *tunen* totdat het bij deze patiënt past, die via goed bedacht ander onderzoek erachter probeert te komen wat de oorzaak van de klachten is, de arts die als er geen goede diagnose tot stand is gekomen, opnieuw begint met diagnosticeren en met een schone lei probeert te denken: dat is onderdeel van goede zorg. Behalve de viervoudige erkenning en plaatsing van professionaliteit kadert de organisatie, de koersmaker, zichzelf ook viervoudig. Het programma MLZ heeft onder meer het inzicht opgeleverd dat organiseren zelf zorgen is. Dat inzicht houdt stand als organiseren zichzelf ankert. Onze propositie is daarbij: de vier loodlijnen te behoeden.

Literatuur

Baart, Andries (2014). *Essay: Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn.* Utrecht: Actiz / Stichting Presentie.

Bolt, Eveline, Andries Baart, Ger Palmboom (2014). *Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn: leren anders te kijken, te duiden en te doen. Een onderzoek naar de werking van leermiddelen.* Utrecht: Actiz / Stichting Presentie.

Cloutier, C, Langley, A. (2013). The Logic of Institutional Logics: Insights From French Pragmatist Sociology. *Journal of Management Inquiry*, 22, p. 360-380.

Dekker, S. (2014). The bureaucratization of safety. *Safety Science 70*, December, p. 348-357.

Greenhalgh, T. (2012). Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes, *J PRIM HEALTH CARE*, 4(2), p. 92-97.

Grypdonck, M. (2006). Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice. *Qual Health Res*, vol. 16 no. 10 1371-1385.

Inspectie voor de Gezondheidszorg IGZ http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=Veilig+gebruik+van+medische+technologie+krijgt+onvoldoende+bestuurlijke+aandacht+in+de+ziekenhuizen&docid=7286 (geraadpleegd 10 dec. 2014).

Kaissi, A. (2012). 'Learning' From Other Industries: Lessons and Challenges for Health Care Organizations. *Health Care Manager*, January/March – Volume 31 – Issue 1 – p. 65-74.

Kamp, J. van de (2014). Beleveniscreatie is niet hetzelfde als goed zorgen. Een kritisch zorgethisch perspectief op Fred Lee's Theaterbusinessziekenhuis. *TGE*, jaargang 24, nr. 4, 98-104 met een reactie van B. Berden, RvB ETZ.

Kars, M. (2012). *Parenting and palliative care in paediatric oncology.* Utrecht diss.

Klaver, Klaartje; Eric van Elst and Andries J Baart (2013). Demarcation of the ethics of care as a discipline: Discussion article. *Nursing Ethics*, 22 Oct., doi: 10.1177/0969733013500162.

Klazinga, N., Fischer, C., ten Asbroek, A. (2011). Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *J Health Serv Res Policy*, July, vol. 16, no. suppl 2, p. 38-47.

Kroes, Peter & Peter Paul Verbeek (eds) (2014). *The Moral Status of Technical Artefacts.* New York, London, Berlin: Springer.

Kunneman, H., (2013). *Het belang van moreel kapitaal in zorg en welzijn*, Paul Cremers lezing 2012, Rijswijk, Leeuwendaal.

Lee, F. (2009). *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis.* Amsterdam: Reed Business.

Leeuwen, E. van. (2007). *Wordt de medische ethiek ondiep?* Inaugurele rede, http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/30018/30018.pdf (geraadpleegd 5 nov. 2014).

Mesman, J. (2012). Resources of strength. An exnovation of hidden competence to preserve patient safety, in: Rowley, E., Waring, J., *A socio-cultural perspective on patient safety*. London: Ashgate, p. 73-92.

Mol, A, (2011). *De logica van het zorgen*. Amsterdam: Van Gennep.

Nicolini, D, Eikeland, O. (2011). Turning practically: broadening the horizon. *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 24 Iss: 2, p. 164-174.

Schmidt, R. (2012). *Soziologie der Praktiken – Konzeptionelle Studien und empirische Analysen*. Berlin: Suhrkamp.

Thomas E, J., Classen, D. C. (2014). Patient Safety: Let's Measure What Matters. *Ann Intern Med.*, 160(9), p. 642-643.

Tonelli, M. R. (2001). The limits of evidence-based medicine. *Respir Care*, 46(12), p. 1435-1440.

Verbeek, P. P '(2014). *Op de vleugels van Icarus: hoe techniek en moraal met elkaar meebewegen*. Rotterdam: Lemniscaat.

Vosman, F. (2001). *Goed gebleken*, inaugurele rede, KTU Utrecht.

Vosman, F., Baart, A. (2011). Relationship based care and recognition: part two. Care and recognition, in: Leget, C., Gastmans, C, Verkerk, M (eds.), *Care, compassion and Recognition: An Ethical Discussion*. Leuven: Peeters, p. 201-227.

Ward, J. K., Armitage, G. (2012). Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual Saf*, 21, p. 685-699.

Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk C., Reeves, S. (2013). Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13:494.