

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/19116> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Dartel, Hans van

Title: Naar een handelingsgericht ethiekbeleid voor zorgorganisaties : een normatieve verkenning

Date: 2012-06-20

**NAAR EEN HANDELINGSGERICHT ETHIEKBELEID
VOOR ZORGORGANISATIES**

© 2012 Van Gorcum Assen/ Hans van Dartel Engelen
Omslag en illustraties: Frans de Visser 's-Hertogenbosch
Grafische verzorging: Van Gorcum Assen

NAAR EEN HANDELINGSGERICHT ETHIEKBELEID VOOR ZORGORGANISATIES

Een normatieve verkenning

Proefschrift

ter verkrijging van
de graad van Doctor aan de Universiteit Leiden
op gezag van de Rector Magnificus prof. mr. P.F. van der Heijden,
volgens besluit van het College voor Promoties
te verdedigen op woensdag 20 juni
klokke 13.45 uur
door

Johannes Nicolaas Gomarius Maria van Dartel

geboren te Oss
in 1951

Promotiecommissie

Promotor: Prof. mr. dr. D.P. Engberts

Overige leden: Prof. dr. H.M. Dupuis
Prof. dr. R.J.M. Jeurissen, Universiteit Nyenrode te Breukelen
Prof. dr. J.H.M. Schonk
Prof. dr. G.A.M. Widdershoven, Vrije Universiteit te Amsterdam
Prof. dr. D.L. Willems, Universiteit van Amsterdam

Inhoud

- 1 **Inleiding** 1

- Deel 1 Ethiek** 17
- 2 **De ontoereikendheid van de toegepaste ethiek?** 19
 - Inleiding 20
 - 2.1 **Kritiek op de toegepaste ethiek** 22
 - Introductie 22
 - 2.1.1 Het geval gezondheidsethiek 22
 - 2.1.2 Het geval bedrijfsethiek 25
 - 2.1.3 De twee casus vergeleken 28
 - 2.1.4 Conclusie: basale leerpunten voor een praktijkgerichte ethiek 31
 - 2.2 **Medische macht en professionele onmacht: wat interesseert de ethiek?** 33
 - Introductie 33
 - 2.2.1 Medische macht en medische ethiek 34
 - 2.2.2 Professionele onmacht: een nieuw aandachtspunt voor de ethiek? 39
 - 2.2.3 Evaluatie: beroepszeer en het actuele tekort van de ethiek in de zorg 47
 - 2.3 **Conclusie: deprofessionalisering als uitdaging voor een praktische ethiek** 49

- 3 **Aanknopingspunten voor een praktische ethiek in zorgorganisaties** 53
 - Inleiding 54
 - 3.1 **Gevarieerde reacties van ethici op deprofessionalisering** 55
 - Introductie 55
 - 3.1.1 Deprofessionalisering vraagt geen bijzondere aandacht van de ethiek 55
 - 3.1.2 Deprofessionalisering vraagt gerichte aandacht van de ethiek 56
 - 3.1.3 Evaluatie 59

- 3.2 De waardering voor een praktijkgerichte ethiek in de ethische theorievorming 60
 - Introductie 60
 - 3.2.1 Kennisproductie in gemengde praktijken 60
 - 3.2.2 Ethiek en praktijk 61
 - 3.2.3 Evaluatie 65
 - 3.3 Ontwikkelingen in de praktijk van zorgorganisaties 65
 - Introductie 65
 - 3.3.1 Doelen en methoden van ethiekbeleid 66
 - 3.3.2 Ruimte voor gesprek 67
 - 3.3.3 Evaluatie 68
 - 3.4 Conclusie: mogelijkheden van een handelingsgerichte ethiek 69
- 4 De kernelementen van een handelingsgerichte ethiek 73**
- Inleiding 74
 - 4.1 Reflectie in professionele praktijken: wat is dat voor denkproces? 76
 - Introductie 76
 - 4.1.1 Een Kantiaans grondmodel van reflectie 76
 - 4.1.2 Oordelen en verantwoordelijkheid 79
 - 4.2 Waarover buigt de reflectie zich idealiter: 1. onderzoek van kritische incidenten 81
 - Introductie 81
 - 4.2.1 Kennis over de moraal 82
 - 4.2.2 Conclusie: aandacht voor klemsituaties 85
 - 4.3 Waarover buigt de reflectie zich idealiter: 2. onderzoek van routines. 86
 - Introductie 86
 - 4.3.1 Een praktische dialogische ethiek 86
 - 4.3.2 Conclusie: positief denken over routines als praktijken 89
 - 4.4 Hoe richten we de reflectie zo goed mogelijk in: vormelementen 90
 - Introductie 90
 - 4.4.1 De zorgpraktijk lezen als een praktijk van verantwoordelijkheid 92
 - 4.4.2 Handelingsonderzoek: reflectieve opbouw van betere praktijken 95
 - 4.4.3 'Casuistry': leren van ervaringen 98
 - 4.4.4 Evaluatie: handelingsgerichte ethiek als morele pragmatiek 100
 - 4.5 Conclusie: ethiek als zaak van de professionals? 102

Deel 2 Zorgen 105

- 5 Verschillende voorstellingen van zorgen als activiteit 107**
- Inleiding 108
- 5.1 Een typologie van menselijke activiteiten 111
- Introductie 111
- 5.1.1 Globale typering 113
- 5.1.2 Context en transformatie 117
- 5.1.3 Tussenbalans: wat we doen verschilt 121
- 5.2 Zorgen voor iemands gezondheid als menselijke activiteit 122
- Introductie 122
- 5.2.1 Zorgen als verschijnsel onder de politiek 122
- 5.2.2 Zorgen als politiek verschijnsel (handelen) 128
- 5.2.3 Zorgen als bovenpolitiek verschijnsel 131
- 5.2.4 Evaluatie: meerdere vormen van zorgen 135
- 5.3 Conclusie: zorgen verschilt, ook moreel gesproken 136
- 6 Zorgen als politiek verschijnsel: handelen 141**
- Inleiding 142
- 6.1 Zorgen als zorg overeind houden: kiezen voor sfeer of kiezen voor handelen? 144
- Introductie 144
- 6.1.1 Achterhuis: zorgen kent een aparte sfeer 144
- 6.1.2 Van Heijst: zorgen doet zich voor als handelen 146
- 6.1.3 Evaluatie 147
- 6.2 Wat maakt geneeskunde nu precies tot handelen? 150
- Introductie 150
- 6.2.1 Geneeskunde als exemplarische vorm van handelen 150
- 6.2.2 Doorslaggevende kenmerken: de transformatie van arbeid naar handelen 158
- 6.2.3 Evaluatie 160
- 6.3 Doorwerking: karakteristieken van professionele zorg 161
- Introductie 161
- 6.3.1 Over de handelingsdimensies van professionele zorg 163
- 6.3.2 De bijzondere sfeer van de zorg? 167
- 6.3.3 Evaluatie 172
- 6.4 Conclusie: professionele gezondheidszorg als sociale, inter-actieve praktijk 173

Deel 3 Organisatie 177**7 Uiteenlopende beelden van zorgorganisaties 179**

- Inleiding 180
- 7.1 De zorgorganisatie als managementding of als sociaal proces 180
 - Introductie 180
 - 7.1.1 De zorgorganisatie als managementding (Becker) 182
 - 7.1.2 Analyse: bepalende elementen van de organisatie als bestuurd systeem 185
 - 1. Wie handelt in de zorg? 185
 - 2. Sturen op cultuur 186
 - 3. Legitimatie 189
 - 7.1.3 De zorgorganisatie als betekenisvolle context (Pols) 189
 - 7.1.4 Analyse: bepalende elementen van de organisatie als betekenisvolle context 191
 - 7.1.5 Evaluatie 194
- 7.2 Totaliteit versus participatie: arbeids- of handelingsgerichte zorgorganisaties 195
 - Introductie 195
 - 7.2.1 Plato en de organisatie als totaliteit 197
 - 7.2.2 Aristoteles en de participatieve organisatie 201
 - 7.2.3 Evaluatie 206
- 7.3 Conclusie: de betekenis van organisatorische voorstellingen voor de zorg 207

8 De praktijk van het management: management als ‘maken’ 211

- Inleiding 212
- 8.1 De ambivalentie van technocratische managementconcepten 215
 - Introductie 215
 - 8.1.1 Veranderen en het amorele karakter van de manager 216
 - 8.1.2 De organisatie als machine en de werking van de utopie 218
 - 8.1.3 Evaluatie 221
- 8.2 Kritiek: weg van ‘het maken’ 222
 - Introductie 222
 - 8.2.1 Critical Management Studies 223
 - 8.2.2 Uitwegen: breken met het maken? 226
 - 8.2.3 Evaluatie 230
- 8.3 Conclusie 231

9 De praktijk van het management: managen als vorm van ‘handelen’ 235

- Inleiding 236
- 9.1 Managen als functie in een actornetwerk van de gezondheidszorg 237
 - Introductie 237

9.1.1	Netwerkgorganisaties, improvisatiemaatschappij, sturing	238
9.1.2	Grenzen aan zelfsturing?	241
9.1.3	Evaluatie	244
9.2	Leiding geven aan professionals	245
	Introductie	245
9.2.1	Leidinggeven tussen professionals	245
9.2.2	De werking van regels	248
9.2.3	Evaluatie	252
9.3	Moraliteit en rationaliteit van managen	252
	Introductie	252
9.3.1	Botsende handelingsoriëntaties in hun context	253
9.3.2	Twee mogelijke managementoriëntaties	256
9.3.3	Doorwerking	258
9.3.4	Evaluatie: onderscheiden sferen, onderscheiden ethieken	260
9.4	Conclusie: management als morele praktijk in de zorg	262

Deel 4 Conclusies 265

10 Conclusies: een voorstelling van een praktijkgerichte ethiek in de zorgorganisatie 267

	Inleiding	268
10.1	Elementen van een handelingsgerichte ethiek in de zorg	268
	Introductie	268
10.1.1	Betekenisvolle beelden	269
10.1.2	Betekenisvolle termen	276
10.1.3	Evaluatie	280
10.2	Implicaties van een handelingsgerichte ethiek	282
	Introductie	282
10.2.1	Implicaties voor ethici en practici	282
10.2.2	Consequenties voor patiënten, burgers en buitenlui?	286
10.3	Ten slotte	291

Literatuur 294

Lijst van figuren 312

Summary 313

Samenvatting 321

Nawoord 331

Curriculum Vitae 333

Inleiding

“Ethiek is in.” Met die woorden begon jaren negentig van de vorige eeuw een onderzoeksrapport dat handelde over het ethiekbeleid¹ van zorginstellingen in Nederland (Van Willigenburg e.a. 1992). Het rapport refereerde aan allerlei initiatieven die in Nederlandse zorginstellingen op het gebied van de ethiek werden ondernomen (Vgl. Van der Kloot Meijburg 1992; 1995; 1996; Van der Kloot Meijburg en Ter Meulen 2001) en bracht die voor het eerst globaal in kaart. Daarmee attendeerde het uitdrukkelijk op een eigen verantwoordelijkheid van het management van zorgorganisaties om de ethiek niet zomaar over te laten aan de professionals of aan ethici, maar deze ook te zien als een reguliere taak van de directies (Vgl. CELAZ 1993).

In lijn van dat rapport kan men zeggen dat er in Nederlandse zorginstellingen nog steeds allerlei initiatieven worden genomen op het gebied van de ethiek. Niet alleen met het oog op deze initiatieven maar ook gelet op de publicaties die met de regelmaat van de klok op het gebied van ethiek en gezondheidszorg verschijnen, kan men zeggen dat ethiek in zorginstellingen nog steeds ‘in’ is. Wel valt te constateren dat er zich verschuivingen hebben voorgedaan met betrekking tot de onderwerpen, de organisatorische vormgeving en de inzet van het ethiekbeleid (Vgl. CELAZ 1998, Van Dartel, Jacobs en Jeurissen 2002). Ten aanzien van alle drie aspecten is er sprake van een verbreding (Van Dartel 2003; 2006). Qua onderwerpkeuze houdt men het allang niet meer alleen bij complexe medische behandelingsbeslissingen. Ook qua organisatorische vormgeving heeft de ethiek zich verbreed. Zo kan worden geconstateerd dat het niet langer een exclusieve zaak van commissies is. En ten slotte heeft zich ook een verbreding voorgedaan ten aanzien van de inzet van het beleid: het gaat niet alleen meer om de drie traditionele hoofdzaken, namelijk toetsing van onderzoek, de advisering over complexe casus of de formulering van normatieve protocollen. Ook andere zaken van het organisatiebeleid komen langzamerhand naar voren als relevante elementen van het ethiekbeleid. Zo zien we naast een gezondheidsethische interesse ook een meer bedrijfsethische interesse op het gebied van het ethiekbeleid in zorginstellingen ontstaan (Vgl. Van Luijk 1991; Van Dartel 1999; Spencer e.a. 2000; Van Dartel, Jacobs en Jeurissen 2001; Smith Iltis 2006).

1 Onder de term ‘ethiekbeleid’ rangschik ik alle initiatieven onder verantwoordelijkheid van het management van zorginstellingen op het gebied van de ethiek. Als Engels equivalent voor die term kan het beste het begrip ‘ethics management’ worden opgevoerd (Jeurissen 2004). ‘Ethics management’ onderscheid ik van de zogenaamde ‘clinical ethics’: dat is van een andere orde. ‘Clinical ethics’ duidt op allerlei activiteiten die in instellingen worden doorgevoerd op het gebied van de ethiek, zonder dat daarmee de verantwoordelijkheid voor die activiteiten is bepaald. ‘Clinical ethics’ impliceert in de regel ook de betrokkenheid van ethici bij deze praktische activiteiten. De Nederlandse term ‘klinische ethiek’ (Widdershoven 2000), die overigens sporadisch wordt gebruikt, zal ik niet hanteren omdat deze teveel associaties oproept met de wereld van het ziekenhuis. Ethiekbeleid (‘ethics management’) heeft in Nederland betrekking op allerlei zorginstellingen en is niet alleen een zaak van ziekenhuizen. Ethiekbeleid (‘ethics management’) onderscheid ik ook van ‘moral management’. Die term werd in de jaren negentig ook in Nederland wel gebruikt voor het ethiekbeleid (CELAZ 1993). In die zin is het een verwarrend begrip. Voorzover gebruikt reserveer ik het voor de kwalificatie van de morele keuzes van het management bijvoorbeeld op het gebied van de ondernemingsstrategie. Een andere term daarvoor is ‘managementethiek’ (‘management ethics’ of ‘ethical management’).

Overigens is deze verbreding op het gebied van het ethiekbeleid geen exclusief Nederlandse aangelegenheid. In andere landen doet zich een vergelijkbare ontwikkeling voor of wordt daarvoor gepleit (vgl. Slowther & Hope 2000; Slowther, Hope & Ashcroft 2001; McGee e.a. 2001; Slowther 2004; Vollmann 2008; Hirsch 2006; Lebeer 2006; Meulenbergs, Vermylen en Schotsmans 2005; Remans 2005, 85 vv). Op één punt lijkt zich evenwel in Nederland een bijzonderheid te manifesteren. In het Nederlandse ethiekbeleid komt veel nadruk te liggen op de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren om hun eigen keuzen beter te beargumenteren (Vgl. Molewijk en Widdershoven 2006; Jeurissen en Van Dartel 2006; Molewijk Van Zadelhoff e.a. 2008; Molewijk, Muijen, Abma en Widdershoven 2008; Molewijk 2009; Van Dartel 2009). Er zijn ook andere sporen waarbij vooral nadruk wordt gelegd op gedragsregulering van de medewerkers door de introductie van ethische gedragscodes en protocollen (Vgl. Van Dartel en Jacobs 1999). Het meeste gewicht krijgt echter de versterking van de morele reflectie van de beroepsbeoefenaren op geleide van methodische aanwijzingen van ethici. Sleutelwoorden voor deze ontwikkeling zijn naast 'normatieve professionaliteit' (Jacobs 2008; Vgl. Jacobs 2010; Van Houten 2008), 'moreel beraad' (Molewijk e.a. 2008) en 'reflectieve professionaliteit' (Verkerk 2005). Het zijn begrippen die voor een door ethici en filosofen uitgedragen gedachtegoed staan dat veel nadruk legt op de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren om de eigen keuzen en de daarbij gehanteerde normen en waarden kritisch te onderzoeken en op die manier beter vorm te geven aan hun praktijk. Ethiek als reflectie op de praktijk verbindt zich hier op een specifieke wijze aan een articulatie van professionaliteit (Jacobs 2006; Verkerk 2004; 2008; Van Dartel 2009).

Voor het ethiekbeleid impliceert dit dat er in organisaties ruimte wordt gecreëerd voor professionals om het eigen handelen in overeenstemming te brengen met door henzelf kritisch vastgestelde waarden en normen (Verkerk, De Witte en Van Dartel 2008). Ethici introduceren daarbij allerlei methodische werkvormen ter ondersteuning van de professionals bij de vormgeving van hun praktijk (Steinkamp en Uertz 2002; Manschot en Van Dartel 2003; Van Nistelrooij 2008; Bauduin en Kanne 2009). Deze ontwikkeling beschouw ik als een beweging naar een meer *handelingsgerichte* ethiek. Daarmee doel ik op een vorm van praktijkgebonden ethiek die de reflectie van professionals op het eigen handelen tot aangrijpingspunt maakt voor het ethiekbeleid in zorgorganisaties. Met mijn onderzoek wil ik een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een dergelijke ethiek en een daarop aansluitend ethiekbeleid.

Deprofessionalisering

Het is een intrigerende ontwikkeling, zeker wanneer men deze handelingsgerichte oriëntatie in de ethiek afzet tegen contrasterende bewegingen die zich tegelijkertijd ook afspelen in de zorginstellingen en breder nog, in heel de dienstensamenleving: bureaucratisering en deprofessionalisering. In bredere zin wordt ook

wel gesproken over 'beroepszeer' om de effecten van deze bewegingen bij de professionals tot uitdrukking te brengen (Van den Brink, Jansen, Pessers e.a. 2005; Vgl. Tonkens 2003; Tonkens 2008; Van der Lans 2008; Van den Brink, Jansen en Kole 2009). Het is een fenomeen dat tegenover een handelingsgerichte ethiek die de professionals lijkt te ondersteunen in de opbouw van hun verantwoordelijkheid, tegelijk een groeiende onmacht van professionals etaleert om op een adequate wijze tegemoet te komen aan de eigen doelstellingen van de beroepsuitoefening. Dit fenomeen van gefrustreerde en tekortschietende professionals spreekt zodanig tot de maatschappelijke verbeelding dat het resoneert tot op het niveau van de landelijke politiek. Beroepszeer is qua oorzaak een veelkoppig fenomeen waarvan de kern lijkt te zijn dat de professionele handelingsruimte steeds meer wordt bezet door heteronome definities en benaderingen. Voor een deel kan deze ontwikkeling van deprofessionalisering worden toegelicht met een verwijzing naar afrekenmethoden die in toenemende mate van belang zijn geworden in maatschappelijke sectoren als het onderwijs en de zorg. Ze leiden er in de gezondheidszorg toe dat de kwaliteit niet meer wordt opgehangen aan het professioneel oordeel in relatie tot de bijzondere vragen van patiënten, maar afhankelijk wordt gemaakt van de mate waarin de geboden zorg voldoet aan een waterniveau van parameters en outputcriteria van externe stakeholders zoals verzekeraars, consumentenorganisaties maar ook de overheid (Vgl. Putters, Frissen en Foekema 2006, 66 vv). Hoewel deze bewegingen die leiden tot een ervaring van vervreemding in de beroepsuitoefening ten aanzien van de gestelde taken (Kole en De Ruiters 2007) frequent worden toegeschreven aan de bureaucratische regulering door externe partijen zoals het management of de staat, kan worden vastgesteld dat ze voor een even belangrijk deel in gang worden gezet door de professionals zelf (Jeurissen en Van Dartel 2006). Zo zijn processen als standaardisatie en protocollering van de zorg die maken dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening eerder wordt gerelateerd aan de inachtneming van algemene standaarden dan aan het oordeel van de direct betrokkenen in de individuele zorgsituatie, niet alleen het resultaat van toenemende managementinvloeden maar evenzeer van een professionaliseringsstreven binnen de beroepsgroepen zelf. Vooral het ideaal van meer *evidence based* praktijkvoering laat zich hier gelden.

Niet voor niets stelt een op de zorg betrokken sociaal-filosoof als Van Houten dat de zorgprofessionals zich in een paradoxale situatie bevinden. Aan de ene kant lijkt het dat zij een betrekkelijk autonome positie innemen in de relatie met de patiënten voor wie zij zorg dragen en dat zij daarbij kunnen uitgaan van een praktische rationaliteit die hun handelen stuurt. Aan de andere kant lijken zij onderworpen aan een technische rationaliteit die hun mogelijkheden tot zorgen en het uitoefenen van een eigen morele autoriteit juist drastisch inperkt. De paradox schuilt volgens Van Houten hierin dat beide situaties zich gelijktijdig voordoen (Van Houten 2006). In zekere zin weerspiegelt zich dat in het ethiekbeleid van instellingen: aan de ene kant stuurt men daarin aan op een versterking van de professionele autonomie, aan de andere kant zijn er ook signalen van een meer

gedragsregulerende inzet. Maar zoals gezegd lijkt de tendens richting versterking van de reflectieve c.q. normatieve professionaliteit het zwaarst wegend.

Vraagstelling

Deze paradoxale ontwikkeling roept allerlei vragen op over de betekenis van de toegepaste ethiek in het veld van de gezondheidszorg. Bijvoorbeeld, of het pleidooi voor de versterking van een reflectieve professionaliteit moet worden beschouwd als een reactie op de tendensen van deprofessionalisering. En als het een dergelijke reactie is: hoe moet die dan worden gewaardeerd? Wat zijn vervolgens de te verwachten effecten van een dergelijke reactie? Ook intrigerend in dit verband: in hoeverre zadelt koersen op een versterking van normatieve professionaliteit de beroepsbeoefenaren én de ethiek op met een onmogelijke opgave? Het zijn interessante vragen maar naar mijn mening gaan er andere aan vooraf die in de regel onbeantwoord blijven. Zo'n vraag is:

hoe dient een ethiekbeleid van zorginstellingen eruit te zien dat recht wil doen aan de eigen verantwoordelijkheid en deskundigheid van professionele zorgverleners?

Met het poneren van die vraag als de kernvraag van mijn onderzoek, kies ik niet voor een empirische benadering die op zoek gaat naar oorzakelijke factoren of sociologische interpretaties. In plaats daarvan kies ik voor een filosofische door-denkning van de dominante ontwikkelingstendensen die zich voordoen in het ethiekbeleid van instellingen van gezondheidszorg. Het gaat daarbij om een door-denkning die binnen de context van de actuele ontwikkelingen zoekt naar een antwoord op de vraag naar de verantwoordelijkheid van de zorgverleners voor goede zorg. Om de context ernstig te nemen, neem ik als achtergrond van mijn vraag de verschijnselen van deprofessionalisering en bureaucratisering mee die worden aangeduid als 'beroepszeer'. Hoe dan ook zal een ethiekbeleid van zorgorganisaties met dergelijke verschijnselen interfereren. De vraag wordt dan hoe men met het oog op de zorg voor patiënten dient te laven tussen professionalisering en bureaucratisering. En wat dat betekent voor de definiëring van de verantwoordelijkheden in een organisatie. Hoe dan ook maakt de ambivalentie van de ontwikkelingen in de zorg de opgave om een ethiekbeleid te ontwikkelen dat recht doet aan de zorg en de verantwoordelijkheid van de zorgverleners, tot een complexe.

Overigens verdient de keuze voor zo'n specifieke contextgeoriënteerde insteek nog een nadere toelichting. In belangrijke mate verbind ik die keuze aan de oproep van een aantal ethici en filosofen om ethiek niet los te zien maar steeds te doordenken vanuit de context waarin wordt gehandeld. Een Nederlandse pleitbezorger van deze benadering is Marian Verkerk. Samen met anderen stelt zij dat ethiek zou moeten naturaliseren (Lindemann, Verkerk, Walker 2009). Ik begrijp dat als een streven om het denken over moraal nauw te verbinden aan de perspec-

tieven van degenen die in specifieke praktijken verantwoordelijkheid dragen. Voor de gezondheidszorg impliceert dat in de eerste plaats aandacht voor de verantwoordelijkheidsdefiniëring van de zorgverleners. Het past bij een visie die zoals een andere vertegenwoordiger van deze stroming - Margaret Walker - schrijft, moraal definieert, als 'cultureel gesitueerde en sociaal ondersteunde verantwoordelijkheidspraktijken welke worden onderwezen en verdedigd als manieren waarop mensen zouden moeten leven' (Walker 1998, 201). Ethiek is, zo begrepen, nooit los verkrijgbaar maar zal steeds dienen te worden gesitueerd in een specifieke context.²

Een dergelijke benadering vraagt, zo geven Verkerk en Lindemann ook aan, niet alleen om een inspanning van ethici om practici te leren zorgvuldig moreel te redeneren. Ethici dienen voortaan ook aandacht te besteden aan de manier 'waarop de werkomgeving het gevoel vormt van de praktijkbeoefenaars voor wat echt belangrijk is' (Verkerk en Lindemann 2009, 245). Bijgevolg komt ook de organisatorische context in het vizier waarin de zorgprofessionals handelen. En daarmee het perspectief van degenen die die organisatorische context in belangrijke mate bepalen, managers en bestuurders. Hun visie op zorg en organisatie zal immers ook doorwerken in de vormgeving van de zorg door de praktijkbeoefenaars.

Zo veronderstelt het ernstig nemen van de context dat ik naga wat voor implicaties een ethiek die recht wil doen aan de professionele zorgverlening, heeft voor het denken over de 'zorg'. En in lijn daarvan voor het definiëren van de 'organisatie'. Omgekeerd zal ik ook nagaan wat bepaalde opvattingen over 'zorg' en 'organisatie' betekenen voor de mogelijkheden van een praktische ethiek in zorgorganisaties. En voor de rol van de ethicus. Met andere woorden: hoewel ik de praktijk van de zorg als basis en uitgangspunt neem voor het denken over een ethiekbeleid, ga ik er vanuit dat het ernstig nemen van 'ethiek' en 'organisatie' op hun beurt specifieke effecten zal hebben voor het definiëren van de 'zorg'. Op beleidsniveau en in de praktische uitwerking van het beleid zullen de definiëringen van 'ethiek', van 'zorg' en van 'organisatie' elkaar steeds wederzijds beïnvloeden.

Relevantie

Een systematische beantwoording van de onderzoeksvraag is relevant voor diverse belanghebbenden. Degenen die in zorgorganisaties zijn betrokken bij het ethiekbeleid, zullen daarover min of meer uitgesproken beelden en verwachtingen hebben. Een conceptuele verheldering van een handelingsgerichte ethiek kan hen ondersteunen om hun positie ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de doelen van het ethiekbeleid beter te expliciteren (Vgl. Munk 2005; Dauwerse e.a. 2011). Dan gaat het niet alleen om ethici die werkzaam zijn op het veld van de gezondheidszorg maar ook om degenen die in en vanuit de organisaties zijn betrok-

2 Strikt gesproken gaat het - in termen van Musschenga - eerder om een contextuele dan om een context-sensitieve ethiek (Musschenga 2004).

ken bij het ethiekbeleid. Met als voornaamste exponenten managers en professionals.

Om met de eerste categorie te beginnen: een gevaar voor ethici (en allen die daarvoor doorgaan) is dat het hen aan voorbereiding ontbreekt, wanneer zij zich als adviseur in de zorgpraktijk bewegen. Zonder goed zicht op de praktijkvragen of op de context ervan, worden enthousiast allerlei activiteiten opgestart; doet men incidenteel een moreel beraad; of start men met een commissie ethiek. Het risico dat men door deze fragmentarische aanpak teleurstellingen induceert is groot. Daarom is zorgvuldigheid geboden (Van Dartel 2003; 2008). Deze studie tracht daarin te voorzien.

Die zorgvuldigheid kent verschillende aspecten. Als men die vanuit de zorgethiek (Tronto 1993; Verkerk 1994) zou willen benoemen betreft het er minimaal vier.

In de eerste plaats gaat het er om dat de ethicus *aandacht* heeft voor de behoeften die leven in de praktijk: welke ontwikkelingen doen zich voor? Wat is er gaande? Welke vragen leven er? Hoe worden ze beleefd?

In de tweede plaats gaat het om de *verantwoordelijkheid* die de ethicus zich ten aanzien van die vragen toekent. Of die hem wordt toegekend. Wie zegt immers dat de ethicus de meest aangewezen figuur is voor het oplossen van morele vragen in de praktijk? Waarom die taak niet primair neergelegd bij anderen die verantwoordelijkheid dragen, bij leidinggevenden bijvoorbeeld?

In de derde plaats gaat het ook om de *competenties* van de ethicus bijvoorbeeld op het gebied van reflectieondersteunende methoden; of de beoordeling van de ontwikkelingen van de organisatie met betrekking tot de ethische reflectie. Wie de verantwoordelijkheid neemt om bepaalde vragen te beantwoorden, zal nu eenmaal daarvoor dienen te zijn toegerust.

Ten slotte - en daarmee kom ik aan het vierde punt - zal de ethicus zijn ondersteuning zo in dienen te richten dat deze ook *responsief* is, dat wil zeggen dat hij aankomt bij degenen die de praktijken vormen en knelpunten ervaren in de moraliteit ervan.

In deze studie concentreer ik me ten aanzien van deze aspecten vooral op de verantwoordelijkheid van de ethicus in relatie tot de vragen en behoeften die zich in de praktijk van de gezondheidszorg op het gebied van de moraal voordoen. Naar ik verwacht kan deze studie de ethicus ondersteunen om zich een adequate voorstelling te maken van zijn activiteiten: hoe ziet een verantwoorde ethiekpraktijk eruit tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in het veld? Hoe kan zij zo worden ingericht dat ze de zorg als professionele praktijk versterkt en ondersteunt? Hoe verhoudt zij zich ten opzichte van de verantwoordelijkheden van de professionals zelf? Of van de managers?

Helderheid omtrent de mogelijke activiteiten van de ethicus, de richting van zijn streven, de achterliggende voorstellingen die hij of zij hanteert over zorg en organisatie, werkt ook ondersteunend voor de betrokkenen in de organisatie: om te beginnen voor de managers die in principe verantwoordelijk kunnen worden ge-

houden voor elk ethiekbeleid in de organisatie (Vgl. Agenda Ethiek en Gezondheid 2001; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1999). Minimaal dienen zij de globale consequenties van de beleidsalternatieven te kunnen onderscheiden en daarover met de ethicus in gesprek te gaan. Maar ook voor de beroepsbeoefenaren die zijn betrokken bij projecten op het gebied van de ethiek of zich in het kader van hun eigen ontwikkeling een voorstelling willen maken van ethische reflectie (zoals artsen, verpleegkundigen, kwaliteitsfunctionarissen, geestelijk verzorgers), is een beter beeld van grondpatronen in het ethiekbeleid relevant: voor hen is het in het bijzonder van belang om te weten welke percepties van hun activiteiten leidend zijn voor het ethiekbeleid. In welke mate spoort het uitgezette beleid met de eigen verwachtingen en beelden van hun professionele handelen? In welke mate worden zij erkend als betrokkenen bij het beleid? Wat zegt dat over de definiëringen van hun beroepsrol?

Kortom: door de opvattingen over het ethiekbeleid die in deze studie worden gepresenteerd en in verband daarmee de verheldering van de begrippen 'ethiek', 'zorg' en 'organisatie', krijgen de meest betrokken actoren bij het ethiekbeleid de mogelijkheid om zich te oriënteren op de rollen die zij daarbij worden verondersteld in te nemen.

Methode

Wie op zoek gaat naar antwoorden op de vraag hoe een ethicus te werk dient te gaan, komt er verschillende tegen. Die zijn niet alleen afhankelijk van de wetenschappelijke of filosofische stroming waartoe iemand zich rekent maar uiteraard ook van het onderwerp waarop de vraag betrekking heeft (Vgl. Musschenga 2010, 161 vv). In dit onderzoek gaat het om de definiëring van een vorm van praktische ethiek in een specifieke context. Daaraan vallen al enkele belangrijke aanwijzingen voor de methode te ontleen. Het bestempelt het onderzoek vanzelf tot een vorm van 1. meta-ethiek waarbij 2. recht dient te worden gedaan aan de context waaraan die praktische ethiek wordt gerelateerd.

In de onderzoeksvraag benadrukte ik dit karakter al door aan te geven dat het denken over een ideaalbeeld voor ethiekbeleid recht dient te doen aan de eigen verantwoordelijkheid en deskundigheid van professionele zorgverleners.

Om aan die eis tegemoet te komen onderneem ik geen nieuw empirisch onderzoek maar ga ik uit van gegevens die er over die ontwikkelingen zijn. Verder wordt aan het criterium van een contextgeoriënteerde benadering tegemoet gekomen door in het onderzoek aandacht te schenken aan a. 'ethiek', b. 'zorg' en c. 'organisatie' als belangrijke, samenhangende dimensies van een praktijkgerichte ethiek in zorgorganisaties. De dimensie van de 'zorg' neem ik daarbij als uitgangspunt. Bij de weergave van de opzet en structuur van dit boek die ik verderop presenteer, zal ik hier nader op ingaan.

Gelet op de ontwikkelingen in de zorg wil ik hier nog benadrukken dat ik de context van het onderwerp breed definieer: professionele zorgorganisaties staan

immers niet op zichzelf maar worden in hun ontwikkelingen ook weer beïnvloed door politiek-maatschappelijke processen. Dat vraagt de aandacht. De brede scope die ik nastreef, correspondeert met programma's praktijkgerichte ethiek zoals die sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw worden voorgesteld voor professionele groepen en voor instellingen van gezondheidszorg (Vgl. College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aangelegenheden van de Zorg 1993). Een mooi voorbeeld - ook voor de oriëntatie van het eigen onderzoek - vind ik het ethiekprogramma van de Universiteit van Harvard. Dat houdt al jaren staande dat een praktische ethiek voor de opgave staat om de professionele regels en klinische ervaringen te verbinden aan de bredere sociale context waarin professionals praktiseren (Blagg 2007, 6). Het programma onderscheidt daarbij drie aspecten: in de eerste plaats dient een praktische ethiek theorie en praktijk aan elkaar te verbinden om de ethische conflicten die zich in de praktijk voordoen zo goed mogelijk te verduidelijken. In de tweede plaats dient aandacht te worden besteed aan de institutionele context waarin professionals werkzaam zijn. Dat is een dimensie die volgens de opstellers van het programma nogal gemakkelijk wordt verwaarloosd (Blagg 2007, 6). In de derde plaats dient acht te worden geslagen op het politieke karakter van de praktische ethiek. Praktische ethiek is om twee redenen politiek geaard, zo stelt het programma. Het gaat in de praktijk immers nooit alleen om de vraag wat wordt besproken, maar ook om wie er meesprekt; vervolgens is er nog de specifieke vraag wie de praktijk van de professional eigenlijk reguleert: is het de samenleving of toch de professional zelf? Het zijn vragen die gelet op de toegenomen economisering van de zorg extra aandacht vergen (Blagg 2007, 7; Verstraeten 1992). Voor de studie die ik hier onderneem monden deze kwesties uit in een vraag naar de spreekbevoegdheid van de practici over het morele gehalte van hun praktijk en de vertaling daarvan in het ethiekbeleid.

Nogmaals: methode

Deze studie baseer ik verder op enkele fundamentele aannames over de toegepaste ethiek zoals die door verschillende auteurs worden gebezigd, nog voor zij elkaar in de haren vliegen over de meer gedetailleerde uitwerkingen daarvan. De ethiek verschijnt dan als een *denkdiscipline* die geen genoegen neemt met wat vanzelfsprekend lijkt maar doorvragend tot een analyse komt van de gehanteerde concepten op het betreffende gebied van de moraal. Tegelijk wordt zij voorgesteld als een *praktische discipline* die de praktijk verder wil helpen bij het geven van antwoorden op de vraag wat het goede is om te doen (De Beaufort, Hillhorst, Vandamme 2008, 20-21). Volgens Van der Wal bewijzen ethici hun bijzondere expertise in deze in zichzelf al ingewikkelde beweging tussen *reflectie* (denkdiscipline) en *probleemoplossing* (praktische discipline) (vgl. Van der Wal 2008, 17 vv) door a. 'een zekere technische kennis van gangbare ethische analyses, argumentatiefiguren, ethische modellen enz; b. een weet hebben van presupposities die aan die modellen en theorieën ten grondslag liggen, van de contexten waarin zij bruik-

baar zijn en daarmee van de beperkingen waaraan zij onderhevig zijn, kortom een bewustzijn van de filosofische achtergronden' (Van der Wal 2008, 37). Van der Wal voegt daar aan toe dat het tweede aspect in belangrijke mate bepalend is voor het eerste: kennis van de filosofische achtergrond voedt als het ware de technische beoordeling van de morele vraagstukken. Verderop preciseert hij nog door te stellen dat de ethicus ook over een meer algemeen vermogen dient te beschikken namelijk 'om morele problemen in bredere contexten te plaatsen en zo zicht te krijgen op wat er eigenlijk speelt' (Van der Wal 2008, 38).

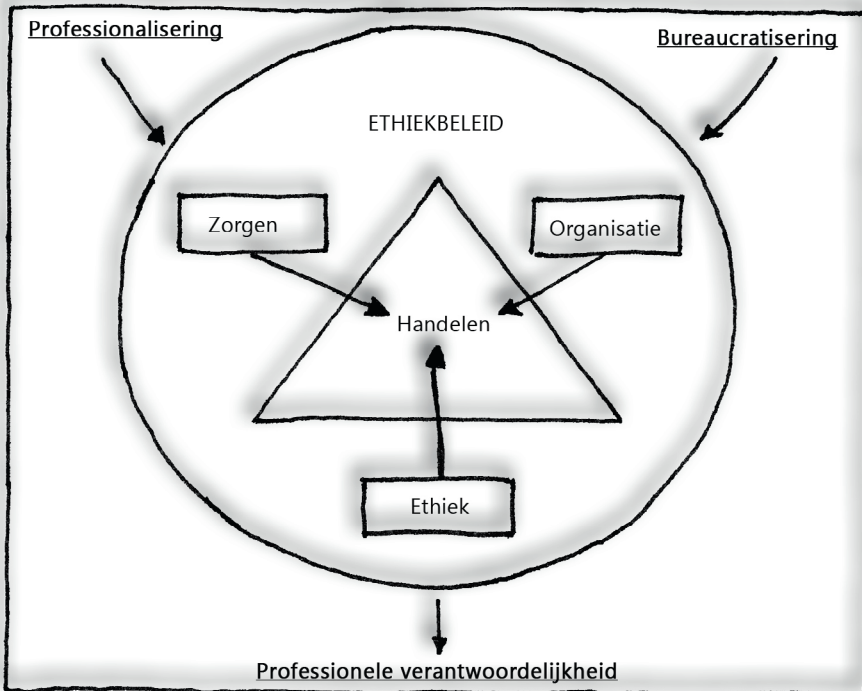
Hoewel ik de omschrijving van Van der Wal ook richtinggevend vind voor het voorliggend onderzoek, ervaar ik deze nog als te abstract voor het uitlijnen van de opgave waar ik voor sta. Daarom geef ik een nadere invulling door in aansluiting bij Zwart die eveneens ingaat op de specifieke en complexe rol van de toegepaste ethicus (Zwart 2003) een methodische precisering te formuleren: in deze studie worden de filosofische achtergronden en de normatieve mogelijkheden van ethiekbeleid in zorgorganisaties onderzocht aan de hand van 1. bepalende *beelden en patronen* en 2. een aantal ethisch betekenisvolle *termen of markers* in relatie tot een handelingsgerichte ethiek.

Met betrekking tot die eerste categorie, beelden en patronen, signaleert Zwart dat veel praktisch ethici gebruik maken van visualisaties van problemen of situaties. Aan de ene kant betreft dat het gebruik van standaardbeelden voor bepaalde problemen. Aan de andere kant wijst hij ook op de evocatieve mogelijkheden van (bijvoorbeeld schrik)beelden (Zwart 2003, 50-51). Zo merkt hij op dat ethici en filosofen graag contrastbeelden hanteren om de morele spanning tussen of de veranderingen van bepaalde overtuigingen te etaleren. In dat kader wijst hij op het werk van een filosoof die ook voor ons thema van belang is, MacIntyre: deze maakt onder meer gebruik van specifieke morele karakters waaronder dat van de manager om de morele conditie van de tegenwoordige tijd te etaleren (Zwart 2003, 52; MacIntyre 1984).

Overigens dienen ethici met betrekking tot de productie van evocatieve beelden volgens Zwart zelfkritisch te zijn. Terughoudendheid is op zijn plaats. Desalniettemin vind ik het werken met (contrasterende) beelden een interessante weg om een mogelijk ethiekbeleid in relatie tot de zorg en de zorgorganisatie te verduidelijken. En om practici en ethici uit te nodigen er hun eigen contrasterende beelden tegenover te plaatsen. Dat zal ik niet alleen doen voor de ethiek zelf. Ook voor het zorgen en de organisatie ga ik op zoek naar verhelderende beelden waarvan ik de betekenis eventueel nog nader toelicht door andere, contrasterende beelden daartegenover te plaatsen. Aansluitend bij Van der Wal zal ik de beelden van 'ethiek', 'zorgen' en 'de organisatie' opbouwen aan de hand van noties uit de (geschiedenis van) filosofie en de ethiek. Daarnaast maak ik gebruik van andere bronnen. Zo zal ik bij de verkenning van de zorgorganisatie gebruik maken van gezondheidswetenschappelijk onderzoek naar veranderingen in moderne zorgsystemen.

Bij deze opbouw van een visie op het ethiekbeleid zal ik aannemelijk trachten te maken dat specifieke beelden van de 'zorg' implicaties hebben voor de visie op

de 'organisatie' en de 'ethiek'. En vice versa. Op die manier herleid ik beelden van zorg, van ethiek en van de organisatie tot een samenhangend patroon met naar ik verwacht ook normatieve zeggingskracht. In grote lijnen gaat het om een figuur, die 'zorgen', 'ethiek' en 'organisatie' op een specifieke manier met elkaar tracht te verbinden (Vgl. figuur 1). En wel via het begrip 'handelen'. Hoe die verbinding precies verloopt, staat nog open. Afhankelijk van de discursieve ingang - 'zorg' of 'ethiek' of 'organisatie' - zal het begrip 'handelen' van betekenis verschuiven. De veronderstelling die ik uit hoop te werken is dat door een verheldering van zorgen voor iemands gezondheid als een specifieke manier van handelen, niet alleen richting kan worden gegeven aan de opbouw van de zorgorganisatie, maar dat daardoor ook aanwijzingen kunnen worden geformuleerd voor de inrichting van de ethische reflectie. Tegelijk veronderstel ik dat een verkenning van de ethiekpraktijk en de ethische traditie aanwijzingen kan geven voor de inrichting van een professionele zorgpraktijk én organisatie: 'reflectieve professionals' vragen ook om een 'reflectieve organisatie' (Vgl. Verkerk en Van Dartel 2005).



Figuur 1: voorstelling van een handelingsgericht ethiekbeleid

Ten slotte zullen ook de ontwerpparameters van een organisatie effect hebben op de definitie van de zorg en de mogelijkheden en onmogelijkheden van ethische reflectie in de context van die organisatie. Het ene organisatieperspectief bijvoorbeeld zal meer inzetten op professionalisering, het andere op bureaucrativering.

Afhankelijk van de inzet zal dat verschillen genereren in het begrip van de zorgpraktijk en tot verschillende invullingen kunnen leiden van de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverleners. Hoe dan ook, ik veronderstel dat het - uitgaande van een centraal kernbegrip namelijk 'handelen' - mogelijk moet zijn om een ethiekbeleid te ontwerpen dat zorgverleners vanuit de organisatie helpt om hun handelen jegens hun patiënten ethisch te doorgronden en zo nodig te verbeteren. Overigens krijgt een dergelijk 'handelingsgericht ethiekbeleid' - hoe het er verder ook uit ziet - pas echt betekenis wanneer het practici en ethici blijkt uit te nodigen om er voor hun eigen praktijksituatie contrasterende of rivaliserende beelden naast te zetten.

Met de verwijzing naar 'handelingsgerichtheid' als kenmerk van zo'n concept kom ik uit bij de tweede categorie die Zwart naast dat van de beelden onderscheidt als hulpmiddel voor een praktische ethiek, namelijk die van betekenisvolle ethische termen. Wat betreft deze tweede categorie - betekenisvolle ethische termen - merkt Zwart op dat ethici er niet alleen voortdurend op uit zijn om dergelijke termen die ethische vertogen structureren, te onderscheiden en te analyseren, maar ook om ze te *produceren*. Wanneer dergelijke termen een min of meer erkende betekenis krijgen in debatten over bepaalde ethische kwesties, krijgen ze volgens Zwart het karakter van een grondterm of *marker*. Ze kunnen al of niet met elkaar in een verband worden geplaatst zodat ze de vorm van een raster krijgen. Als mogelijk betekenisvolle termen in relatie tot een handelingsgericht ethiekbeleid poneer ik in ieder geval naast 'ethiek', 'zorg' en 'organisatie': '*handelen*', '*professionele verantwoordelijkheid*', '*professionalisering*' en '*bureaucratisering*'.³ Mogelijk ontdekken we er nog meer.

Inspiratie

Inspiratie voor mijn manier van doen vind ik naast de eerder genoemde ideeën van pleitbezorgers van een naturaliserende ethiek ook in de opvattingen van Michel Foucault. In de eerste plaats waar hij zijn filosofische teksten uitdrukkelijk presenteert als gereedschapskist (Foucault 1994, nr.151.720). Wie wat van zijn gading vindt ter verheldering van maatschappelijke vragen, die neme uit die kist. In lijn van deze zienswijze die de filosofie verbindt met alledaagse praktijken, beschouw ik de geschiedenis van het denken als een schuur vol gereedschap en vind ik bij diverse auteurs gepaste instrumenten. Het zal daarbij soms ook om schrijvers gaan die zich niet bijzonder hebben laten gelden op het onderzochte gebied, maar wel opvallen door een bijzondere invalshoek of een contrasterende opinie. Een voorbeeld van zo'n auteur is Achterhuis. Omdat het met een zaag lastig tim-

3 De veronderstelde relatie van deze verschillende termen heb ik op hoofdlijnen verduidelijkt in de figuur op de vorige pagina.

meren is, blijft een kritisch gebruik van het gereedschap overigens altijd aangewezen.

Daarnaast beschouwt Foucault zijn werk steeds als 'inleidend' (Ten Kate en Manschot, 1999, 7-8). Op die manier hoopt hij ruimte te scheppen voor vormen van spreken die de werkelijkheid niet vangen in afgesloten 'ware' beelden maar die juist uitnodigen tot vormen van 'vrij spreken', tot vrijheidspraktijken. Het zijn gedachten die hij uitdrukkelijk verbindt aan ideeën over een nieuwe ethiek (Fornet-Betanfour e.a. 1999, 102-106). Ook het voorliggende onderzoek begrijp ik zo: als een inleiding die uitnodigend is voor mensen die zich betrokken weten op de gezondheidszorg of daar verantwoordelijkheid dragen, om hun eigen praktijk kritisch te bevragen en van daaruit vorm te geven. Dat geeft het onderzoek een sterk evocatief karakter. Hoewel dat vooral een kwestie van stijl lijkt te zijn, is het dat niet helemaal. Voor een ethiek die contextueel wil zijn, blijft het, los van de kwaliteit van de inhoudelijke argumentaties, immers steeds de vraag in hoeverre de voorstellen die worden gedaan wel aansluiten bij de situatie van degenen die worden verondersteld er in hun praktijk iets mee te doen. Naast louter inhoudelijke afwegingen zijn er andere elementen die van invloed zijn op het gebruik van ideeën in praktijken zoals de acceptatie.⁴

Een volgende inspiratiebron is Max Weber. Om een tweetal redenen ben ik hem schatplichtig. In de eerste plaats betreft dat zijn visie op de ontwikkeling van de moderne samenleving, in het bijzonder de wijze waarop hij de bureaucratie als vorm van modernisering heeft beschreven. Hoewel in de beeldvorming - vooral door verwijzingen naar de metafoer van de IJzeren Kooi⁵ - steeds veel nadruk komt te liggen op negatieve aspecten van bureaucrativering zoals die door hem zouden zijn beschreven, kent zijn beschrijving veel nuances (Grit 2000, 23 vv). Dat biedt, naar zal blijken, goede mogelijkheden voor een conceptualisering van de managementfunctie in professionele zorgorganisaties.⁶ In de tweede plaats betreft dat het door hem geïntroduceerde begrip van het *ideaaltype*. Ideaaltypen karakteriseert hij als conceptuele instrumenten die heuristisch van nut kunnen zijn bij het doorgronden van de chaotische werkelijkheid (Weber 1968, 189; De Wilde 1989, 121-122; Becker 2007, 68). Dat begrip ondersteunt de door Zwart voorgestelde werkwijze van de ethicus om zich te richten op een normatieve verbeelding

4 In de organisatiekunde wordt dat fenomeen wel uitgedrukt in de metaforen $R = I \times A$ (waarbij R staat voor Resultaat, I voor Inhoud en A voor Acceptatie) of $E = K \times A$ (waarbij E staat voor Effectiviteit, K voor inhoudelijke Kwaliteit en A wederom voor Acceptatie) (vgl. Weggeman 2003, 63-64). In de filosofie is er een parallel met het begrip regels-volgen in het latere werk van Wittgenstein waarbij de praxis van het regels volgen, waarin beslist wordt over de regel, wordt onderscheiden van de regel zelf (vgl. Grayling 2000, 106-113).

5 Vgl. noot H27 blz 44.

6 Volgens filosoof René ten Bos laat Webers benadering van bureaucrativering in tegenstelling met die van de Amerikaanse bedrijfskundige Frederic Taylor, veel ruimte voor conflicten en contrasterende meningen in de organisatie. Deze benadering werkt volgens Ten Bos tot op de dag van vandaag door in het zogenaamde Rijnlandse model van organiseren. Taylors benadering van 'Scientific Management' waarbij conflicten worden afgekocht en buiten de organisatie worden verklaard, werkt veel meer door in het zogenaamde Angelsaksische model van organiseren (mededeling Ten Bos Werkconferentie Moreel Beraad ISVW Leusden 29 februari 2012).

van de werkelijkheid. In plaats van een weerspiegeling van de werkelijkheid, gaat het bij een ideaaltypische benadering volgens Weber immers vooral om begrip, om ‘Verstehen’: met behulp van conceptuele constructiepogingen (‘begriffliche Konstruktionsversuche’) wordt getracht de werkelijkheid tot begrip te brengen (Weber 1968, 208). Veronderstelde samenhangen worden uitgewerkt tot een consistente ordening⁷, tot een, anders geformuleerd, specifieke *configuratie* die de werkelijkheid meer doorzichtig maakt. In termen van Zwart kun je spreken over een beeldenpatroon of een raster van termen. Het ideaaltype vormt daarmee niet zozeer een *Abbildung* van de werkelijkheid maar meer een *Umbildung* (Zuurmond 1994, 22-27; Weber 1968, 207). Daar sluit mijn onderneming van een conceptuele verheldering van een praktijkgericht ethiekbeleid precies op aan: hoe verhouden ‘zorg’, ‘organisatie’ en ‘ethiek’ zich tot elkaar in een concept voor ethiekbeleid dat professionals wenst te ondersteunen in het verkennen van hun verantwoordelijkheid. Op wat voor manier kan zo’n conceptuele verbeelding van een ethiekbeleid bijdragen tot een *Umbildung* van de werkelijkheid die professionals ondersteunt hun zorg voor kwetsbare patiënten beter vorm te geven? Het verschil met Weber’s perceptie van het ideaaltype is dat mijn onderzoek een normatieve inzet heeft, terwijl zijn begrip van het ideaaltype vooral sociologisch gemunt is.

Een derde en veruit de belangrijkste inspiratiebron vormt het werk van Hannah Arendt. Net zoals bij Weber het geval is, hanteer ik het werk van Hannah Arendt zowel voor inhoudelijke, maar ook voor meer analytische doeleinden. Wat betreft het denken over de moraal van de beroepsuitoefening maak ik gebruik van ideeën van Arendt over de verantwoordelijkheid van mensen. Aansprekend zijn haar opvattingen vooral omdat zij een bijzondere ethische articulatie mogelijk maken van de autonomie van de professionele zorgverlening in een bureaucratische context. Daarbij maakt zij opmerkzaam op een zekere continuïteit in de westerse traditie met betrekking tot de beklemtoning van de morele verantwoordelijkheid van het subject. Een verwijzing naar deze opvattingen over autonomie en moraal maakt het mogelijk de ethische betekenis van termen als ‘verantwoordelijkheid’ en ‘professionaliteit’ beter te definiëren. Dat lijkt me onontbeerlijk in een tijd waarin verantwoordelijkheid, gelet op de organisatorische context waarin mensen ook in de zorg werkzaam zijn, een steeds complexer begrip is geworden (Wirtz 2000) en bij vlagen lijkt te verdampen tot een amorele categorie van toevallige posities die mensen en dingen in allerlei ketens ten opzichte van elkaar innemen (Boutellier 2011, 104 vv). Het tweede element in het denken van Arendt dat ik als inspirerend ervaar, sluit nauwgezet aan bij haar opvattingen over verantwoordelijkheid en moraal. Het betreft de voorstellingen van menselijke activiteiten in haar studie over de menselijke conditie. Aan de hand van de typologie van activiteiten die zij daarin uitwerkt, ga ik na hoe het doen en laten van zorgverleners in moderne zorgor-

7 ‘Dieses Gedankenbild vereinigt bestimmte Beziehungen und Vorgänge des historischen Lebens zu einem in sich widerspruchslosen Kosmos gedachter Zusammenhänge. Inhaltlich trägt dieser Konstruktion den Charakter einer Utopie an sich, die durch gedanklicher Steigerung bestimmter Elemente der Wirklichkeit gewonnen ist. Diese Möglichkeit kann sowohl heuristisch, wie für die Darstellung von Wert (...) unentbehrlich sein (Weber 1968, 190).

organisaties begrepen zou kunnen worden. In het bijzonder vertrouw ik erop om met behulp van deze typologie een ethisch kernbegrip van deze onderneming, namelijk handelen, zo te kunnen verduidelijken dat het inzichtelijk een verbindende schakel wordt tussen 'ethiek' (reflectie op handelen), 'zorg' (vorm van handelen) en 'organisatie' (context van het handelen). De begripsverheldering van zorgen in termen van handelen wordt daarbij de belangrijkste opgave. Omdat 'handelen' bij Arendt bij uitstek een politieke connotatie heeft (Arendt 1994,25) hoop ik, door na te gaan of professioneel zorgen voor iemands gezondheid in Arendts terminologie inderdaad begrepen kan worden als 'handelen', ook wat te kunnen zeggen over de sociaal-politieke inbedding van de professionele gezondheidszorg in onze samenleving.

Opzet en structuur

Zoals ik eerder aangaf, vraagt nadenken over een verantwoord ethiekbeleid van zorgorganisaties om een problematisering van een drietal onderscheiden maar samenhangende dimensies van de ethiek in de gezondheidszorg. Dat bepaalt in grote lijnen de structuur en opzet van deze studie.

In de eerste plaats gaat het om aspecten die kunnen worden afgeleid uit de omstandigheid dat het bij ethiekbeleid ('ethics management') om *ethiek* gaat. En bijvoorbeeld niet om het financiële beleid of het 'human resource'beleid. Daarmee is niet gezegd dat organisaties niet ervoor zouden kunnen kiezen om de omgang met ethische vragen te integreren in andere vormen van beleid. Zoals het kwaliteitsbeleid, of het opleidingsbeleid. Dat is evenwel van een andere orde dan de vooronderstelling dat een ethiekbeleid in de zorg pas herkenbaar is als wordt voldaan aan criteria die kunnen worden afgeleid uit het gegeven dat het om *ethiek* gaat. Dat vraagt apart aandacht. Ik besteed er drie hoofdstukken aan. Daarbij oriënteer ik me zoals aangegeven, op ontwikkelingen zoals die zich in de Nederlandse situatie voordoen. In het eerste hoofdstuk buig ik me over de kritiek op de moderne toegepaste ethiek en oriënteer ik me op bronnen van onbehagen in de zorg die de moderne gezondheidsethiek hoofdbrekens bezorgen. Met name vraag ik me af in hoeverre de toegepaste ethiek professionals ondersteunt in het omgaan met handelingsverlegenheid. In het tweede hoofdstuk zoek ik aanknopingspunten voor een ethiek die ruimte biedt om met die handelingsverlegenheid om te gaan en die professionals adequaat weet te ondersteunen in het vormgeven van hun praktijk. In het derde hoofdstuk beschrijf ik de theoretische kernelementen van een dergelijke ethiek.

De tweede dimensie waar aandacht aan dient te worden besteed is het gegeven dat het in zorgorganisaties om een bijzondere categorie van menselijke activiteiten handelt, namelijk om *het zorgen voor de gezondheid van een ander*. En dat niet in de privé sfeer van mensen maar in een uitgesproken publieke-professionele sfeer. Deze dimensie staat centraal in deze studie. Mede gelet op de spanningen die zich in de beroepsuitoefening voordoen, vraagt dit om een verkenning van de

aard van dit handelen. Hoe dienen we deze vorm van zorgen te begrijpen? Verschilt zorgen voor de gezondheid van een ander in een publieke context, van zorgen voor iemand in de privésfeer of niet? Wat voor manier van doen is zorgen eigenlijk? Als dit doen inderdaad handelen mag heten, wat betekent dat dan voor de morele waardering? Voor het verkennen van deze dimensie reserveer ik twee hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk beschrijf ik na een weergave van de typologie van Arendt verschillende voorstellingen van zorgen. In het tweede spits ik de aandacht toe en ga ik in op een wijze van spreken die zorg expliciet categoriseert als een vorm van sociaal-politiek handelen.

De derde dimensie betreft ten slotte het gegeven dat de zorg waarom het draait, zorg is die wordt gegeven in een *organisatorische*, of zo men wil institutionele context. Dat geeft deze zorg een aparte betekenis. De vraag is, hoe deze context moet worden begrepen: als een technische habitat? Als een sociaal construct? En in welke sfeer moet zij worden gepositioneerd? Privé? Publiek? Over het bestaan en de aard van professionele zorgvoorzieningen worden allerlei discussies gevoerd (Kole 2007). Ik ga daar op twee manieren op in in drie hoofdstukken. In het eerste bespreek ik uiteenlopende normatieve beelden van zorgorganisaties, in de volgende twee ga ik in op de definiëring van het management: wat voor types management zijn er grofweg te onderscheiden en welke past het beste bij een handelingsgerichte oriëntatie in het ethiekbeleid?

Hoofdstuk tien ten slotte vormt de afronding van deze studie: tegen de achtergrond van de voorgaande verkenning geeft dat hoofdstuk weer, hoe een handelingsgericht ethiekbeleid voor de professionele gezondheidszorg het best zou kunnen worden vormgegeven. En wat dat betekent voor onder meer ethici, professionals en patiënten.⁸

8 Het woord 'patiënten' omvat in deze tekst in de regel ook andere begrippen die worden gebruikt voor zorgvragers zoals 'cliënten'. Dat heeft ook inhoudelijk betekenis in de zin dat ik de neutrale klankkleur van 'cliënt' en de commerciële van 'klant' vaak niet vind sporen met de situatie waarin mensen zich bevinden die gebruik maken van de institutionele gezondheidszorg. Onder 'professionals' versta ik in deze tekst in de regel 'beroepsbeoefenaars in de zorg'. Afhankelijk van de context heeft het woord een bredere betekenis en duidt het ook op degenen die beroepsmatig de rol van bestuurder c.q. manager in de zorg vervullen. Tenslotte: daar waar in de tekst 'hij' wordt gebruikt kan in de regel ook 'zij' worden gelezen.

Deel 1

Ethiek

De ontoereikendheid van de toegepaste ethiek?

Inleiding

Ethiek en moraal zijn ten diepste steeds verbonden met kwesties die de kwetsbaarheid van mensen etaleren. En wel op twee manieren. In de eerste plaats gaat het om de openheid van mensen voor allerlei mogelijke keuzen. In dit verband verwijst Dupuis naar Gehlen die benadrukt hoe wij als niet vastgelegde dieren voortdurend genooddaakt zijn om in overleg het beste te kiezen uit de diversiteit van mogelijkheden (Dupuis 1998, 15-16). Het is een oude gedachte. Zo merkt Erasmus in een van zijn adagia over de oorlog op dat mensen bij gebrek aan natuurlijke wapens of een pantser om zich te verdedigen, zijn aangewezen op spraak en rede om zich samen te kunnen redden. En op de verschillende gaven waarmee ze zijn begiftigd om zo elkaar te completeren.¹

In deze Erasmiaanse verwijzing naar een zekere lichamelijke hulpeloosheid² als argument tegen de oorlog, treedt de tweede wijze waarop de kwetsbaarheid van mensen kan worden gerelateerd aan ethiek en moraal, vanzelf aan het licht. Dat betreft dan niet zozeer het openstaan van mensen voor allerlei keuzen maar de menselijke verwondbaarheid die eveneens samenhangt met zijn natuurlijke oningevuldheid. Het is een van de redenen waarom ook de band tussen ethiek en vraagstukken van de gezondheidszorg zo sterk is. Zo merkt Dupuis op dat de ambivalentie van het menselijke bestaan, 'een bestaan waarin machteloosheid en beheersing hand in hand gaan', op overtuigende wijze wordt geïllustreerd in de geneeskundige praktijk (Dupuis 1999, 14-15). Het is een praktijk waarin het gebruik maar juist ook het afwijken van morele adagia en principes met het oog op het welzijn van patiënten, voortdurend opnieuw aan de orde is (Dupuis 1999, 16 vv). Dit gegeven dat niet alleen in de geneeskunde, maar ook breder in heel het gebied van de gezondheidszorg, kwetsbaarheid en openheid zo pregnant aan de orde zijn, maakt niet alleen nieuwsgierig naar de wijze waarop artsen maar ook anderen betekenisvolle beslissingen nemen in de zorg voor kwetsbare anderen. Het maakt ook nieuwsgierig naar de wijze waarop zij zo goed mogelijk kunnen worden ondersteund bij 'het bekritisieren, toetsen en uitvinden van moraal' (Dupuis 1999, 28). Niet ver weg, maar in de context van de zorgpraktijk zelf. De afweging of een morele regel in een bepaalde situatie dient te worden toegepast of niet, kan, zegt Dupuis, immers 'maar op één manier plaatsvinden: via de rede van degene die handelt' (Dupuis 1999, 19). Dat maakt de systematische ondersteuning van de professionals bij de morele vormgeving van hun praktijk, als element van het instellingsbeleid, tot een belangrijk onderwerp van reflectie. In deze studie gaat het om een dergelijk ethiekbeleid voor zorgorganisaties. Hoe dient zo'n beleid er uit te zien wil het professionals ondersteunen bij het zo goed mogelijk vormgeven van hun zorg voor kwetsbare mensen?

1 Ook is de mens, zo merkt Erasmus op, als enig wezen langdurig afhankelijk van hulp van buiten (*solus homo sic prodit ut multo tempore totus a subsidio pendeat alieno*) (Hoven 1999, 14). Het zijn deze antropologische argumenten die hij al meteen in het begin van zijn essayistisch adagium over de oorlog 'Bellum dulce inexpertis' (Adagium 3001) opvoert om zijn pacifistische houding te onderstrepen.

2 *Solum hominem nudum produxit, imbecillum, tenerum, inermem, mollissima carne, cute leui* (Hoven 1999, 14).

Theoretisch is dit gebied allesbehalve een terra incognita. De voor het ethiekbeleid relevante disciplines van de praktische ethiek - de gezondheidsethiek en de bedrijfsethiek - laten zich steeds meer kennen als disciplines met een gevestigde theoretische traditie. Ook in Nederland. Met vormen van schoolvorming en schoolstrijd inclusief (Musschenga 2010). Overigens dient daarbij wel te worden aangetekend dat de bemoeienis van de bedrijfsethiek met de zorg van betrekkelijk recente datum is. Uiteraard heeft dat te maken met de transformatie die zorginstellingen doormaken in de richting van 'normale' bedrijven en ondernemingen.³ Hoe dan ook, wie op zoek is naar nieuwe benaderingen in het ethiekbeleid kan niet om deze twee disciplines heen. Daarom concentreer ik me in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk op de manier waarop ze mensen ondersteunen bij het omgaan met praktische morele vragen: wat valt er te zeggen over *de gezondheidsethiek* als ondersteunende discipline voor zorgprofessionals? Voldoet ze? Of niet? Hoe staat het met de taak van *de bedrijfsethiek* om de organisatorische dimensies van de gezondheidszorg vanuit een moreel perspectief te verhelderen?

Om deze vragen te beantwoorden kies ik een specifieke invalshoek, maar wel een die bij de ethiek past (Vgl. Langenberg 2008, 152 vv). In de eerste paragraaf wend ik me namelijk tot enkele Nederlandse auteurs die een kritische beschrijving geven van de bedrijfs- respectievelijk de gezondheidsethiek: Rene ten Bos en Hub Zwart. In die kritiek, zo zal ik aannemelijk maken, presenteert zich niet alleen een bepaalde ontoereikendheid van de toegepaste ethiek maar manifesteren zich ook twee idealen die wanneer men ze vergelijkt, basale leerpunten genereren voor de normatieve opbouw van een handelingsgericht ethiekbeleid.

In de tweede paragraaf oriënteer ik me op vormen van onrust en onbehagen die zich in de zorg voordoen. De toegepaste ethiek start vanuit haar probleemoplossende en kritische interesse immers vaak met ervaringen van praktisch onbehagen in de verwachting dat zich daarin morele grenzen en dilemma's manifesteren. Met als effect dat de aard van het onbehagen zich ook weerspiegelt in het beeld van de betreffende ethiek. De vraag is dan ook welke vormen van onbehagen in de zorg de aandacht hebben van de ethiek. Ik zal me niet buigen over incidenten maar kijk vooral naar kwesties die attenderen op een meer fundamenteel moreel onbehagen in de gezondheidszorg. Waar doen zich in de sfeer van kwetsbaarheid fundamentele vragen van handelingsverlegenheid voor? Waar in de zorg worden grenzen van moraliteit overschreden? Dat doe ik in de verwachting dat die kwesties goede aanknopingspunten bieden voor de inrichting van het ethiekbeleid in zorgorganisaties. Om relevante kwesties te markeren blik ik allereerst terug op het ontstaan van de moderne gezondheidsethiek. Vervolgens kijk ik naar actuele zingevingsproblemen in het werk van zorgprofessionals⁴ die naar mijn

3 Een proces dat nog steeds beroering wekt. Vgl. uitspraken van minister Schippers van VWS in De Volkskrant van 15 februari 2012, p.12 over de verdeling van verantwoordelijkheden in de zorg onder de subkop: 'Minister Schippers wil van ziekenhuizen bedrijven maken'.

4 Voor de beschrijving ervan concentreer ik me op de ontwikkelingen zoals die zich in Nederland voordoen.

oordeel nog ontoereikend worden beantwoord in de ethiek maar terdege blijk geven van ernstige handelingsverlegenheid.

2.1 Kritiek op de toegepaste ethiek

Introductie

Om tot een goed beeld te komen van de ethiek die relevant is voor het ethiekbeleid van zorgorganisaties, oriënteer ik me in deze paragraaf op de kritiek erop. Dat is geen al te ingewikkelde opgave gelet op de discussies die de toegepaste ethiek oproept. Om de zoveel tijd nemen filosofen afstand van deze verderfelijke discipline (De Vries 1993; Achterhuis (red) 1993; De Dijn 2003; Devisch en Verschraegen (red) 2003). Zo spreekt de Vlaamse filosoof De Dijn over 'de ellende van de toegepaste ethiek' (De Dijn 2003, hfdst.3) en maakt hij bezwaar tegen de praktijken van de 'ethische ingenieurs'. Die lijken het 'normale ethische besef en oordeel min of meer (...) te paralyseren' door op steeds verfijndere wijze te trachten voorbij te komen aan de morele problemen welke zich her en der manifesteren. Deze kritiek verschilt niet veel van de wijze waarop de Nederlandse filosoof De Vries zich begin jaren negentig uitliet over de rol die de ethiek op het toneel van de medische praktijk zou hebben ingenomen (De Vries 1993, 14-15). Voor hem voldoende reden om ethici op te roepen er voortaan het zwijgen toe te doen (De Vries 1993, 50-51). Die stap acht ik te rigoureuus. Ook acht ik het commentaar te veel kritiek van buitenaf waardoor het nogal retorisch wordt. Daarom maak ik liever gebruik van de kritische commentaren van enkele ethici die de praktische ethiek meer van binnen uit becommentariëren: Hub Zwart voor de gezondheidsethiek (Zwart 1995) en Rene ten Bos c.s. (Ten Bos, Jones en Parker 2006) voor de bedrijfsethiek. Hoe beoordelen zij de toegepaste ethiek? Spoort deze kritiek met die van anderen? Dient de praktische ethiek ook volgens hen te worden bekritiseerd omdat zij de tragische angel uit het morele onbehagen haalt (De Vries 1993, 41)? Of omdat zij voorbijziet aan traditionele waarden en intuïties (De Dijn o.c.)?

2.1.1 Het geval gezondheidsethiek

Filosoof Hub Zwart laat zich midden jaren negentig in kritische zin uit over de relatief jonge traditie van de gezondheidsethiek in Nederland zonder deze ethiek te willen opgeven. Naar zijn oordeel heeft de gezondheidsethiek een contraproductief effect. Dat leidt ertoe dat de aard van morele problemen in de zorg wordt misverstaan. Zwart onderscheidt drie aspecten in de constructie van dit misverstand. In de eerste plaats wekt de gezondheidsethiek de indruk dat morele problemen gemakkelijk kunnen worden opgelost (Zwart 1995, 10-12). In de tweede plaats neemt zij door oversimplificatie terechte ongerustheid weg over de morele aard van het handelen (Zwart 1995, 13). In de derde plaats houdt zij volgens Zwart een

aantal belangrijke morele aspecten van vraagstukken in de zorg buiten het gezichtsveld van de ethiek (Zwart 1995, 14-15). Dat gebeurt onder meer door de wijze waarop bepaalde kwesties worden benaderd: in dit verband hekelt Zwart de werkwijze die de Nederlandse theoloog Kuitert zou hanteren met betrekking tot de kwestie euthanasie. Door euthanasie te benaderen als een vraagstuk van definiëring, zou Kuitert op ongepaste wijze het ongemak wegedeneren dat in de samenleving over dit vraagstuk bestaat. Een dergelijke handelwijze resulteert in een technische opvatting van ethiek die Zwart principieel te smal acht (Zwart 1995, 13). Ethiek omvat meer dan louter de vraag beantwoorden of iets geoorloofd is. Daarom zou verhinderd moeten worden dat de ethiek te snel antwoorden geeft op complexe vragen. (Zwart 1995, 14). In plaats van zich aan te passen aan de techniek van de gezondheidszorg en deze te legitimeren, zou de ethiek de techniek moeten bevragen en datgene naar boven halen wat de situatie tot moreel probleem maakt. Ethiek staat voor de opgave om het conflict dat schuilgaat in de ervaring bloot te leggen (Zwart 1995, 126) en duidelijk te maken hoe breekbaar onze morele vanzelfsprekendheden eigenlijk zijn (Zwart 1995, 134).

De lezing die Zwart geeft van de ontwikkeling van de gezondheidsethiek wordt door anderen bevestigd. Widdershoven stelt vijf jaar na Zwart dat de gezondheidsethiek sterke eenzijdigheden is gaan ontwikkelen. Zij zou sinds haar ontstaan te individualistisch, te rationalistisch en te regel-georiënteerd zijn geworden (Widdershoven 2000, 10-13; 159). Ook zou zij te eenzijdig aansturen op de autonomie van de patiënt als tegenwicht tegen de beslissingsmacht van de arts. Daardoor wordt uit het oog verloren dat er ook patiënten zijn die niet voor zichzelf kunnen opkomen en die daardoor het risico lopen om aan hun lot te worden overgelaten. Ook stelt Widdershoven dat langdurige zorgrelaties voor chronische patiënten in een vooral op medische beslissingen georiënteerde ethiek te weinig aandacht krijgen (Widdershoven 2000, 10). Naar zijn mening zijn er corrigerende benaderingen nodig. Voorop zou moeten staan dat de ethiek praktisch is: zij zou gebruik makend van ervaringen uit het verleden praktische problemen in gesitueerde processen van onderhandeling en overleg tot een oplossing dienen te brengen (Widdershoven 2000, 161). In die lijn pleit Widdershoven voor aansluiting bij meer fenomenologische oriëntaties in de filosofie zoals de hermeneutiek (Widdershoven 2000, 79 vv). Of zoals de zorgethiek die beter dan een principeethiek ooit kan, het relationele aspect van de zorg weerspiegelt (Widdershoven 2000, 133 vv).

Naar een brede ethiek

Ook Zwart staat een bredere lezing van de ethiek voor.⁵ Daarvoor zoekt hij aansluiting bij de filosofische traditie en vindt die in het werk van Heidegger en Aristoteles. Aan hen ontleent hij de notie dat ethiek *denken in praktijk* zou moeten zijn en niet

5 Deze brede ethiek dienen we wel te onderscheiden van een brede ethiek omtrent de professionele zorg zoals Kole dat formuleert. Daarbij gaat het om een ethiek die zich niet alleen concentreert op de geïsoleerde professional maar ook de perspectieven van andere betrokkenen naar voren haalt (Kole 2007).

een vorm van denken die zich onderscheiden van die praktijk buigt over die praktijk. Ethiek dient daarom niet losgemaakt te worden van de sfeer van het handelen zelf. Zo kan worden voorkomen dat het ethisch handwerk vervluchtigt tot technisch schematisme (Zwart 1995, 133-135). Volgens Zwart sluit de door hem bepleite brede interpretatie van ethiek goed aan bij de inzet van de medische ethiek zoals die in Nederland zichtbaar is geworden in het werk van Van den Berg (Vgl. Widdershoven 2000, 7-10). Daarin is de gezondheidsethiek een kritische bezinning op de praktische effecten van de moderne medische techniek op de lichamelijke en de gezondheid van de mens. In haar ontwikkeling is zij echter ermee opgehouden vanuit die praktijk te denken. Zij is te objectiverend geworden en op grotere afstand van de ervaring komen te staan. Zo groeide zij uit tot een technisch hulpprogramma ter legitimatie van medisch-technische ontwikkelingen in de zorg en verloor zij haar praktijkkritische functie. Zoals gezegd trekt Zwart niet de conclusie dat de gezondheidsethiek dient te worden opgegeven maar net als Widdershoven, acht hij bijstelling nodig. De gezondheidsethiek zou opnieuw op zoek moeten gaan naar haar wortels en zich in aansluiting daarop moeten beraden op haar methoden. Bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van inzichten uit de filosofische traditie én van de ervaring. De concentratie op de ervaring is nodig omdat er in de theorie zélf een gebrek aan ervaring is (Zwart 1995, 128). Steeds opnieuw dient er te worden gezocht naar datgene wat de ervaring bevestigt maar deze ook weer transcendeert (Zwart 1995, 144). Zo wordt voorkomen dat de ethiek zich op voorhand vastlegt op theoretische patronen en schemata die het morele onbehagen op voorhand neutraliseren. De ethiek zou meer gebruik dienen te maken van het narratieve: verhalen kunnen juist de ervaring verwoorden van het morele en van het morele onbehagen dat zich voordoet. Vandaar zou de ethiek systematisch op zoek moeten gaan naar verbeeldingen van het denken in literaire teksten en te rade moeten gaan bij verhalen die worden verteld vanuit de praktijken waarin de problemen gesitueerd zijn. Door deze verhalen niet meteen te onderwerpen aan een rationele reductie kan een vorm van denken worden herwonnen die de morele complexiteit en scherpte van de ervaren werkelijkheid niet langer op een technische wijze verbergt, maar juist vanuit een filosofisch perspectief aan het licht brengt.

De ervaring laten spreken

De interpretatie van de werkelijkheid vanuit zo'n filosofische interesse is niet eenvoudig. In de beschouwingen van Zwart valt te zien hoe hij tegemoet tracht te komen aan de opdracht om de ervaring te laten spreken zonder daarbij concessies te doen aan een kritische lezing van de gebeurtenissen. Zo is er steeds een risico van een vereenzelviging van de reflectie *op de ervaring* met een ondergaan *in die ervaring*. Ook is er in medische handelingspraktijken weinig ruimte voor reflectieve twijfel: het feit dát er moet worden gehandeld, beheerst voortdurend het denken. Het effect is dat de kritische dimensie die in de ervaring aan de orde komt, slechts met moeite ter sprake kan worden gebracht. Wanneer deze kritische dimensie buiten zicht blijft, verliest de ethiek haar eigenlijke focus, namelijk het

toetsen van de normatieve aanspraken die in de ervaring besloten liggen (Zwart 1995, 130-136). Koppelen van de reflectie op het onbehagen in de ervaring áán de ervaring is daarom een lastige opgave voor het handelend subject. Dat leidt tot intrigerende conclusies.

Aan de ene kant veronderstelt Zwart dat het ideaal dat hij nastreeft onhaalbaar is. De ultieme opgave van de ethiek om de ambiguïteit van de ervaring aan het licht te brengen, 'zodat de betrokken handelingssubjecten doordrongen raken van de veelzijdigheid en de meerduidigheid van de probleemsituatie' (Zwart 1995, 134) is een filosofisch ideaal dat volgens Zwart pas te realiseren is wanneer er geen binding meer bestaat met de praktijk. Pas dan valt de meerduidigheid van die praktijk te zien. We raken hier aan het klassieke ideaal van de 'theoria' zoals dat al in Plato's beeld van de grot is geschetst: als de beschouwende distantie die kenmerkend zou zijn voor de filosofische benadering en noodzakelijk om ook de morele dimensies van het handelen te begrijpen.

Aan de andere kant houdt Zwart staande dat een kritische interpretatie van de moraliteit niet noodzakelijk gegeven is met een afstandelijke objectivering van de ervaring; dat mogelijk zelfs het tegendeel waar is. Want met het op afstand zetten van de ervaring wordt de ethiek al te gemakkelijk een berekenend in plaats van een bezinnend denken met als risico dat de aanleiding om de ervaring te bevragen op haar intrinsieke betekenis, wordt verhuld. Door de methodische afstand dreigt wat in de ervaring schuurt van haar scherpste te worden ontdaan. Daarom kiest Zwart voor een methodische betrokkenheid op de ervaring. 'Pas door blootstelling aan de werkelijkheid waarin gehandeld moet worden, worden wij aangezet tot reflectie, tot het bekritisieren van ontoereikende perspectieven' (Zwart 1995, 135). Ethiek exploreert als een praktische én een ervaringswetenschap de morele dimensie van een handelingspraktijk, niet als aparte ideologische laag, maar 'geïntegreerd in wat we feitelijk doen' (Zwart 1995, 130). Een situatie leren we pas kennen, ook in ethische zin, 'door ons er op een actieve wijze toe te verhouden' (Zwart 1995, 131). Dat impliceert ondermeer een specifieke interpretatie van het begrip *distantie*.⁶

2.1.2 Het geval bedrijfsethiek

De kritische positie van Zwart tegenover de gezondheidsethiek is helder. In hoeverre nemen critici van de bedrijfsethiek zoals Ten Bos met zijn medeauteurs Jones en Parker nu eenzelfde positie in?

Ten Bos c.s. signaleren met betrekking tot de bedrijfsethiek een groot aantal lacunes en omissies. Aan de ene kant doet de bedrijfsethiek te veel, op andere fronten juist te weinig. Door bijvoorbeeld vast te houden aan een sterk geïndividu-

6 Ik hanteer deze benadering van distantie, als een zich actief verhouden tot, als argument om me in mijn beeld van de ethiek niet te laten leiden door een kritiek van de ethiek door filosofen op afstand van de ethiekpraktijk (zoals De Vries en De Dijn) maar juist uit te gaan van ethici die zelf de praktijk niet schuwen (zoals Zwart en Ten Bos c.s.).

aliseerd beeld van ethiek, en daarbij te veel te focussen op de positie van de topmanagers, zou ze te weinig aandacht besteden aan sociale en politieke dimensies van problemen in het bedrijfsleven (Ten Bos, Jones, Parker 2006, 14-16). Dat is een oordeel dat naadloos aansluit bij opmerkingen van Van der Wal over een ethiek die te veel gebonden blijft aan een actorperspectief dat eigenlijk niet meer past bij de systemen die onze moderne werkelijkheid bepalen (Van der Wal 2008, 230). Dubbink en Van Liedekerke oordelen op een vergelijkbare manier: door eenzijdig vast te houden aan het handelingsperspectief van de ondernemer, worden systeemeffecten van de ondernemingswijze productie te veel buiten beeld gehouden (Dubbink en Van Liedekerke 2010, 224).

Ook zeggen Ten Bos c.s., net als Dubbink en Van Liedekerke (l.c.), dat de bedrijfsethiek de filosofie te weinig serieus neemt. Het zoeken in de filosofische traditie beperkt ze tot slechts enkele namen. Een en ander leidt volgens Ten Bos c.s. tot een vorm van ethiek die voortdurend compromissen sluit en als een strategisch glijmiddel voor het bedrijfsleven gaat functioneren (Ten Bos, Jones, Parker, 2006, 180-181). Dat komt dicht bij de kritiek zoals Zwart die formuleert voor de gezondheidsethiek.

Als voorbeeld van geringschatting van het filosofisch gedachtegoed die in de bedrijfsethiek gewoonte zou zijn, analyseren Ten Bos en zijn medeauteurs de receptie van Kants ethische werk in de bedrijfsethiek. Dat doen ze aan de hand van een in de bedrijfsethiek veel geciteerde auteur, Bowie (vgl. Dubbink en Van Liedekerke 2010, 215-216). Volgens Ten Bos c.s. verdampen de kritische aspecten van Kants ideeën tot een technocratische interpretatie die welhaast noodzakelijk voortvloeit uit de bedrijfsethische kennisinteresse van de auteur. Bowie beperkt zich tot een bepaalde selectie van passages en thema's in het werk van Kant, welke diens werk heel geschikt doet lijken voor toepassing op het handelen in het bedrijfsleven (Ten Bos, Jones en Parker 2006, 66-71). Vanwege het belang van deze observaties voor het vervolg van onze studie en als illustratie van het instrumentele karakter van de bedrijfsethiek, sta ik er wat langer bij stil. Een reden te meer vormt de omstandigheid dat ook in de gezondheidsethiek veel wordt verwezen naar de deontologische traditie waarvan de oorsprong in de regel wordt gezocht in het werk van Kant.

Hoezeer Kants werk kan worden getypeerd als het werk van een strenge filosoof die vooral de nadruk legt op nauw omschreven verplichtingen en op de imperatieven van de zedenwet, vraagt hij volgens Ten Bos c.s. ook veel aandacht voor de fundamentele onzekerheid die is gekoppeld aan het volgen van de eigen motieven. Zekerheid is mensen niet gemakkelijk gegeven als het gaat om 'de puurheid van motieven en de oprechtheid van karakter' (Ten Bos, Jones, Parker 2006, 73). Bowie geeft volgens Ten Bos dan ook een te optimistische interpretatie van Kant door te suggereren dat het bij de Kantiaanse ethiek vooral draait om de vraag of de handelingen die mensen voltrekken, wel voldoen aan universele verplichtingen (Ten Bos, Jones, Parker 2006, 71). Daarmee worden de Kantiaanse opvattingen over autonomie versmald tot een goed in te passen instrument van zekerheid biedende schijnredelijkheid. Volgens Ten Bos e.a. reikt het Kantiaanse denken

veel verder dan de correspondentie van het handelen met universele verplichtingen. In plaats daarvan is het centrale ankerpunt van Kants ethiek de vraag of de plicht van waaruit is gehandeld, wel een in vrijheid aanvaarde plicht is. Het zijn met andere woorden voor Kant nooit alleen de resultaten van een methodische bewerking van morele vragen die tellen; of een formeel voldoen aan bepaalde voorschriften ook al heten die universeel. Een dergelijke smalle 'pragmatische' lezing van Kant zoals die bij diverse bedrijfsethici is te vinden is, past volgens Ten Bos c.s. misschien wel goed bij een streven naar controle van mensen in allerlei sociale contexten, maar gaat volstrekt voorbij aan het Kantiaanse Verlichtingsideaal: het beeld van de mens die voortdurend streeft naar een nooit perfect te funderen autonomie.

Ethiek als technisch hulpmiddel

Versmallingen van ethische inzichten door oppervlakkige interpretaties van klassieke auteurs doen zich volgens Ten Bos en zijn medeauteurs vaker voor in de bedrijfsethiek. Ethiek bedrijven wordt versmald tot het toepassen van theoretisch aangeklede common sense oordelen op contextueel sterk geïsoleerde kwesties (Ten Bos, Jones, Parker 2006, 16-17; 28-31). De bedrijfsethiek presenteert zich daarmee als een populair product dat vanzelfsprekend onderdeel gaat uitmaken van de bedrijfsstrategie en zo haar fundamentele, kritische betekenis verliest. Ze construeert een beeld van het ethische dat zeer welgevallig is voor een technocratisch ingesteld bedrijfsleven.⁷ Daarbij komt dat ethici te weinig afstand nemen van de macht van de ondernemer en zich daardoor te veel identificeren met de strategische keuzen die door de organisaties worden gemaakt. Deze concentratie op de individuele actor maakt dat een kritische houding ten opzichte van de effecten van systemen verloren gaat.

Tegenover dit beeld van een technische, onkritische ethiek plaatsen Ten Bos e.a. een ander dat voortdurend hamert⁸ op het belang van het blijvend, adequaat problematiseren van vraagstukken. Ethiek moet steeds onwelgevallig en pijnlijk durven zijn. Vragen die zich in praktijken voordoen dienen in deze lezing van ethiek dan ook niet snel op basis van inzichtelijke oordelen of een gemakkelijk beroep op filosofische coryfeeën te worden opgelost, maar juist opengesteld voor het denken (Ten Bos, Jones, Parker 2006, 182-187). Een bedrijfsethiek die een maatschappelijke plaats verdient is, in lijn van wat Ten Bos, Jones en Parker waarden bij Kant, een ethiek die het denken niet beëindigt maar het juist voortzet in

7 Als ik de kritiek van De Dijn goed begrijp, is de toegepaste ethiek in al haar gestalten dienstbaar aan dominante machtsbelangen en ordeningen en is er wat dat betreft weinig onderscheid tussen een gezondheids- en een bedrijfsethiek. De toegepaste ethiek voegt zich naar de bestaande verhoudingen en is daarmee niet erg kritisch. Dat sluit ook aan op de manier waarop De Dijn het ontstaan van een steeds meer geprofessionaliseerde toegepaste ethiek weergeeft: die is naar zijn mening voortgekomen uit de institutionele vormen waarmee men morele vragen in praktijken probeerde te verhelderen. Eerst waren er allerlei (lokale) commissies ethiek die antwoorden trachtten te vinden op dringende problemen. Vervolgens ontwikkelde zich daaruit de toegepaste ethiek (Vgl. Lebeer 2006).

8 Ten Bos e.a. verwijzen met graagte naar 'de filosoof met de hamer', Nietzsche, als voorbeeld voor de geprefereerde houding van de ethicus ten opzichte van de praktijk.

een streven om steeds opnieuw de bestaande patronen open te breken. Voortgedreven door onzekerheid en onrust, op zoek naar vrijheid en een betere toekomst, trekt deze ethiek zonder ophouden de waarden van veel dingen in twijfel die in de bedrijven onbetwistbaar worden gevonden (Ten Bos, Jones, Parker 2006, 188-190).

Ook zou de ethiek zich niet moeten beperken tot louter rationele bewerkingen van probleemvragen. Dat mondt te gemakkelijk uit in rationalistische procedures die voorbijgaan aan de complexiteit van de werkelijkheid. Daarom zou er meer ruimte dienen te zijn voor intuïtieve kennis en voor de betekenis van emoties. Ten Bos c.s. sluiten hier onder andere aan bij het denken van socioloog Zygmunt Bauman die de bedrijfsethiek eveneens een louter instrumentalistische werkwijze toeschrijft welke de authentieke moraal tot grote verliezer maakt. Het temmen van de moraal dat de bedrijfsethiek door haar instrumentele werkwijze realiseert, gaat naar het oordeel van Bauman fundamenteel in tegen de eigen aard van de moraal: die zou zich vooral laten kennen als subversief en onbeheersbaar (Ten Bos, Jones Parker 2006; Bauman 1993; Van de Ven 2001). Overigens neemt Ten Bos ook weer stelling tegenover Bauman omdat deze te veel gevangen zou blijven in hiërarchische denkschema's (Ten Bos & Wilmott 2001; Ten Bos 2003, 43 - 44).

2.1.3 De twee casus vergeleken

Hoewel de gebieden waar Zwart en Ten Bos c.s. over spreken onderscheiden zijn, zijn er in hun denken over de ontwikkelingen van gezondheids- en bedrijfsethiek veel overeenkomsten te vinden. Beiden stellen dat een praktische ethiek meer dient te zijn dan een technische discipline die snelle oplossingen genereert voor praktische vraagstukken. Beiden gaan uit van eenzelfde ideaal van ethiek als *een vanuit de filosofie gevormd denken dat morele praktijkproblemen spiegelt aan ideeën over redelijkheid en het goede leven*.⁹ Beiden constateren vervolgens een spanning tussen dit ideaal van een kritische benadering van praktijken en een ethiekpraktijk die haar kritisch vermogen verliest doordat zij zich te gemakkelijk voegt naar de heersende verhoudingen binnen de gezondheidszorg, respectievelijk het bedrijfsleven. Opmerkelijk is ook dat beide auteurs in hun analyse uitgaan van een vergelijkbare oorspronkelijkheid van de ethiek. Zwart schetst met betrekking tot de Nederlandse gezondheidsethiek een situatie waarbij de oorspronkelijkheid die eind jaren zestig nog kon worden gevonden in het werk van Van den Berg¹⁰ verloren zou zijn gegaan omdat de ethiek zich zou hebben verwijderd van de praktijk van de zorg (Zwart 1995, 135). Ook Ten Bos en zijn medeauteurs interpreteren de ontwikkelingen van de bedrijfsethiek vanuit een vergelijkbaar schema met een

9 Naar mijn mening verschilt deze positie van die van De Dijn, omdat zij de mogelijkheden blijft onderkennen van een filosofisch georiënteerde praktische ethiek die morele problemen helpt duiden zonder op voorhand bepaalde overtuigingen te verdonkeremanen.

10 In de volgende paragraaf kom ik hierop terug.

verloren ideaal: '(...) gedurende de afgelopen twintig jaar – de periode waarin het academisch vakgebied bedrijfskunde is opgekomen – zijn de ontwrichtende, kritische en hoopvolle elementen van de bedrijfsethiek verloren gegaan' (Ten Bos 2006, Jones, Parker, 188).

Ondanks de teloorgang van de oorspronkelijke kritische positie, houden zowel Zwart als Ten Bos met zijn medeauteurs vast aan een taak voor de ethiek. Volgens Ten Bos c.s. blijft de bedrijfsethiek gelet op het utopisch element dat erin aanwezig is, een belofte inhouden voor de toekomst. Die kan worden waargemaakt wanneer de ethiek filosofisch wordt her-dacht (Ten Bos, Jones, Parker 2006, 190). Ook de gezondheidsethiek hoeft volgens Zwart niet te worden opgegeven. Wil zij betekenis houden dan moet zij weer leren voldoen aan een normatief ideaal: zij moet het gevoel van onbehagen nader expliciteren waarmee zij start in de ervaringen van mensen in praktijken. Dat onbehagen is nog geen kritiek, maar het kritisch denken neemt daarmee wel een aanvang. De ethiek dient deze taak waar te nemen zonder de idee te koesteren dat daarmee definitieve antwoorden kunnen worden gegeven. Ethiek wortelt, zo stelt Zwart, 'in de gewaarwording dat onze morele ervaring door fundamentele onzekerheid is getekend' (Zwart 1995, 148-149). En bij Ten Bos c.s. lezen we: voor zover ethiek 'iets van haar betekenis van de oude Grieken gehandhaafd heeft, dan is het wel dat ethiek iets is – een emotie, een gevoel, een intuïtie, een begrip – dat het moment zelf erbij betreft, het moment wanneer iemand nadenkt over wat het goede leven zou kunnen zijn' (Ten Bos c.s. 2006, 189).

Vergroeiingen

Wanneer het gaat om tekortkomingen van de praktische ethiek, geven zowel Zwart als Ten Bos c.s. aan dat het kernprobleem een sterke instrumentalisering van het denken betreft. Daardoor wordt de indruk gewekt dat morele praktijkproblemen gemakkelijk beheersbaar kunnen worden gemaakt. Schurende dimensies van de praktijkvoering en van de daarmee verbonden ervaring worden door de versimpeling geneutraliseerd, zodat men weer gemakkelijk vooruit kan. Iedere vorm van dwarsdenken, van oog hebben voor wat schuurt en onbehagen wekt, lijkt te zijn verdwenen. Door de technologische inzet verandert de ethiek fundamenteel van karakter: in plaats van een waardenrationele lezing van het handelen wordt het ethisch handwerk onderdeel van een doelrationeel bewerkingsproces dat de ontwikkelingen niet fundamenteel bevraagt maar op vrij eenvoudige wijze legitimiteit verschaft.

Proceduralisme in de gezondheidsethiek

De manier waarop de ethiek wordt omgezet in een instrumentele bewerking van vragen, wordt door beide auteurs overigens verschillend voorgesteld. Dat heeft te maken met het verschil in focus. Zwart geeft voor de gezondheidsethiek aan dat de instrumentalisering van de morele vragen plaatsvindt door de ethiek los te maken van de ervaring van de betrokkenen. Deze ont koppeling vindt volgens Zwart vooral plaats door de ervaring te vertalen in een belangenconflict in het

medisch handelen. Ethiek wordt zo een technische methode voor conflictbeheersing die zich concentreert op de vraag welk belang, objectief beoordeeld, zou moeten prevaleren in de keuze van het handelen. Het antwoord op die vraag volgt dan door vast te stellen wie uiteindelijk het meeste recht heeft om te beschikken over het lijf en het leven dat aan de orde is. In principe is dat de patiënt. De vraag naar het morele onbehagen in de zorg is daarmee volgens Zwart getransformeerd tot een procedurele vraag naar wie er zeggenschap heeft over wat er moet gebeuren.

Aangeklede common sense oordelen

In de bedrijfsethiek vindt de methodische reductie van de ethiek tot een technocratisch beslismodel op een andere manier plaats. Ook Ten Bos c.s. oordeelt dat de bedrijfsethiek zich te veel losmaakt van de ervaring van het onbehagen. Zij doet dat volgens hen door te veel verbonden te raken met de machtsordeningen van de bedrijfs wereld en met de daar gebruikelijke *common sense* benadering van problemen. Die benadering wordt door de ethiek wel aangevuld met selectieve noties uit de filosofische traditie, maar feitelijk betekent dat niet meer dan dat aan de *common sense* de illusie van een filosofische toets wordt gehangen. Filosofische noties waarbij men zich kritisch opstelt tegenover de *common sense* worden gewoonlijk buiten beschouwing gelaten.¹¹ Bedrijfsethiek tooit zich volgens Ten Bos c.s. als filosofie, maar is het vaak niet.

Verskillende praktijken, verschillende oriëntaties voor de ethiek?

Zoals ik aangaf nemen beide auteurs het de gezondheids- dan wel de bedrijfsethiek kwalijk dat deze zich in haar gebruikelijke benadering van problemen losmaakt van het onbehagen in de ervaring. Op basis van hun uitwerking meen ik echter dat zij deze omstandigheid verschillend beoordelen. Vooral vanwege de manier waarop zij ethiek plaatsen ten opzichte van de praktijk.

Naar het oordeel van Zwart is het probleem van de moderne gezondheids-ethiek dat zij op te grote afstand van de medische praktijk is komen te staan. Daarom zoekt hij ter correctie van de ontwikkelingen een antwoord op de vraag naar een adequate *methodische verbinding tussen ethiek en ervaring*. Want: '(i)n de ethiek moeten denken, ervaren en handelen vanuit hun samenhang worden gedacht' (Zwart 1995, 136). En: 'Ethiek is denken in de praktijk, en daarmee denken in de actualiteit, als de tijd waarin gehandeld wordt' (Zwart 1995, 137). De cruciale vraag wordt dan: hoe kunnen we er zorg voor dragen dat de ethiek zo dicht mogelijk bij de ervaring zelf blijft en bij de objectiviteit die in die ervaring besloten ligt (Zwart 1995, 125-126). Met andere woorden: om te voorkomen dat de praktische ethiek in haar probleemoplossend enthousiasme te smal wordt, dient zij zich

11 Wat betreft de organisatie-ethiek die zich specifiek oriënteert op de gezondheidszorg valt bij een vluchtige oriëntatie op dat die zich in grote lijnen laat leiden door een instrumentele logica die vooral opgehangen is aan de begrippen identiteit en integriteit. In de uitwerkingen wordt aangestuurd op het inzetten van managementprogramma's die de integriteit van de organisatie bevorderen door het gedrag van de medewerkers af te stemmen op de beleidsmatig vastgestelde doelen van de organisatie (Vgl. Iltis 2003, Wildes 2003, Arnett and Fritz 2003; Reiser 2003; Covrig 2003).

steeds te oriënteren aan een brede ethiek die ruimte biedt voor de ervaring en het daarin opgenomen onbehagen (Vgl. Taels 1994).

Ten Bos en zijn medeauteurs oordelen met betrekking tot de bedrijfsethiek precies tegenovergesteld. Naar hun oordeel heeft de bedrijfsethiek zich te veel ingelaten met het bedrijfsleven en zich daarmee te ontvankelijk gemaakt voor lipdienst aan de strategen van de bedrijfswereld. Tegenover de praktische ontwikkelingen in de bedrijfsethiek poneren Ten Bos en zijn kompanen het ideaalbeeld van ethiek als filosofische discipline *op afstand* van de werkelijkheid. Voortdurend hameren Ten Bos c.s. op het belang van systematische distantie. De morele betekenis van wat het bedrijfsleven in de maatschappelijke werkelijkheid vermag, valt volgens hen nooit goed vanuit een interne positionering dicht bij de werk- en beleidsprocessen te achterhalen. Pas wanneer de resultaten in een bredere maatschappelijke context worden beoordeeld, wordt duidelijk wat het handelen van bedrijven teweeg brengt. Ten Bos c.s. gruwen dan ook van een participatieve besluitvorming in bedrijven die medewerkers betreft bij het uitzetten van de koers van de onderneming. Dat loopt naar hun mening op niets anders uit dan *window dressing*. Medewerkers moeten zich niet laten verleiden om op deze manier legitimiteit te verschaffen aan de koers die in een op winst gerichte onderneming zal worden uitgezet door de top. Ze worden dan als persoon te zeer gecompromitteerd. Op eenzelfde manier dient de bedrijfsethiek haar kritisch vermogen te bewaren door stevig op afstand te blijven. Zo kan zij voorkomen dat ze een intrinsiek onderdeel wordt van de vertrouwenscrisis die zich sinds enkele decennia in de bedrijfswereld manifesteert (Ten Bos, Jones, Parker.2006, 176 – 178).

Hoewel de ideeën van Zwart en Ten Bos c.s. uiteenlopen ten aanzien van de distantie die tegenover de praktijk betracht zou moeten worden, meen ik dat zij in de grond overeenkomen. Beiden verzetten zich tegen een instrumentele ethiek die de schurende dimensies van morele problemen verdonkeremaant. Voor de zorg impliceert dit dat er meer aandacht dient te zijn voor de ervaringen van de meest direct betrokkenen, beroepsbeoefenaren en patiënten. Voor het bedrijfsleven betekent dat aandacht voor systeemeffecten die niet direct in beeld zijn en mensen betreffen die in ieder geval weinig macht hebben: bevolkingsgroepen in de derde wereld bijvoorbeeld, volgende generaties. Maar ook categorieën als natuur en milieu.

2.1.4 Conclusie: basale leerpunten voor een praktijkgerichte ethiek

Op grond van hun kritische beoordeling van de gezondheids- respectievelijk de bedrijfsethiek kunnen we aan de interpretaties van Zwart en Ten Bos c.s. enkele duidelijke criteria voor een ethiek(beleid) ontlenuen, ook al komen ze wat contradictoer over. Zwart lijkt twee criteria voor de kwaliteit van de ethische reflectie te hanteren. In de eerste plaats betreft dat *de inhoudelijke gebondenheid van de reflectie aan de oorspronkelijke ervaring*. Door systematisch aandacht te besteden aan de ervaring wordt het meeste recht gedaan aan de weerbarstigheid van de zorgpraktijk.

Zwart tilt zwaar aan dit criterium voor de professionele praktijk van de gezondheidszorg. Volgens hem is het teveel op de achtergrond geraakt. Naar mijn oordeel ondersteunt dit criterium een pleidooi voor een contextuele ethiek in de professionele praktijk en wel in de vorm van een actieve betrokkenheid van het handelend subject bij de reflectie op de ervaring. De continuïteit ten opzichte van de ervaring van het onbehagen die Zwart noodzakelijk acht voor de praktische relevantie van de ethiek, kan immers niet goed gedacht worden zonder actieve betrokkenheid van de betrokken pratici. Dat sluit aan bij de opmerkingen van De Dijn over de toegepaste ethiek. Om recht te doen aan de ervaring acht hij het aangewezen dat de verantwoordelijkheid inzake professionele ethiek 'vierkant' terug in handen wordt gegeven van de direct betrokkenen (De Dijn 2003).

Vervolgens doet zich een probleem voor. Terwijl het wenselijk is om de reflectie terug in handen te geven aan de professionals om op die manier te waarborgen dat er recht wordt gedaan aan de morele ervaring, is de vraag of dat ook echt kan. Dat heeft te maken met het tweede criterium dat ik aan Zwart ontleen. Dit betreft *de garantie van methodische gestrengheid in het interpreteren van de ervaring*. Dit tweede criterium vraagt om de benodigde reflectieve competenties. De vraag is of professionals daarover beschikken. Zo stelt Zwart dat je om ethiek (als denkdiscipline) te praktiseren, welhaast filosoof zou moeten zijn. Anders loop je het risico dat je de ervaring van het onbehagen onvoldoende kritisch thematiseert; dat je voorbijgaat aan de vele perspectieven van waaruit een situatie kan worden beoordeeld. Zeker wanneer je ethiek begrijpt als het doordenken van ervaringen van moreel onbehagen vanuit de filosofische traditie, is een eenvoudige *vereenzelviging* met de ervaringspraktijk een risico voor de kwaliteit van de reflectie.

Ook Ten Bos en zijn medeauteurs hechten een groot belang aan een dergelijk criterium van methodische gestrengheid maar om geheel andere redenen dan Zwart. Daarom krijgt het criterium bij hen een andere lading. Dat heeft uiteraard te maken met het verschil in focus van gezondheids- en bedrijfsethiek. Ik breng het als een afzonderlijk derde criterium in: *vermeden moet worden dat de ethiek ingebed raakt in de versluisende machtsverhoudingen binnen systemen* en op grond daarvan de doorgemaakte ervaringen binnen de organisaties (mis)interpreteert. Door een te grote concentratie op het handelingsperspectief van de manager verliest de bedrijfsethiek gemakkelijk zijn kritisch potentieel: het wordt een slechte ethiek die systematisch voorbij dreigt te gaan aan systeemeffecten en ervaringen van moreel onbehagen. Dat is volgens Ten Bos c.s. voor wat betreft de bedrijfsethiek dus niet zozeer een gevolg van een gebrek aan kennis of competentie maar vooral van een gebrek aan onafhankelijkheid. Met betrekking tot de beoordeling van systeemeffecten wordt daarom om een filosofische, kritische distantie gevraagd: slechts door zich onafhankelijk op te stellen tegenover de bestuurders blijft er ruimte voor kritiek, voor een meer externe, meer politieke en sociale beoordeling van de systemen. Alleen zo kan de veelvuldigheid van perspectieven die bepalend is voor de uitkomsten van de organisatieactiviteiten, adequaat op waarde worden geschat.

Afsluitend

De kritiek zoals Zwart en Ten Bos c.s. die formuleren leidt tot enkele heldere aanwijzingen voor een normatief concept van ethiek (beleid) voor zorgorganisaties. Tegelijkertijd roept deze kritiek vragen op. Niet alleen vanwege de spanning die er tussen de af te leiden criteria is maar ook vanwege de werkwijze en toonzetting, ook al verschilt deze van meer uitgesproken sceptische geluiden zoals bij De Vries en meer recent De Dijn. Zwart en Ten Bos c.s. nemen beiden in de gezondheidsrespectievelijk de bedrijfsethiek een proces van verval waar ten opzichte van een geïdealiseerde oorsprong. De kern wordt, als ik het goed zie, bepaald door twee onderscheiden maar samenhangende elementen. In de eerste plaats betreft dat het versmallen van ethiek tot een vorm van techniek. Iedere vorm van ethiek die te veel gaat hangen aan een instrumentele werkwijze dreigt afbreuk te doen aan haar originele, filosofische karakter. Zij wordt een lege, inhoudsloze ethiek. Tegelijk moet men constateren dat zo'n technische, probleemoplossende werkwijze de toegepaste ethiek ook weer aantrekkelijk maakt voor probleemhebbers in het veld. In die zin kan het niet gemist worden.

In de tweede plaats speelt de vraag naar de verhouding tussen ethiek en macht. Ethiek vraagt blijkbaar om een onafhankelijke, ongebonden positie om haar werk adequaat te kunnen doen en de effecten van systemen te blijven verdisconteren in haar kritiek. Maar hoe moeten we ons dat moeten voorstellen, een machtsvrije, onafhankelijke ethiek? Genereert dat wel een werkbaar ideaal voor een praktische ethiek?

2.2 Medische macht en professionele onmacht: wat interesseert de ethiek?

Introductie

Na een eerste verkenning van de praktische ethiek aan de hand van enkele kritieken, buig ik me in deze paragraaf over aanknopingspunten voor ethiek waarvan ik verwacht dat die een plek dienen te krijgen in normatieve concepten van het ethiekbeleid van zorgorganisaties. Belangrijke aangrijpingspunten voor ethiek als reflectie op moraal, liggen in ervaringen van onbehagen. Ook in de gezondheidszorg. Dan handelt het niet alleen om uitzonderlijke kritische incidenten maar ook om meer fundamentele ontwikkelingen in de zorg. Twee zaken uit de recente geschiedenis van de gezondheidszorg haal ik in dit licht naar voren om zo meer zicht te krijgen op de betekenis van dat onbehagen voor de ethiek en het ethiekbeleid.

De verschijnselen waaraan ik refereer betreffen in de eerste plaats de ontwikkelingen in de medische praktijk die eind jaren zestig de aanleiding vormen voor een nieuwe medische ethiek. In de tweede plaats gaat het om het fenomeen van het zogenaamde 'beroepszeer' dat zich de laatste jaren zowel in de gezondheidszorg als in andere maatschappelijke sectoren manifesteert. Dat laatste verschijn-

sel wordt niet alleen gekenmerkt door een structureel verlies aan maatschappelijke status en zeggenschap van professionals maar ook door kwaliteitsverlies van het professionele werk (Van den Brink, Jansen en Pessers, 2005; Mak 2004; Van Heijst 2005). In die zin associeer ik ook beroepszeer met 'moreel onbehagen'. Het verschijnsel roept vragen op voor en over de praktische ethiek, maar op een andere manier dan de ontwikkelingen eind jaren zestig van de vorige eeuw. Beide verschijnselen bespreek ik apart om ze vervolgens in perspectief te plaatsen.

2.2.1 Medische macht en medische ethiek

In de literatuur die handelt over de ontwikkeling van de gezondheidsethiek in Nederland wordt steevast gewezen op het onbehagen dat zich halverwege de vorige eeuw manifesteert onder de artsen en hoe dat wordt verwoord in een publicatie van psychiater Van den Berg uit 1969: 'Medische macht en medische ethiek'. Dat boekje markeert het begin van de gezondheidsethiek in Nederland. Zwart en Widdershoven achten het typerend voor die nieuwe ethiek. Van Heijst refereert eraan. En al vroeg Dupuis (Dupuis 1976, 19; 77). Het gaat om een klein boekje, zo'n vijftig pagina's, vijftientig keer herdrukt (Engberts 1997, 8). Het onbehagen dat zich hier manifesteert, interesseert: waar komt het vandaan? Waarom is er eigenlijk zoiets nodig als een nieuwe ethiek? De titel van het boekje is al veelzeggend: medische ethiek begint met macht. Dat impliceert een visie op de relatie tussen arts en patiënt als een machtsrelatie. Een interessante notie die gerelateerd kan worden aan het denken van een machtstheoreticus als Foucault. Of aan een in de zorg meer bekende naam als Illich (vgl. Van Houten 2006). Maar als het hanteren van macht op een of andere manier samenhangt met ethiek, moet die macht er ook wel zijn. En wel op een specifieke wijze. Daarop maakt het boekje van Van den Berg de tijdgenoten in een notendop attent: de vraag naar een nieuwe ethiek voor de geneeskunde maakt zichtbaar dat zich ingrijpende veranderingen hebben voorgedaan die de medische praktijk hebben verbonden met machtsuitoefening.¹²

12 Het gebruik van het woord 'macht' in deze context kan leiden tot misverstanden. Ik gebruik het hier om recht te doen aan de inzet van Van den Berg. Volgens Hannah Arendt dient er zorgvuldig onderscheid te worden gemaakt tussen 'macht' en 'geweld'. Tegelijk constateert ze dat dit hoogstzelden gebeurt. Conform de door haar gebruikte onderscheidingen dient het door Van den Berg gethematiseerde probleem niet gekoppeld te worden aan het begrip 'macht', maar zou een ander begrip meer op zijn plaats zijn, namelijk geweld. Verderop in deze tekst, in het deel dat over 'zorg' gaat, kom ik op dit onderscheid terug.

Het gaat daarbij niet om onschuldige veranderingen. Integendeel. Daarom vragen ze om een andere professionele oriëntatie van de arts, om een andere ethiek.¹³

De oude moraal

Over de aard van de veranderingen die noodzaken tot een andere ethiek bestaat weinig misverstand. Diverse auteurs beschrijven in het spoor van Van den Berg hoe de klassieke medische professional zijn werk ongestoord kan blijven doen zolang duidelijk is dat zijn macht niet ver reikt (Zwart 1998; 2002; Widdershoven 2000; Houtepen en Kater 2001). Het vertrouwen in de arts is tot het midden van de vorige eeuw eerder gelegen in de symboliek van een samen-met-de-patiënt-volgen van de ziekte dan in een daadwerkelijke effectiviteit.¹⁴ Een uitgebreide ethiek is in dit soort omstandigheden niet nodig. Zolang de arts met de patiënt de ziekte volgt in zijn beloop, komt men toe met een aantal eenvoudige gedragsregels. Het gaat eerder om vormen van wellevendheid in de omgang met patiënten (en met collega's) dan om een ethiek die regels stelt voor de inhoud van het medisch handelen. En hoewel deze gedragsregels wel interesse tonen voor het wel en wee van de patiënt, betekent dat niet dat de mening van de patiënt meeweegt in de sturing van het handelen (Dupuis, Kerkhoff, Thung 1992, 23-24). Omgaan met de patiënt is in die oude moraal van een andere orde dan het medisch handelen zelf. De manier waarop de ziekte door de arts behandeld wordt is dan ook geen onderwerp dat in besluitvormende zin met de patiënt besproken wordt. De rol van de patiënt is passief. Uiteraard doen zich omstandigheden voor dat mensen hopen en verwachten dat artsen vanwege het ingrijpende beloop van de ziekte anders handelen dan de traditionele wetten van de geneeskunde voorschrijven. Maar het is geen open thema. Het wordt discreet behandeld door de arts die alles wat de patiënt en diens omgeving zou kunnen verontrusten, weghoudt. De etiquette van

13 De problematisering van de medische macht bij Van den Berg en bij ethici in de jaren zeventig, zoals bijvoorbeeld Dupuis en Sporken, is van een andere orde dan de wijze waarop Foucault de medische macht problematiseert. Gaat het bij Van den Berg om averechtse effecten van een toenemend medisch-technisch vermogen, dat moet worden gecorrigeerd, Foucault problematiseert veel principiëler: volgens hem gaat het niet om scheefgroei in de ontwikkelingen die zou leiden tot een onderdrukking van het subject. In plaats daarvan brengen ze het subject door hun onderling samenhangende disciplineringsstechnieken tot stand. Het idee van de 'moderne' medische ethiek dat de geneeskunde pas recentelijk in de twintigste eeuw macht zou hebben verworven, miskent dan ook de betekenis die de geneeskunde en de andere menswetenschappen volgens Foucault al vroeg in de negentiende eeuw zouden hebben gekregen. Bijvoorbeeld bij de herinrichting van de zwakzinnigenzorg en de psychiatrie. Of het gevangeniswezen (Devos 2004, 16 vv; Foucault 2007, 428-429). Hoe aantrekkelijk ook, een probleem met deze kenschets van de ontwikkeling van de professionele gezondheidszorg (en andere vorm van zorg- en dienstverlening) is volgens een aantal critici - en ik sluit me daarbij aan - dat er nog amper onderscheid kan worden gemaakt tussen positieve en negatieve effecten van macht. Zo stelt Achterhuis dat Foucault macht teveel vereenzelvigd met geweld. Daardoor wordt het welhaast onmogelijk er grip op te krijgen (Achterhuis 2008, 74-75). Van Middelaar voert Foucault op als een van de Franse filosofen die een einde maakt aan de politiek. In het universum van Foucault wordt het verschil tussen sociale discipline en gevangenschap, tussen macht en geweld al te gemakkelijk verwaarloosd (Van Middelaar 2011, 110-114). Dat laat wel mogelijkheden voor verzet, bijvoorbeeld in de vorm van een bestaansethica (Dohmen 2007 b, 77) maar amper nog in politieke zin.

14 Dit beeld van een betrekkelijk onmachtige geneeskunde is een globaal beeld.

de oude medische ethiek die zegt zich te beroepen op Hippocrates, eist dat er wordt gezwegen. Dat alles geldt zolang de geneeskunde weinig vermag.

Een machtige geneeskunde

Met het breed ter beschikking komen van antibiotica en andere geneesmiddelen, waaronder psychofarmaca en anesthetica, de stapsgewijze ontwikkeling van de medische technologie en de daaraan gekoppelde omvorming van het ziekenhuis van zorginstelling tot medisch behandelcentrum, verandert de artsenrol: de geneeskunde wordt machtig, meer specifiek, zij wordt technocratisch. Daarmee verandert haar aanzien, ook maatschappelijk. Niet alleen in positieve, maar ook in negatieve zin. Op zichzelf is het merkwaardig dat de veranderingen aanleiding geven tot onbehagen want macht is immers niet per se negatief. Waarom zou een situatie waarin het streven van de moderne geneeskunde om de natuur te beheersen eindelijk lijkt te worden waargemaakt, negatief moeten worden beoordeeld? Macht vraagt volgens Achterhuis pas om een begrenzing, ook in morele zin, wanneer zij ontspoot en gewelddadig wordt (Achterhuis 2008).¹⁵

Dat nu is in toenemende mate het geval. Door Engberts (Engberts 1997, 8) wordt de kentering in de maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van de geneeskunde gekoppeld aan de Softenonaffaire aan het einde van de jaren vijftig. Daarbij worden verspreid over meerdere landen meer dan achtduizend kinderen met ernstige afwijkingen geboren ten gevolge van de toepassing van een veilig geacht en algemeen geaccepteerd medicijn om ochtendmisselijkheid tegen te gaan tijdens de zwangerschap¹⁶ (Engberts l.c.). Anderen markeren de omslag met een verwijzing naar de bijna industriële aard van de ontwikkelingen op het gebied van de hemodialyse en de eerste nier-, hart- en levertransplantaties: met deze toepassingen van de geneeskunde verandert het beeld van het menselijk lichaam en van de mogelijkheden van de arts om erop in te grijpen, op fundamentele wijze. De geneeskunde krijgt tegennatuurlijke aspecten. (Vgl. Zwart 2002).¹⁷ Geeft dat aanleiding tot reflectie, die reflectie wordt pas effectief als de veranderingen ook echt breed worden waargenomen. Wat dat betreft vertoont de ontstaansgeschiedenis van de nieuwe medische ethiek typische kenmerken. Op enkele daarvan ga ik in.

1 *De nieuwe ethiek als interne kritiek*

In het boekje van Van den Berg maar ook in andere getuigenissen uit dezelfde periode kiezen artsen expliciet positie ten opzichte van de ontwikkelingen in

15 Overigens hecht Achterhuis er in navolging van Arendt aan om macht en geweld uit elkaar te houden: macht is in principe gekoppeld aan praxis, geweld aan instrumenteel handelen, aan poiesis (Achterhuis 2008, 139 vv). Later kom ik op dit onderscheid terug.

16 In 1961 werd het middel van de markt gehaald.

17 Dat het mis-handelen door artsen in het nationaal-socialistische Duitsland pas vrij laat betekenis heeft gekregen voor een kritische herbezinning op de medische ethiek (Vgl. Engberts 2001, 144; Dupuis 2001, 155 vv.; Beemer en De Wachter 1980) heeft mogelijk te maken met de omstandigheid dat hun handelen niet exemplarisch werd geacht voor dokters maar typerend voor het doen en laten van misdadige Nazi's.

hun vak (Van den Berg 1959, Zwart 2002). De vraag naar een nieuwe medische ethiek is in eerste aanzet dan ook een interne vraag. Die constatering verhoudt zich kritisch tot de medicaliseringskritiek die in de jaren zeventig opkomt en in haar scherpste uitingen aannemelijk tracht te maken dat medische professionals er op uit zijn patiënten in een afhankelijke positie te brengen en te houden. Toch kan men er moeilijk omheen: de kritiek op de ontwikkeling van de geneeskunde is in aanzet een interne kritiek van de medici zelf. Zeker, er zijn in die beginperiode ook schrijvers uit andere disciplines zoals de Amsterdamse ziekenhuispredikant Buskes, maar het zijn vooral de medici zelf die zich buigen over de negatieve effecten van hun handelen. Het is hún onbehagen dat aanzet tot schrijven, tot stelling nemen tegenover¹⁸ het vak. Zo beschrijft Zwart hoe in de jaargangen van *Medisch Contact* in de jaren zestig steeds meer een zelfkritische houding onder artsen zichtbaar wordt. Overigens, meldt Zwart, gebeurt dat in voorzichtige bewoordingen. Zo wordt door de artsen gesproken over een evolutie in de ethiek en niet over een revolutie (Zwart 2002, 37). Maar ook binnen die evolutie ‘moet de vaderlijke houding, het paternalistisch imago plaatsmaken voor een meer zakelijke relatie, het paternalistische cultuurpatroon voor een meer democratisch cultuurpatroon.’ En: ‘(w)aar vroeger een geruststellend woord volstond, dient de arts nu tekst en uitleg te geven’ (Zwart l.c.). In aanzet blijkt de nieuwe ethiek een kwestie van professionele zelfkritiek.

2 *De nieuwe stijl van de moderne gezondheidsethiek*

Terwijl ook andere artsen dan Van den Berg veranderingen in de beroepsuitoefening signaleren en aanpassingen in de ethiek bepleiten, wordt de publicatie van psychiater Van den Berg bij uitstek illustratief geacht voor de omslag in het medisch-ethisch denken. Waarom dat zo is, heeft volgens Zwart niet zozeer te maken met de inhoud van diens kritiek als wel met de stijl ervan. Zwart duidt die aan als pamflettistisch (Zwart 2002). Daarbij komt het gebruik van indringende beelden: ‘Van den Berg illustreert zijn betoog met foto’s van zwaar geschonden patiënten die als resultaat van opeenvolgende medische interventies en door middel van apparatuur in leven worden gehouden. Zijn boekje is een aanklacht tegen dit soort geneeskunde en tevens een oproep om de bakens te verzetten’, zo stelt Engberts (Engberts 1997, 10). Zwart sluit daarop aan maar doet dat dus op een specifieke wijze door op de stijl van Van den Berg in te

18 Een ook in ons land, onder meer via het werk van Achterhuis, niet onbekende criticus als Illich (Achterhuis 1981) stelt dat professies systematisch uit zijn op machtsvergroting ten koste van het eigen probleemoplossend vermogen van burgers. De kern van hun activiteiten is het lossnijden van burgers van hun eigen probleemoplossend vermogen door de ontwikkeling van afhankelijkheidsculturen: die worden overeind gehouden door de macht van de professionals om te definiëren wat er aan de hand is (Van Houten 2006; Illich 1978). Van de ene kant past de kritische zelfreflectie van artsen als Van den Berg niet in dit beeld. Van de andere kant zullen medicaliseringscritici als Illich (of Foucault) deze uitingen van kritische zelfreflectie blijven interpreteren als strategische vormen van machtsuitoefening door de professionals. Een opmerkelijke positie in dit debat werd ingenomen door de Nederlandse hoogleraar huisartsgeneeskunde Van Aalderen, die zich met het oog op de zwakke positie van patiënten begin jaren tachtig terugtrok uit het vak: zelfkritiek en medicaliseringskritiek vielen in zijn geval samen (Van Aalderen 1985).

gaan: die zou qua woordgebruik en kaderstelling al de nieuwe ethiek openbaren. Het boekje betreft volgens Zwart dus niet alleen een oproep om te bakens te verzetten: Van den Berg verzet ze in het boekje daadwerkelijk. Overigens stelt Zwart dat de nieuwe stijl van ethiek bedrijven met de daarbij horende woorden en beelden al veel eerder in het werk van Van den Berg wordt aange troffen. Maar omdat die eerdere tekst deel uitmaakt van een veel omvattender studie uit 1959 over veranderingen in de westerse geneeskunde (Zwart 2002, 41 vv) is de impact gering. Pas tien jaar later zijn niet alleen de omstandigheden zo veranderd dat de positie van Van den Berg wel op moet vallen, maar wordt ook door de uitgave als pamflet beter duidelijk hoe de medische ethiek in communicatieve zin verandert: dat zij haaks staat op wat eerder onder artsen gebruikelijk is, namelijk te zwijgen. Letterlijk valt bij Van den Berg te zien en te lezen wat de negatieve effecten van medische macht kunnen zijn. Bezien vanuit het oogpunt van een traditionele doktersmoraal is de open manier waarop Van den Berg ziektegeschiedenissen en beslissingsprocessen naar buiten brengt volkomen schandalig. De regel dat de arts met het oog op het vertrouwen van de patiënt geen blijk geeft van twijfels over het verloop en de behandeling van de ziekte, lapt Van den Berg in zijn manifest simpelweg aan zijn laars. Daarmee brengt hij volgens Zwart al schrijvend in praktijk, wat voortaan tot de kern van de nieuwe mores in het gesprek met patiënten wordt gerekend: openheid en transparantie.

- 3 *De focus van de nieuwe ethiek: de patiënt als begrenzer van de medische ambities?* Met het pleidooi voor een nieuwe, open ethiek melden Van den Berg en andere artsen aan de buitenwereld dat de vanzelfsprekende legitimatie van het medisch handelen niet meer als vanzelf is gegeven. Daar, waar de medische macht zich waarmaakt, toont zij onmiddellijk een Janusgezicht dat vraagt om begrenzing. In het licht van die notie over een machtige geneeskunde van Van den Berg, heeft Dupuis, maar hebben ook andere ethici, voortdurend beklemtoond dat het de opgave van de moderne gezondheidsethiek is om de nieuwe medische macht aan banden te leggen (Vgl. Dupuis 1994 a, 13-25; Zwart 1995, 8; Zwart 1993). Maar het is niet alleen een zaak van de ethiek of van ethici. In lijn met het pleidooi voor openheid en transparantie uit het pamflet van Van den Berg en karakteristiek voor de nieuw voorgestelde normatieve oriëntatie van de arts is het - tenminste als ik Zwart volg in zijn interpretatie van Van den Berg - de patiënt zélf die wordt voorgesteld als dé begrenzer van de traditionele paternalistische autoriteit. Voortaan dient het weten en vooral het handelen van de medische professional fundamenteel te worden geconditioneerd door het oordeel van de patiënt over de in te zetten technologie. Zwart licht deze wijziging in oriëntatie bij Van den Berg als volgt toe: terwijl de oude medische ethiek gefundeerd is in de regel dat de arts de plicht heeft het leven te beschermen waar en wanneer dat mogelijk is, luidt de grondregel van de nieuwe medische ethiek dat de arts 'de plicht heeft het leven te beschermen voorzover dat zinvol is' (Van den Berg 1969; Zwart 1995, 10; cursivering h.v.d.). In die karakterisering van het oordeel als een oordeel over zinvolheid, ver-

schuift de aandacht van de professional vanzelf naar de patiënt. Want juist het oordeel over de zin van het handelen komt per definitie aan de patiënt toe. Het is een vraag die slechts vanuit zijn belevingsperspectief kan worden beantwoord. En door niemand anders. En ook al is het niet zo dat de formuleringen van Van den Berg al expliciet spreken van *rechten* van de patiënt, het is wel zo dat de oriëntatie zoals hij die voorstelt, wordt bepaald door een op de patiënt en diens oordeel gebaseerd perspectief.¹⁹ Niet voor niets wijst hij als volgt vooruit naar een toekomstige praktijk: 'Ik zie het nog gebeuren dat de patiënt vrij in zijn map van zijn medische verslag, zijn *status* bladert' (Van den Berg 1969, 35). 'De ideale patiënt is', zo voegt Zwart daaraan toe, 'een *kritische* patiënt geworden' (Zwart 2002, 47). En de medische zorg noodzakelijk interactief.

Afsluitend: gezondheidsethiek en de ambivalentie van moderne zorgpraktijken

De ontwikkeling van de moderne gezondheidsethiek, met haar pleidooi voor beëindiging van de paternalistische alleenspraak als rechtvaardiging voor het handelen en haar pleidooi voor een dialoog met de patiënt als het belangrijkste kritische element in de beoordeling van de moraliteit van het medisch handelen, vormt een goede illustratie van de moderne ambivalentie van professionele praktijken: van de omstandigheid dat de waarde van de professionele beroepsuitoefening nooit meer alleen kan worden beoordeeld aan de hand van interne criteria, maar altijd ook onderwerp is van de waardering van anderen. Willen professionele zorgverleners op een adequate manier omgaan met het onbehagen dat zij in hun beroepsuitoefening ervaren, dan dienen zij zich bewust te zijn van hun beperkingen en zich daarom concreet, interactief te laten leiden door het oordeel van hun patiënten. Die hebben vanuit hun perspectief te oordelen over de vraag of het voorgestelde handelen ook voor hen het goede is. Dat vraagt uiteraard ook om een toegankelijke stijl van communicatie.

2.2.2 Professionele onmacht: een nieuw aandachtspunt voor de ethiek?

De ambivalentie van de moderne beroepspraktijk is niet alleen gegeven met de opening in de nieuwe medische ethiek naar de patiënt als ultieme beoordelaar van de relevantie van het professionele handelen. Zij wordt ook bepaald door een ander fenomeen, namelijk het verlies aan zeggingskracht in de institutionele contex-

19 Engberts neemt een andere positie in. Hoewel hij met andere auteurs erkent dat de veranderde oriëntatie in de gezondheidsethiek op bijzondere wijze wordt gemarkeerd in het pamflet van Van den Berg is hij van mening dat Van den Berg nog betrekkelijk terughoudend is en zich beperkt tot de idee dat de arts de positie en de mening van de patiënt een plaats moet geven in zijn eigen afwegingen. Daarmee is aan de patiënt volgens Engberts nog geen recht om mee te beslissen toegekend. Strikt genomen is deze interpretatie correct (Engberts 1997, 10-11). Anderzijds meen ik dat de lezing zoals Zwart die geeft logisch volgt uit de opvatting van Van den Berg namelijk dat de redelijkheid van de medische beslissing afhankelijk is van de beoordeling van de zinvolheid van dat handelen. Dit oordeel kan nooit adequaat voltrokken worden *buiten* het oordeel van de patiënt over de zin of onzin van het voorgestelde beleid. Pas in de dialoog met de patiënt wordt geoordeeld over de zinvolheid van het handelen voor deze patient. De patiënt moet met andere woorden worden gevraagd zich uit te spreken.

ten waarin de moderne professionele beroepsuitoefening plaatsvindt.²⁰ Daarmee komen we toe aan een tweede, opmerkelijk verschijnsel van moderne zorgpraktijken: het zogenaamde *beroepszeer* in de zorg (Van den Brink, Jansen, Pessers 2005). Hoewel de veranderingen van de gezondheidsethiek eind jaren zestig ook kunnen worden geassocieerd met ‘beroepszeer’, gaat het hier duidelijk om een ander mechanisme en om een andere vorm van onbehagen. De beroepsethiek lijkt op het eerste oog niet al te veel belangstelling voor het fenomeen te hebben (Kole 2007). Toch zijn er links en recht wel reacties van ethici, die duidelijk maken dat de ervaring van beroepszeer appelleert aan normatieve opvattingen over de zorg.²¹

Dat ethici wisselend reageren is misschien niet zo vreemd: beroepszeer heeft nu eenmaal niet te maken met een toegenomen professionele macht die om (ethische) begrenzing vraagt, maar eerder met het tegenovergestelde, met ervaringen van professionele onmacht. Anders gezegd: met een teveel aan begrenzing, tenminste vanuit de optiek van de professionals. Niet voor niets lijkt deze crisis in de professionele beroepsuitoefening het beste begrepen te worden in termen van deprofessionalisering, van een ontmanteling van professionaliteit.

Deprofessionalisering en moraal

Interessant is dat Kole, aan wie ik hier refereer, deze deprofessionalisering expliciet in termen van moraal typeert. ‘Professionaliteit raakt in crisis wanneer professionals te veel inboeten aan professionaliteitskenmerken; wanneer, als gevolg daarvan, het *goed* waar professionaliteit op is gericht niet meer gerealiseerd wordt; wanneer professionals hun werk niet meer goed (in technische én morele zin) doen of kunnen doen zodat de kwaliteit van samenleven en persoonlijk leven van burgers en professionals zelf ondermijnd wordt’ (Kole 2007).

De ervaring van beroepszeer is geen exclusief Nederlands verschijnsel. De Franse socioloog Dubet relateert dit soort verschijnselen in eigen land aan een afbraak van de instituties. Die licht hij toe aan de hand van empirische studies over de ervaringen van de professionals: niet alleen verpleegkundigen komen aan het woord over de zorg maar ook bijvoorbeeld maatschappelijk werkers en leraren (Dubet 2007). Beroepszeer zoals Dubet het beschrijft, is een kwestie die speelt op het niveau van systemen met effecten op het niveau van de individuele beroepspraktijk. Tonkens constateert dat er tegelijk door verschillende groepen (overheid, management, cliënten) aan professionals getrokken wordt en wel in tegengestelde richtingen: met een akelige spagaat als gevolg (Tonkens 2008, 14). Op de achtergrond signaleert zij een viertal maatschappelijke processen die leiden tot de ervaring van een tekort aan ruimte in de beroepspraktijk: 1. de democratiseringsbeweging in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw die leidt tot een aantasting van de autoriteit van de professionals, 2. een toenemende schaarste aan

20 Ik spreek hier vooral over de gezondheidszorg. Verlies aan professionaliteit is een verschijnsel dat zich niet alleen in de gezondheidszorg voordoet maar veel breder wordt waargenomen. Met het breder trekken van het verschijnsel verliest het wel scherpte omdat het allerlei typen van dienstverlening gaat omvatten. Daarom blijf ik me concentreren op de verschijnselen in de gezondheidszorg.

21 In het volgende hoofdstuk kom ik hier op terug.

middelen 'die professionals onder druk zet' en bureaucrativering stimuleert 3. de secularisatie en ontzuiling die afbreuk doet aan de morele legitimatie van de professionals en 4. de toegenomen specialisatie van het werk dat leidt tot een opknippen van beroepsactiviteiten (Tonkens 2008).

Overigens lijkt beroepszeer zich meer voor te doen bij semiprofessionele beroepen dan bij de klassieke professionele beroepen zoals de arts (vgl. Struis en Van de Vathorst 2009; Van Dartel 2009). Toch worden ook in de sfeer van de specialistische geneeskunde ervaringen van beroepszeer gedocumenteerd (De Brauw 2003; Batenburg de Jong 2006; Vgl. Giard 2009). En signaleren ook ethici negatieve effecten van bureaucrativering op de medische praktijk (Ter Meulen 2003; Van Heijst 2005; Van Heijst en Vosman 2010).²²

De 'eigenaardigheid' van beroepszeer

Afgaande op verschillende beschrijvingen van het verschijnsel (Kole 2007; Kole en De Ruyter 2007; Van den Brink, Janssen en Pessers 2005; Tonkens 2003; Tonkens 2008; Van Houten 2006; Jacobs 2008; Van Houten 2008) stel ik vast dat beroepszeer een complex fenomeen betreft met vele aspecten dat in verschillende publieke domeinen zichtbaar wordt. Het gebrek aan historische afstand maakt het ingewikkeld om precies te bepalen hoe het verschijnsel moet worden begrepen. In de volgende pagina's kom ik aan de hand van opmerkingen van Kole (2007) tot een nadere typering. Kole verduidelijkt het verschijnsel beroepszeer aan de hand van een aantal verbindingen met sociale actoren die het werk van de professional in onze samenleving in toenemende mate zijn gaan beïnvloeden. Deze werkwijze is op zich al verhelderend en sluit goed aan op de sociologische lezingen zoals Tonkens en Dubet die geven. Professionele dienstverlening zoals die ook in de gezondheidszorg plaatsvindt, kan niet meer afdoende gedefinieerd worden als een proces dat zich afspeelt tussen twee actoren (arts en patiënt). Het heeft in plaats daarvan de trekken aangenomen van een samengestelde, interdependente praktijk met verschillende maatschappelijke spelers. Tegelijkertijd bepalen die spelers de inhoud van de praktijk en daarmee het professionele gehalte. Of beter: de wijze waarop professionaliteit in een bepaalde setting voortaan dient te worden begrepen.

Overigens dient uit deze voorstelling van zaken niet de conclusie te worden getrokken dat de professionals het willoze slachtoffer zijn geworden van andere maatschappelijke actoren. Niet voor niets voert Kole als eerste bepalende actor de beroepsgroepen zelf op. Daarmee maakt hij meteen duidelijk dat beroepszeer dan misschien wel oogt als een fenomeen waarbij de professional slachtoffer is geworden van bewegingen buiten hem of haar om, maar dat de schijn in deze bedriegt. 'Beroepszeer' wordt ook gegenereerd door intraprofessionele ontwikkelingen met deprofessionaliserende effecten. Zo heeft het professionele streven naar excellen-

22 Spencer e.a. gaan voor wat betreft de verhouding van een professionele ethiek ten opzichte van een organisatie-ethiek in op zowel de professionele normen en codes van artsen als ook van verpleegkundigen (Spencer e.a. 2000, 70 vv).

tie en transparantie dat voorkomt uit de normatieve idealen van de beroepsuitoefening een paradoxaal effect. Het steeds verder verbeteren van de professionele standaarden en het daaraan gekoppelde propageren van *evidence based* en *protocol-lair* handelen als maat van goede zorg, leidt er toe dat de vrijheid van handelen die van oudsher een centraal kenmerk van de professionele beroepsuitoefening is, gemakkelijk in het gedrang komt. Daarnaast verkleint het streven naar wetenschappelijke objectiviteit, zeker in praktijken waarin de wetenschappelijke *evidence* slechts een klein deel van de praktijk beslaat, niet de onzekerheid van de professional over de kwaliteit van diens handelen maar vergroot deze juist. Met als effect een versterking van het streven om nog meer van de praktijk onder het regime van *evidence based practice* en daarmee van richtlijnen en protocollen te brengen (Vgl. Willems, Vos 2007; Grypdonck 2005; Jeurissen en Van Dartel 2006; Tonkens 2008, 81 vv).²³ Tegen die achtergrond verschijnt bureaucratisering - dat door professionals vaak verfoeilijkt proces om praktijken in te richten en te beoordelen aan de hand van formele regels en procedures - simpelweg ook als neveneffect van het eigen streven naar professionalisering.

De concurrentie tussen de diverse professionele groepen waarmee in de praktijk dient te worden samengewerkt, bevestigt deze indruk: deprofessionalisering is een proces waar professionals helemaal geen managers of overheidsbureaucraten voor nodig hebben. Het specifieke deprofessionaliserende aspect van de concurrentie tussen de diverse beroepsbeoefenaars is dat men andere beroepsbeoefenaars tracht te declasseren door de jurisdictie over bepaalde kerntaken exclusief voor zichzelf op te eisen. Onder meer door te verwijzen naar het wetenschappelijk karakter van de gebruikte methoden in de eigen groep. Tegelijk worden de eenvoudiger taken afgestoten naar 'lager' gesitueerde professionals. Die worden daarmee ook als 'minder professioneel' voorgesteld. Het resultaat van deze taakher-schikking is het klassieke beeld van een sociale ladder van meer en minder professionele beroepen. Beroepszeer valt met andere woorden niet zomaar op het conto te schrijven van andere actoren zoals het management van instellingen. Het is ook de uitkomst van de professionaliseringstendensen van en tussen de beroepsgroepen zelf (Kole 2007; Jeurissen en Van Dartel 2006; Vgl. Van der Krogt 1981). Maar daarnaast onderscheidt Kole wel degelijk ook een deprofessionaliserend effect van de interacties met andere partijen: Kole noemt naast 1. de overheid, 2. instellingen, bedrijven, werkgevers, ook nog de cliënten van zorg (3) en de samenleving in haar geheel (4). Ten gevolge van de sturing door de overheid enerzijds en het karakter van de bedrijfsachtige omgeving waarin het professionele werk steeds meer plaatsvindt anderzijds, hebben bureaucratisering en commercialisering een steeds grotere invloed gekregen op de inhoud van het werk. Met het opvoeren van deze twee processen als belangrijkste bronnen van deprofessionalisering sluit Kole aan bij andere auteurs die de crisis van de professionaliteit zoals

23 In plaats van te erkennen dat een groot deel van de praktijk niet goed met wetenschappelijke evidence verhelderd kan worden en dat dit ook niet nodig of wenselijk is (Grypdonck 2005). Voor het gehele gebied van de Nederlandse verpleging en verzorging bestaan slechts dertien erkende richtlijnen (gegevens databank Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging juni 2010).

die zich op verschillende maatschappelijke gebieden voordoet, trachten te verhelderen.

Werk reguleren in de samenleving

Op de achtergrond figureert in de regel het werk van de beroepsocioloog Freidson die bureaucrativering en commercialisering opvoert als ernstige bedreigingen van professionalisering (Van Houten 2007; Freidson 2001; Tonkens 2008). En die andersom professionalisering opvoert als een belangrijke remedie tegen betekenisverlies in de samenleving onder invloed van een teveel aan commercialisering en bureaucrativering. Met die drie processen - professionalisering, bureaucrativering en commercialisering - worden volgens Freidson de belangrijkste mogelijkheden voor het reguleren van werk in onze samenleving aangeduid (Freidson 2001, 8; Kole 2007). Terwijl Freidson het fenomeen van de bureaucrativering theoretisch herleidt tot het werk van de Duitse socioloog Max Weber, voert hij het werk van de Engels filosoof Adam Smith op als bron van de commercialisering. In vergelijking met bureaucrativering en commercialisering is volgens Freidson een van de specifieke aspecten van de regulering van werk via professionalisering dat daarbij veel nadruk komt te liggen op morele waarden en de ondersteuning daarvan vanuit de instituties (Freidson 2001, 12; 180; 197 vv; Van Houten 2006). De kern van professionaliteit ligt met andere woorden in een onafhankelijke professionele ethiek.

Deze karakterisering van professionalisme als een belangrijke morele categorie in de opbouw van de samenleving beweegt zich volgens de Nederlandse filosoof Van Houten in lijn van de klassieke opvattingen van Durkheim over de noodzaak van een sociale arbeidsdeling voor de coherentie van moderne samenlevingen (Van Houten 2006). Daarbij gaat het om veel meer dan de inrichting van de arbeidsprocessen namelijk 'om de vraag hoe mensen een samenleving kunnen vormen, waarbinnen sprake is van cohesie en solidariteit' (Van Houten 2006, 20). Voor de gevraagde sociale cohesie is het noodzakelijk dat professionele groepen, die zich tussen de staat en het individu in bewegen, individuen betrekken bij hun activiteiten en hen op die manier vasthouden in de stroom van het sociale leven. Professionals, zo denkt Van Houten, genereren op deze wijze een burgerlijke moraal en verlenen de staat daarmee de noodzakelijke stabiliteit en sociale samenhang (Van Houten l.c.). Onder druk van andere logica's van bureaucratische of commerciële aard wordt de sociale arbeidsdeling echter steeds meer vervangen door een meer technische arbeidsdeling.

Die technische arbeidsdeling wordt door Van Houten herleid tot diezelfde Adam Smith naar wie Freidson verwijst. Van Houten refereert evenwel aan een ander aspect van Smiths werk dan Freidson doet, namelijk aan diens ideeën over een efficiënte productie van gebruiksgoederen door de arbeidsprocessen om te

vormen tot een keten van deelprocessen.²⁴ Ook professionele vormen van dienstverlening worden volgens Van Houten steeds meer onderworpen aan dictaten van een technische rationaliteit en daarmee herleid tot instrumentele producten. Dat gebeurt volgens Van Houten onder meer door de toepassing van ideeën van *scientific management*²⁵ zoals verticale arbeidsdeling en protocollering op sociale vormen van dienstverlening en zorg.²⁶

Het probleem van de introductie van vormen van technische arbeidsdeling in de sfeer van traditionele professionele dienstverlening is nu dat daarmee dwars tegen de sociale rationaliteit van dit soort voorzieningen in wordt gegaan. Die betekenis - van een versterking van de burgerlijke moraal en van sociale stabilisering - wordt aangetast. Wanneer de sociale arbeidsdeling in onze samenleving ondergeschikt raakt aan de normen van een technische arbeidsdeling verdwijnt de morele autoriteit waarover professionals van oudsher beschikken en erodeert de morele betekenis van hun werk. In dat kader refereert Van Houten ook aan het beroemde beeld van Weber die in verband met de effecten van modernisering en bureaucratisering spreekt over een IJzeren Kooi, waarin de moderne mens zou zijn opgesloten.²⁷

Verskillende definities van professionaliteit

Illustratief in dit verband is het gelijktijdig in zwang komen van uiteenlopende beelden van professionaliteit en van professionele organisaties. Ik geef twee verwijzingen, een ontleend aan de bedrijfskundige literatuur, de tweede betreft een observatie van ethicus en filosoof Ten Bos.

- 1 In een artikel over professionele organisaties vraagt bedrijfskundige Wanrooij zich af, hoe er zinnig onderscheid kan worden gemaakt tussen verschillende typen professionele organisaties (Wanrooij 2008). Om tot een typologie van organisaties te komen hanteert hij een aantal criteria. Naast de aard van het

24 Freidson voert Adam Smith vooral op in verband met een commercialisering van de dienstverlening en niet zozeer voor de karakterisering van de opzet van het arbeidsproces in technische zin. Zoals ik aangaf sluit hij daarvoor meer aan bij de ideeën van Max Weber over bureaucratisering (Freidson 2001). Freidson beschouwt professionalisering net als commercialisering en bureaucratisering als ideaaltypen voor de regulering van werk. Theoretische constanten van het ideaaltypen professionalisering zijn: 1. een afgebakend kennisgeheel 2. controle op het werk vanuit de beroepsuitoefening zelf 3. een vanuit het beroep gecontroleerde arbeidsmarkt 4. een vanuit het beroep gecontroleerd trainingsprogramma en 5. een ideologie die een transcendente waarde dient en die meer betekenis hecht aan het verrichten van goed werk dan aan een economische beloning (Freidson 2001, 180; Vgl. Jacobs. Meij, Tenwolde, Zomer 2008)

25 Scientific management staat voor een stroming in de bedrijfskunde die verbonden wordt aan de gedachten van de Amerikaanse wetenschapper Frederic Taylor die aan de wieg staat van de bedrijfskunde en vooral bekend geworden is door de invloed van zijn ideeën op de lopende band productie van het T-Fordje: het eerste op de industriële leest van de massaproductie gemaakte automobiel.

26 In het geciteerde artikel spreekt Van Houten over professionele vormen van sociale dienstverlening. Ik ga er van uit dat zijn ideeën onverkort op de zorg van toepassing zijn.

27 Van Houten prefereert dat beeld van de IJzeren Kooi boven dat van de getemde professional dat door Tonkens is geïntroduceerd (Van Houten 2006, 22; Tonkens 2003; 2008). Overigens is het begrip IJzeren Kooi slechts indirect gebaseerd op Weber. Die gebruikt immers het begrip 'stahlhartes Gehäuse' (Weber 2006, 180). Het beeld van de IJzeren Kooi is geïntroduceerd door Talcott Parsons in een vertaling van 'De protestantse ethiek en de geest van het kapitalisme'.

professionele werk gaat het om de wijze van financiering (openbaar of publiek) en de producten van de organisatie. Deze manier van typeren, met veel nadruk op 'producten' en de 'wijze van financiering', is op zichzelf al betekenisvol voor veranderingen in de definiëring van professionaliteit.

Social trustee professional	Expert professional (kenniswerker)
Hoog opleidingsniveau	Hoog opleidingsniveau
Specialistische kennis en vaardigheden	Specialistische kennis en vaardigheden
Autonomie	Autonomie
Oorspronkelijkheid	Oorspronkelijkheid
Beroepsbinding	
Ethiek, moreel gezag, dienstbaarheid	

Figuur 2 beelden van professionaliteit (Wanrooij 2008)

De manier waarop Wanrooij de achtergrond van zijn vraagstelling beschrijft, maakt dat duidelijk: in navolging van Brint ziet hij de maatschappelijke betekenis van de klassieke sociale professional afnemen. De professional die zich bij de uitvoering van zijn werk niet alleen laat leiden door expertkennis maar evenzeer door een gevoel voor morele en publieke verantwoordelijkheid, verdwijnt uit het zicht. In plaats daarvan wordt de professional steeds meer kenniswerker, zonder specifieke beroepsbinding en zonder een uitgesproken ethisch profiel (Wanrooij 2008, 27). Dat betekent volgens Wanrooij niet dat de klassieke professional helemaal verdwijnt, alleen is hij niet meer de *professional bij uitstek*. Evenmin verschijnt de zorgorganisatie nog als professionele organisatie bij uitstek.

In plaats daarvan komt veel meer nadruk te liggen op kleinschalige dienstverlenende kennisorganisaties die op de commerciële markt opereren in de sfeer van bijvoorbeeld accountancy of managementconsultancy. Specifieke zorgorganisaties zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen of verpleeghuizen worden steeds minder gekarakteriseerd als exemplarische professionele organisaties.

- De tweede verwijzing betreft een onderscheid van Ten Bos dat aansluit bij de observaties van Wanrooij. Ten Bos onderscheidt een modern type bureaucratische professionaliteit van een vorm van Victoriaanse professionaliteit (Ten Bos 2003, 45 vv).²⁸ Terwijl die laatste vorm waarvoor het beeld van de arts model staat, expliciet is gebonden aan ethische normeringen op het niveau van individuele dienst- en hulpverlening, betreft de eerste een functionaris zonder spe-

²⁸ Daarnaast onderscheidt hij nog een postmoderne vorm of opvatting van professionaliteit. Zie figuur 3 in dit hoofdstuk.

cifieke morele binding aan een praktijk of zonder expliciete morele opdracht. Voorbeelden die Ten Bos opvoert voor dit tweede type van professional zonder beroepsbinding en zonder expliciete morele opdracht, zijn de manager en de administrateur (Ten Bos 2003, 46-47). In onderscheid met de Victoriaanse professional kan de bureaucratische volgens Ten Bos niet goed terugvallen op een eigen kennisgebied. Ten gevolge daarvan ontwikkelt hij ook een ander type autonomie in zijn beroepspraktijk.

Victoriaanse professional (Arts, verpleegkundige)	Moderne professional (Bureaucraat, manager)	Postmoderne professional (Kennisswerker)
Hoog opleidingsniveau	Hoog opleidingsniveau	Hoog opleidingsniveau
Specialistische kennis en vaardigheden	Generale kennis	Specialistische kennis en vaardigheden
Autonomie	Autonomie	Autonomie
Maatschappelijke legitimatie	Maatschappelijke erkenning	Maatschappelijke erkenning
Beroepsbinding	Binding aan organisatie	Binding aan zichzelf
Ethiek, moreel gezag, dienstbaarheid	Amoreel	Amoreel, esthetisch

Figuur 3 Beelden van professionaliteit (naar Ten Bos 2003)

In moderne organisaties doet zich tussen beide typen professionals volgens Ten Bos een bittere machtsstrijd voor die onder meer wordt veroorzaakt door de verschillen in professionele zeggenschap die tussen beide typen bestaan. Terwijl de positie van de bureaucratische professional in beginsel zwak is volgens Ten Bos, vanwege onduidelijkheid over de kennis en competenties waarover hij zou beschikken, wordt de positie van de traditionele professional steeds meer ondermijnd door de plutocratische revolutie die de westerse wereld sinds midden jaren tachtig van de vorige eeuw in zijn grip heeft. Die zou de traditionele professional definitief ondergeschikt hebben gemaakt aan het kapitalisme. Ook is de morele en wetenschappelijke autoriteit waarmee de Victoriaanse professionals zich traditioneel profileerden, ondergraven geraakt door de scepsis die de plutocratie als vanzelf begeleidt: 'het lukt ze (de *traditionele* professionals, h.v.d.) niet nog langer een beroep te doen op een eenduidig gemeenschappelijk belang, dat gediend wordt met objectieve kennis' (Ten Bos 2003, 51). Desondanks ziet ook Ten Bos professionaliteit niet verdwijnen (Ten Bos l.c.). Wel zullen de traditionele Victoriaanse professionals genooddaakt zijn om andere spelregels te gaan hanteren (dan louter te speculeren op een postulaat van belangeloze toewending). Een goed voorbeeld voor een dergelijke wijziging van de spelregels geeft Tonkens die het traditionele klassieke pro-

professionalisme corrigeert door de professionele beroepsuitoefening meer open, dialogisch en ook democratisch vorm te geven (Tonkens 2008, 237). Dat is een interessante gedachte omdat die gevolgen heeft voor het denken over de organisatorische context van professioneel werk.

Genuanceerd oordelen over beroepszeer als bron van moreel onbehagen

Over de bedreigingen van een meer commerciële en bureaucratische inrichting van het werk van professionals en een mogelijk daaraan gekoppelde destabilisering van de samenleving dient genuanceerd geoordeeld te worden. Zo stelt Kole zowel wat betreft bureaucrativering als de vermarkting of commercialisering dat ze kunnen bijdragen aan een verbetering van de professionele praktijk. Bureaucrativering vormt, zegt hij met Tonkens, het hart van de rechtsstaat doordat regels en procedures burgers beschermen tegen rechtsongelijkheid, corruptie en bestuurlijke willekeur (Kole 2007, 26; Tonkens 2008, 27-28). Commercialisering leidt conform neoliberale veronderstellingen tot een betere prijs-kwaliteitverhouding in de professionele dienstverlening, en garandeert daarnaast een grotere invloed van 'de klant' in het krachten spel met de professionals. Echter, bij een te grote dominantie vertonen beide ontwikkelingen wel degelijk negatieve effecten (Tonkens 2008, 84 vv). Bureaucrativering leidt af van de primaire professionele taken. En commercialisering vervangt de eigenlijke doelen van de zorg door oneigenlijke, hetgeen de professional doet vervreemden van zijn werk. Daarbij brengt het de basale morele motieven van het werk buiten beeld. Dat wordt, wanneer ik Kole volg, vooral duidelijk in de sfeer van de zorgrelatie met de patiënt: wie zorg buiten de sfeer van de dienstverlening plaatst en er een te verhandelen product van maakt, positioneert zorg vooral in de sfeer van het eigenbelang, zowel van de zorgverlener als van de patiënt en niet meer in de sfeer van de moraal (Kole 2007, 28). Om de morele dimensie van de beroepsuitoefening overeind te houden, is meer ruimte nodig voor professionals. Maar wel op een specifieke manier. Het gaat om een andere, meer democratische vorm van professionaliteit (Tonkens 2008, 230 vv). Dat trekt het denken over professionaliteit naar mijn mening vanzelf in de richting van het denken over (de opbouw van) organisaties.

2.2.3 Evaluatie: beroepszeer en het actuele tekort van de ethiek in de zorg

Het ontstaan van de moderne gezondheidsethiek in de jaren zestig van de vorige eeuw valt te interpreteren als het resultaat van interne veranderingen in de geneeskundige praktijk die uitnodigen tot een herdefiniëring van de verhoudingen tussen zorgverleners en patiënten. Actuele zingevingsproblemen in de zorg die kunnen worden gerelateerd aan het verschijnsel 'beroepszeer', doen zich veel meer voor als het resultaat van andere systeemeffecten. Die worden wel op het niveau van de professionals ervaren in de zin dat ze het werk in toenemende mate zijn gaan conditioneren, maar kunnen daar waarschijnlijk niet goed meer worden opgelost. Hielp een nieuwe definiëring van de verhoudingen tussen zorgverlener

en patiënt met daarbij de toekenning van een grotere zeggenschap aan patiënten en een grotere transparantie de tekorten van een te machtig geworden, 'gewelddadige' geneeskunde tegengaan, dergelijke ingrepen zijn waarschijnlijk niet meer toereikend om de negatieve systeemeffecten te compenseren die aan de basis liggen van de ervaring van 'beroepszeer'. Het gaat bij 'beroepszeer' immers niet zozeer om onbehagen over de individuele keuzes die bijvoorbeeld artsen maken in de zorg voor hun patiënten maar om een onbehagen over de bureaucratische complexiteit van de zorgorganisaties en de institutionele zorgsystemen zoals we die in onze maatschappelijke werkelijkheid tegenkomen en hun effecten op het individuele handelen. De noodzaak om aandacht te besteden aan deze systeemaspecten betekent overigens helemaal niet dat we de gezondheidsethiek aan de wilgen zouden moeten hangen. Voor beslissingen in de sfeer van de individuele zorg blijft de relevantie van de moderne gezondheidsethiek met zijn pleidooi voor de vormgeving van de zorg als een open en interactief proces onverkort gegeven. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de vraag naar de zinvolheid van het handelen niet meer beantwoord kan worden door de zorgverlener maar door de zorgontvanger die er vanuit zijn perspectief over dient te oordelen.

Voor wat betreft de ambivalentie van de beroepspraktijk die samenhangt met allerlei complexe, bureaucratische systeemaspecten, is dat pleidooi evenwel niet langer afdoende. De aandacht dient zich te verplaatsen naar de bureaucratische systemen zelf. Een veelgehoorde oplossing is dat de professional daarbinnen in ieder geval meer ruimte moeten krijgen (Tonkens 2008, 229). Maar waar die oplossing precies voor staat, is niet meteen duidelijk. Als Tonkens pleit voor een democratisering (Tonkens 2008, 237) is dat in ieder geval niet iets dat kan worden beperkt tot het handelen van de professionals zelf. Het dient ook op systeem- of organisatieniveau zijn weerslag te krijgen. Wat dat betekent voor de morele inbedding van de beroepsuitoefening in de zorg is onduidelijk. Evenmin is duidelijk hoe die democratisering zich verhoudt ten aanzien van de definiëring van de professionaliteit zelf en de deprofessionalisering die zich daar dan voordoet. Gelet op haar kritische functie zou je verwachten dat de toegepaste ethiek ruimschoots aandacht zou besteden aan dat verlies van professionaliteit. Dat blijkt maar met mondjesmaat te gebeuren. Het wordt wat dat betreft tijd voor een gepaste reactie: zou nadenken over een handelingsgerichte ethiek kunnen helpen? Of is dat een concept dat op voorhand - vanwege zijn focus op het handelen van individuele actoren - weinig betekenisvol moet worden geacht voor de reële problemen in de zorg? Tenzij er ook consequenties uit voortvloeien voor het denken over de opbouw van organisaties. Mogelijk kan een verbinding met het idee van een democratische professionaliteit hier helpen.

2.3 Conclusie: deprofessionalisering als uitdaging voor een praktische ethiek

De praktische ethiek is, als men afgaat op de kritische geluiden die links en rechts te horen zijn, een discipline die om evenwichtskunst vraagt. Die is - zo bleek in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk - niet altijd gegeven. Zowel de gezondheids- als de bedrijfsethiek laten in hun ontwikkeling zien hoe er in de loop van de tijd eenzijdigheden en versmallingen zijn opgetreden die afbreuk hebben gedaan aan de kritische functie van beide disciplines. Dat betekent niet dat zij opgegeven zouden moeten worden als ondersteunende disciplines voor de praktijk. Wel zal steeds opnieuw naar de juiste balans dienen te worden gezocht tussen de eisen die door enerzijds ethici en anderzijds practici aan deze disciplines worden gesteld. Zo dient een praktische ethiek niet te instrumenteel te worden bij het oplossen van praktijkproblemen terwijl daarin voor de practici wel haar aantrekkelijkheid schuilt. Tegelijk dient men te verhoeden dat deze ethiek onder invloed van een op zich loffelijk streven naar methodische gestrengheid zo abstract en reflectief wordt dat zij daarmee wegdrijft van zowel de praktische ervaring als het onbehagen dat zich in die ervaring manifesteert.

Uiteraard kan men proberen om met behulp van heldere criteria de onevenwichtigheden in het gebruik van de praktische ethiek tegen te gaan. Daarmee is het euvel echter niet helemaal verholpen. Zo valt in de criteria die ik op grond van een kritische lezing van de twee belangrijkste vormen van de praktische ethiek formuleerde, nog steeds een spanning te ontwaren die om balanceren vraagt. Terwijl ik op geleide van de kritiek van Zwart en Ten Bos benadrukte hoe belangrijk het is voor de gezondheidsethiek om de reflectie te binden aan de oorspronkelijke ervaringen, stuit een inzichtelijke gevolgtrekking van een dergelijk pleidooi - namelijk om de betrokken practici volop te laten participeren in dat proces - onmiddellijk op bezwaren. De vraag is immers of die betrokkenen wel voldoende methodische gestrengheid aan de dag zullen kunnen leggen bij het interpreteren van hun ervaringen. Ook het aan Ten Bos ontleende criterium dat moet worden vermeden dat de ethiek raakt ingebed in versluisende machtsverhoudingen binnen systemen, vraagt om evenwichtskunst: hoe kan in het ethiekbeleid van en in zorgorganisaties het beste recht worden gedaan aan alle relevante perspectieven? Hoe valt bijvoorbeeld te voorkomen dat er op voorhand bepaalde partijen en perspectieven, zoals die van de patiënten, worden uitgesloten? De voetangels en klemmen die zich in het gebruik van deze ethiekdisciplines manifesteren, vragen hoe dan ook steeds opnieuw om oplettendheid. Niet alleen van ethici maar ook van practici. Anders verliezen deze in zichzelf waardevolle vormen van toegepaste ethiek maar al te gemakkelijk hun kritische functie.

Naast een pleidooi voor evenwichtskunst zijn er op basis van de tweede paragraaf van dit hoofdstuk nog enkele andere opmerkingen te maken over een op de zorg toegespitste praktische ethiek. Zeker wanneer we stellen dat het daarbij dient te gaan om een handelingsgerichte ethiek die professionals heeft te ondersteunen bij de vormgeving van hun praktijk. In het licht van de vormen van onbehagen die

ik in de tweede paragraaf van dit hoofdstuk beschreef als aanknopingspunten voor een praktische ethiek van de zorg, krijgt deze inzet om de professionals te ondersteunen een bijzondere inkleuring:

- 1 Wat betreft de vragen die zich voordoen bij de zorg en behandeling van individuele patiënten, concludeer ik dat de oorspronkelijke inzet van de gezondheidsethiek in principe nog steeds van betekenis is voor het reguleren van de verhoudingen tussen individuele zorgverlener en zorgvrager. Wat ik eerder schreef bij het afsluiten van de betreffende paragraaf kan ik dan ook zonder schroom herhalen: willen professionele zorgverleners op een adequate manier omgaan met het onbehagen dat zij in hun beroepsuitoefening ervaren, dan dienen zij zich bewust te zijn van hun beperkingen en zich daarom concreet, interactief te laten leiden door het oordeel van hun patiënten over de inzet van de zorg. Immers, alleen de patiënten kunnen vanuit hún perspectief oordelen over de vraag of het voorgestelde handelen ook voor hen het goede is. Die klassieke kern van de moderne gezondheidsethiek - om tegenspraak van patiënten te organiseren - blijft wat dat betreft haar waarde nog steeds behouden. Vooropgesteld tenminste, dat professionaliteit haar betekenis niet kwijtraakt in de zorg.
- 2 Daar doet zich nu, gelet op de deprofessionaliseringstendensen in de samenleving een fors probleem voor. Het is de tweede bron van onbehagen die ik voor de zorg signaleerde. De professionaliteit van de zorgverlening staat onder druk. Wanneer de ontwikkelingen zoals die onder andere worden geschetst door Wanrooij en Ten Bos, doorgaan - met als gevolg een ontmanteling van de klassieke professionele beroepen en de opkomst van een nieuw type amorele professionals - dan verliest de klassieke gezondheidsethiek betekenis. Haar nadruk op een normatieve, dialogische professionaliteit verdwijnt in het luchtledige. Hoe men ook over deze ontwikkelingen oordeelt, ze vallen niet te ontkennen: in het denken over een ethiekbeleid voor zorgorganisaties kan men niet voorbijgaan aan het verschijnsel beroepszeer en de daaraan gekoppelde afbraak van de instituties. De behandeling van individuele vragen in de zorg dient daarom nauwgezet te worden verbonden aan reflecties over de opbouw en werkingen van organisaties en systemen. Een brede ethische oriëntatie die voorbij de vragen van de individuele zorgverlening, focust op de impact van systemen op het handelen van individuele professionals kan niet langer worden gemist. Met een moreel appel op de zorgverleners om in hun handelen antwoord te geven op de verschijnselen van bureaucrativering en deprofessionalisering valt niet meer te volstaan. Daarom dient de praktische ethiek aandacht te besteden aan de organisatorische context van de zorg. Wat dat precies inhoudt, is nog onduidelijk. Op een of andere manier zal er ruimte dienen te zijn voor tegenspraak. Voor het ter discussie stellen van morele normeringen in de organisatie. Een bedrijfsethische uitwerking van een democratische professionaliteit zoals Tonkens die bijvoorbeeld voorstelt, en dan vertaald naar beelden van een democratische zorgorganisatie, zou hier mogelijk goede diensten kunnen bewijzen.

**Aanknopingspunten
voor een praktische ethiek
in zorgorganisaties**

Inleiding

Aan de hand van een eerste verkenning van de toegepaste ethiek in de zorg, via de kritiek en de significante bronnen van moreel onbehagen, bakende ik in het vorige hoofdstuk in grote lijnen het terrein af waarop ik me beweeg. Ik markeerde het met een aantal piketpaaltjes: als er al moet worden nagedacht over een praktische ethiek met effecten voor het beleid van zorginstellingen is het van belang om 1. aan te sluiten bij de ervaringen van de primair betrokkenen 2. systeemeffecten uitdrukkelijk te verdisconteren in de ethische reflectie 3. zich kritisch te verhouden tot machtsverhoudingen 4. de kwaliteit van de reflectie niet op te offeren aan een louter instrumentele inzet van de ethiek.

In dit hoofdstuk ga ik een stap verder en vraag me af hoe een normatief ontwerp van een op de zorg toegesneden ethiek en een daaraan gerelateerd ethiekbeleid er zou moeten uitzien. De kwaliteit van een dergelijk normatief ontwerp kent gelet op de aard van de praktische ethiek¹ in principe twee dimensies: de eerste dimensie die uitgaat van de ethiek als *praktijkdiscipline* betreft veeleer de *praktische bruikbaarheid* van zo'n model: sluit het aan bij de ontwikkelingen in het veld? Zowel dat van de academische ethiek, als van de instellingen? Is het inpasbaar binnen actuele praktijkopvattingen? Hoe staat het met de acceptatie door de gebruikers? Enzovoort. Die dimensie staat centraal in het voorliggende hoofdstuk. De tweede dimensie betreft de kwaliteit van zo'n ontwerp beoordeeld vanuit de praktische ethiek als *denkdiscipline*. Dan gaat het om elementen als de inhoudelijke aspecten, de bevestiging van de dragende elementen op grond van aanwijzingen vanuit de filosofische traditie et cetera. Die aspecten behandel ik in hoofdstuk 4.

Voor beantwoording van mijn vragen over de ethiek als *praktijkdiscipline* oriënteer ik me op de specifieke ontwikkelingen zoals die zich in het landschap van de Nederlandse ethiekpraktijk voordoen. Waar zitten praktische aanknopingspunten? Op welke bewegingen zou in positieve zin kunnen worden aangesloten? Dat alles vanuit de overweging dat een voorstelling van een ethiek die aansluit bij ontwikkelingen zoals die zich voordoen, ongetwijfeld meer mogelijkheden biedt dan een voorstelling die daar dwars tegen ingaat. Waarmee niet gezegd wil zijn dat het daarmee ook een beter concept wordt. Maar als er kan worden aangesloten op ontwikkelingen in de context: helpen doet het wel.

Ik oriënteer me in drie richtingen: in de eerste paragraaf ga ik in op de *reacties van ethici* op de ontwikkelingen in de zorg die we in het vorige hoofdstuk bespraken: hoe beoordelen zij de effecten van bureaucratisering en commercialisering? Vinden ze dat de professionals in relatie tot de maatschappelijke ervaringen van beroepszeer ondersteuning nodig hebben? Of niet? Wat voor programmatische implicaties heeft dat voor hun visie op de morele dimensie van professionele beroepsuitoefening in de zorg?

In de tweede paragraaf oriënteer ik me op het vergezicht van de *ethische theorievorming en wetenschap* in bredere zin: welke bewegingen doen zich daar eigen-

¹ Vergelijk Inleiding pagina 9.

lijk voor? Sluiten ze aan op de reacties op deprofessionalisering? Of niet? Hoe staan ze tegenover een praktijkgeoriënteerde ethiek? Wat betekent dat voor de vormgeving van een praktische ethiek?

In de derde paragraaf ten slotte concentreer ik me op de zorginstellingen: wat voor initiatieven worden in het *ethiekbeleid in Nederlandse zorginstellingen* genomen? Welke invloed heeft de ethische theorievorming op dat ethiekbeleid? Ik kan hier kort zijn, omdat ik in de inleiding al op dit aspect ben ingegaan.

Wat bijzonder interesseert is, of er in de drie blikrichtingen die ik hanteer, overeenkomsten worden gevonden in het denken over een praktische ethiek en welke dat dan zijn. Wanneer dat het geval is, schept dat mogelijkheden voor de opbouw van een praktische ethiek in de zorg en een daaraan gerelateerd ethiekbeleid. In de conclusie kom ik hierop terug.

3.1 Gevarieerde reacties van ethici op deprofessionalisering

Introductie

Of beroepszeer, dat we in het vorige hoofdstuk onder meer kwalificeerden als een vervagen van de moraliteit van professionele beroepsuitoefening, op een specifieke manier vanuit de ethiek zou moeten worden beantwoord, daarover zijn ethici het niet eens. Aan de ene kant zie ik auteurs die stellen dat de ontwikkelingen geen bijzondere aandacht vragen. Aan de andere kant zijn er auteurs die het verschijnsel van deprofessionalisering ook onderkennen maar het daarbij niet willen laten.

3.1.1 Deprofessionalisering vraagt geen bijzondere aandacht van de ethiek

De redenen die worden gegeven voor het eerste standpunt - dat de ontwikkelingen geen bijzondere aandacht vragen - verschillen. Ten Bos beschrijft professionalisme en managerialisme als uiteenlopende discursieve (theoretische) constructen. Uiteraard dient daarmee binnen de ethische reflectie rekening te worden gehouden, maar ik lees bij hem geen argumenten om de bedreigde positie van de professional apart te problematiseren. De ontwikkeling van het managerialisme doet zich in zijn interpretatie voor als een noodzakelijkheid waaraan de professional niet kan ontsnappen en die hem hoogstens noodzaakt tot het opstellen van aangepaste spelregels. Een Nederlandse gezondheidsethicus die een vergelijkbare positie inneemt, is Hilhorst. De dynamiek van de medische beroepspraktijk, met een toegenomen invloed van allerlei maatschappelijke actoren, impliceert vanzelf veranderingen in de beroepsethiek: de traditionele beroepsethiek verdwijnt, en fragmenteert (Hilhorst 2004). Daar kan men verzet tegen aantekenen door op geleide van ideaalbeelden van de beroepspraktijk een vaste kern van de beroepsmoraal te

bepalen. Alleen doet zich de omstandigheid voor dat de innerlijke motivatie van waaruit de zorg wordt gegeven, geen vaste kern heeft maar juist is onderworpen aan verandering. Volgens Hilhorst is vasthouden aan een 'dikke moraal' voor de beroepsuitoefening geen optie. Daarom kiest hij ervoor te spreken in dunne morele termen over de zorg: de ethiek dient zich erbij neer te leggen dat dé geneeskunde, dé professie en dé zorg niet bestaan (Hilhorst 2004, 65). Zo is ook het spreken over dé gezondheid niet langer eenduidig maar voor wisselende interpretaties vatbaar. Dat betekent niet dat er voor de ethiek geen taak is weggelegd, alleen blijft die beperkt tot een kritisch meedenken met de historische ontwikkelingen zoals die zich afspelen: economisering leidt wat dat betreft dan wel tot meer externe sturing op geleide van de vraag, maar dat hoeft geen slechte ontwikkeling te zijn. Wel blijft het van belang om de interne motivatie van de zorgverlener, 'het verlangen anderen te helpen', niet te veronachtzamen. Dat blijft volgens Hilhorst nu eenmaal een onmisbare voorwaarde voor de zorgverlening (Hilhorst 2004, 72).

Van Houten, van wie we eerder ideeën over verschillende vormen van arbeidsdeling belichtten, lijkt een vergelijkbare positie in te nemen. Alleen hanteert hij heel andere argumenten. Dat maakt hem tot een overgangsfiguur die we zo dadelijk ook bij de pleitbezorgers van normatieve professionalisering kunnen plaatsen. Die opmerkelijke situatie heeft de volgende achtergrond. Weliswaar acht Van Houten de professional door de dominantie van een technische arbeidsdeling in Weberiaanse termen wel gekooid, maar dat betekent volgens hem niet dat hij daar in de hulpverleningspraktijk veel hinder van ondervindt. Daar 'kunnen ze toch gewoon hun eigen normatieve gang gaan' (Van Houten 2006, 22). Hij beroept zich voor zijn standpunt op de visie van de Amerikaanse politicologe Stone, die stelt dat de rationaliteit waar managers van uitgaan (die rechtstreeks doorwerkt in de voorstellingen van een verticale arbeidsdeling), het uiteindelijk toch af moet leggen tegen een meer politieke lezing van de werkelijkheid: die garandeert dat professionalisme in de sfeer van de primaire zorg ondanks de schijn van het tegendeel niet hoeft te verdwijnen.

3.1.2 Deprofessionalisering vraagt gerichte aandacht van de ethiek

Er zijn ook gezondheidsethici en filosofen die het niet willen laten bij een *laissez faire*. Ontwikkelingen van deprofessionalisering en kwaliteitsverlies in de zorg vragen om gerichte aandacht. Ik onderscheid een drietal varianten van dit standpunt:

- a Het gebrek aan moraal dat zich in de praktijk voordoet dient te worden gecompenseerd met een nieuwe inhoudelijke zorgtheorie.
- b Ethici en filosofen staan voor de opgave om de eigen logica van het zorgen zoals die in de praktijk daadwerkelijk wordt ervaren, te bekrachtigen door haar expliciet woorden te geven en haar op die manier te positioneren tegenover andere, meer dominante logica's.

- c Het verdient de moeite om practici te ondersteunen om hun eigen praktijken in al hun complexiteit kritisch te onderzoeken aan de hand van hun eigen waarden en normen.

Op het eerste gezicht lijken alle drie de varianten te kunnen worden gekoppeld aan het begrip normatieve of morele professionalisering. Toch reserveer ik dat begrip voor de derde variant omdat pas bij die derde variant de practici zelf expliciet worden aangesproken als reflectieve onderzoekers van hun eigen praktijk. Van alle drie genoemde benaderingen geef ik een voorbeeld

a. Inhoudelijke zorgtheorieën formuleren als antwoord op deprofessionalisering

Een voorbeeld van een auteur die een inhoudelijke theorie van zorg propageert is Van Heijst.² Om de situatie in de moderne zorg te duiden, grijpt zij terug op Foucault (Van Heijst 2008, 216). Die waarschuwt in haar woorden tegen: ‘anonymous regimes in which no one can be held responsible, but all kinds of things happen that harm people who are caught up in those institutions and can neither free nor defend themselves.’ Mensen, met name de zwaksten van de samenleving, worden in deze omstandigheden ‘sacrificed to the contemporary and secular mode of professional safety’ (Van Heijst 2008, l.c.). Er heeft met andere woorden een omvorming van zorgprocessen tot gerationaliseerde veiligheidsarrangementen in de ‘zorgfabriek’ plaatsgevonden die de menselijke verhoudingen heeft geïnstrumentaliseerd. In toenemende mate zijn de instituties in weerwil van hun doelen leed gaan toevoegen aan het al bestaande lijden van hun patiënten (Van Heijst, 2005, 33). Bijgevolg worden de patiënten, ‘(d)egenen die in het middelpunt behoren (...) naar de rand geslingerd’ (Van Heijst 2005, 35). Hun essentiële ervaringen en belevingen doen er niet meer toe, mede omdat die niet goed meer kunnen worden ondergebracht in een verarmde zorgtaal. Een extra complicatie is de omstandigheid dat het systeemkarakter van de veranderingen verhindert dat de mensen in de instituties zelf deze situatie weer in positieve zin zouden kunnen herstellen (vgl. Van Heijst, 2005, 48-50). Dat sluit ook weer aan bij opvattingen van Foucault over het diep ingrijpend karakter van allerlei humaniseringsprocessen in de moderne samenleving. De microfysica van de macht maakt dat niet alleen patiënten of vergelijkbare categorieën ‘onderworpenen’ zoals leerlingen en gevangenen opgenomen zijn in de nieuwe biopolitieke orde. Ook zij die toezicht houden en zorg verlenen zijn onderdeel van het geheel aan machtsdispositieven. Zij worden net als hun patiënten, leerlingen en cliënten door middel van de op elkaar inwerkende disciplines omgevormd tot een modern subject. (Foucault 1995, 69 vv; Vgl. Foucault 1995; 39-40; Foucault 2007, 188 vv; 270 vv; 429; Vgl. Devos, 71-72; 86-87; Van Middelaar 2011, 111-112).

2 Een ander voorbeeld uit ons taalgebied geeft het boek van de Belgische ethicus Liegeois die een specifieke personalistische interpretatie geeft van de zorgethiek en vandaaruit de morele waarden van de zorgverlening bekrachtigt (Liegeois 2009).

Toch ziet Van Heijst wel mogelijkheden voor andere oriëntaties. Om het verlies aan morele betekenis in de zorg tegen te gaan, pleit ze voor een paradigmaverandering die het doel van professionele zorg definieert als *'the professional relief of suffering in accordance with the patient's own good'* (Van Heijst 2008, 200). Voor de uitwerking van die paradigmaverandering sluit Van Heijst aan bij de presentietheorie van de Nederlandse theoloog Baart: daarin wordt, ook voor de gebruikelijke gezondheidszorg, gesteld, dat het in de zorg nooit om de interventies gaat die worden gepleegd maar primair om de kwaliteit van nabijheid die de zorgverlener ten aanzien van de zorgvrager tentoonspreidt, om de zogenaamde presentie. Die dient als primaire waarde te worden vooropgesteld nog voor er iets wordt gedaan.

b. De specifieke logica van de zorg onder woorden brengen

Een andere, maar wel aansluitende manier om vormen van deprofessionalisering in de zorg te beantwoorden is aan te treffen bij Mol (Mol 2006). Volgens Mol is de kern van het probleem in de zorg dat de logica's die door politici en beleidsmakers worden gebruikt om de zorg te benaderen, niet adequaat zijn. Doordat ze de zorg uitdrukken in economische waarden wekken ze de indruk dat ze problemen in de zorg beheersbaar maken, maar tegelijkertijd gaan ze ten diepste voorbij aan de relationele kern van de zorg zoals die in de praktijk wordt ervaren. De kern van de dominante beleidslogica's wordt, zo zegt Mol, gevormd door de idee van de vrije keuze. Zorg zou volgens deze logica's op twee manieren tot stand komen: ofwel als een economische transactie waarbij consumenten een bepaald product zouden kunnen kiezen (Mol 2006, 23 vv). Dan wel als uitkomst van een politieke keuze-handeling waartoe de zorgvragers als burgers gerechtigd zouden zijn (Mol 2006, 43 vv).

De omstandigheid dat de praktijk van het zorgen in haar relationele dimensies maar moeilijk onder woorden is te brengen tegenover het geweld van de heersende beleidslogica's, impliceert betekenisverlies voor de zorg in het maatschappelijk debat. Tegen die achtergrond wordt het een belangrijke opgave voor de filosofie (en voor de ethiek) om de praktijk van zorgverleners en zorgvragers recht te doen door woorden te vinden voor de zorg. Door filosofisch onderzoek van de praktijk dienen ze de logica van de zorg, zoals die op het niveau van de individuele zorgverlening wordt 'gedaan', ten dienste van zorgverleners én zorgvragers te expliciteren. Daardoor wordt de zorg beter herkenbaar in haar praktische betekenis. Dat heeft niet alleen positieve effecten voor de politieke besluitvorming (doordat daarin kan worden uitgegaan van een minder vertekend beeld), maar ook voor degenen die praktisch zijn betrokken bij de zorg: de maatschappelijke waarde van hun praktijk wordt bevestigd op een wijze die niet langer aan de praktijk voorbij gaat.

c. Praktijkbeoefenaars ondersteunen in het moreel verhelderen van hun praktijk

De derde variant zie ik bij auteurs die beklemtonen dat ethici vooral voor de taak staan om praktijkbeoefenaars te ondersteunen om zelf beter reflectief om te leren gaan met morele vragen uit hun praktijk. Voor deze variant kunnen diverse Nederlandse ethici worden opgevoerd. Zoals Molewijk en Widdershoven (Molewijk en Widdershoven 2008) die zich buigen over de implementatie van moreel be raad en professionals en instellingen methoden aanreiken om met elkaar en met hun cliënten in gesprek te gaan over de morele vragen die hen bezighouden, of Verkerk (Verkerk 2000; 2003; Verkerk, De Bree en Jaspers 2004) en Karssing (Karssing 2006) die ook nadenken over reflectiemethoden en daarnaast aandacht besteden aan de opbouw van de organisatorische context en de praktische voorwaarden waarbinnen mensen überhaupt met elkaar een praktijk vormen. Binnen heel het veld zijn dunnere en dikkere subvarianten van deze benadering te vinden (Vgl. Bauduin en Kanne 2009; Van Nistelrooij 2008). Op de achtergrond van deze benaderingen fungeren ethische theorieën die geïnspireerd zijn door politieke filosofen als Tronto die zich afvragen welke betekenis er in het westers denken gegeven wordt aan het verschijnsel zorg (Tronto 1993) of door ethici die zich buigen over de vraag wat waarheid op het gebied van de moraal eigenlijk nog betekent en die vraag beantwoorden met een oproep tot een praktische, contextuele ethiek. Daarbij laten zij zich onder andere inspireren door hermeneutiek of pragmatisme (Van der Scheer 1999; 2003; Van der Scheer en Widdershoven 2004). Uiteraard dienen ook die Nederlandse auteurs te worden genoemd die onder meer geïnspireerd door auteurs uit de traditie van de Frankfurter Schule, in de jaren negentig het begrip normatieve professionaliteit lanceerden om een tegenwicht te bieden aan de toegenomen doelrationaliteit van professionele praktijken: onder hen de filosofen Kunneman en Van Houten (Jacobs, Meij, Tenwolde, Zomer 2008, 7 vv; Kunneman 2007; Van Houten 2008). Deze derde variant met zijn diverse theoretische achtergronden maar alle gefocust op een ondersteuning van professionals bij het articuleren van de eigen praktijk, valt dan ook het beste te categoriseren als een vorm van normatieve of morele professionalisering. (Jacobs, Meij, Tenwolde, Zomer l.c.; Van Dartel 2009). Met dat begrip wordt een continu leerproces van professionals bedoeld dat is gecentreerd rond de vraag wat het goede handelen is in een gegeven situatie (Jacobs, Meij, Tenwolde, Zomer 2008, 12; Jacobs 2010; Van Houten 2008).

3.1.3 Evaluatie

Ethici en filosofen reageren heel verschillend op veranderingen in de gezondheidszorg. Terwijl sommigen geen aandacht besteden aan deprofessionalisering, formuleren anderen inhoudelijke reacties. Ik onderscheid drie varianten: 1. de ontwikkeling van nieuwe zorgtheorieën 2. het articuleren van de logica van de zorg en 3. het ondersteunen van professionals bij het kritisch onderzoeken van

hun eigen praktijk. Het bijzondere van deze derde variant is dat de professionals zelf op een of andere manier worden aangesproken als onderzoekers van de moraliteit van de eigen praktijk. Ik veronderstel dat er bij deze derde variant een kwalitatieve verschuiving plaatsvindt in de definitie van de rol van de ethicus hoewel die amper wordt geëxpliciteerd. Het is een verschuiving die ik van groot belang acht voor het ontwerp van de handelingsgerichte ethiek die ik op het oog heb. Terwijl de eerste variant, toegelicht aan de hand van het denken van Van Heijst, nog uitgaat van de formulering door de ethicus van een specifieke inhoudelijke zorgtheorie die zich kritisch verhoudt tot de praktijk, concentreert de tweede, verhelderd aan de hand van opvattingen van Mol, zich op het vertolken door de ethicus van de logica van de praktijk op geleide van praktijkgericht onderzoek. Men zou kunnen zeggen dat bij de eerste variant de theorie leidend is, terwijl bij de tweede de praktijk meer zeggingskracht krijgt toebedeeld. Toch blijft ook bij die tweede variant de ethicus de inhoudelijke expert met betrekking tot de duiding van de praktijk. Naar mijn oordeel verandert dat bij de derde variant: de ethicus ondersteunt bij deze variant de praktijkbeoefenaars om zelf de eigen praktijk en haar morele condities te expliciteren en kritisch te bereflecteren en te leren van het eigen handelen. De ethiek wordt daar pas ‘embedded’³ en handelingsgericht. Pas bij deze derde variant verbindt de ethiek zich met de reflectieve activiteiten van de beroepsbeoefenaars zelf. Voor de ethicus betekent dit dat diens rol van kritisch *waarnemer* opschuift in de richting van kritisch *deelnemer*.

3.2 De waardering voor een praktijkgerichte ethiek in de ethische theorievorming

Introductie

Een interessante vraag is in welke mate de bewegingen die ik in de laatste paragraaf beschreef in termen van een toewending naar de praktijk, in bredere zin worden bekrachtigd in de (ethische) theorievorming. Om te beginnen verwijs ik naar enkele auteurs die beklemtonen dat ook de opbouw van wetenschappelijke kennis in algemene zin dient te worden beschouwd als een contextgebonden activiteit (Nowotny, Scott and Gibson 2003). Dat heeft uiteraard ook betrekking op de ethiek. Vervolgens oriënteer ik me op de positie die ethici in deze innemen.

3.2.1 Kennisproductie in gemengde praktijken

In plaats van een kwestie van zuivere, abstracte wetenschap wordt kennisproductie, zo stellen Nowotny, Scott en Gibson, een zaak van gemengde interdisciplinaire praktijken. Daarin valt de theorievorming niet meer los te denken van prakti-

3 Naar een opmerking van Schermer (Hilhorst 2010,188).

sche contexten met specifieke toepassingsvragen. De ontwikkeling van de wetenschap verplaatst zich bijgevolg van de academie naar de rommelige praktijkomgevingen van bedrijven en instituties en vermengt zich daar met andere praktijken: commercieel, politiek et cetera. Door deze binding van de kennisproductie aan haar toepassingsomgeving, wordt het een contextueel, interactief proces dat zich steeds meer richt op het signaleren en benaderen van problemen die ontstaan door de toepassing van kennis in een bepaalde praktijk. Kennisproductie maakt zich dan ook niet meer los van de controverses, tegenstrijdige opinies en conflicterende doelen die zich in praktijken voordoen maar zoekt daar juist de dynamiek van op.⁴ Het beeld dat Nowotny en kompanen schetsen intrigeert, maar het is de vraag hoe deze voorstelling van wetenschap moet worden gekwalificeerd: is ze descriptief of eerder regulatief (Godin 1998)? De meningen lopen uiteen. Hoe dan ook, als regulatief idee bevat de voorstelling interessante noties, ook voor de praktische ethiek: zo verbinden Nowotny, Scott en Gibson hun voorstelling van een praktische contextualisering van wetenschap aan een begrip dat onmiddellijk associaties oproept met de geschiedenis van de filosofie: dat van de *agora*, de *markt* (Nowotny, Scott and Gibson 2003, 192). Terwijl zij met dat begrip de complexe, politieke en economische omgeving aanduiden waarin volgens hen moderne kennisproductie plaatsvindt, valt de voorstelling van de *agora* ook gemakkelijk te verbinden aan een socratische opvatting van de filosofie. Namelijk om al sprekend met en vragend aan mensen uit praktijken na te gaan hoe de morele controverses die zich onder hen in hun praktijk voordoen, kunnen worden verhelderd met behulp van gedeelde ideeën van het goede (Vgl. Kessels 1997). Maar alles goed en wel: met normatieve voorstellingen van de wetenschap in haar algemeenheid, is nog geen goed beeld gegeven van de plaats van een praktijkgerichte ethiek in de ethische theorievorming. Hoe staat het eigenlijk daarmee?

3.2.2 Ethiek en praktijk

In de ontwikkeling van de Nederlandse ethiek na 1970 onderscheidt Musschenga een aantal debatten. Die doen zich voor in het spoor van de wending naar de praktijk welke de ethiek in die periode doormaakt (Musschenga 2010, 143-144). Alle discussies kunnen volgens hem worden herleid naar een meer fundamentele strijd tussen 'universalisten' en 'contextualisten' (Musschenga 2010, l.c.): tegenover ethici en filosofen die vasthouden aan de mogelijkheid om ten aanzien van bepaalde ethische kwesties universele waarden en normen te identificeren, is er een groeiende groep die stelt dat uitspraken over wat er qua moraal geldend moet worden geacht, altijd gebonden blijven aan de particuliere context waarover wordt geoordeeld. Ook het debat over de empirische ethiek (Vgl. Molewijk, Stiggelbout

4 Nowotny e.a. duiden deze vorm van wetenschap bedrijven aan als 'mode-2-wetenschap'. Daarmee onderscheiden ze het van de traditionele vorm van wetenschap bedrijven, die zij aanduiden als 'mode-1-wetenschap' (Vgl. Etzkowitz & Leydesdorff, 2000).

e.a. 2005; Lindemann, Tronto en Verkerk 2009; Leget, Borry, De Vries 2009; Borry, Schotsmans en Dierickx 2004; Musschenga 2004; Van der Scheer, Widdershoven 2004; Braddock en Magnus 2010; Van Delden 2005) laat zich lezen als een uiting van deze strijd tussen ‘universalisten’ en ‘contextualisten’. En wel van het besef dat de vraag hoe een mens dient te handelen steeds minder eenvoudig valt los te maken van de vraag hoe hij feitelijk handelt. En van de vraag hoe de sociale werkelijkheid, waarin hij acteert, feitelijk begrepen kan worden. In deze discussie gaat het niet alleen om de adoptie van sociaalwetenschappelijke methoden voor een descriptieve ethiek, maar vooral om de verhouding van empirie en een normatieve ethiek. Als over waarden niet goed meer kan worden gesproken zonder geïnformeerd te zijn over de feiten (Molewijk, Stiggelbout e.a. 2004) roept dat vanzelf de vraag op welke rol er in het ethisch onderzoek en oordeel over praktijken eigenlijk ligt weggelegd voor de practici. Welke spreekbevoegdheid wordt hun toegeedeeld in het ethisch onderzoek naar hun praktijk?

Ethiek wortelt niet in de zorgpraktijk maar in de filosofie

Er zijn nogal wat ethici die zich hier kritisch opstellen (Vgl. Kole en Schermer 2010). Nog niet eens op basis van een specifiek oordeel over de empirische wending maar als uitvloeisel van een meer fundamentele visie op de ethiekbeoefening: zo stelt Hilhorst bijvoorbeeld dat de medische ethiek moet worden gezien als een filosofische discipline en dus niet in het verlengde van de geneeskundige praktijk zelf kan worden gepositioneerd. De kritische distantie van de filosofie tegenover de geneeskunde maakt bijgevolg de kern uit van de ethiek. Dat impliceert vanzelf een waarnemersrol voor de ethicus die zich als extern onderzoeker buigt over de medische praktijk (Vgl. Hilhorst 2010, 181 vv). In welke mate deze positie ruimte laat voor een medische beroepsethiek die vanuit de praktijk zelf wordt gedacht, laat Hilhorst in het midden (Hilhorst 2010, 183). Uiteraard betekent de positie die Hilhorst inneemt niet dat wat practici zeggen door hem als irrelevant wordt beschouwd voor de ethische reflectie. Maar het is vooral zaak dat het medisch bastion blijft doorbroken (Hilhorst 2010, 184) en er andere geluiden door de ethicus worden naast gezet. Op die manier wordt gegarandeerd dat de afstand blijft gehandhaafd die nodig is tussen theorie en praktijk om tot een goed ethisch oordeel te komen. (Hilhorst, 203-204). Het is een visie die door veel academische ethici wordt gedeeld als het gaat om de praktische of toegepaste ethiek.

Op een specifieke wijze wordt deze visie ook vertolkt door een aantal Utrechtse ethici, onder wie Van Delden en Van Thiel (Van Delden, Van Thiel 1998). En wel binnen het debat over de betekenis van de empirie voor de ethiek. In zekere zin hebben zij school gemaakt met de wijze waarop zij het zogenaamde reflectief evenwicht model gebruiken voor de inrichting van een empirische ethiek (Musschenga 2010, 169; 171 vv). Zij gaan ervan uit dat de opvattingen van practici wel dienen te worden meegewogen in het veelvoud aan morele kennisbronnen dat er met betrekking tot een bepaalde praktijk toe doet. De weging van de morele betekenis in verhouding tot andere inzichten die er toe zouden kunnen doen - ethische theorieën, intuïties, morele principes - blijft evenwel een zaak van de

ethicus die zich als onderzoeker over de praktijk buigt en het denkspoor uitzet (Van Delden, Van der Scheer, Van Thiel, Widdershoven 2005, 36 vv) om op die manier (bescheiden) morele theorieën of oordelen te vormen over een bepaalde praktijksituatie. Ook al onderkennen Van Delden en Van Thiel de morele wijsheid die practici kunnen hebben en zijn zij bereid hun morele oordeel zwaar te laten wegen in het redeneerproces van de onderzoeker (Musschenga 2010, 172), toch blijft de rol van de practicus in deze vooral beperkt tot die van een informatieleverancier. Voor een definitiever ethisch oordeel hebben zijn reflecties klaarblijkelijk onvoldoende theoretische zeggingskracht. Dat wil niet zeggen dat de practicus het vermogen tot morele reflectie moet worden ontzegd maar dat is nu eenmaal van een andere orde dan ethische theorieontwikkeling.

De spreekbevoegdheid van practici

Een andere positie die principieel meer ruimte gunt aan de practici, wordt ingenomen door een aantal ethici en filosofen die zich laten inspireren door de hermeneutiek en het pragmatisme. Exponenten van deze benadering in Nederland zijn Widdershoven en Van der Scheer (Musschenga 2010, 172; Van Delden, Van der Scheer, Van Thiel en Widdershoven 2005, 87 vv.). Zij benadrukken dat men voor het onderzoek van professionele praktijken is aangewezen op de veronderstelling van een sterke verwevenheid van empirische ervaring en normativiteit (Van der Scheer en Widdershoven 2004). Op grond van hun interpretatie van het hermeneutisch perspectief wordt de belangrijkste opgave van de ethicus om de betrokkenen bij een praktijksituatie te ondersteunen rijkere en betere manieren te ontwikkelen om met de ervaren morele problemen in de praktijk om te gaan. Dat gebeurt door middel van een dialogisch leerproces (Musschenga 2010, 172). Daarbij dient de ethicus ervan uit te gaan dat 'practici beter weten wat van belang is dan de theorie veronderstelt' (Van Delden, Van der Scheer, Van Thiel en Widdershoven 2005, 91). Het expliciet maken van hun ervaringen geeft nieuw zicht op de benadering van morele problemen en daarmee positieve aanwijzingen voor de opbouw van normativiteit. Zo wordt vanuit de praktische ervaring zelf inhoudelijk voeding gegeven aan de formulering van normatieve richtlijnen. Dat impliceert een actieve participatie van professionals bij het ethisch doordenken van hun eigen praktijk (Van der Scheer en Widdershoven 2004).

Naturalisering van de ethiek

Een pleidooi dat mogelijk de beste garantie biedt voor een ethiek die stem geeft aan betrokkenen in de praktijk, onder wie de professionals, zie ik verwoord in een recent programma van een aantal filosofen en ethici die streven naar een zogenaamde naturalisering van de ethiek (Lindemann, Verkerk, Walker 2009): naturalisering wordt in dit programma normatief opgevat in de zin dat ethische theorievorming niet zou moeten abstraheren van de sociale condities waarin moraliteit gestalte krijgt, maar daar juist rekening mee zou moeten houden (Walker 2009, 2-5). En wel op een specifieke wijze: bij het in kaart brengen van de persoonlijke, sociale, institutionele en politieke aspecten van morele vragen dient 'van onderop'

te worden gekeken. Dat wil zeggen dat de perspectieven van degenen die niet worden gehoord en van wie de belangen in de regel niet worden ingebracht, expliciet dienen te worden betrokken in de overwegingen (Walker 2009, 6). Dat impliceert ook een kritische reflectie op de machtheffingen van professionalisme (Walker 2009, 6; Van Heijst 2009, 200). Overigens, zo stellen Verkerk en Lindemann, niet alleen bij gezondheidszorgwerkers maar ook bij ethici zelf die zich steeds meer als professionele experts opstellen (Verkerk en Lindemann 2009, 246). Verkerk en Lindemann schetsen tegen de achtergrond van het bredere streven naar een naturaliserende bio-ethiek een voorstel voor bio-ethici die in zorgpraktijken werkzaam zijn en dat eruit bestaat om professionals te ondersteunen bij het verbeteren van hun morele competentie. Dat is bij hen een breed begrip dat meerdere dimensies omvat, namelijk: 'het vermogen om te zien wat werkelijk moreel relevant is; om te weten vanuit welk gezichtspunt de situatie beoordeeld moet worden; om te begrijpen dat anderen anders over de situatie zullen oordelen; om gezamenlijk een adequaat antwoord te geven op wat er in morele zin speelt' (Verkerk en Lindemann 2009, 243. Vertaling, h.v.d.). Hun voorstel bevat concrete aanwijzingen voor de wijze waarop de reflectieve competenties van professionals kunnen worden versterkt. Het voorstel sluit aan op ideeën van de Nederlandse filosoof Van den Burg die moraliteit niet alleen productmatig maar vooral procesmatig percipieert als een levend ding dat in voortdurende interactie tot stand komt en zich verder ontwikkelt (Van der Burg 2003) én op ideeën van de Amerikaanse filosofe Walker (Walker 1998; 2002; 2005) die benadrukt hoezeer het van belang is om de verantwoordelijkheden die mensen in praktijken dragen in kaart te brengen en kritisch te bevragen (Verkerk en Lindemann 2009, 239-240). Werken aan dergelijke morele competenties heeft onmiddellijk implicaties voor de definiëring van professionaliteit. Zo stellen Verkerk en Lindemann dat bewustzijn van de morele dimensies van het werk meer zicht geeft op de manier waarop professionaliteit wordt vormgegeven, zowel die van de professionals zelf als van degenen die met hen werken. De reflectieve kwaliteiten die werken aan moraal vergt, dragen er vervolgens toe bij dat zelfvervreemding wordt tegengegaan en het professionele werk wordt verdiept. In de derde plaats wordt de idee bekrachtigd dat moraliteit iets is, waar door mensen gezamenlijk aan wordt bijgedragen. Ten slotte wijzen Verkerk en Lindemann erop dat deze morele competentie niet om de technische vaardigheden van een ethisch specialist vraagt maar kan worden verworven door eenieder die moreel competent handelt (Verkerk en Lindemann 2009, 243). Professionaliteit wordt daardoor op een specifieke wijze ingekaderd: niet in termen van technische expertkennis maar duidelijk in termen van moraal en de ontwikkeling van reflectieve competenties. Dat opent in principe een perspectief op ethische theorieontwikkeling in en vanuit de professionele praktijken zelf.

3.2.3 Evaluatie

Hoewel er altijd ethici zullen zijn, die de ethische theorievorming niet willen overlaten aan practici - bijvoorbeeld op grond van het argument dat niet zeker is of practici wel over morele wijsheid beschikken (Musschenga 2010, 172)⁵ - zijn er dus ook ethici die een ander geluid vertolken. Zij willen de spreekbevoegdheid van practici niet ondergeschikt maken aan een gedistantieerd filosofisch oordeel maar stellen zich op het standpunt dat de morele betekenis van een praktijk slechts in dialoog met de practici zelf kan worden achterhaald. Aan de ene kant betreft het ethici die een hermeneutische visie hanteren, aan de andere kant ethici die o.a. geïnspireerd door politieke en feministische filosofen opteren voor 'een blik van onderop' en daarvoor concrete programma's ontwerpen. Het zal niet verbazen dat we enkele namen die we eerder noemden in verband met de ondersteuning van professionals, in deze paragraaf in verband konden brengen met die twee stromingen. Een praktijkgerichte ethiek zal in ieder geval op deze stromingen dienen aan te sluiten. Ze bieden mogelijkheden voor het denken over ethische theorievorming door professionals vanuit de praktijk. Zeker wanneer men ze verbindt aan de noties van morele of normatieve professionalisering waaraan ik eerder refereerde. Daarbij zie ik wel een duidelijk verschil tussen de hermeneutische en de meer politiek-filosofisch geïnspireerde benadering: terwijl de erkenning van de spreekbevoegdheid van de practici bij de eerste vooral is gebaseerd op kentheoretische argumenten, wordt bij de tweede benadering uitdrukkelijk ook aandacht besteed aan elementen als macht en de invloed daarvan op de morele besluitvorming in praktijken. Dat element is gelet op de ontwikkeling van de gezondheidsethiek van eminent belang. Het completeert de erkenning van de praktijkblik vanuit hermeneutisch perspectief en zal daarom expliciet dienen te worden meegenomen in voorstellen voor een praktische ethiek voor zorginstellingen.

3.3 Ontwikkelingen in de praktijk van zorgorganisaties

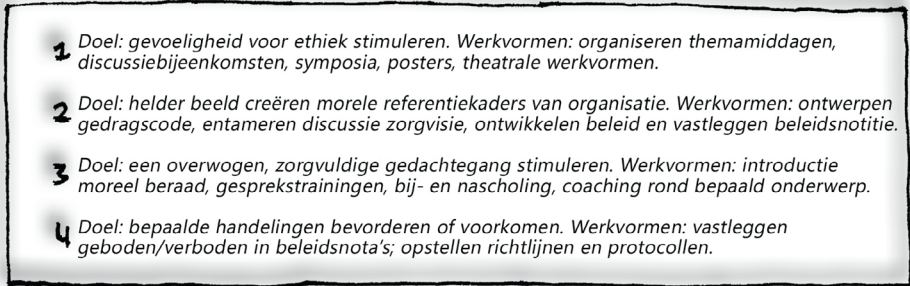
Introductie

Van welke stroming ook wordt uitgegaan, de meeste ethici zullen niet willen tegenspreken dat de ontwikkeling van morele wijsheid in praktijken niet op zichzelf staat maar voor een belangrijk deel afhankelijk is van de institutionele omstandigheden waarin de practici verkeren. In dit opzicht doet de aard van het ethiekbeleid zoals dat wordt uitgedragen in zorginstellingen er zeer toe. Hoe ziet dat beleid er nu uit? Welke tendensen doen zich voor? Is er wel ruimte voor de rol van de beroepsbeoefenaar als actor met een uitdrukkelijk eigen verantwoordelijkheid voor het handelen? En met nadruk op reflectieve competenties?

5 Een zekerheid die overigens ook voor ethici niet gegeven is.

3.3.1 Doelen en methoden van ethiekbeleid

In de Nederlandse literatuur over ethiekbeleid (ethics management), die nogal beperkt is en vooral bestaat uit grijze bronnen⁶, worden verschillende ingangen en instrumenten genoemd om het ethiekbeleid organisatorisch vorm te geven. Van Dartel en Jacobs (2000, 45-48) onderscheiden een viertal uiteenlopende beleidsdoelen met daaraan gekoppeld verschillende methodes en werkvormen.

- 
- 1 Doel: gevoeligheid voor ethiek stimuleren. Werkvormen: organiseren themamiddagen, discussiebijeenkomsten, symposia, posters, theatrale werkvormen.
 - 2 Doel: helder beeld creëren morele referentiekaders van organisatie. Werkvormen: ontwerpen gedragscode, entameren discussie zorgvisie, ontwikkelen beleid en vastleggen beleidsnotitie.
 - 3 Doel: een overwogen, zorgvuldige gedachtegang stimuleren. Werkvormen: introductie moreel beraad, gesprekst rainingen, bij- en nascholing, coaching rond bepaald onderwerp.
 - 4 Doel: bepaalde handelingen bevorderen of voorkomen. Werkvormen: vastleggen geboden/verboden in beleidsnota's; opstellen richtlijnen en protocollen.

Figuur 4 verschillende doelen ethiekbeleid gekoppeld aan specifieke werkvormen (Van Dartel en Jacobs 2000, 45-48)

Terwijl sommige van deze doelen met hun corresponderende werkvormen (1 en vooral 3) goed in verband kunnen worden gebracht met een bekrachtiging van professionaliteit in termen van reflectieve competenties, lijken andere (2 maar vooral 4) meer geschikt voor gedragsuniformering en kunnen er ook deprofessionaliserende effecten aan worden toegeschreven. Uiteraard is de concrete verhouding tussen de verschillende componenten in het ethiekbeleid van instellingen van doorslaggevend belang voor het effect op de beroepsbeoefenaar: versterkt het beleid professionele componenten in termen van morele reflectievaardigheden of niet?

Hoe de instellingswerkelijkheid er vanuit dit perspectief uitziet is niet voor de volle honderd procent helder. De gegevens zijn indicatief en fragmentarisch. Ook het beleid zelf wordt beoordeeld als nogal fragmentarisch en ad hoc (Van Dartel 2003; 2006). Toch zijn er wel duidelijke tendensen. In ieder geval lijkt er een beweging gaande die het ethiekbeleid niet als iets apart wegzet maar het tracht te verbinden aan de gewone beleidsdimensies van de zorgorganisaties zoals het kwaliteitsbeleid (College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening 1998; Verkerk 2000; Molewijk 2008). De beleidsontwikkeling wordt dan ook niet langer exclusief verbonden aan de aanwezigheid van een commissie ethiek. Die is er in een groot aantal situaties dan ook niet (Van Dartel, Jacobs en Jeurissen 2002; Dauwerse e.a. 2011). Wel lijken er verschillen in focus te zijn als men over een commissie ethiek beschikt, of niet. Zorgorganisaties met een commissie ethiek lijken wat meer gericht op meningsvorming over morele

6 Zoals beleidsnotities en onderzoeksrapporten van koepelorganisaties.

vragen en sensibilisering van de organisatie en wat minder op gedragsregulering en protocollering dan zorgorganisaties zonder een commissie ethiek (Van Dartel, Jacobs en Jeurissen 2002, 60). Tegelijk kan worden geconstateerd dat organisaties zonder commissie ondanks de beleidsvoorkeur voor gedragscodes en protocollen uitdrukkelijk ook aandacht besteden aan het voeren van een interne dialoog en aan vormende activiteiten zoals coaching (Van Dartel, Jacobs en Jeurissen 2002, 55). Ook kan worden vastgesteld dat het management van zorginstellingen in ieder geval liever stuurt op geleide van geformuleerde kernwaarden dan op geleide van meer uitgewerkte ethische beleidsdocumenten. Wat dat betreft kan men zeggen dat het ethiekbeleid van zorgorganisaties eerder waardengeleid dan regelgeleid is (Van Dartel, Jacobs en Jeurissen 2002, 27). Dat laat ruimte voor de conclusie dat zorginstellingen in de regel zullen uitgaan van een eigen verantwoordelijkheid van hun medewerkers om zelf in individuele situaties te bepalen hoe dient te worden gehandeld. In die zin mag men veronderstellen dat Nederlandse zorginstellingen op enigerlei wijze uitgaan van een eigen verantwoordelijkheid van medewerkers om zelf reflectief inhoud te geven aan de betekenis van bepaalde waarden in concrete handelingsituaties. Hoe dan ook veronderstelt dat een bepaalde mate van professionele autonomie.

3.3.2 Ruimte voor gesprek

Volgens de meeste instellingen is er bij hen voldoende ruimte voor het bespreken van ethische dilemma's door de medewerkers. Die blijken daaraan ook behoefte te hebben (Van Dartel, Jacobs en Jeurissen 2002, 47-48). Het liefst stappen ze met een ervaren moreel probleem op de leidinggevende of een collega af. Een probleem daarbij is dat de competenties van leidinggevenden om adequaat met die problemen om te gaan, zwak zijn ontwikkeld (Van Dartel, Jacobs en Jeurissen 2002, 49). Het beroep op leidinggevenden verschilt overigens qua instelling. In de geestelijke gezondheidszorg gaan de eerste stappen bij een ervaren probleem richting collega's en team en niet naar de leidinggevende. En in de gehandicaptenzorg lijken de medewerkers vaker dan in andere settings als eerste een vertrouwenspersoon te raadplegen (Van Dartel, Jacobs en Jeurissen, l.c.).

Hoe dan ook, de beelden van de instellingspraktijk laten niet toe te zeggen dat het ethiekbeleid dient te worden gekarakteriseerd als ondermijnend voor professionaliteit. Of juist als bijzonder ondersteunend. De waarheid lijkt meer in het midden te liggen. Naast organisaties die sturen op bedrijfsethische instrumenten zoals gedragscodes, zijn er die inzetten op het versterken van professionele reflectiviteit. Bijvoorbeeld door het stimuleren van discussie of het implementeren van moreel beraad. Combinaties zijn ook heel wel mogelijk. Zo ontwikkelt het Medisch Centrum Leeuwarden een beleid waarin zowel gebruik gemaakt wordt van gedragscodering als ingezet wordt op structurele vormen van moreel beraad. Wat de betekenis is van dergelijke intensieve programma's is nog niet duidelijk. In welke mate ze bovenincidenteel genoemd kunnen worden evenmin. In samenwerking

met enkele academische ethiekcentra, zoals die van het VuMC en het UMCG, worden in een aantal instellingen, in verschillende velden projecten moreel beraad uitgezet die zouden moeten leiden tot een meer reflectieve zorg. Beroepsbeoefenaars worden opgeleid tot gespreksleiders die collega's zouden moeten ondersteunen in het kritisch bevragen van hun eigen werk (Stolper, Molewijk en Widdershoven 2008). Diverse gespreksmethodes worden ontwikkeld om de reflectie te ondersteunen (Manschot en Van Dartel 2003; Verkerk, Lindemann, Maekelberghe, Feenstra, Hartoungh, De Bree 2004; Vanlaere en Gastmans 2008 a; Bauduin en Kanne 2009). Tevens wordt naar mogelijkheden gezocht om de vormen van moreel beraad die in praktijken worden doorgevoerd, uitdrukkelijker te koppelen aan theoretische perspectieven zoals de hermeneutiek (Widdershoven, Abma, Molewijk 2008; Steinkamp 2009) of het personalisme (Vanlaere en Gastmans 2008 a; 2008 b). Daardoor zouden ze meer betekenis en gewicht kunnen krijgen. Ook wordt er gezocht naar mogelijkheden om de effecten van zogenaamde moreelberaadprojecten in praktijken te meten (Van der Dam, Abma, Molewijk en Widdershoven 2008; Molewijk, Widdershoven en Abma 2009) om op die manier meer aandacht te vragen voor een verbetering van de morele kwaliteit van het handelen in instellingen van gezondheidszorg.

3.3.3 Evaluatie

Ethiek in de instellingspraktijk kent verschillende oriëntaties. Aan de ene kant sturen organisaties het gedrag van hun medewerkers door middel van gedragscodes, aan de andere kant stimuleren ze juist het zelfreflectief vermogen. Het is niet eenvoudig om te zeggen welke oriëntatie overheerst. Beide oriëntaties hoeven elkaar niet uit te sluiten, maar kunnen ook als complementair worden begrepen. De implementatie van een gedragscode kan nu eenmaal niet goed zonder een gesprek over de betekenis van de regels in individuele situaties. Zonder beroep op reflectieve vermogens komt men dan niet ver.

Kijkend naar het landschap van de instellingen, is de introductie van allerlei vormen van moreel beraad wel een opvallend gegeven. Niet altijd even goed theoretisch ingekaderd, maar wel zo tot de verbeelding sprekend dat het ook weer aanzet tot allerlei academische activiteiten die de praktijk en de ontwikkelingen daarbinnen systematisch trachten te versterken. Daarbij hoeft het niet al te zeer te verwonderen dat zich ook hier weer juist die ethiekcentra manifesteren die affiniteit hebben met een pragmatisch/hermeneutische of politiek-filosofische c.q. feministische traditie.

3.4 Conclusie: mogelijkheden van een handelingsgerichte ethiek

Welke aanknopingspunten voor een handelingsgerichte ethiek manifesteren zich in de ontwikkelingen die zich de laatste tijd hebben voorgedaan in het brede veld van de Nederlandse ethiekpraktijk? Om die vraag ging het in dit hoofdstuk. Ik oriënteerde me in drie richtingen: 1. op reacties van ethici en filosofen op vragen van deprofessionalisering en kwaliteitsverlies in de zorg, 2. op ontwikkelingen in de ethische theorievorming en 3. op ontwikkelingen in het ethiekbeleid van zorginstellingen. Bij het opmaken van de balans valt het volgende te constateren. Als het gaat om een maatschappelijk verschijnsel zoals deprofessionalisering zijn er naast ethici die het niet nodig vinden om bijzondere aandacht voor het verschijnsel te vragen, anderen die in antwoord op de ontwikkelingen pogingen in het werk stellen om de eigen betekenis van de zorg beter voor het voetlicht te brengen. Zij doen dit op verschillende manieren 1. door nieuwe zorgtheorieën te introduceren, 2. door vanuit een filosofische optiek onderliggende logica's in de praktijk te helpen articuleren of 3. door practici te ondersteunen om zelf de moraliteit van hun activiteiten kritisch te onderzoeken. Die laatste voorstellen openen het perspectief op een ethiek die ook goed aansluit bij bewegingen in de wetenschap in brede zin. Daarin wordt eveneens gepleit voor kennisontwikkeling vanuit de praktijk zelf in samenspraak met de practici. Overigens zijn het bewegingen die slechts voor een beperkt deel in de academische ethiek erkenning krijgen. Voor zover er in de Nederlandse gezondheidsethiek ondersteuning kan worden gevonden voor een praktijkgeoriënteerde ethiek die daadwerkelijk een spreekbevoegdheid toekent aan practici, betreft dat vooral ethici zoals bijvoorbeeld Widdershoven, Van de Scheer en Molewijk die zich laten inspireren door de hermeneutiek en het pragmatisme. Of ethici die zich laten inspireren vanuit een politiek-filosofische en feministische traditie zoals Verkerk. Zij koppelt de reflectie op het handelen uitdrukkelijk aan ideeën over een professionele verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren in de zorg en gaat daarbij ook in op macht als relevant verschijnsel van besluitvorming in zorgpraktijken. Deze ethische benaderingen - van hermeneutiek, pragmatisme en politieke filosofie - lijken dan ook de beste ingang te bieden voor een praktische ethiek in en van zorginstellingen. Zeker wanneer men er praktische ontwikkelingen in die instellingen bij betreft. Want hoewel niet exclusief, zijn het vaak ook ethici uit deze stromingen die prominent betrokken zijn bij initiatieven in zorginstellingen op het gebied van het ethiekbeleid. Zo trachten zij bewegingen die zich spontaan in de zorginstellingen voordoen en die vooral zijn gericht op een versterking van het reflectief vermogen van de beroepsbeoefenaren, theoretisch te ondersteunen. Niet alleen door de koppeling aan ethische theorieën maar ook door effectstudies en de ontwikkeling van gespreks- en implementatiemethodes. Daarmee geven zij de ontwikkelingen in ethiekinstellingen een specifieke inkleuring. Want niet alle beleid gaat uit van een bekrachtiging van professionele verantwoordelijkheden. Er zijn ook andere doelen die meer nadruk leggen op disciplineren en gedragsuniformering; op het managen van de 'moraal'. Toch lijken de meeste zorginstellingen de voorkeur te geven aan waardengeleid boven regelgeleid handelen (Van Dartel, Jacobs en Jeurissen

2002, 27; Van Dartel en Van der Mheen 2002, 226 - 227). Dat veronderstelt minimaal enige discretionaire beslissingsruimte van de beroepsbeoefenaren en vraagt bijgevolg aandacht voor (de ontwikkeling van) hun reflectieve competenties. Een ethiek geïnspireerd door hermeneutiek, pragmatisme en bovenal politiek-filosofische ideeën over zorg en verantwoordelijkheid, die deze beweging ondersteunt en practici een actieve rol geeft in het kritisch onderzoek van hun praktijk, biedt de beste mogelijkheden om de eigen betekenis van de zorg én van de organisatie als *zorgorganisatie* voor het voetlicht te brengen en ongewenste vormen van deprofessionalisering tegen te gaan.

De kernelementen van een handelingsgerichte ethiek

Inleiding

Uitgaande van de aanknopingspunten voor een praktische ethiek zoals die in het vorige hoofdstuk werden aangeduid, vraagt dit hoofdstuk naar de inhoudelijke kernelementen van een dergelijke handelingsgerichte ethiek: wat dient in een dergelijke ethiek en een daaraan gekoppeld beleid minimaal aan de orde te komen? Waarop dient een ethiek die zich richt op de ondersteuning van professionals in hun praktijk, zich als *denkdiscipline* inhoudelijk te concentreren?

De richting van het onderzoek wordt onder meer bepaald door de theoretische stromingen uit het vorige hoofdstuk die een duidelijke spreekbevoegdheid van practici onderscheiden en deze koppelen aan opvattingen over normatieve professionalisering. Zoals gezegd betekent dat inspiratie halen uit hermeneutiek en pragmatisme en uit een beweging die gevoed door politiek-filosofische en feministische ideeën, pleit voor een naturalisering van de ethiek. Die laatste benadering opent meer nog dan de hermeneutiek het zicht op de politieke aspecten van de context van de zorg en laat zo meer ruimte voor de erkenning van een spreekbevoegdheid van practici.

Maar wat betekent dat nu concreet? Voor de professional? En voor de ethicus? Om die vragen te beantwoorden, vormt een begrip dat professionaliteit vanzelf bindt aan ethiek en aan reflectie, verantwoordelijkheid (Verkerk 2000; 2004), een goede ingang. Zorg, zo stelt Verkerk in lijn van de zorgethiek, is gericht op 'het formuleren van een moreel antwoord op een bestaan dat gekenmerkt wordt door afhankelijkheid, kwetsbaarheid en interdependentie' (Verkerk 2003,177; Vgl. Dupuis 1999, 14 vv). De vraag naar de moraliteit van dat antwoord - naar de wijze waarop wij onze verantwoordelijkheid inhoudelijk vormgeven - dienen we dan ook niet op een abstracte wijze te beantwoorden door te wijzen op regels die onze verantwoordelijkheid afbakenen, maar 'moet in de context of setting waarin de vraag opkomt worden beantwoord' (Verkerk 2003, 178). Dat koppelt verantwoordelijke zorg voor kwetsbare anderen aan reflectie: die reflectie is - zo zegt Verkerk - nodig om de verantwoordelijkheden te schetsen zoals die zich in een concrete zorgsituatie voordoen en deze kritisch te bevragen. Een zorgpraktijk doet zich in die zin dan ook uitdrukkelijk voor als verantwoordelijkheidspraktijk (Verkerk l.c.; Walker 1998). Die koppeling, van professionaliteit aan verantwoordelijkheid en reflectie, is langzamerhand ook vanzelfsprekend voor het zelfbegrip van belangrijke beroepsgroepen in de zorg.

Zo beschrijft de KNMG, de Nederlandse beroepsorganisatie van artsen, in een notitie over professionele verantwoordelijkheid professionaliteit als het vermogen om in individuele patiëntensituaties beargumenteerd af te wijken dan wel gebruik te maken van de standaarden van de beroepsuitoefening (KNMG 2007). In een notitie over professionaliteit van VenVN, de Nederlandse beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden (Commissie Ethiek VenVN 2007; 2011) wordt professionaliteit op een vergelijkbare wijze gekoppeld aan de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar om in een individuele zorgsituatie een juiste afweging te maken tussen conflicterende rolaanspraken: wat moet in de zorg het zwaarste wegen? De eisen van de beroepsgroep (beroepsmatige verantwoordelijk-

heid), of die van de werkgever (functionele verantwoordelijkheid)? Of de persoonlijke verantwoordelijkheid tegenover de patiënt (Vgl. Houtlosser 2010, 153-162)?

De benadering van beide beroepsgroepen richt de aandacht op individuele besluitvaardigheden als springend punt in de definiëring van professionele verantwoordelijkheid: in het actuele praktijkoordeel over wat in deze situatie voor deze patiënt het juiste en het goede is om te doen, manifesteert zich het professionele karakter van de zorg het meeste (Houtlosser 2010, 135 vv). Deze lezing van professionaliteit wordt bijna vanzelfsprekend geassocieerd met een bepaald vermogen om te reflecteren over de praktijk en dus met ethiek (Vgl. Houtlosser 2011, 112 vv).

Aan de hand van drie daarop aansluitende vragen wordt dit hoofdstuk gestructureerd: 1. Wat is dat nu voor denkproces, reflectie? 2. Waarover buigt die reflectie zich idealiter? En 3. Hoe richten we dat proces van reflectie zo goed mogelijk in? De beantwoording van deze vragen levert duidelijkheid over de theoretische kernelementen van een praktische ethiek die professionals ondersteunt bij het vormgeven van de praktijk.

Voor de beantwoording van de eerste vraag in de eerste paragraaf, over de aard van de reflectie, behandel ik uit heel de stapel literatuur enkele auteurs, namelijk Aukes die een op de professionele zorgpraktijk gefocust conceptueel model ontwerpt (Aukes 2008) en Procee die voor een beter begrip van reflectie gebruik maakt van Kantiaanse noties over het oordeelsvermogen (Procee 2006a; 2006 b). Voor de beantwoording van de tweede vraag, over de onderwerpen van de reflectie, gaat de aandacht naar Hannah Arendt (Arendt 2004). In lijn van Arendts ideeën, die aansluiten op de gedachten van Procee en met betrekking tot de koppeling van reflectie aan verantwoordelijkheid bij Verkerk, onderscheid ik twee kernaspecten in de opbouw van een praktische ethiek voor professionals in de zorg: 1. Reflectief onderzoek door de professional van kritische incidenten (met als inzet het voorkomen van verlies van professionele identiteit) en 2. reflectief onderzoek van bestaande routines (met als inzet de bekrachtiging van de professionele identiteit in de (opbouw van) gewoonten). In twee aparte paragrafen worden ze beschreven.

Ten slotte gaat de vierde paragraaf, voorafgaande aan de conclusies, aan de hand van noties van o.a. Verkerk en Walker in op de vormgeving en inrichting van dat reflectief onderzoek. Wat voor methodes zijn dienstig? Hoe kunnen ethici practici ondersteunen bij het beter grip krijgen op hun praktijk? Maar zoals aangegeven, begin ik met een algemene verkenning van de aard van reflectie in professionele praktijken.

4.1 Reflectie in professionele praktijken: wat is dat voor denkproces?

Introductie

Reflectie is in de literatuur een constante factor bij het thematiseren van professionaliteit. Ideeën van Schön over reflectie als een wijze van aandachtigheid die het handelen van de professional begeleidt, zijn steeds meer ingeburgerd geraakt (Schön 1983). Zowel met betrekking tot zijn ideeën over een nadenkendheid in het doen zelf ('reflection-in-action'), als een kritische nadenkendheid voorafgaande of terugkomend op dat doen ('reflection-on-action'). Het onderscheid maakt overigens goed duidelijk wat ook elders in de literatuur terugkomt, namelijk dat reflectie in ieder geval twee onderling verbonden maar verschillende vormen kent: de reflectie die als een min of meer impliciet besluitvormingsproces rechtstreeks verbonden is aan het handelen in de praktijk en dat handelen mede stuurt én de reflectie die zich meer gedistantieerd en objectiverend buigt over die praktijkgebonden processen zelf en daarbij nagaat wat er in termen van professionaliteit van geleerd kan worden. Het is van groot belang om beide vormen van reflectie ernstig te nemen: '*reflection-in-action*' is wanneer we de interpretaties van de beroepsverenigingen van artsen en verpleegkundigen in acht nemen, doorslaggevend voor de professionele aard van de concrete praktijkbeslissingen zoals die ten aanzien van patiënten worden genomen. '*Reflection-on-action*' wordt in de toegepaste ethiek bijna vanzelfsprekend gepresenteerd als hét aanknopingspunt voor de ondersteuning van de practici vanuit en door de ethiek. Dat is alleen al gelet op de distantie die ethici gelet op de inrichting van hun werkzaamheden ten aanzien van de Nederlandse zorgpraktijk betrachten, heel inzichtelijk, maar loopt gemakkelijk uit op een verwaarlozing van dat andere meer handelingsgebonden niveau. In deze en de volgende paragrafen zal ik aannemelijk maken dat de ethiek zich meer gelegen zou moeten laten liggen aan de specifieke aard van die direct aan het handelingsverloop gebonden reflectie. Zij zou met andere woorden meer *handelingsgericht* dienen te worden. Ik doe dat om te beginnen aan de hand van theoretische noties van Aukes en Procee die vanzelf leiden naar een filosofische perceptie van reflectie ontleend aan de derde Kritiek van Kant over het oordeelsvermogen (Aukes 2008; Procee 2006; Kant 2009). Vervolgens zal ik aan de hand van opvattingen van Hannah Arendt verduidelijken wat in mijn optiek het springende punt is van een filosofische interpretatie van professionele verantwoordelijkheid.

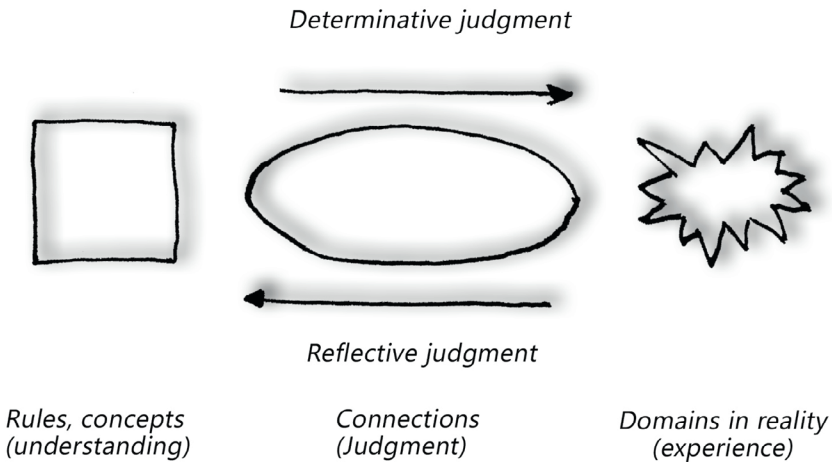
4.1.1 Een Kantiaans grondmodel van reflectie

Reflectie in relatie tot professionaliteit kent niet alleen verschillende vormen. Zij kent ook verschillende dimensies. Zo maakt Aukes onderscheid tussen wetenschappelijke en persoonlijke reflectie: betreft de wetenschappelijke reflectie vooral het handelen in het licht van de beschikbare kennis op het betreffende vakgebied,

de persoonlijke reflectie betreft de persoonlijke betekenis die er op het niveau van de concrete praktijkervaring aan het handelen moet worden gegeven. Voor wat betreft de wetenschappelijke reflectie en de daaraan gekoppelde operationele vaardigheden van besluitvorming en informatieverwerking stelt Aukes dat daar in de literatuur voldoende aandacht aan wordt besteed. De meer dieper gelegen persoonlijke reflectie en het daaraan gekoppelde praktische oordeelsvermogen met zijn doorwerking in het klinisch oordeel, is volgens hem veel minder uitgewerkt (Aukes 2008, 67 vv). Dat zou onder meer te maken hebben met vragen over de leerbaarheid van een persoonlijk leren en over de verhouding tussen wetenschappelijke en persoonlijke reflectie. Ook speelt op de achtergrond een opvatting over professionaliteit mee die zich zeer kritisch verhoudt tot het bekrachtigen van persoonlijke dimensies van de zorgverlening en deze het liefst als irrelevant terzijde zou willen schuiven (Aukes 2008, 90 vv): deze opvatting die oorspronkelijk ook het streven naar een *'evidence based' zorgverlening* domineerde, verzet zich vanwege de mogelijkheid van willekeur en irrationele besluiten zeer tegen een beroep op persoonlijke reflectie als element in de klinische beslissingen over de zorg. In plaats daarvan vraagt ze om zorgdefiniëringen aan de hand van empirisch onderbouwde methoden en handelingsregels. Professionele kennis dient wetenschappelijk getoetste expertkennis te zijn en geen andere. Volgens Aukes worden deze ideeën over wat in de praktijk nodig is, niet alleen gevoed door een gebrek aan kennis over de aard van praktijkbeslissingen maar ook door misverstanden die voortkomen uit een te scherpe oppositie tussen de verschillende aspecten van besluitvorming (Aukes l.c.). Interessant daarbij is dat hij wat betreft de aard van de praktijkbeslissingen gebruik maakt van de uit de ethiek afkomstige notie van het reflectief evenwicht. Deze voorstelling van reflectief evenwicht als model voor praktijkbeslissingen leidt in zekere zin tot een formele gelijkstelling van morele en ethische expertise.¹ Dat sluit aan bij opvattingen van Walker die stelt dat er in principe tussen ethici en practici geen onderscheid gemaakt dient te worden met betrekking tot morele beslissingen (Walker 2003, 135; 2005). Net als in ethisch onderzoek (Van Delden en Van Thiel 1998; Van Delden e.a. 2005) bestaat professioneel beslissen in de praktijk volgens Aukes uit de kunst om voortdurend de juiste afweging te maken tussen allerlei verschillende vormen van kennis en informatie. Die afweging betreft ook schijnbaar onoverbrugbare kennisvormen zoals de persoonlijke intuïtie en de wetenschappelijk geïnformeerde analyse (Aukes 2008, 93). Wat daarbij volgens Aukes niet uit het oog kan worden verloren is de beslissende invloed van *het individuele oordeelsvermogen*. Ik begrijp dat met hem als de kern van de persoonlijke reflectie zoals die in het proces van besluitvorming in de praktijksituatie tot uiting komt. Professionaliteit draait uiteindelijk om dit praktisch oordeelsvermogen. Aukes verwijst voor de typering van deze dimensie van besluitvorming ondermeer naar Procee (Aukes 2008, 75) die voor een beter begrip aansluiting zoekt bij een Kantiaanse epistemologie (Procee 2006 a; Procee

1 Net als de ethicus dient namelijk ook de practicus een balans te vinden tussen allerlei vormen van normatieve kennis en intuïties.

2006 b) welke hij op zijn beurt afleidt uit de derde kritiek van Kant, 'De kritiek van het oordeelsvermogen'.



Figuur 5 een Kantiaanse epistemologie van reflectie (Procee 2006 b, 248)

Deze benadering van reflectie wordt door Procee onderscheiden van de meer gebruikelijke. Enerzijds kunnen die volgens hem in verband worden gebracht met het *pragmatisme*, dat reflectie vooral begrijpt als een *serieel (in bepaalde fasen opgebouwd) leren van ervaringen*. Anderzijds worden ideeën over reflectie in professionele praktijken gevoed met gedachten afkomstig uit de *Frankfurter Schule*. Reflectie wordt dan opgevat als een steeds revolutionerende *kritiek van bestaande sociale ordeningen* (Procee 2006b). Al deze onderscheidingen hebben betekenis voor een brede opvatting van professionele reflectie. De kritische reflectie geïnspireerd door denkers uit de *Frankfurter Schule* vraagt, toegepast op de zorg, om niet voorbij te gaan aan sociale effecten van het handelen die ver voorbij de directe betekenis van de zorg voor individuele patiënten reiken door onder andere de koppeling van zorg aan economische productiesystemen. Een vergelijkbare nadruk op de noodzaak om systeemeffecten te betrekken in de kritische evaluatie van het handelen, zagen we eerder bij Ten Bos. Reflectie in lijn van het pragmatisme legt de nadruk veeleer op het belang van gedachtevol handelen ('mindfulness') van de professional. Professionals zouden het doorvoeren van hun activiteiten niet moeten inrichten met 'trial and error' (Procee l.c.). De leidende kritiek is daarbij dat mensen zich te gemakkelijk laten voortslepen door technische en theoretische voorschriften in plaats van zelf te denken. Zoals we zagen werkt deze benadering ook door in ethische reflectievoorstellen voor de zorg (Van der Scheer 2003; Van der Scheer 1999).

Hoe relevant ook, het probleem van deze benaderingen is volgens Procee dat ze zich in hun kritiek tegenover bepaalde praktijken onvoldoende laten leiden door de specifieke aard van de reflectie in de praktijk zelf. Met zijn Kantiaanse

benadering tracht Procee dat tekort te corrigeren en de aandacht te verplaatsen naar de kern van de praktische besluitvorming. Op die manier kan ook aan andere vormen van reflectie een meer eenduidige oriëntatie worden gegeven. Ik volg hem daarin.

De kern van reflectie in relatie tot een professionele praktijk wordt door Procee gedefinieerd als het persoonlijk vermogen van het kennende subject om de situatie waarin hij zich bevindt en die hij dient te beoordelen adequaat te *verbinden* aan relevante gegevens van wetenschap en moraal. Dat vermogen om vanuit de ervaren werkelijkheid ‘verbindingen’ te maken tussen relevante keninhouden van morele en wetenschappelijke aard met de individuele handelingssituatie, is, zo geeft Procee in navolging van Kant aan, geen kwestie van *verstand*, maar vooral een kwestie van *ervaring* op geleide van de ‘common sense’.² Het gaat niet zozeer om doelrationele methoden waarbij domeinen in de werkelijkheid gedetermineerd worden aan de hand van gevalideerde wetenschappelijke kennis maar vooral om een vanuit de ervaring gestuurd *weet hebben van wat toepasselijk is en wat niet*; en van *een balans zoeken* tussen wat zich in de praktijksituatie voordoet en de beschikbare kennis. Dit bewegen ‘inbetween’ kent, als ik Procee goed begrijp, steeds twee richtingen: *richting ervaren werkelijkheid* vanuit beschikbare kennisbronnen (determinerend oordeelsvermogen) of *richting kennisbronnen* vanuit de ervaring (reflectief oordeelsvermogen) (Procee 2006 b, 248).³ Voor wat betreft de oriëntatie op de vraag wat iemand moet doen in een concrete situatie is het reflectieve oordeelsvermogen dat vanuit de ervaring de verbinding legt met de beschikbare kennisbronnen, uiteindelijk het meest bepalend. Het stuurt het zoeken naar relevante kennis en regels en geeft de doorslag in de besluitvorming. Ook in situaties dat er niet goed kan worden teruggevallen op beschikbare kennis en daarvan afgeleide normen.

4.1.2 Oordelen en verantwoordelijkheid

Overigens krijgt dit reflectief vermogen om ervaringen te binden aan de juiste kennis en regels niet vanzelf richting. Daarom is het belangrijk om na te gaan wat de inhoudelijke morele oriëntatie van dit oordeelsvermogen eigenlijk bepaalt. Want waarom zouden de verbindingen die in het reflectief oordeel worden gelegd tussen ervaren werkelijkheid en allerlei vormen van bestaande kennis, garanderen dat er ook sprake is van een adequaat moreel oordeel? Met de aan Kant ontleende suggestie dat hier alleen maar geleerd kan worden van de ervaring en men

-
- 2 Oordeelskracht vormt - zo legt Kant in de Kritik der Urteilskraft uit - de brug tussen ‘Verstand’ (kennisvermogen dat wordt gebruikt met betrekking tot wetmatigheden van de natuur) en ‘Vernunft’ (Rede, het kennisvermogen dat wordt aangewend met betrekking tot te bereiken einddoelen) (Kant 2005 b, 270-274; Kant 2009, 83 - 87).
 - 3 Denkend aan opvattingen over vormen van ethiek begrijp ik het gebruik van een determinerend oordeelsvermogen, waarbij ethische kennis wordt toegepast op individuele praktijksituaties, als grondvorm van de *toegepaste ethiek*. De beweging andersom waarbij iemand zich door middel van een reflectief oordeel richting morele kennisbronnen beweegt, begrijp ik als uitgesproken grondvorm van een *praktische ethiek*.

op dit vlak dus niet al te veel hoeft te verwachten van onderwijs in de klassieke betekenis, is wel iets aangegeven over de aard van het leerproces dat professionals zou kunnen ondersteunen, maar niet meer dan dat. Hoe kunnen we in dit leren van de ervaring enige duidelijkheid verschaffen over morele adequaatheid? Er zo- maar op vertrouwen dat het goede wel zal worden gekend, is riskant.

Op dit punt aangekomen acht ik het van belang om de opvattingen van Hannah Arendt over oordelen en verantwoordelijkheid in te brengen. Die opvattingen zijn alleszins beïnvloed door haar persoonlijke geschiedenis met op de achtergrond de rampzalige ideeën van het nationaal-socialisme en hun dehumaniserende gevolgen (Young-Bruehl 2007). Mede in het licht van het proces Eichmann dat Arendt volgde en versloeg voor Amerikaanse media (Arendt 1992; Young-Bruehl 2007, 8-9), heeft ze zich gebogen over de vraag naar de individuele verantwoordelijkheid tegenover bureaucratische en politieke ordeningen. Voor een filosofische oriëntatie in het licht van de geschiedenis, heeft ze zich bezonnen op aansprekende geluiden van klassieke filosofen en het denken in de filosofische traditie ten aanzien van het thema in meer algemene zin. Daarbij heeft ze twee denkers een bijzondere plaats gegeven. In de eerste plaats betreft dat Kant, in de tweede plaats Socrates. Aan hun gedachten ontleent ze een visie op persoonlijke verantwoordelijkheid die ze in meer globale zin typerend acht voor heel de westerse filosofische traditie en als redelijke bron van verzet begrijpt tegen elke vorm van totaliteit. Overigens moet worden gezegd dat haar inzet sterk wordt getekend door ambivalentie over de oorspronkelijke mogelijkheden van humaniteitsbeleving in onze moderne omstandigheden (Young-Bruehl 2007, 150 vv; Young-Bruehl 1997, 309). Ook hanteert ze specifieke opvattingen over rationaliteit die het haar moeilijk maken om haar ideeën over moraliteit te verbinden aan een Aristotelische werkelijkheidsbenadering in haar eerdere werk (Wellmer 1997, 37 vv). Ik begrijp dat deze toespelingen nu nog een cryptisch karakter hebben, maar verderop hoop ik alle onduidelijkheden te hebben weggenomen.

Centrale gedachte

De centrale gedachte van Arendt's moraalfilosofische teksten is dat de vraag naar verantwoordelijkheid niet afdoende kan worden beantwoord zónder verwijzing naar het handelend individu: 'De moraal gaat de mens aan in zijn unieke individualiteit' (Arendt 2004, 113). Ik begrijp de kern van haar opvattingen in deze als volgt: 1. Bij moraal gaat het altijd om een beoordeling van handelen, van activiteiten. 2. Vervolgens dient de verantwoordelijkheid voor activiteiten altijd te worden herleid naar individuele personen. En niet naar systemen. Uiteindelijk wordt de vraag 'wat moet ik doen', dwars door de verbondenheid aan allerlei sociale conventies en heteronoom ogende levensbeschouwelijke opvattingen heen, beantwoord door de beslissing die iemand neemt met betrekking tot zichzelf: blijf ik in mijn doen en laten samenvallen met mijzelf?

Arendt is radicaal in de uitwerking van deze gedachten die ze in aanzet ontleent aan Socrates maar vervolgens verbindt aan het werk van Kant.⁴ Het refereren aan zulke ook in de tijd uiteenlopende filosofen als Kant en Socrates, heeft, hoewel Arendt dat er niet uitdrukkelijk bij zegt, wel betekenis. Voor heel de denktraditie in het Westen lijkt Arendt te zeggen dat de morele grondslag van alle gedrag nagenoeg altijd herleid wordt tot de keuze van het individu om al of niet zichzelf te zijn. Niet alleen in de filosofie maar ook in religieuze kernteksten blijkt het goede handelen gedefinieerd met een verwijzing naar het zelf. Zo wijst Arendt naar uitspraken in het Nieuwe Testament: 'heb uw naaste lief als u zelf' En: 'wat gij niet wilt dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet.' Op die manier onderstreept ze dat er in de traditie steeds een spoor is geweest waarin denken over moraal fundamenteel begrepen wordt als een vorm van *zelfreferentiële kritiek* (Arendt 2004, 97). De definiëring van het goede kan volgens deze traditie niet goed plaats vinden zonder deze te koppelen aan de vraag naar de betekenis van dat handelen voor de handelende persoon zelf. De articulatie van het zelf-denken als kernelement voor de morele reflectie is overigens volgens Arendt bij Kant en Socrates verschillend. Die verschillen acht ik relevant voor het ontwerp van een ethiekbeleid voor de zorg. In de volgende paragrafen licht ik dat toe.

4.2 Waarover buigt de reflectie zich idealiter: 1. onderzoek van kritische incidenten

Introductie

Kant presenteren als pleitbezorger - hoe indirect ook - van een contextuele ethiek bevreemdt. Volgens Van der Wal staat Kant samen met het negentiende-eeuwse utilisme nu juist aan de bron van het ook door Zwart en Ten Bos gewraakte proceduralisme in de ethiek (Van der Wal 2008, 42 vv). Dat vindt volgens Van der Wal bij Kant zijn uitdrukking 'in een zeer algemeen abstract en formeel moreel beginsel (..) dat als wichelroede en maatlat voor het concreet goede en juiste fungeert en waardoor dat laatste ook pas als goed of juist gelegitimeerd wordt' (Van der Wal 2008, 43). Handelingen worden volgens deze interpretatie van de Kantiaanse ethiek pas moreel aanvaardbaar door de overeenstemming met een abstract formeel beginsel en nergens anders door. Dit proceduralisme leidt volgens Van der Wal tot een reductionisme waardoor bepaalde verschijnselen gewoonweg uit beeld

4 Bij een filosoof uit een heel andere traditie, Foucault, vindt men een vergelijkbare beweging. Enerzijds knoopt hij voor het idee van vrijheidspraktijken zoals hij die in de laatste periode van zijn filosofisch onderzoek ontwikkelt aan bij Kant en wel bij diens pamflet over de Verlichting (Wat is Verlichting) en anderzijds bij de Griekse hellenistische visie op de zorg voor zichzelf. Die zorg welke de filosoof heeft te betrachten om filosoof te zijn, wordt door Foucault in oorsprong herleid tot de door Plato geportretteerde Socrates uit de Alcibiades en de Apologie (Foucault 1995, 44 vv; Devos 2004, 89 vv; Dohmen 2007 b, 77-80).

verdwijnen en de ethiek kil en legalistisch wordt. Het morele zou daardoor bij Kant 'geen aansporend of inspirerend karakter' hebben (Van der Wal 2008, 45).

Hoe kunnen we, tegen de achtergrond van deze karakteristiek van de Kantiaanse ethiek die ook door anderen wordt gedeeld (Vgl. Ten Have, Ter Meulen, Van Leeuwen 2009, 83) via Kant bij een ethiek uitkomen, waarin persoonlijke ervaringen wel gewicht krijgen? Er is, ook in de ogen van Van der Wal, een opening. Zo merkt hij op dat hoewel Kants filosofie 'expressis verbis nauwelijks ruimte biedt voor (een inhoudelijke articulatie van) idealen, zij in haar geheel wel de uitdrukking van een nog altijd aansprekende filosofie mag worden genoemd' (Van der Wal 2008, 48). Dat spoort met opmerkingen van Ten Bos e.a. over de betekenis van Kants ethiek: in zijn ogen dient Kant vooral ernstig te worden genomen als filosoof van de emancipatie van mensen uit de onmondigheid (Ten Bos e.a. 2006).

In dit kader interesseert ook de interpretatie van Foucault. In diens lezing van Kant's pamflet 'Wat is Verlichting?' benadrukt hij hoe Kant 's filosofie een opening biedt naar een attitude als een manier om zich te verhouden tot de actualiteit. Naar wat hier en nu gedaan en gesproken dient te worden. Daarmee wordt de Verlichting niet een of ander afgesloten project uit het verleden maar een project dat steeds opnieuw moet worden waargemaakt in het heden: iedereen is in deze zin verantwoordelijk voor de mensheid. Voor de realisering van het moderne. Daarbij beklemtoont hij ook dat dit verlichtingsdenken met zijn beroep op de moed van mensen om zelf te denken in lijn moet worden gedacht met wat de Grieken 'ethos' noemden (Devos 2004, 104-105). Hoe deze Kant dwars door die andere Kant - die van de proceduralistische taal over de moraal - moet worden begrepen en betekenis kan krijgen voor ons, wordt duidelijk wanneer we Arendts interpretatie volgen en die koppelen aan de opvattingen van Procee.

4.2.1 Kennis over de moraal

De grondlijn van de ethiek bij Kant is volgens Arendt sterk georiënteerd op de (te vermijden) angst van de persoon voor zelfverachting (Arendt 2004, 91; 97). Zoals vele filosofen en denkers voor hem, gaat Kant ervan uit dat kwaad doen zich niet goed verdraagt met de kennis die eenieder heeft over moraliteit. In de rationele structuren van de menselijke geest ligt deze kennis van de moraal als vanzelf besloten. Terwijl Kant de mogelijkheid onderkent dat iemand die opgroeit in een omgeving waarin hij slechts moreel laakbaar gedrag ziet, deugdzaamheid mist, zou Kant volgens Arendt toch de stelling onderschrijven dat wanneer zo iemand deugdelijke voorbeelden ziet, hij onmiddellijk zou weten wat goed is en wat niet (Arendt 2004, 86). Om terug te komen op Procee: het reflectieve oordeel dat als ervaringsoordeel op het eerste oog een sprong in het duister lijkt, is fundamenteel gebonden aan de aard van wat mensen ten diepste zijn, redelijke wezens die op grond van hun vermogen om te denken hun plicht kunnen kennen. Precies daarin schuilt volgens Arendt de kern van de formulering van de categorische plicht bij Kant, namelijk dat iedere mens kennis heeft van moraal; en dat hij, wil hij

trouw blijven aan zichzelf, het handelen conform de inhoud van die moraal als een plicht ervaart (Arendt 2004, 93). Ook bij Kant draait de ethiek volgens deze interpretatie om het beeld van het goed begrepen zelf. Het is een vorm van denken die - om met Foucault te spreken - oproept tot het onderhouden van een 'ethos', een filosofische houding, die er op uit is om kritisch aan onze grenzen te werken (Ten Kate en Manschot 1995, 25).⁵ En dan niet op een gestolen moment maar als een voortdurende praxis.

Akrasia

Maar als ieder mens kennis heeft van het morele, hoe komt het dan dat hij niet altijd zo handelt? Dit klassieke probleem van de 'akrasia', het niet handelen conform de kennis die men heeft, krijgt volgens Arendt bij Kant een specifieke inkleuring (Arendt 2004, 87). Die is interessant vanwege de lijnen naar een professionele ethiek. Volgens Kant komt het gegeven dat iemand tot het kwade kan vervallen, voort uit de omstandigheid dat mensen deel uitmaken van een zinnelijke wereld waarin zij gemakkelijk kunnen worden verleid om toe te geven aan hun neigingen. Wie toegeeft en wordt verleid om tegen de redelijkheid van zijn eigen overtuigingen in te gaan, vervalt tot morele absurditeit. Dat verdraagt zich niet goed met iemands zelfbeeld waarin de kennis van de moraal en de redelijke verhouding tot die kennis vanzelf liggen besloten (Arendt 2004, l.c.). In dit licht is het vanzelfsprekend dat Kant liegen moreel zo'n betekenisvol handelen vindt.⁶ Liegen impliceert immers het bedrog van de autonome persoon van zichzelf. Wil iemand zichzelf overeind houden in een situatie waarin hij tegen zijn redelijke overtuigingen in toch vasthoudt aan zijn neigingen en tegen de rede in handelt, dan zal hij zich volgens Arendt gemakkelijk laten verleiden om te liegen, en zichzelf zo te bedriegen over de intentionaliteit van zijn handelen (Arendt 2004, 87-88). Al met al vormt dit bedrog een wankele poging om te ontkomen aan de zelfverachting die het intrinsieke gevolg is van het verzaken van de eigen, redelijke

-
- 5 Dat wil zeggen - zo maakt Foucault in zijn commentaar op de positie van Kant duidelijk - dat wij worden gevraagd om de historie van de grenzen die ons gesteld zijn te analyseren en vervolgens te experimenteren met de mogelijkheden om die grenzen achter ons te laten (citaat uit Foucault's *Quest ce-que les Lumières?* bij Ten Kate en Manschot 1995, l.c.).
- 6 De interpretatie die Arendt geeft van Kants moeite met liegen wijkt af van de gebruikelijke waarin onder verwijzing naar 'Die Grundlegung zur Metaphysik der Sitten' en een kleiner geschrift van 'Kant Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen' (Kant 2005 a, 637-642) wordt vermeld dat de Kantiaanse strengheid om een leugentje om bestwil te verbieden door hem vooral wordt beargumenteerd met de stelling dat je er geen algemene regel van kunt maken. Daarnaast schrijft Kant dat het verwonden (verletzen) van het principe van het recht in zijn algemeenheid veel erger is, dan jegens een concreet persoon onrecht begaan (Kant 2005 a, 642). Naar mijn indruk lijkt men bij deze interpretatie van de strenge Kant in ieder geval over het hoofd te zien dat het in het geschrift over het recht om te liegen niet om een ethische verhandeling gaat maar om een rechtsfilosofische: de vraag staat centraal of er een recht om te liegen bestaat. En hoe een dergelijk recht zich zou verhouden tot de "formale Pflicht des Menschen Wahrhaftig zu sein in Aussagen". In een voetnoot merkt Kant op hoe er over deze zaak vanuit een ethisch perspectief geoordeeld moet worden: "Die Tugendlehre sieht in jener Übertretung nur auf die Nichtswürdigkeit, deren Vorwurf der Lügner sich selbst zuzieht" (Kant 2005 a, 638). Met andere woorden: vanuit de moraal beoordeeld gaat het Kant hier voornamelijk over de verhouding van de persoon ten opzichte van zichzelf en niet zozeer om de verhouding ten opzichte van de formele plichtsleer. Dat lijkt nu precies ook het punt dat Arendt centraal stelt.

plicht. Wankel omdat met het zelfbedrog immers weer nieuwe voeding aan de zelfverachting wordt gegeven.

Zijn zelfverachting en liegen erg, problematischer is het nog wanneer mensen helemaal niet meer aan deze zelfverachting toekomen.⁷ Dat gebeurt volgens Arendt wanneer mensen *het zelf denken* hebben opgegeven en bijgevolg hun vermogen om zelfkritisch te oordelen niet meer bijhouden. In die lijn oordeelt Arendt over Eichmann als iemand die het zelf denken heeft opgegeven (Arendt 2004, 161). Het grootste probleem van ‘akrasia’ schuilt dus volgens Arendt niet in een gebrek aan kennis over de moraal, maar in de houding die mensen aannemen tegenover het *zelf denken*. Het risico dat mensen het zelf denken opgeven, op deze manier onverschillig worden en vervallen tot onmondigheid, acht Arendt duidelijk aanwezig in moderne bureaucratieën. Haar beschouwingen over de banaliteit van het kwaad hangen hiermee nauw samen (Arendt, 1992; Arendt 2004, 60-61; 161).

Moreel praktische tegenover technisch praktische oordelen

In dit kader is het dienstig om te refereren aan bepaalde opmerkingen van Ten Bos, Jones en Parker over de receptie van Kant in de bedrijfsethiek. Ik doel hier nu niet zozeer op hun opmerkingen over de nadruk die Kant legt op autonomie - hoe relevant die verwijzing op zichzelf ook is - maar op een ander aspect. Daarbij gaat het om het onderscheid bij Kant van een praktische en een technische benadering van de werkelijkheid en de noodzaak om deze twee sferen niet te verwarren. De principes van de *technische praktische* rede zijn, zo stellen Ten Bos c.s., bij Kant volkomen anders dan die van de *morele praktische* rede (Ten Bos, Jones en Parker 2006, 64). Wie zijn handelen beoordeelt vanuit een groter geheel en het herleidt tot een functie in een grotere keten van, bijvoorbeeld, economische processen, heeft daarmee nog geen *morele* rechtvaardiging van zijn handelen gegeven, alleen een *technische*. Zo geeft het herleiden van het eigen handelen tot de laatste schakel in een causale reeks gebeurtenissen waarbij de indruk wordt gewekt dat het eigen handelen noodzakelijk voortkomt uit de voorgegeven reeks, *geen* morele rechtvaardiging van dat handelen omdat zo'n oordeel principieel aan de sfeer van het morele voorbijgaat en de vrijheid, welke de basis er van vormt, fundamenteel uitholt (Vgl. Kant Werke 2005 a, 219 vv). Door de verwisseling van de moreel praktische met de technisch praktische rede, wordt de vrijheid die de moraal nodig heeft, opgegeven. En met betrekking tot de ethiek ook het denken. Het is een risico dat niet alleen de werkelijkheid van de bureaucratische professional zoals die van de manager treft, maar in toenemende mate ook traditionele (semi)professionals zoals artsen en verpleegkundigen en in die zin typerend lijkt voor processen van deprofessionalisering zoals we die eerder beschreven.

7 Overigens merkt Arendt verwijzend naar Nietzsche op dat deze verachting die iemand voor zichzelf kan voelen naar aanleiding van een verloochening van zichzelf, toch nog respect verdient. In de verachting wordt immers nog wel degelijk tegemoet gekomen aan het zelf en enig recht gedaan aan iemands diepste overtuigingen (Arendt 2004, 96).

4.2.2 Conclusie: aandacht voor klemsituaties

De interpretatie van Kant zoals Arendt die geeft, sluit in belangrijke mate aan bij karakteristieke idealen van de Verlichting. De beslissing over het goede is opgehangen aan het beeld van een autonome persoon wiens zelfbeschikking maximaal is verbonden aan de opdracht van de rede om het eigen handelen te blijven onderzoeken aan de hand van universaliseerbare normen. De vraag naar de moraal is, staande in de traditie van de Verlichting, daarmee noodzakelijk ook steeds een vraag naar autonomie, en vooral naar het vermijden van risico's voor het verlies van die autonomie.⁸ Autonomie en redelijkheid in de uitoefening van de autonomie zijn dus niet vanzelf gegeven. Waakzaamheid in het denken dient het verlies van autonomie te voorkomen. De inzet van de praktische reflectie krijgt daarmee bij Kant gemakkelijk een negatieve lading. Het gaat volgens Arendt vooral om *het tegengaan van het verlies aan autonomie* (Arendt 2004, 90-91). Om het denkend voorkómen van een terugval in zelfverschuldigde onmondigheid. Ook bij Foucault kent de reprise van het Verlichtingsideaal van Kant een zekere existentiële zwaarte⁹: autonomie voorstellen als een ideaal dat de beslissing over de Verlichting verbindt aan het handelen en spreken van mensen in het hier en nu, geeft elke beslissing en elk handelen een wel erg definitief karakter. Niet voor niets spreekt Foucault in dit verband over een 'ontologie van het heden' (Devos 2004, 105). Die cirkelt om de vraag 'wat zijn wij in onze actualiteit?' (Foucault 1995, 69).

Wanneer men dit Kantiaanse idee van een autonomie die steeds weer opnieuw vraagt om een bevestiging, verbindt aan de opdracht om een praktische ethiek te ontwerpen voor professionele zorgsettings, kan men zeggen dat deze oriëntatie naast het appel om altijd zelf te blijven denken over de praxis als een praxis die overeenstemt met eigen normen, vooral de aandacht vestigt op bijzondere klemsituaties: situaties waarin het voor iemand duidelijk is dat zijn autonomie, dat wil volgens Kant dus zeggen zijn menselijkheid, fundamenteel op het spel staat. In dergelijke klemsituaties waarin het gaat om het behoud van iemands morele identiteit, krijgt het zoeken naar een antwoord op de vraag hoe ik mij verhoud tot de wet in mijzelf, de grootste urgentie en scherpte. Het is een benadering die goed aansluit bij de streefrichting van de moderne gezondheidsethiek zoals ik die eerder beschreef. Vanuit deze interpretatie van de Kantiaanse ethiek past het de gezondheidsethiek om professionals te helpen om hun eigen indringende ervaringen van moreel onbehagen te blijven verhelleren. Ervaringen dus waarbij naar de indruk van de betrokkene, de eigen persoon en de eigen autonomie fundamenteel

8 De formulering van de praktische imperatief in de 'Grundlegung zur Methaphysik der Sitten' luidt: 'Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person (cursivering h.v.d.) als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloss als Mittel brauchest' (Kant 2005 a, 61).

9 Ook al wordt het verbonden aan het idee van een esthetica, een vrij gekozen levenskunst.

in de klem dreigen te komen.¹⁰ Reflectie op deze klemervaringen zal zonder meer bijdragen aan een adequate vorming van het praktisch oordeelsvermogen. Gelet op de ontwikkelingen in de zorg zullen het overigens niet alleen meer ervaringen zijn die gerelateerd kunnen worden aan de directe zorg voor patiënten. Het zal in toenemende mate ook gaan om ervaringen die te maken hebben met de verhoudingen ten opzichte van anderen die mede betrokken zijn op de zorg, te beginnen met de organisatie waarin men werkzaam is.

4.3 Waarover buigt de reflectie zich idealiter: 2. onderzoek van routines.

Introductie

Een verschil tussen de Kantiaanse en de Socratische ethiek is dat in de Socratische ethiek de inzet minder negatief gekleurd is (vgl. Arendt 2004, 99). De nadruk in het denken over de moraal valt bij de historische Socrates niet zozeer op *een te vermijden vorm van zelfverachting* zoals bij Kant maar vooral op *een verlangen van mensen om beter met zichzelf samen te vallen* (Arendt 2004, 108 vv). In plaats van angst voor een aantasting van de autonomie, zoals we dat bij Kant zagen, komt bij Socrates een positief streven naar wijsheid naar voren als de belangrijkste bron van de zelfkritische reflectie. Alle nadruk valt met voorbijgaan aan al het andere, op *het verlangen van mensen om in hun handelen harmonisch samen te vallen met zichzelf*. Dat vraagt een praktische inzet van het denken. Op basis van de intieme relatie die ik met mezelf heb, dien ik voortdurend denkend na te gaan in hoeverre ik met mezelf wil leven. Dat opent het uitzicht op een praktische dialogische ethiek.

4.3.1 Een praktische dialogische ethiek

Die ethiek begint niet als een gesprek met een ander maar als een gesprek van de handelende persoon met zichzelf over de idealen die hij heeft en de mate waarin hij daar in zijn dagelijks doen aan tegemoet komt.¹¹ Of zoals Arendt het formuleert: 'aangezien ik mijn enige partner ben wanneer ik denk, ben ik mijn enige getuige wanneer ik handel. Ik ken degene die handelt en ben ertoe veroordeeld om met hem samen te leven. Hij zwijgt niet' (Arendt 2004, 108), maar laat voortdurend, zo lees ik interpreterend verder, van zich horen. Die stem van het niet

10 De veronderstelling bij deze koppeling van 'Kantiaanse' dilemma's aan de klassieke medisch-ethische vraagstukken is dat deze medisch-ethische dilemma's (zoals beslissingen rond het levenseinde, en aan het begin van het leven) ook in zichzelf insnijdende problematische ervaringen voor individuele professionals betekenen. Er is weinig reden om aan te nemen dat dit niet het geval zou zijn.

11 Dat komt bijvoorbeeld terug in de filosofie van Ricoeur. Met name in zijn ideeën over de verhouding tussen ipse- en idem-identiteit (Ricoeur 1994, 115 vv; 178).

zwijgende zelf vraagt om bezinning en integratie. Met die beweging van integratie, door middel van de dialoog die iemand reflecterend met zichzelf voert ten aanzien van het eigen handelen om zo doende beter met zichzelf samen te vallen, begint volgens Arendt de ethiek. Als een vorm van kritische, zelfbetrokken en positieve zorg voor zichzelf.

Deze visie van Arendt op de Socratische filosofie biedt aanknopingspunten voor een praktische ethiek die niet alleen de scherpste dilemma's waarbij de identiteit en Kantiaans gesproken de autonomie van de persoon op het spel staan, op de agenda plaatst. Omdat de oriëntatie positief gericht is op het leven van en de zorg voor zichzelf, betreft de Socratische ethiek ook allerlei activiteiten, omgangsvormen en houdingen die zich dagelijks manifesteren (Hadot 2007, 46-49). Zo worden ook routines en ingesleten patronen tot onderwerp van ethische reflectie. Met betrekking tot de dialoog van de handelende persoon met zichzelf, kan in aansluiting op het Socratische gezichtspunt worden opgemerkt dat deze dialoog dynamisch is en in principe geen einde kent. Ethiek raakt hier aan levenskunst en esthetiek (Vgl. Schmid 2004; Hadot 2004; 2007; Dohmen 2007; Kunneman 2007; Foucault 1995). In plaats van door angst voor verlies van autonomie wordt zij voortgedreven door de verwondering over wie we zouden kunnen zijn.¹² Zelfonderzoek, oordeel en discipline vormen, te beginnen met Socrates en voortgezet in de Hellenistische en Stoïcijnse traditie, een toegang tot zelfkennis (Foucault 1995, 63). En dan niet met het doel om het zelf te onderwerpen of sterker nog, te verloochenen. Integendeel. De inzet is positief. In termen van Foucault: het gaat niet om een onderwerping van het subject aan het geweten. In plaats daarvan vormt het subject louter 'een kruispunt van handelingen die gereguleerd moeten worden en regels die voorschrijven wat er moet gebeuren' (Foucault 1995, 54). Anders gezegd: zorg voor zichzelf is zorg voor een activiteit en geen zorg voor de ziel als substantie (Foucault 1995, 46).

Een brede dialoog

Hoewel de ethiek, zoals Arendt het formuleert, bij Socrates begint met de dialoog van iemand met zichzelf, ingebed in een praktijk van zorg dragen voor zichzelf, is daarmee niet gezegd dat de ethiek daar ook zou moeten eindigen (Vgl. Foucault 1995, 51). In dit kader hecht ik eraan om voor een professionele zorgpraktijk de dialoog niet alleen dynamisch, in het spoor van iemands (persoonlijke) ontwikkeling, maar ook breed op te vatten. In ieder geval dient te worden gewaakt voor een zuiver individualistische opvatting waarbij de dialoog van iemand met zichzelf

¹² Deze gedachten weerspiegelen de lezing van de Socratische en latere Griekse filosofie door de Franse filosoof, Hadot. Het kernpunt van de interpretatie van Hadot van de Griekse filosofie is, dat de theoretische vertogen van de filosofen niet als zelfstandige, geïsoleerde abstracties van de werkelijkheid dienen te worden gezien maar vooral als extrapolaties van een bepaalde manier van leven (met zichzelf). De filosofische vertogen die in die traditie staan, zijn geworteld in een existentiële keuze die wijsheid niet wil isoleren maar koppelt aan allerlei zelfzorgpraktijken en praktische vaardigheden. Zonder deze praktische wijze van leven, die in de vertogen wordt uiteengelegd en rationeel onderzocht, verliest de filosofie haar betekenis. Ethiek als filosofische activiteit volgt daarom noodzakelijk de praktijk en is er niet los van te denken (Hadot 2004, 15 vv; Hadot 2007, 17).

wordt vereenzelvigd met een solipsistisch project, waarbij iemand zich nog weinig laat gezegen door anderen (vgl. Hadot 2007, 50-52). In die zin nuanceer ik de opvatting van Arendt wanneer zij stelt dat ik, net zoals ik de enige getuige van mezelf ben als ik denk, ook de enige getuige van mezelf ben, wanneer ik handel. Omdat ik voor mezelf wel de meest constante partner ben in al mijn handelen en denken, in welke situatie ook, ben ik uiteraard wel een getuige die zichzelf steeds ernstig moet blijven nemen, maar ik ben, zeker voor wat betreft het actuele handelen, niet de enige. Juist omdat het in zorg om *handelen* gaat, wordt steeds ook de ander, of worden de anderen op wie het handelen betrekking heeft en met wie het wordt gerealiseerd, verondersteld mede getuige te zijn van mijn handelen. Naast mijzelf. Dat de ander als direct betrokkene, als significante getuige en ook als mogelijke tegenspreker en tegenstrever van mijn aspiraties dient te worden meegenomen in de waardering van mijn handelen, is, zo zullen we in de volgende hoofdstukken zien, nu eenmaal inherent aan de definiëring van professionele zorg als handelen.

Niet alleen de context van de zorg, ook de eigen aard van de Socratische filosofie vraagt om een brede definitie van de dialoog als element van een praktische ethiek. Filosofie is in de opvattingen van Socrates als gesprek met zichzelf nooit los te maken van het gesprek met anderen. Het mensbeeld dat hij veronderstelt, is principieel sociaal. In dit pleidooi voor een praktische ethiek die de spreekbevoegdheid van practici ernstig neemt, wil ik daaraan niet voorbijgaan. Een ander argument is dat de Socratische filosofie als praktisch denken over menselijk bestaan een min of meer publieke aangelegenheid is, waarbij geen scherp onderscheid wordt gemaakt tussen een persoonlijk bestaan en een publiek bestaan: binnen het perspectief van een gedeeld sociaal bestaan in de polis gaat de reflectie van de filosoof over in het gesprek met anderen en andersom. Daarom staat ook de reflectie niet tegenover het gewone, gedeelde, alledaagse leven maar is daarmee intrinsiek verbonden (vgl. Hadot 2007, 67). De reflectieve zorg voor zichzelf, tot uiting komend in een dialoog met zichzelf, staat anders gezegd in het verlengde van de zorg voor en het gesprek met anderen in de alledaagse, publieke sfeer van de stad (Hadot 2007, 51). Dat impliceert dat zij, ook waar zij begrepen wordt als een dialoog met zichzelf, nooit beperkt kan blijven tot die interne dialoog alleen. Ik ben niet alleen met mijzelf, maar ook voortdurend met anderen: in de zorg, in de organisatie, in de samenleving. Dat vormt ook mijn praktisch oordeelsvermogen. Daarom loopt de morele zelfreflectieve dialoog vanzelf door in het gesprek met anderen; in de weerspiegeling van het eigen denken in dat van anderen. Die confrontatie in het gesprek en in de alledaagse werkelijkheid kan de reflexieve dialoog niet goed missen. Zo stelt Foucault dat de zorg van iemand voor zichzelf steeds ook een politieke dimensie kent. Daarbij kan er wel een spanning zijn tussen het zich bezighouden met de politiek en de zorg voor zichzelf, toch kan de kwestie van het politieke handelen niet buiten beschouwing blijven (vgl. Foucault 1995, 47).

Toch weer Kant

Overigens is de gedachte van een dialoog die zich uitstrekt tot het gesprek met anderen ook Arendt niet vreemd. Opmerkelijk genoeg wordt dat duidelijk in een college over de moraal waarin ze uitdrukkelijk refereert aan 'De kritiek van het oordeelsvermogen' van Kant en ingaat op de manier waarop we volgens hem verbanden leggen tussen specifieke situaties en algemene kennis (Arendt 2004, 143 vv).¹³ Zoals Procee benadrukt ook Arendt hier dat bij Kant het oordeelsvermogen zijn oorsprong vindt in de common sense: het gezonde verstand dat ons tot leden maakt van een gemeenschap en ons met de leden van die gemeenschap doet communiceren over onze ervaringen. Daarbij kent Arendt een bijzondere rol toe aan de voorbeelden die zich exemplarisch aan ons voordoen. 'We oordelen en onderscheiden goed en kwaad door middel van een gebeurtenis of persoon die we in ons hoofd hebben' (Arendt 2004, 149). Deze interpretatie van Kant waarbij zijn uitspraken over het oordeelsvermogen rechtstreeks worden betrokken op de moraal - een gevolgtrekking die Kant zelf niet op die manier zou maken omdat, zoals Arendt ook zegt, wij als redelijke wezens op het gebied van de moraal de standpunten van een ander (formeel) helemaal niet in overweging hoeven te nemen (Arendt 2004, 145-146) - zou bijna vanzelfsprekend kunnen uitmonden in een Aristotelisch beeld van morele reflectie. Bij Aristoteles vormt de deugdzaamheid zich in haar kern van praktische wijsheid immers ook in het spiegelen van de eigen ervaring aan in de gemeenschap erkende voorbeelden van deugdzaamheid. Toch zet Arendt die laatste stap niet. Vooral omdat zij - de Kantiaanse epistemologie van 'De kritiek van de praktische rede' volgend - de verantwoordelijkheid en de onafhankelijkheid van het subject tegenover elke van buitenaf komende norm of regel bekrachtigt: een moreel oordeel heeft Kant volgend geen kennis van de opinies van anderen nodig. Uiteindelijk gaat het om de plicht die volgt uit de wet die ik mezelf als redelijk wezen stel. Daaraan tilt Arendt mogelijk op grond van haar persoonlijke geschiedenis, zwaar (Arendt 2004 113; 150; Arendt 1992).

4.3.2 Conclusie: positief denken over routines als praktijken

Vanwege de dynamiek en breedte die de dialoog bij Socrates krijgt én de focus op alledaagse praktijken als spiegelingen van de idealen die mensen voor zichzelf nastreven, zie ik in deze lezing van de Socratische filosofie een goede mogelijkheid om het beeld van een professionele ethiek en de opbouw ervan te verbinden met een kritisch denken over de routines van systemen waarin die zorg wordt gepositioneerd. De Socratische ethiek vermag naar mijn mening in dit opzicht meer dan de Kantiaanse, hoewel daaraan vanwege de aandacht voor de autonomie van het subject ook niet kan worden voorbijgegaan. Maar door haar formele gestalte en de nadruk die zij legt op het schokkend karakter van de handelingserva-

¹³ Net als Procee acht Arendt de manier waarop Kant schrijft over oordelen in algemene zin ook van toepassing op morele oordelen (Arendt 2004, 144).

ring voor de actor en een mogelijk daaraan verbonden existentiële schuldvraag, blijft de Kantiaanse ethiek gemakkelijk negatieve associaties oproepen en zal zij mede daardoor trekken blijven vertonen van een tocht in betrekkelijke eenzaamheid.¹⁴ Alleen maar aandacht schenken aan klemsituaties, als bron voor de vorming en richting van het praktisch oordeelsvermogen, heeft daarom alle schijn van een methodisch tekort. Het praktisch oordeelsvermogen alleen op grond daarvan richting geven, is te weinig. Een ruimere blik met meer aandacht voor de dagelijkse vragen is daarom van groot belang. Een Socratische interpretatie van een professionele ethiek kan vanuit dat licht gezien goede diensten bewijzen. In vergelijking met een Kantiaanse ethiek daagt ze de professional ook meer uit om de aandacht naar buiten te verplaatsen. Naar het gesprek en de dialoog met anderen. Om bijvoorbeeld in de dagelijkse routines die als vanzelf ook het eigen professionele handelen mede bestemmen, niet alleen externe dwang te zien. Want hoezeer routines ook worden geassocieerd met systeemregels en bureaucratische normen, men kan ze ook in positieve zin naar zichzelf terug zien te halen om ze vervolgens principieel en positief een plaats te geven in de ontwerpsfeer van de practici zelf. De kritische reflectie op de betekenis en vormgeving van routines zal daarom steeds een belangrijk element zijn van een handelingsgerichte ethiek.

4.4 Hoe richten we de reflectie zo goed mogelijk in: vormelementen

Introductie

Met het noemen van een aantal inhoudelijke elementen is nog niet aangegeven hoe een dergelijke handelingsgerichte ethiek er nu idealiter uitziet: welke methoden zouden ethici kunnen aanwenden om in samenspraak met de practici de praktijk in morele zin op een hoger plan te brengen? Het is in dit kader niet alleen ondoenlijk maar ook ongewenst om allerlei methoden die momenteel in de ethiek ontwikkeld worden, te beschrijven op geleide van hun bruikbaarheid voor een handelingsgerichte ethiek. Zo zal ik niet ingaan op allerlei instrumenten die zijn ontwikkeld om het reflectief vermogen van de professionals te versterken. Uitgaande van de kernaspecten zal ik me beperken tot een enkele aanwijzing. Voor de grote lijn vind ik steun bij auteurs die pleiten voor naturalisering van de ethiek zoals Verkerk en Walker. Ik ga daarop zo dadelijk dieper in. Maar op een andere manier vind ik ook steun bij een auteur als Karssing. De opbouw van verantwoordelijkheid van professionele dienstverleners vergt volgens hem een iden-

14 Niet voor niets heet de kern van reflectie bij Arendt 'solitude'. Dat verwijst naar een specifieke eenzaamheid. Ook al gaat het volgens haar niet om alleen zijn, maar eerder om een vorm van zich op zichzelf terugtrekken, aan de associatie met eenzaamheid als een hard op zichzelf teruggeworpen worden, een los van de wereld komen te staan, lijkt me in het geval van kritische incidenten niet goed te ontkomen. (Voor een vorm van 'solitude' die opgeroepen wordt door een reactie van een ander op het handelen in de sfeer van organisatieverandering vgl. Van de Ven 2006, 163 vv)

tificatieproces waarbij mensen zich steeds beter leren verhouden tot hun professionele rol op geleide van een voortdurende evaluatie van overgedragen overtuigingen aan de hand van concrete hulpverleningservaringen (Karssing 2006, 44 vv). Het innemen van een morele positie betekent niet langer zich gedragen in aansluiting op van buiten af gegeven morele aanwijzingen maar zich via een complex en langdurig leerproces oefenen in een vorm van morele zelfsturing. Karssing sluit hier onder anderen aan bij Pols die benadrukt hoe belangrijk het voor professionals is om in hun praktijk bepaalde idealen te articuleren door ze op geleide van praktische ervaringen te bevragen op hun praktische effecten (Karssing 2006, 32; Pols 2004, 149). Deze voorstellen ondersteunen mijn pleidooi voor een zelfreferentiële handelingskritiek als basis voor een praktische ethiek in de zorg. Daarbij acht ik het van wezenlijk belang om te blijven focussen op (een versterking van) het reflectief oordeelsvermogen. Daar, in de sfeer van het balanceren 'in-between', tussen kennis en ervaring, waar een antwoord wordt gezocht op de vraag 'Wat moet ik doen? Of laten?', manifesteert professionaliteit zich in de praktijk het meest. Daarop zal de aandacht methodisch vooral dienen te worden gericht. Niet alleen omdat het reflectieve oordeelsvermogen volgens Procee weinig attentiewaarde krijgt toebedeeld maar ook omdat deze dimensie van professionaliteit die tegelijkertijd de kern ervan vormt, niet goed los van de praktijk kan worden onderwezen: zij kan, zo zegt Procee in navolging van Kant, slechts worden geleerd vanuit de ervaring zelf.¹⁵

Twee elementen zouden in lijn van de voorgaande paragrafen daarbij in ieder geval aandacht moeten krijgen: 1. leren van kritische incidenten die de morele identiteit van de zorgverlener schokken. En 2. de ontwikkeling van adequate routines in overeenstemming met het zelfbeeld van de zorgverlener als zorgverlener. Voor beide dimensies van een kritische ethiek kunnen duidelijke methodische aanwijzingen worden geformuleerd die afkomstig zijn uit de ethiek zelf en uit de sociale wetenschappen: 'casuistry' en ethisch handelingsonderzoek. Maar daarmee is het verhaal nog niet af. De professional maakt immers (steeds meer) met anderen deel uit van systemen: dat vraagt om een afbakening van de verantwoordelijkheden in de zorg. Om die te verhelderen acht ik het zinvol om gebruik te maken van inzichten van Verkerk die de gezondheidsethicus in navolging van Walker een specifieke rol toedicht en die ook verbindt aan het in gang zetten van ethisch handelingsonderzoek. De drie thema's van deze paragraaf zijn daarmee afdoende geïntroduceerd. Ik behandel ze van breed naar smal: in de eerste plaats ga ik in op de voorstellen van Verkerk, c.q. Walker voor de inzet van een zogenaamde geografie van verantwoordelijkheden in de ethiekpraktijk. Dat loopt vervolgens uit op de introductie van ethisch handelingsonderzoek. In aansluiting daarop komt in de derde plaats een beschrijving van de aloude methode van 'casuistry'.

15 Deze interpretatie nadert heel dicht het Aristotelische beeld van de 'fronèsis' en de ontwikkeling van deze praktische wijsheid.

4.4.1 De zorgpraktijk lezen als een praktijk van verantwoordelijkheid

Marian Verkerk, pleitbezorger in Nederland van een beweging om de ethiek te naturaliseren (Lindemann, Verkerk and Walker 2009) beschouwt de praktijk van de zorg zoals die in zorginstellingen gestalte krijgt, in navolging van de Amerikaanse filosoof Walker als een praktijk van verantwoordelijkheid. Eerder wees ik al daarop. De centrale vraag waarmee zorgorganisaties als praktijk van verantwoordelijkheid worden geconstitueerd, is volgens Verkerk in lijn van de zorgethiek, hoe zorgverleners aan hun verantwoordelijkheid tegenover de ander gestalte kunnen geven (Verkerk 2000, 114). Vanuit dat perspectief pleit zij sinds jaar en dag (Verkerk 2000) voor een opvatting van ethiekbeleid die de ethicus¹⁶ niet neerzet als de inhoudelijke expert betreffende professionele beslissingen: het gaat er niet om de 'moraal te ontdoen van inconsistenties en vooroordelen opdat waarlijk morele kennis ontstaat' (Verkerk en Van Dartel 2005, 43). In plaats daarvan staat de ethicus voor de taak de praktijkbeoefenaars te ondersteunen bij het ontwikkelen van eigen methodes en ontwerpen van ethische reflectie die aansluiten bij hun beleving en bij de reguliere processen zoals die in de praktijk plaatsvinden. 'Niet het geraken tot een set van morele regels, maar het doordenken van concrete betekenissen en waarden voor het eigen handelen door betrokkenen zelf is het doel van ethische reflectie' (Verkerk en Van Dartel l.c.). Ethiek krijgt door die focus op het invullen van de verantwoordelijkheid in de zorgverlening zelf een dynamisch, op de processen van de zorg afgestemd karakter (Lindemann en Verkerk 2009; Van der Burg 2003). Dat beperkt zich niet tot het kennen van de praktijk maar wil ertoe bijdragen dat deze ook in overeenstemming met de normatieve idealen van de practici verandert (Verkerk en Van Dartel, 2005, 44; Verkerk, De Witte en Van Dartel 2009). Het wordt zoals Verkerk het in navolging van Walker formuleert 'morele pragmatiek' (Verkerk 2000, 116; Verkerk en Van Dartel 2005, l.c.). Hoe moeten we dat nu begrijpen?

Morele pragmatiek

Moraliteit dient volgens Walker niet als iets theoretisch te worden begrepen, maar als iets dat actueel door mensen wordt *gedaan* in hun praktijken, gemeenschappen en maatschappijen. Daarom positioneert ze tegenover de dominante wijze van ethiek bedrijven - op afstand en gericht op het construeren van neutrale, ware kennis - een andere die staande in praktijken de moraliteit opvat als uitkomst van de gezamenlijke expressieve arbeid van degenen die op die praktijk zijn betrokken en er verantwoordelijkheid in dragen (Walker, 2003 xii; vgl. Code 2002, 157-158; Verkerk 2003, 181-184). Ze sluit hierin aan bij opvattingen van Wittgenstein over de betekenis van regels, die *gedaan* worden in sociale praktijken. Het gaat daarom bij ethiek niet om een onbekend kennisgebied dat uitsluitend door wetenschappers en filosofen in beeld zou moeten worden gebracht. Weliswaar, stelt Walker, is het de moeite waard om een praktijk vanuit de filosofie beter te leren begrijpen en ontvankelijk te maken voor kritiek, maar dat betekent niet dat de kritische vorm-

16 En in het spoor daarvan commissies ethiek (Verkerk 2000).

geving en beoordeling van die praktijk een exclusieve opgave van filosofen of ethici zou zijn. *Het proces vangt gewoon aan in de doorleefde praktijken zelf.* En de basis waarop mensen in die praktijken oordelen over de moraliteit, is dezelfde als die van ethici en filosofen: “Epistemisch gesproken zitten we allemaal in het zelfde schuitje” (Walker, l.c.). Daarbij gaat Walker ervan uit dat de taal die in praktijken wordt gebezigd in de regel al een adequate morele taal is. Die taal wordt bemiddeld door de narratieven die in een dergelijke omgeving werkzaam zijn en die de ervaringen verwoorden die er in die omgeving toe doen. Verhalen die mensen vanuit de eerste persoon vertellen over hun praktijk hebben daarom een belangrijke rol in het verhelderen van de moraliteit. Gelet op dit ‘praktijkgehalte’ van de moraal is het belang van wetenschappelijke kennis voor het begrip van de moraal relatief gering. Ze is niet belangrijker dan al het andere ‘waarvan we denken dat we het weten, inclusief het morele’ (Walker 2003, 65). De praktijkgebonden taal waarmee de morele dimensie van het handelen zou kunnen worden verduidelijkt, hoeft dan ook niet van buitenaf te worden aangebracht of te worden getoetst aan abstracte theoretische constructies zodat voor die bepaalde praktijk de werkzaamheid kan worden vastgesteld. De van binnenuit beleefde werkelijkheid heeft vanuit zichzelf begrepen al betekenis. Om mensen te ondersteunen bij het moreel verkennen van hun praktijk, ontwikkelt Walker een model dat veel nadruk legt op de betekenis van communicatieprocessen. Walker bestempelt dit model overigens niet zozeer als een theorie maar eerder als een ondersteuningsinstrument dat mensen in hun praktijken concreet zou kunnen gidsen ten aanzien van twee doelen van moreel onderzoek: 1. een adequate analyse van wat moraliteit is en doet tussen mensen én 2. een stimulans van de normatieve reflectie over de waarde van actuele en verbeelde morele idealen en praktijken (Walker 2002, 174-175). In dit zogenaamde expressief-collaboratieve model voor ethiek krijgen drie zaken veel gewicht: a. de verheldering van de morele identiteit van de mensen die samen een praktijk vormen. b. de verheldering van hun onderlinge relaties. En ten slotte c. de verheldering van de waarden die deze praktijken schragen. Het hanteren van dit model leidt tot een schets van de praktijk in de vorm van een soort landkaart van morele verantwoordelijkheden. Die landkaart beschrijft wie voor wat en voor wie en waarom verantwoordelijk kan worden gehouden (Walker 2005; Verkerk 2000, 116; Verkerk & Widdershoven, 2005, 6).

Een sociologische ethiek

De praktische ethiek wordt, op deze manier gedacht, sociologisch stelt Verkerk (Verkerk 2000, 113). Deze sociologische inkleuring van de ethiek wordt heel concreet wanneer ze schrijft dat morele problemen *van* iemand zijn (Verkerk 2000, 115). En daarmee worden getekend door bijzondere perspectieven, die tevens kunnen worden gekoppeld aan specifieke machtsposities. ‘Morele overtuigingen zijn doorleefde persoonsgebonden overtuigingen die vanuit een bepaalde positie worden ingenomen, waarbij die positie getekend wordt door machtsverhoudingen’ (Verkerk 2000, 116). Vanuit die optiek beschouwd maken de posities en perspectieven die zorgverleners innemen op zichzelf al verschil, zo stelt Verkerk: ze heb-

ben effecten voor de geldigheid van hun morele opvattingen en voor de wijze waarop de kwetsbaarheid van patiënten vervolgens praktisch wordt gedefinieerd. Sommige overtuigingen hebben volgens Verkerk daarbij in zorgpraktijken meer invloed dan andere. Niet per se omdat ze redelijker of beter zouden zijn voor patiënten, maar omdat er om wat voor reden meer gewicht aan wordt toegekend. Tot op het niveau van de uitgedragen waarden (Verkerk 2000, 114). Omdat de verantwoordelijkheid in het patroon van machts- en afhankelijkheidsrelaties die er tussen mensen in een zorgpraktijk bestaan, mede kleur wordt gegeven, met effect voor de identiteit van de betrokkenen en de uiteindelijke betekenis van de door hen vertolkte perspectieven voor de van hen afhankelijke patiënten, verdient het in kaart brengen van de feitelijke relaties en afhankelijkheden alle aandacht (Verkerk 2000, 119). Welke afhankelijkheidsrelaties ontspinnen zich in de zorg? Welke botsingen in verantwoordelijkheden doen zich daarbij voor? Welke morele perspectieven krijgen daarbij voorrang? Hier ligt een belangrijke taak voor de ethicus: helderheid creëren over de posities die tegenover elkaar in een praktijk worden ingenomen.

De praktische beoefening van een dergelijke geografie van verantwoordelijkheden blijft in de regel beperkt tot een onderzoek van de primaire relaties in de zorg. Zo brengt bijvoorbeeld een onderzoek naar de zorg voor mensen met multiple sclerose vooral de botsende narratieven van patiënten en hun behandelaars in beeld om op grond daarvan aanbevelingen voor verpleegkundigen te formuleren (Abma, Oeseburg, Widdershoven, Goldsteen, Verkerk 2005). En een onderzoek van Knibbe en Verkerk brengt voor een praktijk waarin levertransplantaties van kinderen aan de orde zijn, de verschillende betekenissen in kaart die vanuit de perspectieven van enerzijds ouders en anderzijds zorgverleners worden gegeven aan het begrip hoop (Knibbe en Verkerk 2009). Een uitgebreidere sociale geografie die in samenspraak met de diverse betrokken praktijkdeelnemers vanuit de praktijk zelf wordt voltrokken en waarbij vooral wordt gekeken naar de opbouw van de morele ruimte in de zorgorganisatie en de interferentie van de diverse (botsende) morele perspectieven daarbij, komt men in expliciete zin niet tegen. Dat is gelet op de methodische focus op concrete vragen in het primaire proces en de rol van de professionals daarin, misschien niet zo verwonderlijk. Desalniettemin is het voor een praktische ethiek onmisbaar om breder te kijken: wie professionals wil ondersteunen een kritisch begrip te ontwikkelen over de inrichting van hun praktijk, kan niet voorbij gaan aan de patronen van machtsconditionering van die praktijk door allerlei andere betrokkenen in en om de organisaties van de zorg, waarin zij werkzaam zijn. Het complexe karakter van moderne zorgverlening met geschakelde, bureaucratische processen waarin de patiënt vaak de enige constante factor is, vraagt daarom niet alleen om analyses gefocust op individuele zorgvragen, maar ook om een kritische analyse van de structurele patronen zoals die zich manifesteren in de opbouw en cultuur van de organisaties en instituties. Hoe dan ook, van de ethicus mag worden verwacht dat hij als een sociale geograaf in samenspraak met de practici - en dat zijn in het laatste geval eerder de bestuurders en managers van een organisatie dan de uitvoerende professionals - ook die struc-

turele onderliggende patronen in beeld brengt zoals die bestaan in de verantwoordelijkheidsrelaties tussen de verschillende actoren die betrokken zijn in de zorg en van daaruit doorwerken in de door hen gebruikte narratieven en morele perspectieven. Al was het alleen maar om discrepanties op het spoor te komen tussen bijvoorbeeld de culturele normen van een organisatie en het streven om morele vragen in de directe zorg open te bespreken met de directe zorgverleners. Want wie zegt dat de cultuur van een zorgorganisatie een dergelijke openheid altijd toereert (Van Dartel 2008)?

4.4.2 Handelingsonderzoek: reflectieve opbouw van betere praktijken

Een andere weg die Verkerk (met Van Dartel) inslaat in het kader van haar pleidooi voor een morele pragmatiek is die van ethisch handelingsonderzoek (Verkerk en Van Dartel 2005; Verkerk, De Witte en Van Dartel 2009). Het is een vorm van kritische reflectie die qua methode nauw aansluit bij de kwalitatieve onderzoekstraditie in de sociale wetenschappen en wel bij 'action research'. Dat is een emancipatoire onderzoekswijze die mensen in staat stelt om hun eigen handelen te doorgronden en opnieuw vorm te geven. Precies daarin schuilen volgens Verkerk en Van Dartel belangrijke aanknopingspunten voor een ethiek die bovenal pragmatiek wil zijn (Verkerk en Van Dartel 2005). Voor professionele werkomgevingen wordt 'action research' gezien als een belangrijke strategie om in aansluiting op het professionele karakter van de beroepsuitoefening zelf veranderingen door te voeren in de praktijk (Boog, Slagter e.a. 2005). 'Action research' richt zich dan ook niet in de eerste plaats op het doorgronden van de werkelijkheid met behulp van wetenschappelijke theorieën maar op het daadwerkelijk zelf veranderen van de praktijk. Mensen zijn, zo wordt door de action onderzoekers uitgedragen, immers geen willoze objecten die doen wat een wetenschappelijke theorie voorspelt, maar vormen in hun interacties zelf praktijken. Voor zover het in actieonderzoek om theorievorming gaat, betreft het dan ook zogenaamde praktijktheorieën: vanuit een wetenschappelijke optiek beschouwd zijn dat eenvoudige theorieën met een beperkte geldigheid omdat ze zijn gefocust op praktijkverbeteringen in een bepaalde context. In sommige versies wordt wel gesproken over situatieschepende theorieën: een dergelijke theorie is niet zozeer een beschrijving of verklaring over bepaalde verschijnselen, maar vooral een middel om een situatie te creëren die beroepsbeoefenaren 'op basis van hun professionele normen en waarden als wenselijk beschouwen' (Van der Peet 1989, 239). Deze op de Amerikaanse filosofen Dickoff en James gebaseerde pragmatische variant heeft in de lage landen een opmerkelijke betekenis gehad voor de verpleging (Van der Peet 1989; Grypdonck 1988). In het bijzonder in het ontwerp van 'Integrerende Verpleegkunde'. Dat beoogde volgens pleitbezorger Grypdonck een heroriëntatiemodel voor de verpleging te zijn dat in reactie op veranderingen in de ziekenhuisorganisatie, een geïntegreerd geheel van maatregelen bedacht om de verantwoordelijkheidsrelatie tussen verpleegkundige en patiënt opnieuw conform de

professionele waarden van de verpleegkundigen gestalte te geven (Koene, Grypdonk e.a. 1980). Verplegen is in deze visie 'action guided by thought', hetgeen zich voor wat betreft onderzoek en praktijkvorming vertaalt in een participatief organisatiemodel (Grypdonck 1988) waarin verpleegkundigen zelf onderzoek doen naar de beste praktijk (Van der Peet 1989, 244). Het voorbeeld maakt duidelijk hoe 'action research', sprekend in de terminologie van Habermas, practici ondersteunt om een communicatieve ruimte te openen waarin alle betrokkenen bij de praktijk hun inbreng kunnen hebben en vrij met elkaar van gedachten kunnen wisselen over de interpretatie van de situatie en wat er in die situatie gedaan moet worden. Action onderzoekers doen dat met behulp van een cyclisch onderzoeksproces dat de practici in staat stelt om zelf als onderzoekers hun eigen gegroeide praktijk te doorgronden, aanknopingspunten voor verbetering vast te stellen, deze verbeteringen door te voeren en vervolgens te beoordelen of ze inderdaad een verbetering betekenen voor de zorg. Is dat niet het geval, of ontstaan er nieuwe vragen, dan kan dat aanleiding vormen voor een nieuwe cyclus: in deze zin is 'action research' nooit af.

Ethisch handelingsonderzoek

Hoewel 'action research' kenmerken vertoont die aansluiten bij de wending naar de praktijk zoals de ethiek die heden ten dage doormaakt en in de toepassingen in de verpleegkunde duidelijk appelleert aan morele dimensies van de praktijkvoering en het onderzoek, is 'action research' in zichzelf nog geen ethiek. Zo kan een 'action research traject' zich voornamelijk beperken tot een technische verandering in de praktijk zonder de funderende waarden van de praktijk in ogenschouw te nemen. In termen van Argyris - pionier op het gebied van de lerende organisatie (Mensink 2005, 18) - blijft het traject dan beperkt tot 'eerste-orde-leren' ('single-loop learning'): de normatieve kaders waarin wordt gehandeld, worden zelf niet betrokken bij het onderzoek. Van 'tweede-orde-leren' ('double-loop-learning'), is pas sprake als ook de normatieve veronderstellingen van een bepaalde praktijk ter discussie worden gesteld (Vgl. College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening 1998, 42 vv). Dat gebeurt met name in situaties dat een scherpe discrepantie wordt ervaren tussen de 'espoused theories' (de individuele voorkeurstheorieën betreffende een praktijk die we met de mond belijden) en de 'theories in use' (de actietheorieën die de feitelijke basis vormt van ons handelen). Omdat de 'theories in use' een meer algemeen karakter hebben dan de individuele 'espoused theories' bestaat in praktijken voortdurend de neiging om kritische situaties te vermijden en zich vooral te concentreren op de technische aspecten van het handelen. Normatieve reflectie in de zin van een kritische waardering van de keuzen in een praktijk op het niveau van de onderliggende morele veronderstellingen, is met andere woorden niet gebruikelijk en maakt ook niet noodzakelijk deel uit van de onderzoekscyclus van 'action research'. Hoewel de complexiteit van moderne professionele organisaties een diepgaandere benadering nodig heeft (Mensink 2005, 24-25).

'Living theory'

Een vorm van 'action research' die het reflecteren over de waarden en normen van een praktijk expliciet tot uitgangspunt maakt van het denken over professionele praktijken, is 'living theory'. De grondgedachte achter deze oorspronkelijk voor het onderwijs ontwikkelde variant van 'action research' is dat de beroepsbeoefenaars ook zelf worden aangesproken op de normatieve vormgeving van de inhoud van hun werk. Volgens Whitehead en McNiff (2006) ontwerpers en pleitbezorgers van deze vorm van onderzoek, kan 'action research' in principe niet om waarden heen omdat deze de drijfveren zijn van ons handelen: waarden zijn de redenen waarom we bepaalde dingen doen in ons leven en werk. Daarom houdt 'action research' noodzakelijk zelfreflectie in ten aanzien van ons eigen handelen en ten aanzien van de waarden die dat handelen sturen. Die zelfreflectie vindt een belangrijk startpunt in ervaringen van tegenspraak. De opdracht voor professionals wordt om deze ernstig te nemen. Wanneer er zich discrepanties voordoen tussen de ervaren werkelijkheid van de beroepsuitoefening en de normatieve idealen die de professional voor zijn praktijk hanteert¹⁷, staan professionals op grond van hun professionele verantwoordelijkheid voor de opgave om deze discrepanties kritisch te onderzoeken en hun praktijk op grond daarvan bij te stellen. In die zin voegt 'living theory' aan 'action research' een specifiek normatief element toe dat sterk appelleert aan het zelfverstaan van de professional: de probleemdefinitie start met een ervaring van waardenverlies in de praktijk: 'ik ervaar problemen omdat mijn waarden ontkend worden in mijn praktijk' (Whitehead 2009, 86-90; Whitehead 1989). Dat mondt uit in het idee van een door de professionals in gang gehouden proces van dynamische theorievorming over de normatieve inhoud van hun praktijken. Hoewel de nadruk op ervaren discrepanties tussen 'espoused theories' en 'theories in use' de aanzet voor 'living theory' is, waarmee de suggestie gewekt zou kunnen worden dat het in lijn van Kant vooral om kritische incidenten gaat die de zorgverlener ernstig schokken, hoeft ethisch handelingsonderzoek zich niet te beperken tot het onderzoek van klemmende praktijkervaringen. In de sporadische verslaglegging over praktisch gebruik van ethisch handelingsonderzoek in de zorg, wordt juist getracht om (weliswaar naar aanleiding van ervaren discrepanties) nieuwe routines en standaarden te ontwikkelen (Verkerk, De Witte en Van Dartel 2009) die beter sporen met de nagestreefde professionele idealen. Dat reikt van het doorgeven van de telefoonnummers van de mobiele telefoons van begeleiders aan cliënten in de gehandicaptenzorg tot de formulering van afspraken voor het omgaan en de bejegening van patiënten die non-compliant gedrag vertonen op een dialyseafdeling (Verkerk, De Witte en Van Dartel 2009).

17 Onder idealen vat ik niet alleen abstracte normatieve regels of ideeën, maar ook concrete persoonlijke beelden van hoe iemand in zijn rol wil zijn. In die zin ga ik niet uit van een sterke oppositie tussen idealen en deugden zoals Leget en Olthuis doen (Leget en Olthuis 2007).

4.4.3 ‘Casuistry’: leren van ervaringen ¹⁸

Een methode die op het eerste gezicht meer mogelijkheden biedt voor het doordenken van klemmende ervaringen, is ‘casuistry’. Het is een oude methode die vanwege zijn bijzondere eigenschappen heel goed past bij de idee van ethiek als morele pragmatiek. Het specifieke van casuistry is dat het om een benadering gaat waarbij een nieuwe problematische situatie wordt doorgelicht vanuit eerdere ervaringen: vanuit eerdere casus die als een soort model kunnen dienen voor de nieuwe onbekende situatie. Door uit te gaan van de ervaring is er in de methode een duidelijke koppeling met het socratisch gesprek. Daarin worden bepaalde vragen ook doorgelicht aan de hand van eerdere ervaringen. ‘Casuistry’ verbindt net als het socratisch gesprek het reflecterend spreken over het goede met het ervaren van het goede.

‘Casuistry’ richt zich niet exclusief op morele klemsituaties. De inzet is breder. Het gaat in principe om alle situaties waarin mensen in onzekerheid verkeren over de vraag, wat hier en nu het goede is om te doen. Uiteraard kan in een dergelijke situatie het gevoel bestaan dat iemands identiteit als zorgverlener op het spel staat. Maar die existentiële zwaarte hoeft de situatie niet te hebben. Dat is niet erg. Het belangrijkste is de verbinding die op een of andere manier gelegd wordt tussen de nieuwe handelings situatie en de oude: dat scherpt het reflectief oordeel. Wanneer men tenminste de moeite neemt om goed in beeld te brengen waarom de nieuwe situatie nu precies appelleert aan de normatieve dimensies van de oude. Met andere woorden: niet alleen de vraag naar de moraliteit van de eerder ervaren situaties is van belang, ook de vraag naar de reden dat nu juist deze ervaring naar voren wordt gebracht in relatie tot de nieuwe kwestie, doet ertoe.

Volgens Jonsen en Toulmin, de auteurs die ‘casuistry’ als een oude, praktische vorm van reflectie weer voor het voetlicht van de moderne ethiek hebben gebracht, valt ‘casuistry’ te definiëren als het doordenken van eenzelfde morele waarde vanuit steeds wisselende omstandigheden. Het gaat bij deze methode dus net als bij analytische stappenplannen om het interpreteren van relevante normatieve regels. Maar steeds vanuit de veronderstelling dat deze niet goed los te weken zijn van individuele situaties waarin ze aan de orde zijn. Morele waarden of principes zijn, zoals Walker zegt, niet los verkrijgbaar. Pas in de concrete situatie tonen ze hun karakter, wordt duidelijk wat ze betekenen (Verkerk 2003). Zo beklemtoont ‘casuistry’ heel uitdrukkelijk de contextualiteit van het handelen. In het verlengde daarvan benadrukt ‘casuistry’ de waarde van het leren van praktische ervaringen: alleen zo, in de reflectie op ervaren praktijken, wordt een professionaliteit gevormd die de nadruk legt op praktische kennis (‘fronèsis’) en niet op het verwerken van abstracte, theoretische kennis (‘gnosis’).

Omdat ‘casuistry’ de verkenning van de praktische context waarin het handelen plaatsvindt, niet inzet als een verkenning op afstand, vanuit abstracte begrippen en principes, maar als een verkenning vanuit de taal der praktische ervaringen zelf, helpt ze de professional zicht te krijgen op wat kan worden aangeduid als

¹⁸ Deze paragraaf over casuistry is voor een belangrijk deel ontleend aan Van Dartel 2003, 115-133.

de aangeleefde moraal (Vgl. Van Reijen 1992, 6-7). Verantwoordelijkheid, maar ook rechtvaardigheid, eerlijkheid, zorgzaamheid: ze krijgen volgens Walker nergens anders betekenis dan in het concrete gedrag van mensen dat kan worden herkend als respectievelijk recht doen, waarheid spreken en zorg dragen. En dat wordt gekend in de verhalen die erover worden verteld. Zonder acht te slaan op het gedrag en het handelen in concrete situaties, zonder de aandacht te richten op de verhalen waarin het handelen wordt gesitueerd, blijven de abstracte begrippen oningevuld, ontbreekt het aan een zinvolle articulatie.

Praktische werkwijze in hoofdlijnen

Zoals ik aangaf, wordt ethisch redeneren bij 'casuistry' voorgesteld als een vorm van redeneren waarbij de beroepsbeoefenaar steeds vergelijkingen maakt met eerdere ervaringen. Het gaat om praktijkervaringen waarbij in tegenstelling tot de actuele, kritische situatie wél duidelijk was hoe gehandeld diende te worden. Die vergelijkingssituaties kunnen op twee manieren worden gelezen: als voorbeeldsituatie of als analogiesituatie. Een voorbeeldsituatie of paradigmacasus betreft een situatie die voor de actuele situatie relevant lijkt te zijn en waarbij voor de betrokkenen volstrekt duidelijk is welk handelen het goede handelen was; en hoe eventueel relevante waarden en normen die bij die situatie aan de orde waren, geïnterpreteerd moesten worden. Een analogiecasus is een situatie waarbij moreel helder was wat het goede handelen inhield, maar die tegelijk ook duidelijk afwijkt van de situatie die aan de orde is. Die afwijking maakt dat er bij de vergelijking uitdrukkelijk naar analogie moet worden geredeneerd.

Het verschil tussen werken met een voorbeeldcasus en redeneren naar analogie moet overigens niet worden overdreven. Want hoewel van sommige casussen kan worden gesteld dat ze op voorbeeldige manier helder maken hoe er gehandeld dient te worden in specifieke omstandigheden, moet er ook reserve zijn. Strikt gesproken zijn er immers altijd verschillen tussen een eerdere handelingssituatie en de nieuwe. Daarom is een eerste vraag, van groot gewicht in het denken over het reflectief oordeel, waarom de nieuwe situatie herinneringen oproept aan de eerdere handelingssituaties. Daarom zal ook steeds moeten worden ingegaan op de overeenkomsten en de verschillen tussen de nieuwe situatie en de oude. Die brengen scherpte en nuance aan in het reflectief oordeel. Op die manier kun je nagaan of de conclusie die voor de voorbeeldsituatie gold, ook voor de nieuwe situatie kan gelden. Maken de veranderde omstandigheden voor de huidige situatie een andere conclusie noodzakelijk of niet? Blijf ik met mijzelf samenvallen als ik in de nieuwe situatie op eenzelfde manier handel als in de voorbeeldsituatie, of moet mijn verantwoordelijkheid anders worden begrepen? Dat zijn bij casuistry centrale vragen.

Een welhaast vanzelfsprekend gevolg van de grote nadruk bij 'casuistry' op het situationele karakter van morele beslissingen is dat de conclusies die worden getrokken op basis van de vergelijking met bekende situaties, niet als zeker gepresenteerd kunnen worden. Als je casus met elkaar vergelijkt, kun je volgens Jonsen en Toulmin eigenlijk alleen maar zeggen dat de gekozen benadering waarschijn-

lijk een goede is. Precies daarin schuilt een reden om naast beroep op het eigen kritische vermogen en de vraag naar een bevestiging van wie je zou willen zijn, ook verstandige mensen bij de afweging te betrekken. Mensen die gevoel hebben voor wat fair of passend of redelijk is. Mensen die in hun gedrag en handelen blijken te geven van een afgewogen oordeel. Hun betrokkenheid bij de afweging kan de kans vergroten dat de gekozen oplossing bij een casus de juiste is.

Kritische kanttekening

Levert de betekenis van de ervaring voor het herkennen van de moraal een krachtig argument voor een wending naar de praktijk, voor de ethiek is een sprong van het rijk der abstracte begrippen naar de wereld van de ervaring allerminst vanzelfsprekend. In de filosofische traditie bestaat er, zo gaf ik eerder al aan, groot wantrouwen ten opzichte van het beroep op de ervaring. Zo beklemtonen Jonsen en Toulmin dat ‘casuistry’ een wijze van redeneren is die weliswaar teruggaat op een lange traditie in het westerse denken, maar juist vanwege haar praktische karakter in de schaduw is gebleven. Dat is volgens hen versterkt door de kritiek op de methode van ‘casuistry’ van sommige filosofen. Die kritiek was vooral gericht op vormen van ‘casuistry’ zoals die werden toegepast in biechtpraktijken in de katholieke kerk. In dat verband wordt vooral Pascal genoemd. Voor deze zeventiende-eeuwse Franse filosoof vormden de praktijken van ‘casuistry’ aanleiding voor scherpe kritiek. Hij wees vooral op het risico dat morele principes die worden verbonden aan allerlei verzachtende omstandigheden, zo worden afgezwakt, dat kwalijke praktijken gemakkelijk worden vergoelijkt. Met deze kritiek moet bij de toepassing van ‘casuistry’ terdege rekening worden gehouden: het risico van overmatige relativering en van een vergoelijkend spreken vanuit de context is een valkuil voor casuïstisch redeneren. Het is met andere woorden van belang om te voorkomen dat ‘casuistry’ van een vorm van ‘tweede-orde leren’ devalueert tot een technisch ‘eerste-orde leren’. De normatieve inzet dient niet uit het oog verloren te worden. Dat is overigens een kwestie die in zichzelf genomen goed past bij een professioneel zelfverstaan.

4.4.4 Evaluatie: handelingsgerichte ethiek als morele pragmatiek

Ethiek is niet los verkrijgbaar stelt Verkerk in lijn van ideeën van Walker. Pas in het doen krijgen normen en waarden hun betekenis. Daarom is er ook geen absoluut theoretisch ijkpunt meer *buiten* de praktijk dat leidt tot een definitief oordeel *over* die praktijk. Ik volg haar daarin. Ook met betrekking tot de conclusie dat practici die verantwoordelijkheid dragen in praktijken, daarom spreekbevoegdheid verdienen in de ethiek. Voor wat betreft de rol van de ethicus: die is daarmee niet uitgespeeld. Integendeel. Kritische reflectie op geleide van de toedeling van professionele verantwoordelijkheden verdient adequate begeleiding. De ethiek staat daarom voor de opgave om de spreekbevoegdheid van de practici op het gebied van hun eigen moraal adequaat te helpen articuleren. Met de beschrijving

van enkele methodische elementen heb ik in deze paragraaf op hoofdlijnen een morele pragmatiek weergegeven die dat zou kunnen. Aan de ene kant heb ik geput uit de geschiedenis van de ethiek. Aan de andere kant heb ik aansluiting gezocht bij bepaalde vormen van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, die qua intentie en vorm al dicht bij een zelfreferentiële handelingskritiek komen en ook in het veld van de zorg niet onbekend zijn. Ik onderscheid in de kern drie samenhangende methoden.

In de eerste plaats is het van belang dat de ethicus de complexe patronen van verantwoordelijkheid helpt verhelderen zoals die in een praktijk worden beleefd. In termen van Walker gaat het om een geografie van verantwoordelijkheden. Daarbij gaat het niet alleen om verantwoordelijkheden zoals die in concrete casus worden begrepen, maar ook om onderliggende organisatiepatronen die de belangen en daaraan gekoppelde perspectieven in en rond zorgorganisaties vastleggen en ten opzichte van elkaar situeren.

In de tweede plaats gaat het om het doorvoeren van ethisch handelingsonderzoek op geleide van de door practici ervaren discrepanties tussen het actuele handelen en de door hen uitgedragen idealen. De inzet is gericht op het creëren van nieuwe handelingsroutines in overeenstemming met nagestreefde ideaalbeelden van goede zorg maar hoeft daartoe niet beperkt te blijven.

In de derde plaats gaat het in samenspraak met de betrokken professionals om het verhelderen van nieuwe probleemsituaties in het licht van eerdere ervaringen. Deze werkwijze, van oudsher bekend onder de naam 'casuistry', schiept de mogelijkheid voor professionals om de weg die ze in hun praktijk gaan kritisch te bevragen op de overeenstemming met hun professionele idealen. Ook geeft ze beter zicht op de wijzen waarop in de praktijk geoordeeld wordt en kan op die manier het reflectief oordeelsvermogen van de practici worden versterkt.

Maar ook al zijn er duidelijke aanknopingspunten, de morele pragmatiek zoals we die hier in de kern voorstellen, stelt ethici en practici niet voor een eenvoudige opgave. Alleen al het gegeven dat deze methoden grosso modo in de schaduw verkeren van de dominante tradities in filosofie en wetenschap, maakt de opdracht niet eenvoudig. Desalniettemin is er niet zomaar een andere weg gegeven. Een definiëring van de zorgpraktijk als een praktijk van verantwoordelijkheid waarbij de kernvraag gelegen is in de opgave om, zoals Verkerk in lijn van het denken van Walker en Tronto bepleit, een adequaat antwoord te geven op de kwetsbaarheid van een ander, vraagt om een ethiek die daarbij helpt; om een ethiek die er niet zozeer op uit is om de praktijk theoretisch te leren kennen maar om haar van binnenuit moreel te verbeteren. Het gaat met andere woorden in deze praktische ethiek niet zozeer om 'gnosis' ('Vernunft') maar om 'fronèsis' ('Urteilskraft'). Ethici dienen bij de ontwikkeling daarvan niet aan de kant te blijven.

4.5 Conclusie: ethiek als zaak van de professionals?

In lijn van de bewegingen in de ethiekpraktijk die ik in het vorige hoofdstuk beschreef, trachtte ik in dit hoofdstuk de theoretische kernelementen te beschrijven van een praktische ethiek voor professionals in de zorg. Deze ethiek zou in ieder geval dienen te ‘naturaliseren’ door spreekbevoegdheid toe te kennen aan de practici. Argumenten om ethiek en professionele zorg op een specifieke wijze met elkaar te verbinden ontleende ik onder andere aan Verkerk die de zorgorganisatie karakteriseert als een verantwoordelijkheidspraktijk waar in het doen van zorg een moreel antwoord wordt gegeven op vragen van kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Zorgverleners en andere betrokkenen staan daarmee voor de opgave om de wijze waarop ze zorg geven te verantwoorden. Dat kan niet zonder reflectie. Overigens vraagt niet alleen de verantwoording om reflectie op het doen. In het doen zelf is er ook al reflectie. Juist in deze reflectie die het doen begeleidt, in Kantiaanse termen getypeerd als een praktisch oordeelsvermogen, ligt een belangrijk brandpunt van aandacht voor de ethiek. Het oordeelsvermogen koppelt namelijk het concrete ervaren van de zorgsituatie aan de relevante technische en praktische keninhouden waarover de professional beschikt. In dat voor- en terugwaarts bewegen tussen ervaren werkelijkheid en de beschikbare kennis is het praktisch oordeelsvermogen van beslissend belang voor de deugdelijkheid en moraliteit van het handelen. De vorming van het praktisch oordeelsvermogen wordt daarmee een belangrijk thema voor het ethiekbeleid. Door een dergelijke oriëntatie op het doen van zorg in een concrete praktijk en op de reflectieve processen die intrinsiek met dat doen verbonden zijn, wordt de ethiek meer handelingsgericht. Niet zozeer in de zin dat er vanuit de praktijk meer theoretische kennis over het handelen wordt ontwikkeld - daar is op zichzelf gesproken niets op tegen - maar veel meer vanuit het idee dat het van belang is om de praktijk kritisch van binnenuit te beoordelen in samenspraak met de practici zelf. Vanuit hun taal en ervaringen. Een praktische ethiek vindt dan ook niet plaats vanuit een neutraal buitenstaandersperspectief, maar wordt vormgegeven als denkactiviteit van de verantwoordelijke practici met ondersteuning van praktijkbetrokken ethici. Het belangrijkste aanknopingspunt voor een dergelijke ethiekpraktijk worden bijgevolg de ervaringen van de practici bij het vormgeven van de zorg: hoe weet ik hier en nu hoe ik moet handelen? Welke technische en praktisch morele kennis is relevant voor het geven van deze zorg? Welke ervaringen uit het verleden bieden, als ik er over nadenk, waardevolle aanwijzingen voor het handelen? Waarom is het zo dat ik juist op die ervaringen kom en niet op andere? Wat zegt dat over mijn morele voorstellingen van de praktijk? Hoe verhouden die zich eigenlijk tot de verhalen van andere betrokkenen? Om te beginnen tot die van patiënten? Begrijpen die de praktijk zoals we die met hen vormgeven ook als een vrijheidspraktijk?

Het karakter van deze vragen is typerend voor de kern van een praktische ethiek zoals ik die voorstel, een zelfreferentiële handelingskritiek met als kernvraag: hoe kan mijn handelen ten opzichte van deze ander in deze situatie de toets der kritiek

doorstaan? Hoe verhoudt dat handelen zich tegenover de ideaalbeelden die ik voor mezelf hanteer als professionele zorgverlener?

Hoewel die vragen inherent zijn aan alle zorg en daarmee continu een element vormen van het professioneel handelen, betekent dat niet dat in het ethiekbeleid alle handelen in de zorg onophoudelijk moet worden geproblematiseerd. Maar wat dan wel? In het spoor van de filosofische traditie zoals Arendt die interpreteert, concludeer ik dat twee typen kwesties in ieder geval de aandacht vragen.

In de eerste plaats dient nooit te worden voorbij gegaan aan klemmende ervaringen waarbij de identiteit van de professional op het spel komt te staan. Dergelijke verlieservaringen die afbreuk doen aan het zelfbeeld van de zorgverlener, verdienen systematische aandacht. Daarom is het van belang dat professionals attent zijn op de discrepanties die zich in hun werk voordoen tussen de uitgedragen idealen en het feitelijke handelen.

In de tweede plaats is het van belang om systematisch na te gaan hoe professionals hun routines beter kunnen afstemmen op ideaalbeelden van zorgverlening zoals die door hen worden hooggehouden. Bijvoorbeeld door het initiëren van ethisch handelingsonderzoek. Samen met de ethicus gaan de professionals op zoek naar 'praktijktheorieën' die binnen de context waarin ze werken als geaccepteerde standaarden beter richting kunnen geven aan het handelen.

Om een dergelijke ethiek vorm te geven zijn er verschillende methoden. Naast meer gebruikelijke vormen van moreel beraad voerde ik het zojuist genoemde handelingsonderzoek en 'casuistry' op als mogelijke ingangen. Ze zullen niet meteen de handen op elkaar brengen. Het zijn een soort 'schaduwmethoden' die gemakkelijk worden gekritiseerd. Door ze te gebruiken voeden ze de twijfel - die toch al nooit ver weg is - aan de expertise van ethici (Van der Hoven, Van der Scheer en Willems 2010). Toch bieden ze goede aanknopingspunten voor een contextuele empirische ethiek. Terwijl er bescheiden mogelijkheden aan kunnen worden toegekend voor wat betreft de opbouw van abstracte theoretische kennis, beloven ze veel voor het doorgronden en verbeteren van lokale morele praktijken met behulp van contextgebonden praktijktheorieën. De motivatie voor het ontwerp van een dergelijke ethiek is overigens helemaal niet gekoppeld aan de vraag naar de expertise van de ethici. Ze is voor wat betreft de opbouw van de ethiek vooral gelegen in het ernstig nemen van de verantwoordelijkheid van practici voor hun eigen praktijk. Die verantwoordelijkheid kan, zo stemde ik in met Arendt, niet worden afgelegd met een verwijzing naar externe regels, technische noodzakelijkheden of systeemdruk. In plaats daarvan vraagt ze om kritische zelfreflectie, om een houding waarin het zelf denken in reactie op het spreken van de betrokken patiënten - en van anderen - niet wordt opgegeven, maar juist wordt versterkt en gevoed.

Critici zullen los van hun commentaar op de methoden zeggen dat hier, in dit geëtaleerde vertrouwen op de zelfreflectie van de professionals, de achilleshiel van heel deze onderneming zichtbaar wordt. Wordt in deze schets van een ethiekpraktijk immers niet al te gemakkelijk uitgegaan van een bereidheid van professionals

om hun eigen handelen te toetsen? Maar wie zegt dat professionals dat ook zullen doen? Wie kan er met het oog op berichten uit de zorg nog staande houden dat zorgverleners zich in de context van de moderne zorg überhaupt voordoen als zelfkritische professionals? Zijn er niet genoeg voorbeelden die heel dat vertrouwen op een morele verantwoordelijkheid als basis van een professionele praktijk logenstraffen? Lees er de krant maar eens goed op na.

Zeker, er zijn genoeg van dat soort voorbeelden. Maar met de verwijzing naar die voorbeelden is niet gezegd dat het verlichtingsideaal van een morele autonomie als kern van een denken over professionele verantwoordelijkheid, zou moeten worden opgegeven. Alvorens dat te doen zou men aandacht dienen te besteden aan de context waarin die verantwoordelijkheid moet worden waargemaakt. Een geconditioneerde verantwoordelijkheid stelt nu eenmaal geen einde aan de persoonlijke verantwoordelijkheid maar moduleert deze. In die zin besteedde ik in navolging van Walker en Verkerk ook aandacht aan het morele landschap als element van de ethiekpraktijk. Bij een professionals ondersteunend ethiekbeleid gaat het dus nooit alleen om de verantwoordelijkheid van de directe beroepsbeoefenaars alleen: ook de wijze waarop deze zich verhoudt tot die van andere betrokkenen, patiënten, managers, verzekeraars, politici, dient meegenomen te worden in de kritische beoordeling van de praktijk. Naast aandacht voor verlieservaringen en de opbouw van betere routines, vraagt een praktische ethiek dan ook om een geografie van verantwoordelijkheden: die kan helpen om de verschillende posities en perspectieven die er in een praktijk toe doen kritisch te bevragen.

Een dergelijke geografie impliceert niet alleen praktisch onderzoek in lokale praktijken. In het kader van deze studie naar een concept voor het ethiekbeleid impliceert de focus op de context van het handelen ook dat er aandacht wordt besteed aan fundamentele visies en opvattingen over professionaliteit en zorg zoals die in de samenleving en in zorgorganisaties leven. Met andere woorden: voor het ontwerp van een praktische ethiek - van een ethiekbeleid voor instellingen - die inzoomt op de verantwoordelijkheid van de professional, kan ik niet voorbij zien aan de wijzen waarop zorgverleners in onze samenleving dient te worden gedefinieerd en vervolgens georganiseerd. Een ethiekpraktijk vormgeven op de voorgestelde wijze impliceert daarom niet alleen specifieke rolinvullingen van zorgen als activiteit, maar ook bepaalde wijzen van organiseren die aansluiten bij de voorstellingen van een verantwoordelijke professional. Zonder dergelijke definities gaat het voorgestelde beleid zweven. Welke die definities zijn, komt aan de orde in de volgende hoofdstukken.

Deel 2

Zorgen

Verschillende voorstellingen van zorgen als activiteit

Inleiding

In de opmaat van deze studie heb ik aangegeven dat denken over het ethiekbeleid van zorginstellingen verkenningen vergt van drie samenhangende onderwerpen, te weten, 'ethiek', 'zorgen' en 'organisatie'. In de komende twee hoofdstukken staat 'zorgen' centraal: wat voor *beelden van zorgen* passen het beste bij de praktijk van de zorg voor iemands gezondheid in een moderne, institutionele setting? Wat voor *termen c.q. kernbegrippen* horen daarbij?

Om deze vragen te beantwoorden maak ik gebruik van een activiteitentypologie van Hannah Arendt. Zoals nog duidelijk zal worden, gingen verschillende auteurs me daarin voor. Arendt maakt verschil tussen 'arbeiden', 'werken' en 'handelen'. Zorgen kan zich, zo zal ik aannemelijk maken, op al deze manieren voordoen. Wanneer het evenwel om professioneel zorgen voor iemands gezondheid in een institutionele setting gaat, verandert dat. Zorgen dient dan op een specifieke wijze begrepen te worden, namelijk als *handelen*. Om die positie te onderbouwen, heb ik drie stappen nodig. In hoofdstuk vijf zet ik er twee: ik introduceer in grove streken Arendts activiteitentypologie en laat vervolgens zien dat zorgen daarbinnen verschillende gestalten kan aannemen. In hoofdstuk zes zet ik de derde stap. Dan maak ik inzichtelijk, waarom in onze dagen zorgen voor iemands gezondheid in een institutionele setting handelen zou moeten heten.

Deze karakterisering van zorgen als activiteit staat niet op zichzelf. In de voorgaande pagina's heb ik haar gebonden aan bepaalde uitkomsten van de verkenning van de ethiek. In het bijzonder toen ik stelde dat focussen op een zelfreferentiële handelingskritiek als kern van het ethiekbeleid niet hoeft uit te lopen op een solipsistische definiëring van het handelen. Tenminste, wanneer men in de gaten blijft houden dat het handelen waarom het bij deze kritiek gaat, 'zorgen' betreft. De onderliggende aanname dat de aard van de zorg op zichzelf al verhindert dat een ethiek die uitgaat van de autonomie van de zorgverlener, grenzeloos wordt, zal ik in de komende hoofdstukken onderbouwen.

Uiteraard kan men zeggen dat in het Kantiaanse begrip van autonomie dat ik in het denken over ethiek een belangrijke plaats toekende, al enige garanties zijn opgenomen tegen een al te eigenzinnige interpretatie van een door mensen zelf ontworpen moraal. Bijvoorbeeld door te benadrukken dat Kant niet uitgaat van een atomistisch mensbeeld. Daarnaast beklemtoont hij vooral dat mensen niet zomaar vrij zijn maar geroepen zijn om zelf na te denken over wat redelijke regels zijn in het verkeer met anderen en met zichzelf. De nadruk bij een Kantiaanse interpretatie van de ethiek ligt dus niet zozeer op het vooropstellen van het zelf ('autos') als vrije auteur van morele regels als wel op de waarde van de wet ('nomos') als resultaat van een autonoom denken. Anders gezegd: het vrijheidsbegrip van Kant is allesbehalve negatief van aard. Een op deze wijze begrepen autonomiebegrip helpt op zichzelf al om een al te onkritische uitwerking tegen te gaan van een ethiek die gebaseerd is op het zelf denken van het individu. Zeker wanneer dat, zoals ik eerder deed, nog wordt verbonden wordt met Socratische opvattingen over de moraal.

Toch ben ik ervan overtuigd dat een goed begrip van zorgen leidt tot een nog adequatere afbakening van het professionele handelen zonder dat de idee van een zelfreferentiële handelingskritiek als kern van een praktische ethiek in de zorg hoeft te worden opgegeven. Zorgen impliceert, zo veronderstel ik namelijk, dat er in de aanspraken van de professionele zorgverlener altijd al bepaalde morele grenzen in acht worden genomen. Een vluchtige blik op de literatuur maakt dat inzichtelijk.

Om te beginnen verwijs ik naar een fenomenologische studie van Vorstenbosch over zorg. Zorgen impliceert naar zijn mening altijd een intentionele, op iets of iemand gerichte structuur (Vorstenbosch 2005, 210; vgl. 91; 229). Daarom kan zij niet stil blijven staan bij de zorgverlener zelf: die zal vroeg of laat worden geconfronteerd met de opvattingen van de ander naar wie de zorg uitgaat. Om daar vervolgens bij de opzet van de zorg rekening mee te moeten houden. De Lange die eveneens vertrekt vanuit een fenomenologische benadering, benadrukt dat zorg niet moet worden gezien als een plicht, een ethisch gebod of een gewetenskwestie maar als een spontane toewijding aan het goede voor de ander (De Lange 2011, 74). Zorg kent wat dat betreft een vanzelfsprekende dynamiek die erop is gericht patiënten in staat te stellen om wat ze van waarde vinden, handen en voeten te geven (De Lange 2011, 21 vv). Dat sluit aan bij de zorgvisie van Tronto. Volgens haar is zorg pas zorg als zij responsief is: als zij zo is ingericht dat zij tegemoet komt aan de zorgbehoeften van de ander (Tronto 1993, 134-136). Wil zorg zorg zijn, dan komt zij in principe los van de definities die de zorgverlener er zelf aan wil geven en beweegt zij zich in de richting van de definities van de zorgvrager.

Deze percepties van zorgen als bewegen naar de ander (Vorstenbosch), als een relationele dynamische activiteit (De Lange) die pas adequaat kan worden begrepen als de respons van de zorgvrager wordt meebedacht in het ontwerp van de activiteit (Tronto), geven al enige richting aan het denken. Ze maken vanzelf attent op de morele dimensie van het handelen dat bij zorgen aan de orde is.

Van een andere orde nog zijn verwijzingen in de literatuur naar professionaliteit en de betekenis daarvan in de moderne samenleving. Professionaliteit heeft verschillende betekenissen. Breed begrepen duidt het op een kwaliteitsaanduiding van werken die voor zeer vele vormen van werken opgaat. Smal begrepen duidt het op bepaalde typen van beroepsuitoefening in de publieke sector (Kole 2007). Ook al doen zich op dat gebied veranderingen voor die de schijn wekken dat professionaliteit steeds minder te maken heeft met moraliteit,¹ over het algemeen wordt nog uitgegaan van een morele oriëntatie van professionals. Zeker als het gaat om professionals die betrokken zijn op vormen van publieke dienstverlening. Die werkzaamheden worden steeds verondersteld een dubbel belang te dienen. Niet alleen het belang van de kwetsbare cliënten die actueel in zorg zijn, maar ook dat van de samenleving in zijn geheel (Mackor 2011; Kunneman 2007). Professioneel werken wordt zo bevestigd als 'res publica', als publieke zaak. Door

1 Eerder in hoofdstuk twee wees ik daarop.

de publieke context van de zorg te beklemtonen, wordt voorkomen dat het handelen in een of andere afgesloten sfeer wordt gepositioneerd. Ook dat geeft de autonomie van de zorgverlener een specifieke inkleuring die voorkomt dat zij voornamelijk wordt begrepen in termen van een negatieve vrijheid. Of als een amorele kennisexpertise.

Met deze eerste ideeën is wel een richting voor het denken aangegeven, maar het blijft voor wat betreft de betekenis van zorgen nog oppervlakkig. Een specifiek beeld van zorgverlening is wenselijk. Zeker wanneer men zich realiseert hoe ambivalent de maatschappelijke waardering van zorgen is. Ook van professionele zorg. Zo refereerde ik tussen de bedrijven door via uitlatingen van Van Heijst aan opvattingen van Foucault over de schadelijke effecten van professionele zorgverlening op de zwaksten in de samenleving.² Hoezeer men ook streeft naar veranderingen, professionele zorg blijft in deze lezing verbonden met uitsluiting en controle van burgers. Met critici van deze Franse filosoof zoals Van Middelaar kan men dan wel zeggen dat zijn analyses onvoldoende onderscheid maken tussen de uitwerkingen van macht en geweld, er helemaal aan voorbijgaan is ook geen optie. Toch zal ik slechts indirect gebruik maken van zijn analyses. Met name daar waar ze een opening laten naar een lezing van zorgen als een vrijheidspraktijk.³ Voor het overige acht ik Foucaults analyses te weinig recht doen aan de eigen aard van professioneel zorgen als vorm van menselijk handelen. Zijn aandacht gaat te veel uit naar effecten op een bovenindividueel niveau. Dat heeft wel betekenis maar daarmee wordt het handelen en zijn betekenis gereduceerd tot de uitkomst van gedepersonaliseerde netwerkkarrangementen die compleet los lijken te staan van de initiatieven van mensen. Daarom verkies ik gebruik te maken van de inzichten van Hannah Arendt. Het gereedschap dat haar denken bevat, biedt naar mijn mening meer mogelijkheden om professioneel zorgen adequaat als activiteit te beschrijven dan het werk van een filosoof als Foucault. Kan men zeggen dat Foucault een filosoof van ‘het weten’ is, Arendt beschouw ik vooral als een filosoof van ‘het doen’. Anders dan vele anderen heeft zij het doen van mensen ernstig genomen als filosoof en een plek heeft gegeven in haar werk.

Lezers die zijn ingevoerd in de materie valt het mogelijk op dat ik (de moraal van) zorgen niet benader via de *houding* die mensen nodig zouden hebben om goed te kunnen zorgen. In plaats daarvan ga ik uit van zorgen als *activiteit*. Argumenten om zorgen te karakteriseren vanuit het doen en niet vanuit de houding die aan dat doen ten grondslag zou liggen, ontleen ik aan een drietal auteurs. In de eerste plaats aan Tronto die erop attendeert dat een benadering van zorgen vanuit spec-

2 Toen ik in hoofdstuk 3 inging op haar ideeën over de noodzaak om tot een paradigmaverandering in de zorg te komen.

3 Dat betreft overigens een deel van zijn werk dat op het eerste gezicht weinig verband lijkt te hebben met zijn analyses van moderne complexe machtsmechanismen in de samenleving. En voorzover er wel een verband is, in de zin dat de esthetiek van de levenskunst een sprong uit het panoptisch universum mogelijk maakt, is niet goed in te zien hoe deze esthetiek in het werk van Foucault zelf betrokken zou kunnen worden op een andere inrichting van zorgpraktijken. Een dergelijke inzet vraagt in zekere zin om een losdenken van deze esthetiek uit het werk van Foucault.

ten als houding en deugd, al te gemakkelijk en al te lang heeft geleid tot een kortzichtige identificatie van zorgen met vrouwenarbeid (Tronto 1993, 157 vv). Op dit punt kom ik verderop in dit hoofdstuk nog terug. Ook het interactieve karakter van zorg - een aspect waar Tronto veel belang aan hecht - raakt daardoor te veel op de achtergrond. In de tweede plaats denk ik aan MacIntyre die in bredere zin dan Tronto deugden niet loskoppelt van praktijken, maar ze juist afleidt uit de eigenaardigheid van de praktijk (MacIntyre 1981). Ook De Lange benadrukt dat zorgen meer dan een houding handelen, of zoals hij het aanduidt, pragmatiek veronderstelt (De Lange 2011, 32-33). (De aard van) het handelen in een praktijk gaat met andere woorden aan (specifieke connotaties van) de deugdzaamheid vooraf. De moraliteit van de zorg zou daarom niet zomaar ontkoppeld dienen te worden van het doen en opgehangen aan de deugdzaamheid van de practicus. Net zoals een herleiding van de betekenis van de zorg tot de systeemeffecten in termen van disciplineren en controle afbreuk doet aan zorgen als activiteit, leidt ook een te exclusieve aandacht voor de attitude of deugdzaamheid van de zorgverlener tot een ongewenste vertekening van het zorgen als activiteit. Met andere woorden: voor een goed begrip van professionele zorgverlening dient vooral aandacht te worden besteed aan zorgen als activiteit.

Het wordt tijd om dat nader uit te werken: hoe dient zorgen als activiteit te worden getypeerd? Zoals ik al aangaf, begin ik met de beschrijving van de activiteitentypologie van Arendt: wat is het dat mensen doen? Tegen de achtergrond van haar activiteitentypologie zal ik vervolgens in de tweede paragraaf van dit hoofdstuk ingaan op de verschillende modaliteiten van zorgen als manieren van doen.

5.1 Een typologie van menselijke activiteiten

Introductie

In 'The human condition' (Arendt 1958; 1994), dat zich kritisch opstelt tegenover de traditionele filosofische visies op het onderwerp, gaat Arendt in op de aard van menselijke activiteiten. Ze onderscheidt er drie, namelijk 'arbeiden', 'werken' en 'handelen' en beargumenteert dat met verwijzingen naar de Griekse filosofie. Een belangrijke bron voor Arendt is het werk van Aristoteles, die een teleologische fundering geeft voor de ordening van menselijke activiteiten. Zo worden de activiteiten van het menselijk leven verbonden aan onderscheiden dimensies van bestaan zoals het leven in de 'polis' (de stadstaat) (Arendt 1994, 24 vv).⁴

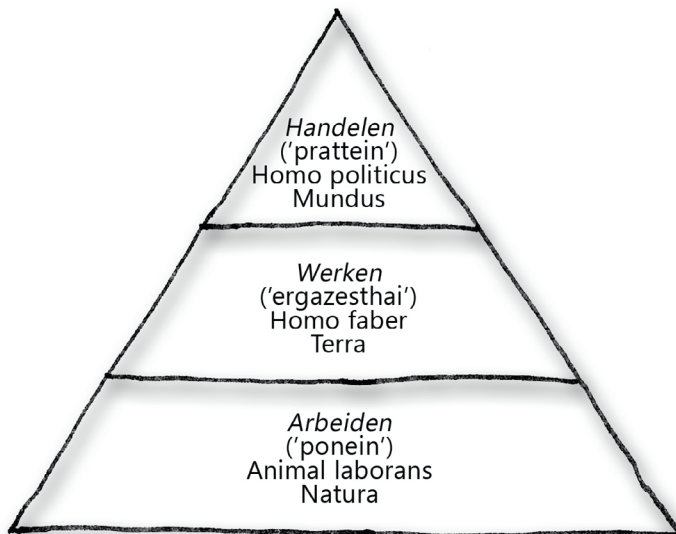
Deze lezing van het denken van de oude Grieken over de menselijke activiteiten, fungeert als een punt van Archimedes in Arendts werk: van daaruit beziet en bekritiseert ze een aantal vanzelfsprekendheden van onze moderne samenleving (Canovan 1998, viii). Mede met het oog op opmerkingen van Tronto die stelt dat

4 In bredere zin spreekt Arendt over de wereld ('mundus') die mensen met elkaar opbouwen (Vgl. Arendt 1994, 60 vv; 197-198; Borren 2009).

de moderne waardering van de zorg in het westen dwars door de geschiedenis heen herleidbaar is naar oude filosofische bronnen, onder meer bij Aristoteles (Tronto 1995), is dat een interessant gegeven. Arendts werkmethode om terug te grijpen op oude bronnen van het denken is in zekere zin te vergelijken met die van Foucault die voor een goed begrip van verschijnselen in de samenleving eveneens een toevlucht neemt tot wat hij aanduidt als een 'genealogie'. Maar net zoals bij Foucault gaat het ook bij Arendt om de beschrijving van een complexe geschiedenis en niet zomaar om de zoektocht naar een oorspronkelijke bron.

Arendts typologie van activiteiten staat dan ook niet op zichzelf, maar moet worden geplaatst tegen de achtergrond van heel haar werk en de thema's die daarin aan de orde zijn. Zoals het oordeel dat menselijke activiteiten in de moderne samenleving van hun oorspronkelijke plaats zouden zijn verdreven, met bedenkelijke uitkomsten tot gevolg (Arendt 1994, 247 vv). In dit opzicht sluit haar analyse aan bij oude noties van Marx over de ontwikkelingen van de markt en de economie en de ontwrichtende gevolgen daarvan voor de politiek. Haar uitgebreide ideaaltypische beschrijving van menselijke activiteiten ondersteunt deze kritiek van de moderne politiek (Vgl. Van Leeuwen 1984).

Ook bekritiseert Arendt in haar boek over de menselijke conditie een filosofische antropologie die typerend zou zijn voor de geschiedenis van het westerse denken en veel te veel zou focussen op de contemplatieve dimensies van menselijk bestaan. Zij stelt dat er naast het leven van de geest een ander leven is dat vooral gevuld is met 'doen' en dat voor de meeste mensen veel meer werkelijkheidswaarde heeft dan de 'bios theoretikos', het op theorievorming en contemplatie gerichte bestaan der filosofen (Arendt 1994, 26 vv). Dat actieve leven verdient de aandacht. Ook van de filosofie .



Figuur 6 hiërarchie van menselijke activiteiten

Ook al ben ik het met dit laatste punt eens, ik volg Arendt niet in alles. Mijn keuze voor Arendt is ingegeven door het idee dat ze me kan gidsen bij het in beeld brengen van zorg aan de hand van de door haar onderscheiden ideaaltypes. Dat idee komt overigens niet uit de lucht vallen. Ik ben afgegaan op enkele uiteenlopende signalen over de mogelijkheden die haar werk zou kunnen bieden. Zojuist refereerde ik al aan opmerkingen van Tronto over traditionele kwalificaties van de zorg. Verder betreft het meer specifiek aan Arendt gerelateerde opmerkingen van Achterhuis over de zorg. Verpleging en verzorging zouden zich volgens Achterhuis in navolging van Arendt bij uitstek als een vorm van arbeid laten kennen: als een reeks van zich herhalende, cyclische processen die in zich geen duidelijk einde kennen en evenmin duidelijk resulteren in van het proces te onderscheiden materiële afscheidingen. Daardoor worden ze gemakkelijk als improductief ervaren (Achterhuis 1990; 2011). Op dit thema en Achterhuis' ideeën kom ik later terug.

Van Heijst is een andere Nederlandse auteur die Arendt gebruikt in relatie tot het denken over zorg. Zij typeert zorgen niet als 'arbeiden' of 'werken', maar als 'handelen', het derde type activiteit dat Arendt ideaaltypisch onderscheidt. Ook Touwen benadrukt dat zorgen, c.q. geneeskundige handelen, in de zin zoals Arendt dat beschrijft handelen is. Zij verbindt dit aan een specifieke interpretatie van verantwoordelijkheid in de arts-patiëntrelatie (Touwen 2008, 283-289).

In grote lijnen volg ik Van Heijst met betrekking tot de voorstelling van zorgen als handelen (Van Heijst 2005, 89 vv). Maar ik wijk ook van haar lijn af, omdat zij de politieke betekenis die Arendt aan handelen geeft, een ander gewicht geeft dan ik zal doen. Uiteraard kom ik ook hierop terug. En wel in het volgende hoofdstuk wanneer ik uitdrukkelijk inga op de suggestie om zorgen als handelen op te vatten. Daarbij zal ik ook ingaan op de moeilijkheden die met een dergelijk streven gepaard gaan. Die zijn niet gering. Maar eerst breng ik de activiteitentypologie van Arendt in brede zin in beeld. Ik doe dat op de volgende wijze. Na een globale schets van de drie verschillende activiteiten zal ik ingaan op de veranderingen die zich volgens Arendt in de loop van de geschiedenis hebben voorgedaan. Die hebben namelijk ook hun effect op de definiëring en betekenis van menselijke activiteiten. Daaraan kan, zo zal nog blijken, voor wat betreft de zorg niet worden voorbijgegaan.

5.1.1 Globale typering

Hoewel de menselijke activiteiten die Arendt in haar typologie beschrijft een fundamenteel karakter hebben, omdat zij corresponderen met basale voorwaarden voor het leven van mensen op aarde, wil ze met de beschrijving geen antwoord geven op de vraag naar zoiets omvattends als de natuur van de mens. Die vraag naar het wezen van de mens gaat volgens haar de filosofie te buiten (Arendt 1994, 22). Ook attendeert ze erop dat de activiteiten van het menselijk bestaan in de klassieke opvatting van dat leven niet dat hele leven weerspiegelen. Een mensenleven omvat meer dan het actieve leven (Arendt 1994, 24). Het gaat bij de *vita activa* dan

ook om een relatief afgebakende categorie. Wat zijn die activiteiten nu? En hoe verhouden ze zich tot elkaar?

Arbeid

De eerste, meest basale activiteit is ‘arbeiden’ (Arendt 1994, 85 vv). Mensen zijn levende wezens die niet van de lucht bestaan. Om het leven er niet bij in te schieten dienen ze dagelijks hetzelfde type inspanningen te verrichten. Steeds terugkerend. Zonder ophouden. Pas op basis van deze activiteiten kan de rest van het leven worden opgebouwd. Deze activiteiten die mensen noodzakelijk verrichten om hun lichaam te onderhouden en zo in leven te blijven, duidt Arendt in navolging van Aristoteles aan als ‘arbeiden’. Men kan zeggen dat het hier om alledaagse zorgactiviteiten gaat. Ze vinden plaats binnen de sfeer van de huishouding, of wel ‘de economie’ in de oorspronkelijke betekenis van het woord (Vgl. Van Leeuwen 1984, 172 vv). In die zin gaan ze duidelijk aan de politiek vooraf. Vanwege de noodzaak dat ze steeds opnieuw verricht dienen te worden, hebben ze een cyclisch karakter. Het betreft ook processen waarvan de resultaten niet goed los te maken zijn van het proces zelf. Met het verrichten van het proces worden resultaten bewerkt die dan ook snel weer verdwijnen. Arbeid beweegt zich daarom in de Aristotelische ordening op het laagste niveau van de menselijke activiteiten. Het gaat om de primaire verhouding van de mens ten opzichte van de hem omringende *natuur*. In de noodzaak om te moeten blijven arbeiden, manifesteert de mens zich als een afhankelijk wezen. De mens verschijnt als ‘animal laborans’ (werkend dier), iemand die werkt en de vruchten van die arbeid letterlijk incorporeert, doordat ze bij de instandhouding van het lichaam verdwijnen (Arendt 1994, 89; 91).

Werken

Een niveau hoger dan arbeiden staat de volgende activiteit: ‘werken’, de activiteit van ‘homo faber’ (de werkende mens) (Arendt 1994, 19; 135 vv). Werken reserveert Arendt voor die activiteiten die erop zijn gericht om iets te maken. In onderscheid met arbeiden dat zich oriënteert op het leven als een basaal natuurlijk gegeven, oriënteert werken zich op het leven in relatie tot de *aarde* die mensen bewonen: werken brengt een ‘oneindige verscheidenheid van dingen voort, die gezamenlijk het menselijk kunstproduct vormen’. In het werken manifesteert zich de mens als iemand die de aarde bewerkt en voor eigen doeleinden inricht. Een belangrijke manifestatie van werken ligt dan ook in het maken van *werktuigen* en *gereedschappen* die zijn bedoeld om de aarde te bewerken. In de tweede plaats betreft het *gebruiksvoorwerpen* die het leven kunnen veraangenamen. Terwijl de sfeer van de arbeid wordt getekend door de *noodzaak*, wordt de sfeer van het werk gekenmerkt door het *nut* van de activiteiten. Werken doet zich voor als een lineair proces, met een begin en een einde. Daarbij valt het product van het werken duidelijk te onderscheiden van het proces. Daarin verschilt werken van arbeiden. Taalkundig is dit onderscheid tussen werken en arbeiden ook in het Nederlands goed te volgen. Met betrekking tot werken geldt immers dat het resultaat of product van het (verbum/werkwoord) ‘werken’ als proces, tot uitdrukking wordt gebracht in het sub-

stantivum 'werk'. Dit zelfstandig naamwoord verwijst naar een materialisatie van het proces die als product los van het proces zelf kan worden gedacht (Vgl. Arendt 1994, 141). In de producten van werken manifesteert zich dan ook duidelijk enige menselijke vrijheid. Niet ten opzichte van anderen, maar wel ten opzichte van de aarde die mensen bindt (Arendt 1994, 136-138). Dat is niet te vergelijken met dat wat er in de arbeid gebeurt: arbeid blijft ook als substantief steeds verwijzen naar het proces van het arbeiden zelf. Omdat arbeid niet van zichzelf loskomt en in die zin steeds maar blijft verwijzen naar de afhankelijkheid van mensen van de natuurlijke, lichamelijke processen die hen dreigen te overmeesteren, maakt arbeid mensen slaafs. Een moderne kampioen van werken in de Aristotelische zin van het woord, met nadruk op de vrijheid die werk in onderscheid met arbeid genereert, is de Amerikaanse socioloog Richard Sennett. Hij pleit voor een eerherstel van ambachtelijk werk en beklemtoont daarom de betekenis van de expressieve dimensie van werken (Sennett 2008). Op bepaalde punten is hij het niet eens met Arendt. Dat betreft het scherpe onderscheid dat Arendt maakt tussen de activiteiten van het menselijk bestaan in het bijzonder tussen arbeiden en werken (Sennett 2008, 6-7).⁵

Handelen: het doen wordt ethisch en politiek

Op het derde niveau van de Aristotelische ordening van activiteiten staat ten slotte 'handelen', de activiteit van de mens als 'zoon politikon' (het politieke dier) (Arendt 1994, 19;173 vv). Hier wordt de mens ethisch en politiek. Hier bouwt hij zich met anderen een *wereld* op. Het is een bestaanswijze in de sfeer van de vrijheid. Daarmee onderscheidt zij zich uitdrukkelijk van de activiteiten van het werken en het arbeiden. In het handelen dat ook het spreken omvat, wordt het mens-zijn pas echt als mens-zijn waargemaakt. Hier komt de 'vita activa', het actieve leven, pas goed tot zijn recht in al zijn creativiteit en expressiviteit. De sfeer waarin het handelen plaatsvindt is die van de 'polis'. Dat is volgens Arendt niet zozeer de stadstaat als een fysieke lokaliteit, maar 'de organisatie van het volk, gegroeid uit het gemeenschappelijk handelen en spreken; en zijn ware ruimte ligt tussen de mensen die voor dit doel samenleven, onverschillig waar zij zich toevallig bevinden.' In het handelen en spreken met elkaar wordt de ruimte gevormd waarbinnen ik aan de anderen verschijn en zij zich aan mij presenteren (Arendt 1994, 197). De 'polis' zoals die door Arendt wordt beschreven als een dynamische organisatie van menselijke betrekkingen en als een soort 'georganiseerd geheugen', vertoont in vele opzichten gelijkens met wat door anderen een sociaal construct wordt genoemd. In de breedste zin van het woord vormt handelen de wereld waarin wij als mensen leven. Arendt stelt dan ook dat het handelen zich niet onderscheidt van de andere activiteiten (werken en arbeiden), omdat het het nauwst in verband staat met het publieke domein, maar omdat het dat domein juist in het leven roept (Arendt 1994,196). Het handelen *creëert* het politieke, en uiteindelijk de wereld. In die zin is handelen uitdrukkelijk verbonden met macht. Dat is - zo geeft Arendt

5 Daarbij is nog maar de vraag of het onderscheid zoals hij het beschrijft wel accuraat is.

aan - het vermogen dat ontstaat 'overal waar mensen samenwerken en in overeenstemming handelen (Arendt 2009,75).⁶

De ruimte waarin de 'polis' zich vormt, is een ruimte die dus niet wordt afgeschermd als een privéruimte, maar openstaat naar de veelheid van mensen die met elkaar de 'polis' vormen. In het spreken met elkaar dat de ruimte van gezamenlijk bestaan vormt, krijgt die veelheid een plaats. *Spreken* als specifieke vorm van handelen, effectueert de *pluraliteit*, zegt Arendt: dat wil zeggen het leven onder gelijken als een zich van anderen onderscheidend en uniek wezen (Arendt 1994, 176). *Handelen* staat ook in het teken van *nataliteit*: dat begrip wil bij Arendt zoveel zeggen als het vermogen om steeds opnieuw iets nieuws te beginnen (Arendt 1994, 245-246). Het maken van een nieuw begin, als een herhaling van de geboorte, brengt een onbegrensdeheid aan in het handelen die de keerzijde vormt van het 'ontzaglijke vermogen tot het doen ontstaan van intermenselijke betrekkingen' (Arendt 1994, 189).

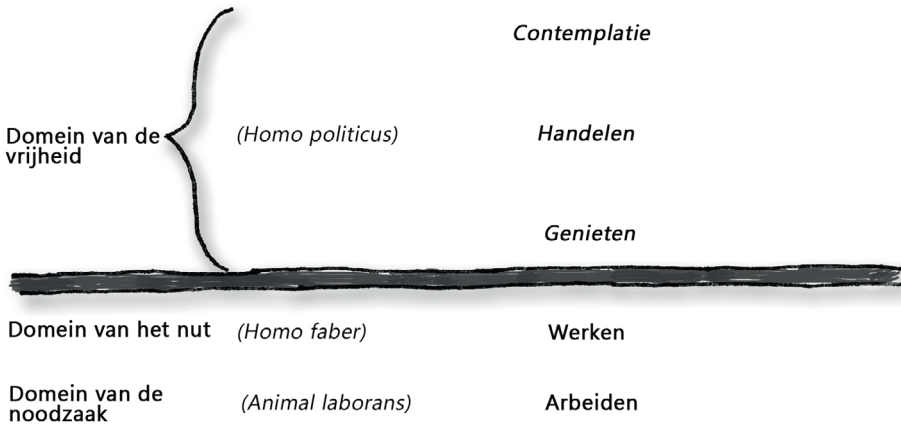
Als er een activiteit is die in verband staat met moraal, dan is het wel het handelen. Ethiek en politiek bewegen zich conform het perspectief dat Arendt schetst, in dezelfde sfeer. Dat betekent niet dat andere vormen van activiteit geen vormen van deugdzaamheid kennen, maar die deugdzaamheid is daar toch van een andere orde dan de moraal die het menselijk samenleven in de 'polis' tekent. Gelet op het belang in deze studie om de lijn tussen zorg en moraal zo helder mogelijk te weer te geven, kom ik verderop terug op deze differentie in morele kwaliteiten die klaarblijkelijk samenhangt met de verschillende activiteiten waar mensen zich mee bezighouden.

Handelen en filosofie

Arbeiden, werken en handelen kennen duidelijk een hiërarchische ordening, hoe lastig het ook is om deze hiërarchie adequaat te begrijpen. Want hoewel handelen als menselijke activiteit hoog wordt 'ingeschaald' door Aristoteles, is hij niet altijd consistent. Zo zijn er teksten waarin 'werken' hoger wordt geschat dan 'handelen' (Arendt 1994, 193-194). Arendt relateert deze verschillen aan de moeilijkheden die de filosofie ervaart in het filosofisch *begrijpen* van het handelen. Handelen kent ten principale tegendraadse aspecten. Het wordt, stelt Arendt, gekenmerkt door strijd, door onzekerheid, pluraliteit (Arendt 1994, 217 vv). Daardoor komt handelen gemakkelijk tegenover de aspiraties van de filosofie te staan in haar streven om de spanningen van de werkelijkheid te boven te komen in een alomvattend theoretisch weten. De spanningsvolle verhouding tussen de politieke praxis en de filosofische contemplatie leidt ertoe dat 'werken' in sommige vooral epistemologische teksten hoger gewaardeerd wordt dan handelen. Dat heeft volgens Arendt te maken met de omstandigheid dat werken net als beschouwen in principe wordt gereguleerd door een idee (Arendt 1994, 223). Wie een tafel maakt, kan nu eenmaal

6 Macht dient dan ook volgens Arendt fundamenteel onderscheiden te worden van geweld. Geweld is altijd instrumenteel georiënteerd. Macht kan niet bestaan waar geweld wordt ingezet. Zij wordt erdoor vernietigd (Vgl. Arendt 2009, 74-75).

niet zonder idee van de tafel. Zoals ook beschouwen is gekoppeld aan ideeën. Wanneer men nu vanuit een filosofisch perspectief een hiërarchie van verschillende soorten kennis wil ontwerpen, zal men na de hoogste kennis op het niveau van de ‘contemplatie’, de ‘theoria’ (beschouwing), gemakkelijk de ideegeladen, doelrationele kennis om iets te maken (de ‘epistèmè poetika’), hoger inschalen dan de onzekere, zeer voorlopige kennis van een politieke ‘praxis’ (de ‘epistèmè praktikè’).



Figuur 7 de Aristotelische condition humaine

5.1.2 Context en transformatie

Met de activiteiten van de ‘vita activa’ is het menselijk leven niet uitputtend beschreven. In het bijzonder missen we nog elementen die net als het handelen boven de boomgrens van de economie, het rijk van de behoeften, uitstijgen. Aan deze aspecten van het menselijk leven besteed ik aandacht, omdat ze direct dan wel indirect betekenisvol zijn voor een goed begrip van ‘zorgen’. Naast handelen (en spreken) dat de kern vormt van het politieke leven (‘bios politikos’) onderscheidt Aristoteles twee levenswijzen die net als handelen zijn gericht op het schone en het goede en die evenmin worden getekend door nut en noodzaak: het betreft enerzijds de levenskunst van het *genieten* en anderzijds het leven als filosoof (Vgl. Aristoteles E.N. 1172 a; Arendt 1994, 20 vv), dat is gewijd aan de *contemplatie* van de eeuwige dingen (‘bios theoretikos’). Aangezien ook deze dimensies van het leven worden getekend door vrijheid, kunnen ook zij drager zijn van een autonoom, authentiek leven (Arendt 1994, 24) (Zie figuur 7).

Maar er is verschil. Zo is de ‘bios politikos’, die is gelegen op het domein van de intermenselijke betrekkingen, meer praxis dan het zintuiglijke genieten en de beschouwing van het absolute. Dat maakt haar echter niet de hoogste dimensie van het menselijk bestaan. Dat is volgens Aristoteles de ‘bios theoretikos’ (Vgl.

Arendt 1994, 26). Het genot evenwel kent hij weer een bescheidener plaats toe dan het leven in de 'polis'. Maar ook al is de 'bios theoretikos' het hoogste ideaal van heel de ordening van activiteiten en zijnswijzen, zij kent een belangrijke beperking: zij is slechts voor een kleine elite weggelegd. Dat komt mede door het gegeven dat zij zich in haar zuivere vorm niet goed laat omzetten in activiteiten. Maar ook niet in woorden. Zo onttrekt zij zich aan de gemeenschap (Arendt 1994, 31). In die zin representeert de 'bios theoretikos' in zekere zin de dood van de 'polis' en het einde van elk handelen.

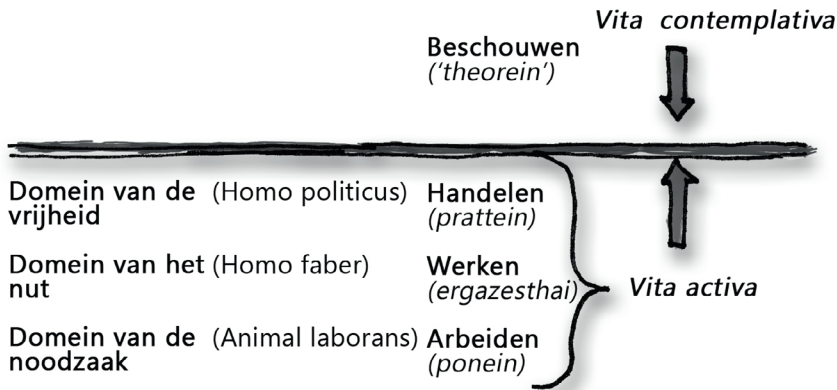
Dat stelt Aristoteles voor een probleem. Terwijl hij als filosoof de contemplatie de hoogst haalbare en meest nastrevenswaardige levenswijze acht, geeft hij vanwege het buitenpolitieke, elitaire karakter van de contemplatie als pragmaticus de voorkeur aan de praxis: handelen en spreken zijn de activiteiten waarin mensen zich het meest ten opzichte van elkaar als mens onthullen. Zonder dat zij daarbij worden gedwongen door bittere noodzaak, zoals in het geval van de arbeid, of puur door overwegingen van praktisch nut, zoals bij werken. Als activiteit is handelen de hoogste en meest betekenisvolle activiteit voor de meeste mensen. Voorbij de dimensie van het naakte bestaan leidt zij tot de vestiging en instandhouding van politieke gemeenschappen en wordt zo voorwaardenscheppend voor de gezamenlijke herinnering en voor de menselijke geschiedenis (Arendt 1994, 20).

Devaluatie van het handelen

Arendt gebruikt de typologie van menselijke activiteiten om een naar haar oordeel desastreuze omwenteling in de geschiedenis van het westen te beschrijven. Omdat de idee van een dergelijke omwenteling ook van belang is voor een goed begrip van de betekenissen die in onze dagen aan de zorg kunnen worden gegeven ga ik er hier in grove lijnen nader op in.

Arendt stelt om te beginnen dat de contemplatie een ervaring is geworden die in de moderne tijd alle zin heeft verloren (Arendt 1994, 322). In het spoor van dat betekenisverlies is ook handelen, het meest karakteristieke element van het politieke leven, in onze door arbeid en werken gedomineerde samenleving compleet van haar betekenis ontdaan. Mede omdat de politiek steeds meer is geassimileerd met instrumentele, strategische activiteiten is het onderscheid tussen *handelen* ('praxis' 'pratein') en *werken* ('poiësis' 'ergazesthai') verloren gegaan. Vervolgens is ook werken gecorrumpeerd. In de moderne economie heeft het steeds meer de vorm van arbeid aangenomen (Arendt 1994, 142 vv). In het bijzonder door de vestiging van een industrieel productiesysteem waarin de vervaardiging van *consumptiegoederen* de plaats heeft ingenomen van de productie van *gebruiksgoederen*.

De door Arendt geschetste transformatie met zijn devaluatie van handelen en werken omvat een lange periode. Ze wijst op twee breuken die van essentiële betekenis zouden zijn geweest.



Figuur 8 de vita activa tegenover de vita contemplativa

Eerste breuk: anders denken over contemplatie

Het begin van de veranderingen in de westerse cultuur markeert ze door te wijzen naar het verdwijnen van de antieke stadsstaat ten tijde van Augustinus (Arendt 1994, 25). Was het voor Aristoteles zo dat het actieve leven haar bekroning vond in handelen, sinds Augustinus hebben arbeiden en werken een vergelijkbare betekenis gekregen als handelen. De scherpe grens tussen het politieke en het niet-politieke is daarmee vervaagd. Wat een actief leven is, is omvattender geworden maar heeft tegelijkertijd aan betekenis verloren. Dat heeft onder andere te maken met een verandering in de visie op contemplatie onder invloed van de christelijke theologie (Arendt 1994, 32). Niet alleen is de contemplatie losgeweekt uit de sfeer van vrije bestaanswijzen maar tegelijk enorm ge vulgariseerd (Vgl. Arendt 1994, 80; 314 vv). De kern van de verandering is dat de 'bios theoretikos' die bij een filosoof als Aristoteles slechts weggelegd is voor een enkeling, in het christendom een recht is geworden van iedereen: iedere gelovige kan door een leven dat loskomt van het actieve leven ('vita activa'), in principe de godheid leren aanschouwen en daarmee de gelukzaligheid ('beatitudo') bereiken. Het effect is dat in de nieuwe christelijke blik op het menselijk leven arbeiden, werken en handelen alle vergelijkbare voorstadia geworden zijn van het hoogste ideaal, het contemplatieve leven (Arendt 1994, 318) (zie figuur 8). De bijzondere betekenis die handelen bij Aristoteles had, is zo verwaterd. Elementen uit de sfeer van de huishouding dringen door het wegvallen van de oude cesuur zelfs door in de politiek: zo 'vermaatschappelijkt' de politiek. Het begrip 'zoon *politikon*', oorspronkelijk gereserveerd voor wie deelneemt aan het politieke leven, slorpt onder invloed van het christendom de andere dimensies van het menselijk bestaan in zich op en transformeert daarmee tot een ander, contrair begrip: dat van 'animal *socialis*' (Arendt 1994, 34-35).

Tweede breuk: socialisatie en economisering

Voorbereid in de christelijke middeleeuwen zet dit proces van socialisatie van het handelen zich door bij de opkomst van de moderne nationale staten. In vergelijking met de antieke 'polis' doet de moderne natie zich voor als een bijna ondenkbaar monster: een kolossaal gezin met een reusachtige huishoudadministratie (Arendt 1994, 38; 52-53). De wederzijdse doordringing van de eertijds strikt gescheiden sferen van de economie en de politiek, culmineert in de opkomst van wat bij vroege economen als Ricardo maar ook bij Marx 'de politieke economie' gaat heten: een verschijnsel dat voor de oude Grieken een volkomen absurditeit zou zijn geweest (Arendt 1994, 38).

In dit opzicht is het van belang om onderscheid te maken tussen het economiebegrip zoals Aristoteles dat hanteert en het moderne begrip. Wat wij economie noemen omvat in de opvattingen van de antieken een andere sfeer dan die van het huishouden, namelijk de sfeer van het handeldrijven, ofwel de 'chrematistikè'. Deze 'moderne' categorie van economische activiteiten krijgt bij Aristoteles nauwelijks betekenis toegedicht. Tussen de sfeer van het politieke - die wordt voorbereid in de huishouding ('oikos') en zich uiteindelijk realiseert in de 'polis' - en de sfeer van het geld verdienen ligt bij hem een scherp onderscheid (Vgl. Van Leeuwen 1984, 168). De arbeid die wordt verricht in de huishouding heeft bij hem dan ook geen economische betekenis in de moderne zin van het woord. Zij is vooral gericht op het in stand houden van het leven van de individuen die samen het gezin vormen (Arendt 1994, 39). Dat verandert pas in de moderne tijd wanneer met de introductie van moderne arbeidsmethoden in de sfeer van het werk de motoren van de nationale economieën op gang worden gebracht. Arbeid verplaatst zich naar buiten en krijgt een andere betekenis: de kost verdienen. In plaats van de oude huishouding worden de industriële arbeid en handeldrijven de meest bepalende onderbouw van de politiek. Met op den duur een vervanging van de politiek door de economie: 'homo faber' overwint (tenminste in dit opzicht) (Arendt 1994, 294; Vgl. Van Leeuwen 1984). Deze grondige verandering van de plaats en de betekenis van de arbeid (niet meer in het huishouden maar daarbuiten) en de daarmee gepaard gaande transformatie van de economie wordt voor het eerst theoretisch verkend door Engelse filosofen. Arendt voert Locke op als de figuur die aan het begin staat van de moderne verheerlijking van de arbeid door haar te erkennen als bron van alle bezit (Arendt 1994, 103). Daarnaast wijst ze op Locke's landgenoot Smith die de devaluatie van de politiek met zijn economische theorieën een geweldige impuls heeft gegeven (Arendt l.c.). Dit hele proces van een economisering van het politieke leven heeft volgens Arendt geleid tot allerlei vormen van maatschappelijke vervreemding die uiteindelijk culminereren in een omkering van de rangorde tussen de 'vita activa' en de 'vita contemplativa'. Bij die omkering constateert Arendt verder dat de meest gewaardeerde vorm van activiteit in de moderne tijd die activiteit geworden is die bij de Grieken nog op de laagste trede stond: arbeiden. Als motor van een op winst gerichte economie heeft arbeid de andere vormen van activiteit gediskwalificeerd. In onze tijd is 'animal

laborans' klaarblijkelijk de hoogste trede van menselijk doen en laten geworden (Arendt 1994, 320).

5.1.3 Tussenbalans: wat we doen verschilt

Wat we doen verschilt. Het is van belang om deze verschillen te articuleren. Daar maakt het werk van Arendt ons op attent: arbeiden, werken en handelen dienen niet op dezelfde hoop te worden gegooid, maar worden ideaaltypisch van oudsher onderscheiden. Ze horen bij verschillende sferen van menselijk bestaan en verhouden zich tot specifieke dimensies van de werkelijkheid. De wijze waarop deze vormen van doen verschillen, brengt Arendt in beeld door aan te sluiten bij een typologie die ze ontleent aan de antieken, in het bijzonder aan Aristoteles. Die typologie heb ik in globale lijnen beschreven omdat ik verwacht dat ze kan helpen bij een conceptuele verheldering van de betekenis van professioneel zorgen voor iemands gezondheid. En - uitgaande van opmerkingen van Tronto - ook van de maatschappelijke waardering voor die zorg.

Hoe inzichtelijk de onderscheiden die Arendt aanbrengt op het eerste oog ook zijn, complicerend is wel dat ze de typologie beschrijft dwars door de mist van de westerse geschiedenis heen. Sterker nog, ze beschrijft de geschiedenis van het westen in termen van een diepgaande transformatie van deze activiteiten en de context waarin ze dienen te worden gesitueerd. Begrippen en de daarmee corresponderende werkelijkheden zijn bijgevolg niet vast maar eerder vloeibaar. Zelfs in die mate dat de oorspronkelijke betekenissen lijken te zijn verkeerd in hun tegendeel. Handelen lijkt uit het oog verdwenen of voor zover het nog bestaat, werken geworden; werken op zijn beurt lijkt te zijn uiteengespat tot arbeiden. Arbeiden is daarbij losgekomen uit de privésfeer van het huis en heeft zich verplaatst naar een andere sfeer: die van het handeldrijven en geldverdiene. Daarmee heeft het een andere betekenis gekregen met volgens Arendt vervreemdende effecten hoewel het in zijn grondvormen nog steeds herkenbaar is. Hoezeer er in onze cultuur ook continuïteit mag zijn, bij het toepassen van de typologie op zorgactiviteiten in de moderne gezondheidszorg, dient met deze transformatie rekening te worden gehouden. Dat veranderingen in de samenleving zich ook voordoen als veranderingen in de definiëring van menselijke activiteiten vormt evenwel nog geen beletsel voor het gebruik van de onderscheidingen bij een blik op de gezondheidszorg. Mogelijk wordt de analyse juist verdiept door rekening te houden met deze transformaties van betekenissen in de westerse samenleving.

5.2 Zorgen voor iemands gezondheid als menselijke activiteit

Introductie

Wanneer ik in de rest van dit en het volgende hoofdstuk zorgen voor de gezondheid van een ander als activiteit typeer laat ik me niet alleen door Arendt leiden. Er zijn andere auteurs die over zorg schrijven en over de manier waarop die van oudsher wordt begrepen: hun inzichten neem ik mee om de verschillende articulaties van zorgen beter te begrijpen. Inclusief de verschillen in maatschappelijke status en waardering die daaraan gekoppeld zijn. Om te beginnen betreft het, zoals ik in de inleiding al te kennen gaf, de Nederlandse auteurs Achterhuis en Van Heijst. Uitgaande van de typologie van Arendt komen zij tot geheel verschillende antwoorden op de vraag hoe te denken over de gezondheidszorg en haar inrichting in tijden van toenemende zorgvermarkting en bureaucrativering. Ik kom met name op hun inzichten terug in hoofdstuk zes. Daarnaast maak ik gebruik van inzichten van de Nederlandse theoloog Van Leeuwen die in een studie over de economie uitgebreid aandacht besteedt aan de opvattingen van Aristoteles.

Een andere auteur is wederom Tronto. Een observatie van haar gebruik ik voor de opbouw van de rest van dit hoofdstuk. Het is een belangrijke observatie. Indirect refereerde ik er al aan. Hoe we ook over zorg denken, schrijft ze, 'zorg lijkt vrijwel zeker buiten het politieke domein te vallen, omdat het ofwel 'onder' of 'boven' de politiek is' (Tronto 1995, 28). Voor de vaststelling dat zorg letterlijk vóór de democratie bestaat, namelijk 'als een voorwaarde voor de politiek en niet als iets dat erin besloten ligt' (Tronto l.c) wijst ze terug naar oude ideeën, onder andere van Aristoteles (Tronto 1996; Sargisson 2000, 107). Zoals gezegd werken deze oude onderscheiden naar Tronto's oordeel tot op de dag van vandaag door in het denken over en het waarderen van de zorg. Behalve met betrekking tot collectieve zorgarrangementen zou het daarom niet lukken om binnen de politiek zorg op haar eigen merites te beoordelen (Tronto 1995, 31). Aan de hand van de typologie van Arendt hoop ik te verhelderen wat dat betekent. Overigens zal ik mede op grond van opmerkingen van Arendt duidelijk maken dat niet aan alle zorg zoals Tronto suggereert, een voor- of bovenpolitiek karakter dient te worden toegekend. Zorg kent meerdere gestalten. Ook een politieke. Daarom zal ik achtereenvolgens ingaan op zorgen als *onder de politiek staand* verschijnsel (dus als arbeiden en werken), op zorgen als *politieke praxis* (handelen) en ten slotte nog op zorg als een *verschijnsel dat boven de politiek uitgaat*.

5.2.1 Zorgen als verschijnsel onder de politiek

Uitgaande van het klassieke activiteitenschema kan zorg als verschijnsel dat onder de politiek staat ideaaltypisch twee activiteiten omvatten, te weten 'arbeiden' en 'werken'. In de vorige paragraaf zagen we dat ze allebei worden gesitueerd in de 'oikos', de sfeer van het huishouden. 'Arbeiden' is in het wereldbeeld van de Grieken de meest uitdrukkelijk 'economische', aan de sfeer van het huishouden

gebonden, activiteit. Het is precies deze gebondenheid aan de sfeer van het huishouden, buiten de omstandigheden van politiek en de moderne markt, waar Achterhuis beroep op doet om aannemelijk te maken dat zorgen voor iemand in de gezondheidszorg niet zomaar overgelaten kan worden aan de wetmatigheden van de markt (Achterhuis 2011).

‘Werken’ zal in de regel ook primair begrepen worden als een aan de sfeer van het huishouden gebonden activiteit, maar kan zich daar ook van losmaken. Zeker wanneer er niet meer alleen omwille van het directe bestaan (subsistentie) in het huishouden wordt geproduceerd maar er gericht wordt overgegaan tot het produceren van ruilgoederen voor een markt. Laten we eens nagaan hoe zorgen voor iemands gezondheid zich verhoudt tot respectievelijk ‘arbeiden’ en ‘werken’.

De problematische status van zorgen en arbeiden voor de oude Grieken

Voor haar bewering dat zorg zich ‘onder’ de politiek bevindt, verwijst Tronto naar argumenten in de *Politica* van Aristoteles.⁷ Volgens Aristoteles gaat het om activiteiten die misschien wel ‘noodzakelijk zijn voor het menselijk leven’, maar ‘alleen maar in voorbereidende zin’ bijdragen aan ‘het doel van het leiden van een goed leven’ (Tronto 1995, 28). Bij zorgen draait het dus niet om datgene wat in de ‘polis’ voorop staat, ‘eu zen’ (goed leven), maar slechts om ‘zen’ (leven) (Vgl. Van Leeuwen 1984, 201-202).

Het is nagenoeg hetzelfde argument dat we bij Arendt tegenkomen om ‘arbeiden’ te (dis)kwalificeren als niet politieke activiteit. Het vergt dan ook niet veel fantasie om vast te stellen dat hetgeen bij Arendt ‘arbeid’ heet, bij Tronto ‘zorg’ heet. Arbeiden c.q. zorgen staan overigens niet zozeer onder de politiek omdat ze in de ‘oikos’ plaatsvinden, maar vooral vanwege hun aard (hetgeen vervolgens ook weer effecten heeft voor de waardering van de oikos). Omdat het bij arbeid en zorg basaal om het naakte overleven gaat, om allerlei activiteiten puur ten dienste van het lijfsbehoud en het levensonderhoud, vestigen ze voortdurend de nadruk op de menselijke afhankelijkheid van het lichaam. Het is vooral deze bevestiging van de afhankelijkheid van biologische processen die zorg en arbeid voor de oude Grieken tot een problematisch verschijnsel maakt. Want hoezeer ze ook zouden willen, mensen kunnen zich er nooit van losmaken. Zelfs als ze de zorg feitelijk laten voltrekken door anderen (zoals hun slaven) blijven ze als opdrachtgever principieel gebonden aan het ‘animale’ karakter van de zorg. Vanwege dit verplichtend, vrijheids-berovend karakter is zorgen c.q. arbeiden in wezen een antipolitiek fenomeen, staat het onder de politiek.

Zorgen: a-politiek en pre-politiek

Interessant bij Tronto is nog dat zij dit *onder de politiek* staan van zorg verder preciseert met het voorvoegsel *a-* (zorg is *niet* politiek). Hoewel het op een oppervlakkig niveau niet zo veel uit lijkt te maken of arbeid en zorg nu of *pre-* of *apolitiek* worden genoemd, is het voor een goed begrip van de ambivalentie van zorg een

7 Op het boven-politieke karakter van zorg, komen we verderop in dit hoofdstuk terug.

relevant onderscheid. Terwijl het *prepolitieke* vooral duidt op de sfeer en plaats waarin zorg plaats vindt en op haar natuurgebondenheid wordt het *apolitieke* karakter door Tronto in verband gebracht met de *effecten* die het feitelijk verrichten van zorgarbeid volgens Aristoteles zou hebben op degenen die er het meest mee zijn belast, slaven en vrouwen. In het bijzonder vanwege het feit dat deze vormen van arbeid/zorg omdat ze steeds opnieuw, zonder oponthoud, moeten worden gedaan, een cyclisch karakter krijgen. Ook Achterhuis brengt dat punt naar voren in relatie met de lage maatschappelijke waardering die zorgen heeft (Achterhuis 1990; 2011). Volgens Tronto's lezing van Aristoteles verhindert het voortdurend bezig (moeten) zijn met zorg de ontwikkeling van correcte politieke attitudes. (Bezig zijn met) zorgen stompt mensen af. Daarom is zorgen niet alleen a-politiek, sterker zorgen depolitiseert. Slechts wanneer men zijn primaire behoeften overstijgt en dus loskomt van de zorg, is men in staat deel te nemen aan het politieke leven (Tronto 1995, 29).⁸ In een Aristotelisch activiteitschema impliceert de depolitisering die met zorgen samenhangt, vanzelf een dehumanisering.

Premoreel karakter van zorg

Het gegeven dat zorgen als verschijnsel van de huishouding, de 'economie', een eind onder de boomgrens van de politieke vrijheid valt (Vgl. Van Leeuwen 1984, 195), heeft ook gevolgen voor het denken over de morele waarde van zorg. In een Aristotelisch schema is er op het niveau van degenen die zich bezighouden met de zorg in het huishouden maar weinig deugdzaamheid.



Figuur 9 verschillen tussen 'economie' en 'polis'

Deugdzaamheid is als element van de verhouding tussen vrije burgers onderling gebonden aan de openbaarheid en de vrijheid van de 'polis'. Zij wordt wel voorbereid in de 'economie', bijvoorbeeld in de opvoeding van de kinderen, maar kan daar niet worden gerealiseerd in de mate die in de 'polis' mogelijk is, zeker niet in

⁸ Evelien Tonkens refereert aan dit aspect van zorgen als zij in een van haar columns opmerkt dat mensen die in verzorgende en of verplegende beroepen werkzaam zijn, dit niet jarenlang kunnen volhouden.

de verhouding tussen vrijen en slaven. Ook in de verhouding van man, vrouw en kinderen, is er geen sprake van vrijheid zoals die in de 'polis' aanwezig is. Zo valt te constateren dat de kunst van overleggen ('bouleuein'), een kwaliteit die vrijheid veronderstelt en daarom specifiek is voor de politieke praxis, door Aristoteles ook echt voor die sfeer gereserveerd blijft. In de sfeer van de 'oikos' heeft ze geen betekenis (De Rijk 2004; vgl. Van Leeuwen 1984, 214). Datzelfde geldt voor de kunst van het vooruitzien en het kiezen ('proairesis') (vgl. Arendt 1994, 19-20). Bijgevolg valt moraliteit, als een kwaliteit om deel te nemen aan de politieke samenleving, buiten de 'oikos'.

Private normen

Betekent dit nu dat er in de 'oikos', het private domein waarin arbeid en zorgen plaatsvinden, helemaal geen sprake is van normativiteit? Achterhuis ontkent. De verhoudingen in de 'oikos' scheppen een aparte sfeer, die ook in morele zin doorwerkt in de zorg. Net name op grond van de verhoudingen die er tussen de leden van de oikos bestaan.⁹ Volgens Aristoteles gaan arbeid en zorg wel gepaard met specifieke kwaliteiten zoals *mededogen* en *dienstbaarheid*. Maar omwille van hun private karakter dienen ze te worden weggehouden uit de politieke sfeer. Datzelfde geldt ook voor andere kwaliteiten die in de oude economie worden toegedicht aan slaven, vrouwen en kinderen zoals *gehoorzaamheid*, *ijver* en *vlijtigheid*. Ze hebben net als de betrokkenheid tussen de huisgenoten betekenis. Ook in morele zin. Maar omdat ze de verhoudingen van vrijen en gelijken in de 'polis' corrumperen en afleiden van wat in de 'polis' deugd mag heten, zijn het eerder ondeugden dan kwaliteiten (Vgl. Tronto 1995, 29). Binnen de 'oikos' waar andere verhoudingen gelden dan in de 'polis', hebben ze evenwel hun eigen betekenis: daar stellen ze degenen die het betreft, i.c. de slaven, beter in staat om het leven 'kata fusei' als bezielde werktuig ten dienste van de heer en de zijnen te kunnen invullen (Van Leeuwen 1984, 187). Daarom hebben ze eerder een instrumentele dan een zuiver politieke of ethische betekenis.¹⁰ Ze worden als vanzelf gedirigeerd door de hiërarchische ordeningen in de 'economie'¹¹ die voor een deel wel weer een afspiegeling vormen van de verhoudingen in de 'polis'. Toch is er niet alleen een instrumentele moraal in de 'oikos'. Zo kan er zelfs tussen slaaf en heer vriendschap zijn, maar die bestaat volgens Aristoteles slechts voor zover beide mens zijn (Aristoteles E.N. 1161 b5) en verdringt daarmee niet de fundamentele ongelijkheid die eigen is

9 In hoofdstuk 6 kom ik hierop terug.

10 In deze kwalificatie van normen binnen de oude economie, schuilt een merkwaardige parallel met het gebruik van gedragscodes in moderne economieën. Een bedrijfsethiek die stoelt op compliance, kan, beschouwd vanuit dit perspectief eerder als een technisch instrumentarium dan als een ethiek worden gekwalificeerd.

11 Vergelijk met de servicekwaliteiten die tegenwoordig standaard gevraagd worden van medewerkers in serviceorganisaties of restaurants.

aan de natuurlijke machtsverhouding tussen heer en slaaf (De Rijk 2004, 61).¹² Terwijl er dus ook binnen het huis normatieve regels zijn voor de onderlinge verhoudingen, zijn ze toch fundamenteel anders dan die tussen de gelijke burgers van de 'polis'. De morele ordeningen in de 'oikos' worden namelijk getekend door asymmetrie en principiële 'natuurlijke' afhankelijkheden. En niet door vrijheid en gelijkheid (Aristoteles E.N. 1161 a 10 vv).

Ander beeld van arbeid tegenover zorg

Intussen is het zo dat veranderingen in de sociaal economische werkelijkheid, met een op kapitalistische leest geschoeide economie, de arbeid met haar losmaking uit de sfeer van het huishouden, een ander gezicht hebben gegeven. Wat echter alle arbeid, inclusief de vormen van zorgen voor het lijfsbehoud, in vergelijking met de Aristotelische economie is blijven kenmerken, is het cyclische en het gelijkvormige. Datgene wat ook door Tronto wordt geassocieerd met het *apolitieke* karakter van de zorg, tekent onverkort allerlei moderne vormen van industriële en bureaucratische arbeid. Met alle negatieve effecten voor degenen die arbeid verrichten, als gevolg. Het door Adam Smith opgevoerde rationele ideaal van een tot het uiterste doorgevoerde efficiënte productie, met daaraan gekoppeld de ontleding van het arbeidsproces tot steeds dezelfde elementen van gefragmenteerde acties - voor wat betreft de fabricage van spelden gaat het volgens Smith om ongeveer achttien onderscheiden verrichtingen ('operations') (Van Leeuwen 1984, 691) - resulteert dan ook gemakkelijk in een dehumaniserende benadering van de arbeiders: niet voor niets spreekt Adam Smith in de passage van *The Wealth of Nations* waar de werking van de befaamde speldenfabriek wordt toegelicht, niet over de werknemer als individuele persoon, maar heeft hij het over 'hands' waardoor de 'operations' van het arbeidsproces van de speldenfabricage worden uitgevoerd ('performed') (Van Leeuwen 1984, 780). Het is precies die wijze van spreken die bijvoorbeeld Van Heijst naar voren haalt, wanneer ze schrijft over de negatieve effecten van actuele veranderingen in zorgorganisaties die deze transformeren tot door efficiëntie aangedreven zorgfabrieken (Van Heijst 2005, 29 vv). Het gemak waarmee sinds jaar en dag in beleidsteksten wordt gesproken over 'handen aan het bed' maakt deze associatie tot een begrijpelijke. Overigens dient daarbij nog steeds niet uit het oog te worden verloren dat een belangrijk deel van de zorgverlening als activiteit niet zozeer door de invoeging in industriële of bureaucratische ordeningen tot arbeid is geworden, maar dat het dit in het licht van de Aristotelische typologie altijd al was: verplegen en verzorgen zijn gelet op de intrinsieke bevestiging van de menselijke natuurgebondenheid die daarbij plaatsvindt, beter als ar-

12 Wat betreft de huwelijks verhoudingen, worden man en vrouw verondersteld op voet van redelijke gelijkheid met elkaar te overleggen (Vgl. Aristoteles E.N. 1162 a 15 vv). Met betrekking tot de verhouding tussen de man en zijn kinderen: deze weerspiegelt idealiter de verhouding in de polis tussen de koning ('basileus') en zijn onderdanen. En de verhouding van de heer des huizes met zijn slaven weerspiegelt bijna vanzelfsprekend de relatie van de despoot tot zijn onderdanen (Van Leeuwen 1984, 176 vv). Dat sluit, zoals aangegeven, niet uit dat er tussen heer en slaven iets van vriendschap kan bestaan. Tenminste wanneer de heer voorbij de verslaving kijkt en de slaaf beziet als mens ('anthroopos') (Van Leeuwen 1984, 191 vv).

heid te classificeren dan die vormen van moderne arbeid die zijn ontstaan uit de transformatie van (ambachtelijk) werk tot arbeid. Verplegen en verzorgen worden daarom getekend door een ander, dieper type ambivalentie dan moderne vormen van industriële arbeid.

Zorgen en werken

Formeel horen ook vormen van zorgen die er uitzien als ‘werken’ ‘onder de politiek’. Wil zorgen voor iemands gezondheid ‘werken’ heten, dan krijgt het een ander karakter dan louter cyclische arbeid. Bij arbeid blijft het product immers onlosmakelijk verbonden met het arbeidsproces. Het verdwijnt bij het beëindigen van het proces. Zorgen als vorm van ‘werken’ veronderstelt een lineaire activiteit met een isoleerbaar resultaat, dat los van het zorgproces blijft bestaan. Terwijl bij zorg als vorm van arbeid de gedachten onmiddellijk uitgaan naar activiteiten als verplegen en verzorgen, roept geneeskunde een associatie met werken op. Zeker wanneer het lichaam als grondstof voor de medische bewerking wordt genomen (Vgl. Juffermans 1986, 32-36) en er technische hulpmiddelen worden ingezet om dit deel van de aarde, dat ons lichaam vormt, te bewerken. Dit technisch karakter van de geneeskunde wordt al sinds de oudheid beklemtoond (Vgl. Edelstein 1967, 87 vv; 101 vv). Geneeskunde wordt dan ook in de relevante geschriften zoals die van het Corpus Hippocraticum, primair gekarakteriseerd als een ‘technè’, een kunst of een ambacht. Steeds weer benadrukken de klassieke auteurs dit ambachtelijk karakter.

Toch past hier reserve. Want ook al lijkt de geneeskunde op *werken*, zo wordt ze niet onverkort begrepen. Typerend voor elk regulier ambacht (technè) is niet alleen dat de ambachtslieden of kunstenaars die zich daarmee bezighouden een werk produceren dat tegenover hen komt te staan, maar vooral dat zij door hun ambacht grip hebben op de natuur (Arendt 1994, 138). Precies daardoor maken ze zich enigszins los van ‘de economie’, de sfeer van de noodzakelijkheid, en bewegen zich in de richting van de politiek, het rijk van de vrijheid. Grip hebben op de natuur is, als betekenisvol element van ambachtelijk werken, uiteraard ook een belangrijk gegeven voor de situering van de geneeskunde: in ieder ambacht, ook in de geneeskunde, wil de mens laten zien dat hij boven de natuur staat. In de klassieke ambachten wordt dat zichtbaar doordat de mens die dingen maakt in een lineair proces (‘homo faber’), datgene wat hij maakt (het werk of product) uiteindelijk los kan maken van het proces (het werken) zelf (Arendt 1994, 139-142). Daarmee overstijgt hij de cirkelgang van de noodzaak en bevestigt zo zijn vrijheid. Sommige ambachtslieden staan zó vrij ten opzichte van het geobjectiveerde werk als resultaat van hun werken dat ze zelfs kunnen besluiten om het te vernietigen. Voor de arts geldt dat allemaal niet. Hoezeer het ook zijn streven is om zo vrij mogelijk te staan tegenover de natuur, om er grip op te hebben, doen zich daarbij problemen voor. Een eerste probleem is dat het werk van de arts zich niet op eenzelfde manier laat objectiveren als het werk van de ambachtsman (Vgl. Juffermans 1982, 32-36) omdat het nooit op eenzelfde manier valt los te maken van het proces, het werken. Een tweede probleem is dat het doel van de geneeskunde moeilijker

vast te leggen is dan dat van de ambachtsman. Want wat is gezondheid? Het realiseren van gezondheid is dan ook van een andere orde dan het maken van een materieel object dat uiteindelijk geïsoleerd kan worden van het proces. Een derde probleem is de vraag naar de herleidbaarheid van het werk: of de gezondheid van de patiënt resultaat is van het handelen van de arts of van het toeval, valt lang niet altijd uit te maken. Op een meer principieel niveau kan vervolgens nog worden gesteld dat het niet de arts is die geneest, maar de natuur (Vgl. Edelstein 1967, 102). Of misschien de godin Hygieia. De relatie tussen de activiteiten van de arts en de resultaten van zijn werken, is met andere woorden veel minder inzichtelijk gegeven dan bij andere ambachten het geval is. Geneeskunde is dus wel werken, maar ook weer niet. Wat is het dan? Handelen?

Conclusie: cyclische arbeid als exemplarische vorm van a-politieke zorg
 Zorgen blijkt om te beginnen goed te definiëren als een noodzakelijke, cyclische *arbeid* die is gericht op het lijfsbehoud en idealiter wordt gesitueerd binnen de private sfeer van de huishouding. Binnen de bijzondere sfeer van de huishouding en de verhoudingen die daarbinnen gelden, krijgen ze hun betekenis. Het klaar- maken van voeding, maar ook vormen van verplegen en verzorgen lijken vanzelf- sprekend geassocieerd te moeten worden met deze sfeer. Het betreft vormen van zorg die voorafgaan aan de publieke sfeer. Zij zijn daarom uit het oogpunt van de oude Grieken premoreel. Wil deze arbeid/zorg goed worden gedaan vraagt dat om de inzet van een aantal instrumentele kwaliteiten. En om niet veel meer dan dat. Ook lijken deze vormen van zorg een afstompend effect te hebben voor wie erop betrokken zijn. Arbeiden en zorgen komen niet van zichzelf los. Vormen van zorg die naar analogie van dit type zijn opgebouwd, lijken daarom weinig aanspraak te kunnen maken op een hoge maatschappelijke waardering. Dat heeft niet alleen te maken met het cyclisch karakter van de activiteiten - daarin lijkt zorg op andere vormen van moderne arbeid - maar vooral met hun natuurgebondenheid.

Zorgen komt ook voor in de vorm van *werken*. Zij maakt zich dan enigszins los van de sfeer van de noodzakelijkheid, van de 'oikos'. Het gaat bij deze vorm traditioneel om geneeskundige activiteiten. In hun aspiraties, hoe wankel ook, benadrukken ze vrijheid ten opzichte van de natuur en bewegen zich in de activiteiten- typologie in de richting van de praxis. Dat geeft de geneeskunde uiteindelijk een dubbel aanzien en roept de vraag op of het niet handelen moet heten.

5.2.2 Zorgen als politiek verschijnsel (handelen)

Volgens Tronto valt zorgen amper te herleiden tot de sfeer van de politiek. Dat zou niet alleen gelden voor onze dagen maar ook al voor de oude Grieken. Zowel bij Arendt als bij de Nederlandse theoloog Van Leeuwen vind ik evenwel indicaties dat het bij de geneeskunde in de typologie van Aristoteles om een ambacht gaat dat qua activiteit zonder al te veel voorbehoud tot het politieke domein, de praxis, kan worden gerekend. Geneeskunde zou wel een technische activiteit zijn, maar

met duidelijke handelingskarakteristieken. Dat brengt deze zorg in de sfeer van de politiek. Of andere vormen van professionele gezondheidszorg ook zo genoemd kunnen worden, bespreek ik in het volgende hoofdstuk. Daarin kom ik bijvoorbeeld ook terug op de opvattingen van Achterhuis en Van Heijst. Nu ga ik slechts na wat Arendt en Van Leeuwen te berde brengen.

Een vrije kunst met een onmogelijk doel

Een eerste indicatie voor de typering van geneeskunde als een vorm van zorg die handelen mag heten, vind ik in een opmerking van Arendt over het klassieke onderscheid tussen vrije en gebonden kunsten (Arendt 1994, 94). De maatstaven die de oudheid voor dat onderscheid hanteert zijn volgens haar uitdrukkelijk politiek getint: vooral die kunsten heten vrij die om 'fronèsis' vragen, om 'prudèntia'. Dat is de specifieke kwaliteit of deugd van voorzichtig oordelen waarover ook de staatsman (c.q. de burger) dient te beschikken wanneer hij zich in politieke zaken mengt. Ook beroepen die een publiek belang dienen heten vrij ('ascholè'). Dan gaat het niet alleen om de architectuur en de scheepvaart maar ook om de geneeskunde (Arendt l.c.).

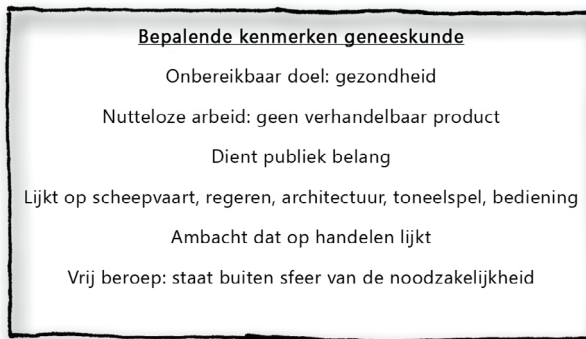
Met de vraag waarin de geneeskunde zich nu precies onderscheidt van de andere ambachten houdt Arendt zich niet bezig. Uit een noot maak ik op dat het karakter van de geneeskunde niet wordt bepaald door het nut dat eraan kan worden toegeschreven voor de instandhouding van lichamen en levens. Want hoezeer ook de aanvoer van levensmiddelen van belang is voor de 'polis', is zij desondanks, zo citeert Arendt Cicero, slechts 'mediocris utilitatis' (Arendt 1994, 350). Vrije beroepen steken daar boven uit: ze worden in essentie dan ook niet gekenmerkt door nut of opbrengst maar vooral door *de aard van hun uitoefening*, dus door *de verrichting als zodanig*. In het verrichten van de activiteiten wordt volgens Arendt over hun belang beslist. En nergens anders. Dat maakt ze tot praxis en geeft ze een politieke betekenis. In termen van Foucault gaat het om 'vrijheidspraktijken'. Daarmee leveren deze 'beroepen, -heelkunde, het bespelen van de fluit, toneelspele - (...) de voorbeelden ter illustratie van de hoogste en schitterendste activiteiten van de mens.' (Arendt 1994, 206). Dat ze los van de oorspronkelijkheid van het proces die ze betekenisvol maakt in de 'polis', waarde genereren is betrekkelijk indifferent. Wie als moderne 'homo economicus' geen oog meer heeft voor de oorspronkelijke betekenis van deze beroepen en vooral kijkt naar de economische waarde, kan ze nog wel vrij noemen maar dat is dan nog amper een kwalificatie van hun oorspronkelijke betekenis.¹³ Dat blijkt uit een citaat bij Arendt uit 'The Wealth of Nations', waarin Adam Smith een typerend commentaar geeft op de vrije beroepen (Arendt; Vgl. Van Leeuwen 1984, 749 vv). Alle vrije beroepen dienen volgens Smith simpelweg op dezelfde lijn te worden gesteld als de diensten van lakeien. Daarmee wordt wel duidelijk hoe improductief en onnut ze naar zijn

13 In de moderne tijd wordt het onderscheid tussen vrije en niet vrije beroepen dan ook anders begrepen dan in de oudheid. Het is volgens Arendt versmald tot de tegenstelling van hoofd- en handen-arbeid en is daarmee los komen te staan van de oorspronkelijke politieke connotaties (Arendt 1994, 94).

(moderne) maatstaven zijn. Smiths commentaar illustreert op een voorbeeldige wijze de fundamentele omslag in het denken over de waarde van arbeid en handelen ten opzichte van de oude tijd. Omdat er bij de politiek of de geneeskunde net zomin als bij bediening aan tafel sprake is van een product, dat geïsoleerd van deze activiteiten op zijn waarde kan worden beoordeeld (en verhandeld), is dat voor Smith reden om ze in de hoek van de improductieve, nutteloze arbeid weg te zetten. Alles wat de cultuur van een natie uitmaakt - politiek, recht, gezondheidszorg, kunst, retorica, muziek - is naar zijn oordeel niets anders dan de parasiet van het kapitaal (Vgl. Van Leeuwen 1994, 751).¹⁴

Een andere indicatie voor het handelingskarakter van de geneeskunde, maar in zekere zin ook bedacht vanuit het ongerijmde, vind ik bij Van Leeuwen. Hoewel de geneeskunde door Aristoteles wordt aangeduid als ambacht ('technè'), krijgt zij daarbij vanwege haar doel wel een aparte status toegedicht. Het doel dat zij nastreeft, gezondheid, (vgl. Aristoteles *Politica* 1257 b) is in absolute zin immers onbereikbaar (Van Leeuwen 1984, 274). Dat maakt het proces eindeloos ('apeiros') en frustreert het doelrationele karakter. Deze eigenschap vormt niet alleen een mooie illustratie van de 'moderne nuttelosheid' van de geneeskunde maar onderscheidt haar ook van de andere 'technai' die wel een duidelijk afgebakend doel hebben (Vgl. Edelstein 1967, 359). Voor Aristoteles schuilt in de eindeloosheid van de geneeskunde een moreel probleem. Ze verdraagt zich niet goed met de teleologische opvattingen die hij hanteert over de moraal en het goede leven (Van Leeuwen l.c.): want hoe zal men met het oog op de eindeloosheid maat kunnen houden in zijn ambities? Hoe moet men hier het juiste midden bepalen? Deze onzekerheid stelt overigens niet alleen de filosoof maar ook de arts voor een fundamenteel moreel probleem.¹⁵

-
- 14 Omdat de vrije beroepen geen directe betekenis of nut hebben buiten de activiteit zelf om, heeft dit een merkwaardige consequentie bij de oude Grieken. Een consequentie die in het wereldbeeld van Adam Smith volstrekt absurd zou zijn geweest. Wil men als samenleving namelijk gebruik maken van deze (volstrekt nutteloze) activiteiten, betekent dit dat er condities geschapen moeten worden die het arts, maar ook advocaten en militairen en operazangers, mogelijk maken om hun activiteiten als vrije beroepsbeoefenaar uit te oefenen. Die condities zijn niet vanzelf gegeven. Om te voorkomen dat de kunst van het geld verdienen die volstrekt los staat van de kunst van de geneeskunde (of de architectuur of de scheepvaart), de geneeskunde afhoudt van haar doel, namelijk gezondheid, voert Plato volgens Arendt een apart element op: 'de kunst om vrij te blijven van de noodzaak om te arbeiden' (Arendt 1994, 128). Die laatste kunst rechtvaardigt een beloning voor de arts en niet de geneeskunde op zichzelf. Door de invoering van deze aparte kunst, kan voorkomen worden dat het vrije karakter van de beroepsuitoefening gecorrumpeerd wordt door de noodzaak om via arbeid in een levensonderhoud te moeten voorzien. Als het aan Plato ligt hoeft een arts niet door zijn werk de kost te verdienen.
- 15 Vanuit een Socratisch perspectief beschouwd lijkt de geneeskunde in haar eindeloosheid op de filosofie. Die blijft doordat zij zich binnen de Socratische opvattingen vooral laat kennen als een weten van het niet-weten, immers ook voortdurend van haar einddoel verwijderd. De eindeloosheid van de geneeskunde is overigens ook een hedendaags vraagstuk. Zoals Achterhuis aantoonde werkt ze met name door in het verschijnsel schaarste: van iets dat oneindig of eindeloos is, is er nooit genoeg (Achterhuis 1988, 279 vv).



Figuur 10 geneeskunde als vorm van politiek handelen

Conclusie: geneeskunde, een ambacht met een politiek karakter

Als we de implicaties van deze opmerkingen op een rij zetten, ontstaat het volgende beeld: geneeskundige zorgverlening kenmerkt zich enerzijds als een ambacht ('technè') dat anderzijds wordt uitgeoefend als een vrij beroep ('a-scholè'). Meer dan andere ambachten ('technai') lijkt ze dan ook op handelen ('praxis') en krijgt daarmee een politiek karakter. Ze dient een publiek belang en vraagt voor haar uitoefening om de deugd van de staatsman ('fronèsis', 'prudèntia'). Zoals ook bij andere kunsten het geval is, is de betekenis van de geneeskunde gegeven met de verrichting zelf en valt zij los daarvan niet te beoordelen. Die koppeling aan het handelen, waardoor geneeskunde het karakter krijgt toegedicht van een vrijheidspraktijk, weerspiegelt in de 'moderne' negatieve waardering van de geneeskunde door Adam Smith. Niet voor niets rangschikt die de geneeskunde onder de nutteloze activiteiten. Tenslotte krijgt de karakterisering van de geneeskunde als handelen, - meer 'praxis' dan 'poièsis' -, nog een typische inkleuring door het gegeven dat haar streven een streven is dat geen einde kent ('apeiros'). Dat maakt de geneeskunde, ook al is het praxis, voor Aristoteles en andere filosofen tot een moreel problematische praxis.

5.2.3 Zorgen als bovenpolitiek verschijnsel

Zoals ik in het begin van deze paragraaf aangaf, wordt de ambivalentie van zorg volgens Tronto niet alleen bepaald door het gegeven dat zorg ónder de politiek staat. Zorg steekt ook bóven de politiek uit. Strikt genomen impliceert deze opmerking dat zorg een dimensie kent die boven de 'vita activa' uitreikt. Die dimensie is op het eerste gezicht lastig thuis te brengen. De enige modus van menselijk bestaan die in het klassieke schema bóven de politiek uitstijgt is de 'vita contemplativa', het beschouwend leven. Een intrinsieke verbinding tussen de beschouwing van het eeuwige en het verrichten van zorgactiviteiten is binnen de aristote-

lische indeling van activiteiten en bestaanswijzen niet goed denkbaar.¹⁶ Willen we toch een dergelijk verband leggen, komen we *in de praktijk* uit bij religieuze vormen van gezondheidszorg zoals die zich in de westerse samenleving vanaf de middeleeuwen manifesteren. In *theorie* komen we, zo zegt Tronto, uit bij de theologie van Augustinus (Tronto 1996). Ook bij Arendt vinden we aanwijzingen voor dat verband (Arendt 1994, 61; 329). ‘Zorg begrepen als ideale invulling van de spirituele elite, was misschien een zeldzame gave, maar na St. Augustinus afbakening van de twee steden zeker geen normaal onderdeel van het aardse domein’, zo lezen we bij Tronto (Tronto 1995, 29-30). Twee dingen vallen in dit citaat op. In de eerste plaats wordt zorg als een zaak van een spirituele elite gedefinieerd. Dat past bij een koppeling met de contemplatie. In de antieke traditie was deze immers voorbehouden aan een elite van denkers en filosofen. In de tweede plaats is er de verwijzing naar de twee stedenleer van Augustinus. Ik interpreteer deze als volgt: zorg *kán* de zaak zijn van een christelijke spirituele elite, omdat zij in de ordening van Augustinus vooral een zaak van de *hemelse stad* is geworden.

Maar hoe moeten we deze verplaatsing van zorg van de aarde naar de hemel nu precies begrijpen? En wat betekent dat voor de definiëring van zorg als activiteit? Bij Tronto vind ik de volgende aanwijzing: ‘Op het meest fundamentele niveau lijkt het christendom een religie over zorg te zijn (...) maar voor het grootste deel is de christelijke traditie van *agapè* niet primair gericht op de onmiddellijke en materiële behoeften van mensen, maar op een algemene liefde voor alle anderen. Hoewel dit idee met krachtige resultaten politiek is gebruikt, is de christelijke liefdadigheid over het algemeen zo veelomvattend in haar bereik geweest dat zij niet kan behoren tot de ordeloze, vieze handenwereld van de politiek’ (Tronto 1995, 30). In een paar zinnen wordt hier attent gemaakt op een fundamentele verandering ten opzichte van het Aristotelische activiteitenschema met duidelijke gevolgen voor het denken over zorgen. In een vijftal punten zal ik die verandering trachten te karakteriseren.

Een eerste punt is dat zorg, geformuleerd als een algemene liefde voor allen, voortaan iets algemeen impliceert en niet beperkt blijft tot de leden van de ‘oikos’ (Arendt 1994, 61). Overigens past daar meteen enige nuancering: in zijn praktische uitwerking veronderstelt de christelijke ‘*agapè*’ wel een gerichtheid op allen, maar verder niet. De gerichtheid op allen wordt immers fundamenteel voorafgegaan door een gerichtheid op ‘de ene’. De liefde voor anderen wordt daarmee theologisch geordend. Precies daardoor wordt zorg, in zijn meest alledaagse en banale vormen, losgeweekt uit de Aristotelische omklemming van de sfeer van de noodzakelijkheid en de ‘oikos’ en getransformeerd tot een activiteit die in principe door iedereen voor ieder ander kan worden gedaan. Vormen van zorg die in de

16 Sterker en misschien meer correct geformuleerd: het leggen van een dergelijke verbinding zeker met vormen van dagelijkse zorg, is welhaast onverdraaglijk. Zo is deelname aan de gelukzaligheid ook niet weggelegd voor de slaaf, bij uitnemendheid de representant van de arbeid. De *vita contemplativa* is de diepste uitdrukking van vrijheid. Dat verdraagt zich geenszins met vormen van zorg, die ten diepste expressie van natuurafhankelijkheid en van de noodzakelijkheid zijn.

Aristotelische ordening nog premoreel zijn krijgen daarmee niet alleen een meer vulgaire betekenis maar ook een expliciet morele lading.

Een tweede karakteristiek van de verandering betreft de 'contemplatie' zelf. Haar oriëntatie verandert (Arendt 1984, 80-81). Is voor de Griekse filosofen het doorgronden van fysica én de metafysica een gelijk oplopend streven en levert de kennis van de bewegingen van de hemellichamen vruchtbare inzichten op voor het verkeren van mensen met elkaar, voor het bereiken van de christelijke gelukzaligheid is dergelijke kennis helemaal niet nodig. Zo stelt Augustinus: "Onder deze omstandigheden geloven wij niet dat het voor het bereiken van het geluk noodzakelijk is - zelfs niet als wij het eens zijn met het vers van Vergilius: 'Gelukkig is hij die de oorzaken van de dingen weet' - de oorzaken te kennen van de bewegingen der wereldlichamen die verborgen liggen in de diepste afgronden van de natuur. (...) De grondslagen van goed en kwaad echter moeten wij kennen en dat, voor zover het de mens gegeven is in dit leven vol dwaling en vergissing, door kennis de dwalingen en vergissingen te vermijden." (Augustinus, 1930, 32).¹⁷

Een derde punt is het volgende: terwijl de contemplatie voor de Grieken een ervaring is die iemand losmaakt van de 'polis', verhindert ze de filosoof niet om de openbaarheid op te blijven zoeken en deel te nemen aan het politieke leven. De liefde tot de goedheid daarentegen, verdraagt zich volgens Arendt niet met de sfeer van de openbaarheid (Arendt 1984, 81). Zij vereist als context het verborgene, wil zij zichzelf niet te niet doen. Dat wordt ook theologisch gelegitimeerd. Zo stelt Augustinus: 'En opdat niemand zich op zijn werken en evenmin op zijn vrije wilsbeschikking zou beroemen, alsof bij hem de verdienste begon, waaruit de vrijheid om goed te handelen als een beloning volgen moest, luistere men naar het woord van de zelfde prediker der genade (c.q. Paulus h.v.d.): "want God is het die naar zijn welbehagen in u het willen uitwerkt en het handelen" ' (Augustinus 1930, 56-57).

Een vierde punt betreft de verheffing en transformatie van zorgactiviteiten uit de sfeer van de 'arbeid' naar die van 'goede werken'. Dat wat cyclisch was (arbeid), krijgt in de nieuwe vorm van goede werken een lineaire gestalte. Niet door haar vorm of betekenis op aarde, maar door de invoeging in de ordening van de 'civitas dei'. Het zwoegen van slaven (en vrouwen) wordt zo vrijgemaakt uit het domein van noodzaak en als uiting van liefde voor de ander de sfeer van de eeuwigheid binnengeleid. Dat lijkt te leiden tot een emancipatie van de zorg, maar de vraag is of deze transformatie de intrinsiek lage waardering van de zorg wel wezenlijk beïnvloedt (Vgl. Tronto 1995, 30).

17 Verderop etaleert Augustinus nogmaals hoe betekenisloos allerlei vormen van kennis geworden zijn ten opzichte van de 'nieuwe weg' naar de gelukzaligheid: 'Om in dingen die geen waarde hebben voor het bereiken van het Godsrijk, dat wil zeggen waaromtrent het van geen betekenis is of men er aan gelooft of niet, of zij waar zijn, of als waar beschouwd worden of vals zijn, om in zulke dingen te dwalen, dat wil zeggen het ene voor het andere te houden, kan niet als zonde worden aangerekend; wanneer dit toch het geval zou zijn, dan kan het toch slechts een lichte of zeer kleine zonde zijn. Kortom van welke aard of hoedanigheid ze ook zijn moge, ze heeft geen invloed op de weg waarlangs wij tot God komen: deze weg is het geloof in Christus, dat werkt door de liefde' (Augustinus 1930, 43-44).

CONTEMPLATIE



Liefde tot de goedheid

Anti-politiek
Negeert de wereld
'Vulgair'
Actief (in goede werken)
Christelijke theologie

Liefde tot de wijsheid

Voorbij de politiek
Doorschouwt de wereld
'Elitair'
Passief
Griekse filosofie

Figuur 11 twee typen contemplatie

Daarmee kom ik aan een laatste, *vijfde punt*. Eigenlijk heb ik het al aangeduid: het is de indifferentie tegenover de zorg, waarin de 'agapè' zich manifesteert (Vgl. Van Heijst 2009, 200; 203). Wortelend in een spiritueel ideaal van een theologische elite, staat de zorg niet als praktijk voorop, maar telt zij vooral als voertuig van de contemplatie. Dat leidt ertoe dat aan de houding waarmee de goede werken zijn verbonden, meer betekenis wordt toegekend dan aan de werken zelf: niet het tegemoet komen aan menselijke behoeften stelt de norm, maar de betekenis die er in de religieuze ordening aan wordt toegekend. De nadruk verschuift daarmee van het handelen naar de houding waar deze uit voortvloeit. Hier wordt duidelijk waarom Arendt aan de manifestatie van een op een andere wereld gerichte religieuze ervaring een geprononceerd negatief karakter toekent (Arendt 1984, 79 vv). Een bovenpolitieke definiëring van zorgen geeft zorgen wel een specifieke morele kleur, maar in de grond genomen is dat een kleur met een antipolitiek karakter.

Conclusie: zorgen als het doen van goede werken

Zorg in de vorm van een bovenpolitiek verschijnsel komt voort uit een christelijke benadering van de werkelijkheid. De nadruk ligt niet primair op wat zorg betekent voor degenen die de zorg ontvangen, maar vooral op de zorgverlener en diens religieuze houding. In de zorg wordt een antwoord gegeven op een principieel eerdere zorg, namelijk die van God naar mensen. Zorg als bovenpolitiek verschijnsel zet de activiteiten van zorg als benedenpolitiek verschijnsel dus in een ander referentiekader en geeft ze met die verandering van context een andere intentionaliteit en doelgerichtheid. Ook ethisch. Dat wat in het Griekse denken amoreel was wordt nu via de religieuze inkadering moreel. Maar het is een andere moraliteit dan die van de antieke 'polis' omdat deze zorg radicaal voorbijgaat aan de politiek. Deze als het ware ontkent door voor haar betekenis te verwijzen naar die andere werkelijkheid, van de stad Gods. Dat geeft deze zorg een specifieke ambivalentie. Terwijl ze het handelen enerzijds losmaakt van het alledaagse, maakt ze het tegelijk vulgair in de oorspronkelijke betekenis van het woord: zorg wordt in plaats van het werk van een spirituele elite een zaak van iedereen.

5.2.4 Evaluatie: meerdere vormen van zorgen

‘Zorgen voor’ iemands gezondheid is te denken als een zeer uiteenlopende activiteit. Uitgaande van een typologie van Arendt die ‘arbeiden’ onderscheidt van ‘werken’ en ‘handelen’, blijkt zorgen al deze vormen aan te kunnen nemen. En meer dan dat. Die veelvormigheid van de zorg impliceert heel uiteenlopende waarden. Daarbij valt op dat in welke hoedanigheid ook, iedere vorm van zorg gekenmerkt wordt door een bepaalde ambivalentie.

Allereerst blijkt zorgen goed te definiëren als noodzakelijke, cyclische *arbeid* gericht op het lijfsbehoud en idealiter gesitueerd binnen de private sfeer van de huishouding die voorafgaat aan het politieke bestaan. Dat maakt deze zorg op een specifieke manier ambivalent. Om te beginnen is er het noodzakelijk karakter: geen mens kan zonder deze vormen van zorg. Hij zal er zich altijd op een of andere manier toe dienen te verhouden wil hij overleven. Dat maakt deze vormen van zorg hoe dan ook tot een constante in zijn bestaan. Tegelijkertijd betekent deze noodzakelijkheid, deze verwijzing naar de natuurgebondenheid, dat deze zorg nu niet bepaald een gebied is waar mensen zich naar het oordeel van de Grieken van hun beste kant kunnen manifesteren. Het bereidt hoogstens voor op het goede leven maar maakt er zelf geen deel van uit.

Een volgende vorm van zorgen maakt zich los van de sfeer van de huishouding en betreedt het terrein van de polis: het betreft de geneeskunde. Ook deze vorm van zorg heeft een dubbel aanzien. Op het eerste oog manifesteert ze zich als ambacht, als werken (*technè*), maar daarenboven blijkt ze een vrije kunst die, wil zij goed worden gedaan, om morele kwaliteiten vraagt die typerend worden geacht voor de praxis. Naar het oordeel van de oude Grieken onderscheidt geneeskunde zich dan ook niet van andere activiteiten op basis van haar nut of economische opbrengst. In die zin is genezen dan ook geen werk maar *handelen*. Het is een oordeel dat ook nog door Adam Smith wordt bevestigd

Ten slotte onderscheid ik met Tronto nog een vorm van zorgen die aan het activiteitschema voorbijgaat. Zij gaat boven de politiek uit. Zorgen voor iemands gezondheid verschijnt hier als praktisch uitvloeisel van een religieuze *grondhouding*. Het is een houding die in principe iedere christen verplicht tot een algemene zorg en aandacht voor anderen en tot het verrichten van goede werken. De nadruk verschuift in deze benadering van zorg van de aard van de activiteiten naar de intentie van het individu, en daarmee naar de individuele moraal. Niet de activiteit op zich is bepalend maar de houding van waaruit ze vorm krijgt. Hoewel zij door haar uitgangspunt te nemen in de christelijke ‘*agapè*’, uitdrukkelijk moreel is geladen, laat ze de sfeer van het politieke in de antieke betekenis achter zich.¹⁸ Daardoor heeft ook deze vorm van zorg een nogal ambivalent aanzien.

18 Anderen zullen zeggen dat zij door de politieke verhoudingen om te werpen bij uitstek politiek geladen is. Ik houd het er eerder op dat zij een einde aan de politiek maakt. Daarom ook ga ik met Arendt mee die in deze het anti-politieke karakter van de liefde tot de goedheid beklemtoont (Arendt 1984, 80-83).

5.3 Conclusie: zorgen verschilt, ook moreel gesproken

Zorgen voor iemands gezondheid: wat is dat voor activiteit? Dat was de leidende vraag van dit hoofdstuk. Voor de opzet van een ethiekbeleid van zorginstellingen dat recht wil doen aan de eigen aard van de zorg, is het een belangrijke vraag. Het is een vraag die ik niet blanco tegemoet trad. Zo gaf ik meteen bij de aanvang van het hoofdstuk aan dat professioneel zorgen als activiteit vanzelf een morele oriëntatie op de ander of het andere kent. Mede daarom zou men bij de inrichting van een ethiekbeleid uit kunnen gaan van een zelfreferentiële handelingskritiek als dragend element van een dergelijk beleid. De vanzelfsprekende morele oriëntatie van de zorg zou namelijk verhinderen dat zo'n beleid uit zou monden in volstreekte willekeur of eigenrichting. Of in de vorm van een onbegrensd paternalisme.

Overigens beklemtoonde ik van meet af aan dat ik die morele oriëntatie van de zorg niet zou willen afleiden uit het denken over houdingsaspecten. Niet dat er geen relatie bestaat tussen houding en doen, maar de suggestie dat de houding of attitude van de zorgverlener alleen garant staat voor de betekenis van het doen, wilde ik verre van me houden. Met een dergelijk beroep op de deugdzaamheid van de zorgverlener, zijn aandachtigheid bijvoorbeeld of zijn zorgzaamheid, is er een te groot risico dat er voorbij wordt gegaan aan de eigen betekenis van zorgen als activiteit. Evenmin wilde ik me bij het denken over de moraal van de zorg laten leiden door de effecten van allerlei zorgarrangementen op systeemniveau. Ook met die benadering, waarbij men zorg en haar uitkomsten louter bekijkt op het niveau van de gedepersonaliseerde, maatschappelijke systemen, zou te gemakkelijk en te snel worden voorbijgegaan aan de betekenis van het doen van de zorg in concrete praktijken. Om te beginnen voor degenen die het meest betrokken zijn bij dat doen, zorgverleners en zorgontvangers. Daar zou het om moeten gaan.

Terugkijkend op het hoofdstuk wordt de vraag of de typering van zorg als activiteit die de revue passeerden, wat meer duidelijkheid hebben gegeven over die concrete vormen van zorg en meer specifiek over professionele zorg als activiteit en haar morele betekenis. Hoe ziet zorgen er als praktische activiteit uit?

Uitgaande van een activiteitentypologie van Hannah Arendt die ons doen herleidt tot oude beelden, met wortels in de antieke oudheid, blijkt zorgen voor iemand met betrekking tot diens gezondheid zich op verschillende wijzen te kunnen manifesteren. Zorgen kan zowel worden gekend als 'arbeiden', als 'werken' en als 'handelen'. Daarnaast onderscheidde ik nog een benadering die zorgen als activiteit tot uitvloeisel maakt van een religieuze grondhouding. Al deze vormen van zorgen vertonen kenmerken van ambivalentie. Steeds op hun eigen manier. Dat heeft ook effecten voor het denken over zorg als een professionele bezigheid, als een vrijheidspraktijk. De meeste vormen van zorgen laten zich, zo blijkt, niet zomaar interpreteren als vrijheidspraktijk.

Om te beginnen worden, zo gaf ik aan, vormen van zorg die er uitzien als arbeid, van oudsher als prepolitiek en premoreel gekarakteriseerd. Opmerkingen van politiek filosoof Joan Tronto over zorgen als een voorpolitieke activiteit worden dan ook bevestigd in de typologie van Arendt. Zorgen blijkt dan dezelfde plaats in te nemen als cyclische arbeid, is er als het ware een synoniem van. Voor zover het

bij arbeiden om moraal gaat lijkt het dan ook vooral om instrumentele kwaliteiten te gaan. Dat duidt op een vrij zwakke morele verankering van het doen zelf. De noodzaak dicteert wat steeds opnieuw moet gebeuren. Daarom biedt dit type zorgen weinig perspectief op een eigen invulling van de zorg door de betrokken personen zelf. Daarom ook heeft dit type zorgen een lage status. Zij ontbeert de potentie om erkend te worden als vrijheidspraktijk. Dat werkt door tot in onze moderne samenleving. Ook al heeft arbeid daarin als element van een moderne markteconomie een heel andere, meer positieve betekenis heeft gekregen, is zorg in de maatschappelijke waardering op achterstand gebleven. Als er van alle vormen van moderne arbeid één vorm van arbeiden moet worden genoemd die ook in de moderne omstandigheden echt arbeid lijkt te zijn gebleven in de oude voorpolitieke betekenis van het woord, dan is het dit type van 'alledaags' zorgen.

De waardering voor zorgen verandert pas wanneer zorgen de gestalte van geneeskundige activiteiten aanneemt: zorgen wordt dan gekend als een meer autonome, hoewel in eerste aanzet nog ambachtelijke activiteit. Met het verwerven van dat ambachtelijk karakter krijgt het al meer dan arbeiden het aanzien van een vrijheidspraktijk. Als men kijkt naar de eigenschap die het meest bepalend is voor deze waardering, is het vooral de onzekerheid waarmee deze geneeskundige activiteiten gepaard gaan. Die maakt dat dit type van menselijk doen, dat in eerste instantie op zo op 'werken' lijkt, voor de antieken meer de gestalte van 'handelen' aanneemt. Het doorvoeren van geneeskundige activiteiten blijkt dan ook om dezelfde morele kwaliteiten te vragen als andere vormen van handelen die van belang worden geacht voor de opbouw van de samenleving: zoals het besturen van de stad of van een schip. Van de verschillende vormen van zorgen die Arendt beschrijft, is de geneeskunde dan ook de enige die de ruimte van de polis betreedt en daarbij echt de gestalte van een vrijheidspraktijk lijkt aan te nemen. Dat maakt de geneeskunde naar haar vorm tot een geëigende kandidaat om na te denken over allerlei andere professionele vormen van zorg. Toch is nog niet meteen duidelijk hoe dat nu verder moet worden begrepen. Of de interpretatie van genezen in termen van handelen inderdaad een adequaat model oplevert voor andere vormen van professionele zorg. Om die vraag te beantwoorden is de schets in dit hoofdstuk van zorgen als vorm van handelen nog te grof. Verder is ook volstrekt niet duidelijk hoe deze vorm van zorgen zich eigenlijk verhoudt tot de andere varianten van zorg die traditioneel als cyclische, onaanzienlijke activiteiten worden weggezet: onder welke condities zouden andere vormen van zorgen die zich van oudsher voordoen als prepolitiek, als cyclische arbeid, zich als vrijheidspraktijk kunnen manifesteren? Ligt daar wel een mogelijkheid?

Gelet op de laatste variant van zorgen die ik besprak en die zorgen verbond met een religieuze houding, lijkt er hoe dan ook wel een opening. Het opmerkelijke van deze bovenpolitieke lezing van zorgen is namelijk dat niet de vormen van het doen op zichzelf bepalend zijn voor de beoordeling van deze activiteiten maar het (religieuze) kader waarin ze worden geplaatst: onaanzienlijke (arbeids)activiteiten worden door hun inkadering getransformeerd tot iets diametraal anders: tot goe-

de werken. Het roept de vraag op een dergelijke transformatie ook niet mogelijk zou zijn op andere vlakken. Voor het overige biedt die laatste variant van zorg maar weinig houvast. Uiteraard impliceert een religieuze inbedding van zorgen een bepaald type moraliteit. Problematisch is evenwel dat deze moraliteit niet zozeer is gekoppeld aan de activiteit zelf dan wel aan haar intentionele gerichtheid. Ten opzichte van de activiteit van het zorgen zelf zou binnen deze oriëntatie zelfs sprake kunnen zijn van morele indifferentie. Omdat de cyclische vormen van zorg hun morele betekenis en maatschappelijk aanzien binnen deze inkadering niet aan zichzelf ontlenen, maar aan hun inbedding in een religieus betekenischema, blijven de activiteiten zelf nog steeds onaanzienlijk: wat telt is de opoffering van het zelf voor alle anderen. Een dergelijke interpretatie verdraagt zich niet goed met het beeld van een vrijheidspraktijk als model van professionele zorgverlening.

Afsluitend: zorgen in termen van arbeiden of het verrichten van goede werken, heeft al met al een nogal gemankeerd aanzien. Zorgen in termen van handelen, i.c. genezen, lijkt een veel rijkere inhoud te bieden. Ook in morele zin. Maar of zij naar haar aard een eigenmachtige professionaliteit kan corrigeren die zich bijvoorbeeld dreigt te verliezen in een al te instrumentele oriëntatie, is nog maar de vraag. Daarnaast is het ook de vraag hoe we vanuit een geneeskundig denkkader zouden moeten oordelen over vormen van zorg die op het eerste gezicht niet op 'handelen' lijken. Kan er aan 'eenvoudige' cyclische vormen van zorg, die een andere gestalte hebben dan een technische geneeskunde, wel zoiets als handelingskwaliteit worden toegekend? Om tot een toereikend oordeel over de betekenis van professioneel zorgen voor de gezondheid van een ander te komen, zullen we nog een spa dieper moeten gaan.

Zorgen als politiek verschijnsel: handelen

Inleiding

Wanneer iemand zegt dat het handelen van zorgverleners een bijzondere vorm van menselijke activiteiten betreft, zal niemand dat ontkennen. Ook zal niemand tegenspreken dat het doen en laten van zorgverleners moreel geladen is. Daarbij zal ongetwijfeld worden opgemerkt dat er wel verschil moet worden gemaakt. Zo zal door de een worden gezegd dat de handelingsbeslissingen van een arts betekenisvoller zijn dan die van een verzorgende. Anderen zullen dat betwisten. Een interessante vraag wordt dan, wat dan precies het verschil maakt. Of er om te beginnen, wel een dergelijk verschil is. En als er verschil is, waar het dan om gaat: gaat het dan om graduele verschillen, samenhangend met de inschatting van de consequenties van het handelen? Of zijn de verschillen meer intrinsiek, gebonden aan de eigen aard van de activiteiten?

In het vorige hoofdstuk heb ik aan de hand van een activiteitentypologie, ontleend aan Arendt, laten zien dat zorg op zeer verschillende manieren kan worden begrepen. Met ook consequenties voor de morele betekenis van de activiteiten. En bijgevolg - zo kan men aannemen - voor de inrichting van een ethiekbeleid van zorginstellingen. De insteek van het hoofdstuk was onder meer om duidelijk te maken dat de eigen aard van zorgen voor iemand met betrekking tot diens gezondheid in zichzelf al grenzen insluit met betrekking tot de moraliteit van het beroepsmatig doen en laten. Zorgen (voor de gezondheid van een ander) zou, zo nam ik aan, worden gekenmerkt door een intrinsieke moraliteit. Daarom zou men in de opzet van een ethiekbeleid vol vertrouwen kunnen uitgaan van een zelfreferentiële handelingskritiek als basis van zo'n beleid. De verkenning naar de eigen betekenis van zorgen als activiteit heeft, tot nu toe, nog geen duidelijke bevestiging gegeven van deze veronderstelling. Daarom zetten we de exercitie door en zoomen nader in op een van de vormen van menselijke activiteiten waarin zorgen zich zou kunnen voordoen. Het gaat om handelen.

Volgens de politieke filosofie van Tronto manifesteert zorgen zich in de regel als een vorm van doen die buiten de politiek staat. Ik heb kanttekeningen bij deze interpretatie geplaatst door erop te wijzen dat aan de geneeskunde - toch ook een vorm van zorg - als activiteit van oudsher wel degelijk politieke betekenis wordt gehecht.¹ Geneeskunde zou met andere woorden praxis, handelen zijn. Ondanks haar ogenschijnlijk technisch, ambachtelijk karakter. De typering van handelen bij Arendt die deze manier van doen voorstelt als een interactief proces dat tussen mensen in bestaat en zich ontwikkelt op geleide van de acties en reacties over en weer, suggereert dat handelen niet gemakkelijk kan worden opgevat als een monomaan gebeuren, geregisseerd vanuit een individualistisch ik: mijn handelen stuit immers vanzelf op het handelen van anderen waardoor het voortdurend wordt beïnvloed en gecorrigeerd. Als professioneel zorgen in die zin kan worden begrepen - als handelen - krijgt het uitdrukkelijk een specifieke normatieve lading: mijn doen en laten in de zorg spreekt nooit voor zich zelf maar kan alleen maar betekenis krijgen wanneer het in de interactie met de ander, in het bijzonder de

¹ En dan niet alleen vanwege aspecten als toegankelijkheid en collectieve solidariteit.

patiënt, zijn definitieve vorm krijgt. Daaraan ontleent het zijn macht, zijn vermogen.

Maar heeft zorgen die betekenis wel? En geldt dat dan voor allerlei vormen van professionele zorg?

Bij Arendt zelf zagen we wel aanwijzingen in die richting: zo figureert de geneeskunde in haar werk als een van de activiteiten die illustratief kunnen worden geacht voor het handelen in de 'polis'. Deze verwijzingen zijn vanwege hun marginaal karakter echter nog niet erg overtuigend. Daarbij komt dat als aan de geneeskunde op goede grond handelingskarakter kan worden toegekend, het nog maar de vraag is of dat ook voor andere vormen van zorgen geldt die in een professionele setting worden uitgevoerd. Niet voor niets herleidt Tronto de negatieve waardering voor zorgen als maatschappelijk verschijnsel tot een Aristotelische lezing van menselijke activiteiten om zichzelf in stand te houden: het zijn vormen van doen die vooraf gaan aan wat belang heeft in de samenleving maar in zichzelf amper betekenis hebben.

Wanneer ik de diverse kwesties herleid tot een enkele, wordt de centrale vraag van dit hoofdstuk wat (professionele) zorg nu eigenlijk tot een vorm van *handelen* maakt en wat dat zegt over de betekenis en de moraliteit van de zorg. In lijn met heel de verkenning van de zorg richt ik me dus niet op de houding of persoonlijke kwaliteiten van de zorgverleners voor de definiëring van haar normatief karakter maar op de definiëring van zorgen als manier van doen. Nog steeds vanuit de veronderstelling dat deze benadering het beste zicht geeft op de morele aspecten van professionele zorgverlening. Een intrigerend punt in deze benadering is of deze impliceert dat vormen van zorgen zoals verplegen en verzorgen ook als handelen kunnen worden beschouwd. Ondanks hun cyclisch karakter. Of dat voor de articulatie van de moraliteit van deze vormen van zorg op andere dimensies moet worden teruggevallen, zoals de houding van de zorgverlener.

Het hoofdstuk is op de volgende manier opgebouwd. In de eerste paragraaf ga ik nader in op de visies van twee Nederlandse auteurs op de specifieke aard van professioneel zorgen voor een ander en op de aantasting die plaatsvindt, wanneer deze zorg wordt onderworpen aan marktmechanismen. Het gaat om Achterhuis en Van Heijst. Eerder refereerde ik al aan hun ideeën. Interessant is dat zij beiden gebruikmaken van de inzichten van Arendt, maar dat op verschillende manieren doen. Dat lijkt samen te hangen met hun beginoriëntatie: terwijl Achterhuis Arendts activiteitentypologie primair koppelt aan de verschijnselen van verplegen en verzorgen, oriënteert Van Heijst zich op de geneeskunde. Daarom ga ik in de tweede paragraaf na wat geneeskunde ondanks haar technisch aanzien nu precies tot handelen maakt. En wat dat dan zegt. Daarvoor zoek ik zoveel mogelijk argumenten in het kader dat ook Arendt hanteert: de ideële opbouw van de klassieke Griekse samenleving. In de derde paragraaf, voorafgaand aan de conclusies van het hoofdstuk, tracht ik de verschillende articulaties van zorgen voor iemands gezondheid in termen van handelen bij elkaar te brengen in een karakteristiek van professionele zorgverlening en haar morele aspecten.

6.1 Zorgen als zorg overeind houden: kiezen voor sfeer of kiezen voor handelen?

Introductie

Wanneer ontwikkelingen in de moderne gezondheidszorg worden bekritiseerd vanuit filosofische hoek, gebeurt dat zelden onder verwijzing naar het gedachtegoed van Arendt. Dat is begrijpelijk. Arendt is, zoals eerder aangegeven, niet een auteur die globaal beoordeeld, een grote waardering aan de dag lijkt te leggen voor zorg als een verschijnsel dat is verbonden met de cyclus van de levensprocessen (Komter 1990, 117; Van Heijst 2005, 95). Haar stelling dat in de loop van de westerse geschiedenis de aandacht voor het leven zelf (zen) de aandacht voor het goede leven (eu zen), dat wil zeggen het leven in de 'polis', heeft vervangen; dat er bijgevolg een omdraaiing van waarden heeft plaatsgevonden, waarbij arbeiden, zeker in de industriële samenleving, in de plaats is gekomen van handelen; dat de nieuwe dimensie van het sociale de grenzen tussen het private en het politieke heeft doen vervagen, het zijn allemaal factoren die ertoe leiden dat auteurs die zich bekommeren om een rehabilitatie van zorg als betekenisvol fenomeen voor de samenleving, ook in politieke zin, niet snel beroep zullen doen op Arendt.

In de Nederlandse filosofische literatuur komen we er evenwel twee tegen: aan de ene kant is dat Achterhuis die onder andere naar Arendts activiteitentypologie verwijst om zorg te vrijwaren van de markt. Aan de andere kant Van Heijst: die doet ook een beroep op Arendts typologie maar dan vooral om te voorkomen dat zorgen wordt weggezet als industriële productiearbeid. Het is interessant om te zien hoe de verschillende accenten in hun interpretatie leiden tot een verrassende tegenstelling in hun voorstellen voor een niet vermarkte gezondheidszorg. Ik geef hun posities weer om zodoende mijn eigen stellingname over professioneel zorgen voor een ander voor te bereiden.

6.1.1 Achterhuis: zorgen kent een aparte sfeer

Achterhuis heeft zich recent op enkele plaatsen uitgelaten over de commercialisering van de zorg. In zijn werk over de utopie van de vrije markt heeft hij een hoofdstuk opgenomen over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg (Achterhuis 2010, 261-272). Naast argumenten die liggen in de sfeer van de beloften van de markt die niet worden waargemaakt - minder kosten, klantvriendelijker - en de risico's van een toenemende medicalisering, gaat hij vooral in op de fricties tussen de logica van de markt en die van de zorg en op de verschillen in de duiding van de relaties die deze met zich meebrengen. *Zorgen voor* iemand is per definitie relationeel, gekenmerkt door wederzijdse betrokkenheid en een bijzondere tijdsbeleving. Auteurs op wie hij zich beroept zijn Tonkens (voor wat betreft de paradoxale effecten van meer markt in de zorg), Mol (met betrekking tot de botsende logica's van zorg en markt) en Vorstenbosch (vooral betreffende de definities van zorgrelaties). Arendt noemt hij hier niet.

In een later artikel wordt Arendt wel prominent opgevoerd (Achterhuis 2011). Eerder werd er al aan gerefereerd. Naast een herhaling van argumenten over de bijzondere aspecten van de relatie die in zorgsituaties naar voren komen - de eigen logica en de tijdsdynamiek van de zorgrelatie en de medicalisering die het vermarkten van de zorg met zich meebrengt - gaat hij vooral in op de verschillende domeinen waarin zorg en productie voor een markt plaatsvinden. Wat hij vooral beklemtoont is dat zorgen, ondanks het betreden van de sociaal-economische ruimte, moet worden onderscheiden van het produceren voor de markt. De nadruk op efficiënte productie zou al te gemakkelijk de eigen inhoud van het zorgproces miskennen en zelfs vernietigen. Het woord 'zorgmarkt' beschouwt hij wat dat betreft als een oxymoron: een begrip dat volkomen tegengestelde werkelijkheden aan elkaar verbindt. De hoofdlijn van de argumentatie van Achterhuis is dat zorg steeds een activiteit is geweest die primair, als arbeid gericht op het behoud van het leven, moet worden gesitueerd in het privé-domein van de 'oikos'. Zij zou pas zeer recent mede onder invloed van het feminisme het terrein van het private hebben verlaten en de publieke ruimte hebben betreden. Overigens zonder dat dit veel effect zou hebben gehad op de traditionele onderwaardering van zorgen. Met betrekking tot die onderwaardering van de zorg, is het niet helemaal duidelijk hoe Achterhuis daarover oordeelt. Aan de ene kant geeft hij aan dat de sfeer van het private, van de 'oikos', en van de activiteiten daarbinnen, ronduit dienen te worden gewaardeerd; dat dit ook degelijk het geval was in oude samenlevingen, overigens in de Romeinse sterker dan in de Griekse; en dat het ook een punt is, waar Arendt oog voor heeft. De 'oikos' en haar onderlinge verhoudingen, met daaraan gekoppeld de verborgenheid van het zorgen, vormt - zo stelt hij met Arendt - een onmisbare bestaansvoorwaarde voor de 'polis' zoals andersom de 'polis' de 'oikos' in stand houdt. Daarom dient zij absoluut in ere te worden gehouden (Achterhuis 2011). Aan de andere kant bevestigt Achterhuis in lijn met Arendts activiteitentheorie een lage waardering voor zorgen vanwege haar cyclisch karakter: een lineaire activiteit in de sfeer van werken zoals een muurtje bouwen, oogst nog steeds meer waardering dan de cyclische activiteit van het ramen lappen. Het is een oordeel dat hij ook in eerdere besprekingen van de zorg naar voren brengt (Achterhuis 1990). Naar Achterhuis' mening is die lage waardering steeds blijven doorwerken en werd zij nog versterkt met de opkomst van de industrialisatie: als vorm van huishoudelijke, vrouwelijke arbeid ging zorg het steeds meer afleggen tegen de veel hoger gewaardeerde mannelijke loonarbeid. Desondanks werd zorg niet uit de sfeer van het private losgemaakt maar bleef nog heel lang deel uitmaken van de bijzondere sfeer van de 'oikos'. Ook onder invloed van het christendom veranderde er weinig in deze verdeling tussen publiek en privaat (Achterhuis 2011).

De relationele sfeer van de 'oikos' versus de productiesfeer van de markt

Het type zorg waar Achterhuis expliciet over spreekt als vorm van arbeid in de 'oikos' met een bijzonder aspect, betreft vooral de huishoudelijke zorg en de verpleging. Dat belet hem niet om met betrekking tot marktwerking in de zorg allerlei andere vormen van gezondheidszorg, ook van medisch specialistische aard,

in zijn beschouwingen te betrekken. De positionering van de gezondheidszorg in een sociale sfeer waarvan de verhoudingen lijken op of naar analogie van die in de 'oikos' dienen te worden begrepen, garandeert volgens Achterhuis het beste dat de eigen relationele logica van de zorg wordt gewaarborgd en dat averechtse effecten zoals medicalisering worden voorkomen: door nadruk te leggen op de aard van de zorgrelatie wordt immers verhinderd dat de patiënt wordt benaderd als een consument aan wie volgens de logica van de markt steeds meer (onnodige) zorgproducten dienen te worden verkocht. Daarbij is irrelevant om wat voor vorm van zorg het gaat. Of zij zich voordoet als lineaire activiteit of als een cyclische, het doet niet ter zake. De relationele context van de 'oikos', maakt dat de positieve betekenis van de zorg als zorg wordt gewaarborgd. Daarom dient men haar niet zomaar prijs te geven aan de markt. Op straffe van verlies van haar eigenheid.²

6.1.2 Van Heijst: zorgen doet zich voor als handelen

De wijze waarop Van Heijst zorgen weg wil houden van de corrumperende werkingen van de markt, wil voorkomen dat er (nog meer) industriële arbeid van wordt gemaakt, verloopt anders. Zij focust niet zozeer op de sfeer waarin de zorg plaatsvindt, maar benadert haar primair als een op zichzelf staande betekenisvolle activiteit (Van Heijst 2005, 197 vv; 181-188). In het doen zelf schuilt de waarde: die maakt het verschil. Daarbij legt ze in haar verwijzing naar Arendt heel andere accenten dan Achterhuis bij het beklemtonen van de relationaliteit van de zorg. Niet het domein waarin de zorg plaatsvindt met zijn specifieke waarden en betekenissen is doorslaggevend voor een adequaat begrip van de relaties in de zorg, maar de activiteit zelf. Van Heijst vindt inspiratie voor het concipiëren van zorgen als een vorm van handelen bij de ethicus Böckle. Die hanteert de activiteitenindeling van Arendt om de geneeskundige zorg te typeren. Geneeskunde is volgens hem, zonder dat hij dat verder uitgebreid beargumenteert 'praxis' (handelen) en geen 'poiësis' (maken) (Van Heijst 2005, 85-86). Ook al lijkt zij zeer op maken. Van Heijst neemt dit idee van zorg als praxis over voor allerlei vormen van zorgverlening en zoekt er een nadere argumentatie voor. Met betrekking tot de aard van het handelen in de zorg maakt ze overigens geen principiële onderscheid tussen de diverse vormen van zorg, zoals genezen of zieken verzorgen. Als argument daarvoor stelt ze dat de uiterlijke vormen van het handelen niet het meest bepalend zijn voor de definiëring van de activiteit. Dat is het interactieve, overkoepelende kader waarin het zorgen plaatsvindt. Ook al ziet het doen van de zorgverlener er

2 De wijze waarop Achterhuis een beroep doet op de eigenheid van de verhoudingen in de 'oikos' om de bijzondere aspecten van de zorg overeind te houden tegenover een bezetting vanuit commerciële marktverhoudingen, staat niet op zichzelf. Zij roept associaties op met de wijze waarop de Nederlandse econoom Klamer aandacht vraagt voor de maatschappelijke betekenis van de civil society, de zogenaamde derde sfeer. Hij onderscheidt die sfeer van enerzijds de markt ('agora') en anderzijds de overheid ('polis') en verbindt haar met de 'oikos': daar begint volgens Klamer de ervaring van de samenleving (Klamer 2005).

uit als werken of heeft het het cyclische aspect van arbeiden, dat maakt geen verschil. 'Het overkoepelend kader van de menselijke betrekking (...) moet daarom worden ingericht als handelen en niet als maken' (Van Heijst 2005, 109). Met andere woorden: de betekenis van de arbeid of het werk liggen niet primair in de noodzaak of het te bereiken doel, maar in het handelen. Daarin hebben ze hun oorsprong. Het is dus de wederkerigheid in de relatie die maakt dat zorgen handelen wordt. Zorgen is dan ook pas zorg, stelt Van Heijst in navolging van Tronto, wanneer zij wordt vormgegeven door beide betrokkenen. Zorg ontvangen veronderstelt met andere woorden geen passiviteit maar is een activiteit die het zorgen mede stuurt en bepaalt. Het is nooit de zorggever alleen die het proces bepaalt. Zorgen gebeurt in een interactie tussen twee mensen die allebei subjecten zijn in het proces. Deze dialectiek van de zorg sluit nauwgezet aan bij de bepaling door Arendt van handelen als een gebeuren dat plaatsvindt tussen mensen. Daarmee wordt zorgen een proces analoog aan de processen van de politiek. Het meest bepalende van het politieke handelen is immers dat het een doen *tussen* mensen is.

Van Heijst onderkent overigens dat Arendt niet erg ver mee zou kunnen gaan in deze redenering, omdat aandacht voor het fysieke, het verkeren in het rijk der noodzaak, bij haar nooit bron zou kunnen zijn van vrijheid en oorspronkelijkheid. De zorg voor het leven gaat bij Arendt principieel vooraf aan het goede leven en is, hoe noodzakelijk ook als voorwaarde voor het goede leven, niet in staat om goed tot uitdrukking te brengen wie wij zijn. Wat in de 'oikos' gebeurt, blijft altijd slechts een voorafspiegeling van het echte leven in de 'polis' en kan bij Arendt geen vrijheidspraktijk zijn. Van Heijst stelt daartegenover dat de uniciteit van mensen al gegeven is in het fysieke functioneren zelf (Van Heijst 2005, 103). De antropologie van Arendt met de strenge cesuur tussen 'zen' en 'eu zen', tussen het animale en het humane, tussen 'privaat' en 'publiek' wijst ze af onder verwijzing naar Tronto's oordeel over de traditionele begrenzing van de zorg (Van Heijst 2005, 105). In de manier waarop de lichamelijke wordt vormgegeven, communiceert iemand al wie hij is. Daarom is de expressieve dimensie van wie wij mensen zijn, niet pas gegeven met het verlaten van het rijk van de noodzaak. Handelen is bijgevolg niet *alleen* een kwestie van spreken of handelen in de 'polis', maar wordt zo ook een dragend aspect van zorg (Van Heijst 2005, 163). Met aandacht voor deze dialectiek, dit handelingsaspect van de zorg, deze vorm van 'disclosure' kan een steeds meer instrumentele en industriële vormgeving van de zorg worden tegengegaan.

6.1.3 Evaluatie

De manieren waarop Achterhuis en Van Heijst op Arendt teruggrijpen om te verhouden dat de eigen aard van de zorg en van de zorgrelatie verloren gaat, zijn interessant, maar roepen ook vragen op. Bij Achterhuis lijkt het vooral de relationele context van de zorg te zijn die de eigen aard van de zorg dient te garanderen. Die geeft de activiteiten hun bijzondere karakter, zelfs waar het in de kern gaat om

onaanzienlijke, cyclische activiteiten. Door de relationaliteit van zorg te bekrachtigen kan worden voorkomen dat steeds meer gebieden van het menselijk leven via marktordeningen worden gemedicaliseerd. Bij Van Heijst is het de definiëring van zorgen zelf als activiteit, die het verschil maakt. Hoe zorgen er verder ook uitziet, of het nu opgebouwd is uit cyclische activiteiten of niet, het meest bepalend is dat zorgen idealiter plaatsvindt als een dialectisch proces tussen mensen. Door het positioneren van het doen in een overkoepelend dialectisch proces, wordt het handelen. Niet de relatie bepaalt het doen, maar het doen de relatie.

In het spoor van Arendt?

Overigens nemen beide auteurs in het poneren van hun visie enige afstand van het denken van Arendt. Het beeld dat Arendt schetst van de sfeer van het sociale is naar het oordeel van Achterhuis te negatief. Hij stelt zich neutraler op ten opzichte van de nieuwe semipublieke ruimte die tussen het publieke (de 'polis') en het private (de 'oikos') domein te vinden is (Achterhuis 2011). Van Heijst verzet zich tegen de bijna ontologische scheiding die Arendt aanbrengt tussen het publieke en het private en in het verlengde daarvan tussen het goede leven (in de 'polis') en het leven sec. Waarom zou zorgen voor het leven sec niet kunnen worden gewaardeerd als aspect van het goede leven? Waarom zou in het lichamelijke van mensen al niet worden gecommuniceerd wie zij zijn? De expressieve dimensie van menszijn reserveren voor activiteiten in de vrije ruimte van de 'polis', voorbij de definiëring van mensen als behoeftige wezens, doet volgens Van Heijst fundamenteel onrecht aan datgene wat in de zorg gebeurt. Alsof er in situaties dat mensen fundamenteel worden gekend als behoeftig, geen vrije ruimte meer zou zijn om elkaars handelen te sturen en de noodzakelijkheden in de zorg element te maken van een vrijheidspraktijk. Alsof daar - net als in andere situaties waarin mensen met elkaar te maken hebben - géén onzekerheid zou kunnen bestaan over de respons van de ander op mijn initiatieven. Alsof er in de zorg voor zeer kwetsbare mensen geen ruimte zou zijn voor wederzijdse expressie (Van Heijst 2005, 94-96; 103).

Fundamentele kritiek

De kritiek van Van Heijst op Arendt is fundamenteeler van aard dan die van Achterhuis. Achterhuis' oordeel over zorg als menselijke activiteit blijft voor een belangrijk deel in het spoor van de oordelen van Arendt: zorg heeft een bijzonder karakter doordat het in een relationele sfeer analoog aan die van de 'oikos' plaatsvindt, maar lijkt zich tegelijk door haar cyclische aard negatief te onderscheiden van andere menselijke bezigheden zoals werken of handelen. Van Heijst wijkt er niet voor terug om zorgen voor een ander te definiëren als handelen, zelfs als het naar de vorm arbeiden moet heten. Haar rehabilitatie van zorgen is wat dat betreft radicaler dan die van Achterhuis. Opmerkelijk genoeg moet tegelijk worden gezegd dat Van Heijst in haar benadering van zorgen als activiteit meer recht lijkt te doen aan Arendt dan Achterhuis, die het doen in de zorg vooral benadert via de karakteristieken van de relationele sfeer waarin ze plaatsvindt. Dat impliceert ook

wel een bepaalde waardering van zorg, maar een die heel indirect tot stand komt op geleide van de betrekkingen die er tussen mensen in de 'oikos' zijn. In tegenstelling tot Van Heijst blijven zo bij Achterhuis de sporen zichtbaar van de klasieke opsluiting van zorg in de sfeer van het onaanzienlijke en het private. Van Heijst trekt zorg - door zorg in lijn van Arendts denken als handelen te percipiëren - meer de richting in van een betekenisvolle activiteit in de sfeer van de 'polis'. Omdat zij zich sterker dan Achterhuis concentreert op het doen van de zorg zelf is haar aanpak in beginsel overtuigender dan die Van Achterhuis. Net als haar kritiek op Arendt: want waarom zou zorgen voor anderen in het teken van hun leven en gezondheid niet deel uit kunnen maken van het goede leven? Waarom zou het niet expressief kunnen zijn en kunnen laten zien wie wij voor elkaar willen zijn?

Overigens dienen we niet uit het oog te verliezen dat de startpunten van waaruit Achterhuis en Van Heijst vertrekken bij hun receptie van Arendt in verband met een visie op zorg, verschillend zijn. Achterhuis oriënteert zich in zijn beschouwing over zorg vooral op *verpleging en verzorging*. Bij Van Heijst is de *geneeskunde* de ingang om te spreken over zorgen als vorm van handelen. Beide verbreden vervolgens hun blik en nemen andere vormen van professionele zorgverlening mee in hun beschouwingen. Desalniettemin is het van belang de verschillen in beginoriëntatie mee te nemen in de waardering omdat deze de blikrichting waarin over de zorg wordt geoordeeld, blijvend bepalen.

Opgave

Een en ander afwegend, leidt de evaluatie van de ideeën van Achterhuis en Van Heijst tot de volgende opgave: wat voor argumenten kunnen er naast degene die Van Heijst al noemt nog worden aangedragen om professioneel zorgen voor iemands gezondheid te karakteriseren als handelen? Gelet op de ideeën van Achterhuis en Van Heijst is het daarbij noodzakelijk om onderscheid te maken tussen verschillende vormen van zorgen en onze vraag preciezer te formuleren: 1. Wat maakt geneeskunde nu eigenlijk tot handelen? Vervolgens: 2. Wat voor argumenten kunnen er worden aangedragen om géén onderscheid te maken tussen geneeskunde en andere vormen van zorgen zoals verplegen en verzorgen? Om deze vragen te beantwoorden ga ik in principe de activiteitentypologie van Arendt niet te buiten. Aan de hand van de positie van de geneeskunde in de antieke 'polis' ga ik na waarom de geneeskunde eigenlijk handelen zou moeten heten. Vervolgens beargumenteer ik, waarom er aan andere vormen van gezondheidszorg zoals verplegen, een vergelijkbare betekenis moet worden toegekend. Mocht ik de juiste argumenten niet vinden, rest de vraag of de opening van Achterhuis wél soelaas biedt om de bijzondere betekenis van zorgen, ook wanneer zij zich voordoet als eenvoudige, cyclische arbeid, te handhaven en te vrijwaren voor de veronderstelde vervreemdende invloed van de markt.

6.2 Wat maakt geneeskunde nu precies tot handelen?

Introductie

Wat maakt geneeskundig zorgen tot handelen? Welke verschillen zijn er in dat opzicht met verplegen? En wat zegt dat dan? Om dat te achterhalen oriënteer ik me in deze paragraaf om te beginnen op de afbakening van de geneeskunde in de antieke 'polis'. Daarmee blijf ik in het spoor van de typologie van Arendt. Dat doe ik niet om Arendt trouw te blijven, maar omdat ik aanneem dat deze werkwijze tot meer begrip kan leiden van de specifieke betekenis van professioneel zorgen voor iemands gezondheid. Een voordeel van deze werkwijze is dat de geneeskundige praktijk kan worden verhelderd aan de hand van een maatschappelijke setting waarin amper sprake is van een economische waardering van de zorgactiviteiten. Of van enige andere activiteit. Van 'economie' in de moderne betekenis van het begrip is immers geen sprake. Daarom vallen er onderscheidingen te maken die in het alles gelijkmakende perspectief van een moderne geldeconomie nog maar moeilijk te maken zijn. Daardoor krijgt men mogelijk zicht op een vorm van maatschappelijke waardering van zorg die niet economisch van aard is in de moderne zin van het woord. Vanzelfsprekend impliceert dit voordeel meteen een nadeel: want wie zegt dat een afbakening in lijnen van zo'n antieke samenleving nog iets te betekenen heeft in onze dagen? Het is een serieuze kwestie die om een serieus antwoord vraagt.

Om te beginnen kan men zeggen dat er op het gebied van de geneeskundige zorg voor gezondheid naast discontinuïteit ook continuïteit is (Flashar 1997). Zo is de moderne Nederlandse artseneed een andere dan de Eed van Hippocrates (Dupuis 1994). Wij zweren bijvoorbeeld niet meer bij de godin Hygieia. Tegelijk wordt er toch enige verwantschap verondersteld (vgl. Ten Have, Van Leeuwen, Ter Meulen 2009, 53). Al was het maar vanwege het gegeven dat er ook nu nog wordt gesproken van een artseneed. Het is belangrijk om deze verschillen en overeenkomsten te articuleren. Voor de opbouw van de paragraaf betekent dit het volgende. Allereerst volgt een beschrijving van de geneeskundige praktijk in de antieke 'polis' ten tijde van de ontwikkeling van de Hippocratische geneeskunde. Vervolgens beantwoord ik de vraag wanneer zorgen voor iemands gezondheid handelen wordt: waar ligt de overgang tussen de dagdagelijkse zorgactiviteiten die wij allemaal moeten ondernemen om onze gezondheid te onderhouden en de professionele zorg voor de gezondheid van een ander?

6.2.1 Geneeskunde als exemplarische vorm van handelen

Ten tijde van Aristoteles komen artsen in zijn omgeving steeds meer onder invloed te staan van een betrekkelijk nieuw paradigma. Dat begrijpt de geneeskunde in toenemende mate als een op zichzelf staand ambacht ('technè') dat duidelijk moet worden onderscheiden van zowel de filosofie als van de met magische riten uitgeruste mysteriënleer, waarvan zij oorspronkelijk deel uitmaakt (Godderis

2005, 23 vv). Deze verzelfstandiging van de geneeskunde ten opzichte van de filosofie en de magie wordt over het algemeen geassocieerd met de naam van Hippocrates (circa 400 v. Chr.). Het meest opvallende nieuwe element in de Hippocratische geneeskunde voor wat betreft de definiëring van de medische praktijken is de aandacht voor de casus als leer en informatiemiddel (Horstmanshoff 2006, 8). Dat past bij de min of meer autonoom wetenschappelijke oriëntatie van deze geneeskunde. In de uitwerking die volgt richt de Hippocratische geneeskunde zich vooral op de praktische behandeling van ziekten (Van der Eijk 1999, 67). Daardoor ontwikkelt zij zich tot een geneeskunde met zowel een wetenschappelijke als een praktisch-kritische inslag. Dat laatste element speelt ongetwijfeld ook een rol in de verwijzingen naar de Hippocratische geneeskunde die bij Plato en Aristoteles zijn te vinden: niet voor niets presenteren zij deze Hippocratische geneeskunde als een methodisch analogon van zowel de praktische filosofie als de politiek. Volgens Flashar ligt in die analogie precies het onderscheidende van de geneeskunde ten opzichte van de andere ambachten ('technai') (Flashar 1997, 7).³ Wat is nu dat onderscheidende?

Het onderscheidende van geneeskunde

Wat de geneeskunde onderscheidt van andere 'technai' is vooral de aard van het beslissingsproces. Bezigheden die in dat opzicht door Aristoteles in de *Ethica Nicomacheia* op een lijn worden gesteld zijn de geneeskunde, de strategie, de navigatie, de scheepsbouw en de 'economie' (als de kunst om geld te verdienen⁴). Voor al deze activiteiten geldt dat zij om 'fronèsis' ('prudentia') vragen (Godderis 2005, 26). Dat is volgens Aristoteles 'een rationele eigenschap (.) die de mens volgens wáár inzicht doet handelen met betrekking tot wat voor hem goed of slecht is' (Aristoteles *Eth.N.* 1140 b). 'Fronèsis' heeft volgens hem 'niet te maken met wat vaststaat en onveranderlijk is - maar met die dingen waarover men kan twijfelen of zich kan beraden' (Aristoteles *Eth. N.* 1143 a). Die twijfel manifesteert zich al bij de keuze van het juiste moment van handelen. Een van de wezenlijke aspecten van de deugd van de 'fronèsis', de 'prudentia', is dan ook dat zij iemand in staat stelt om naar behoren 'de politiek van het moment (de 'kairos')' uit te voeren. Dat is niet eenvoudig. Zoals het eerste aphorisme in het betreffende deel van het *Corpus Hippocraticum* het verwoordt: 'Het juiste ogenblik gaat snel voorbij. De ervaring bedriegt, de beslissing is moeilijk' (Hippokrates, 1994, 192). Of het nu om de 'polis' of het individu, het lichaam of de ziel gaat, het mechanisme of beter de kunst van het handelen is eigenlijk steeds hetzelfde: de kern van de inzet van de praktische kennis is om 'de *kairos* te grijpen.' (Foucault 1984, 58).

3 Opmerkelijk is niet alleen de parallel die Plato en Aristoteles zien tussen filosofie en geneeskunde. Ook de wijze waarop ze aan Hippocrates refereren, is bijzonder, namelijk als een beroemdheid die model staat voor de praktijk van de geneeskunde (Rütten 1997, 27-28). Hetgeen duidelijk maakt hoe vanzelfsprekend het werk van Hippocrates in het verloop van een halve eeuw ingeburgerd raakt in de geneeskundige praktijk en het toenmalig denken over de geneeskunde bepaalt.

4 In het Grieks van Aristoteles wordt dat dan ook niet aangeduid met het woord 'oikonomia' maar 'chrematistikè' (Van Leeuwen 1984, 228).

Op het gebied van de gezondheid staat niets vast en is niets onveranderlijk

Een vaardigheid als ‘de kairos’ grijpen, behelst geen specifieke wetenschappelijke kennis (‘epistèmè’) en evenmin een technische competentie (‘technè’) of het beschikken over meningen (‘doksa’). Die elementen zijn wel van belang, maar geven nog geen zekerheid over wat er moet worden gedaan. Zeker niet op het gebied van de gezondheid. ‘Geldt dit al voor een algemene uiteenzetting (op dat gebied h.v.d.), een uiteenzetting over individuele gevallen moet nog veel verder afzien van nauwkeurigheid. Die vallen immers onder geen enkele vorm van kennis, onder geen enkel pakket van traditionele voorschriften. De handelende persoon moet zelf van geval tot geval nagaan wat de situatie vereist (..)’ (Aristoteles Eth.N. 1104 a). Dat heeft tot gevolg dat over de vraag hoe men moet handelen ten aanzien van deze dingen nog slechts in grote lijnen kan worden gesproken: ‘De hele discussie over hoe men moet handelen blijft noodgedwongen beperkt tot een schets. (..) De eisen die men aan een uiteenzetting stelt (moeten immers h.v.d.) overeenstemmen met de behandelde materie. En op het gebied van het handelen en van wat nuttig is, staat, evenals op het gebied van de gezondheid, niets vast en is niets onveranderlijk’⁵ (Aristoteles Eth.N. 1104 a-1104 a 5; Vgl Nussbaum 2001, 422).

Kennis van het goede op zichzelf helpt niet

Ook kennis van het goede in absolute zin helpt volgens Aristoteles niet voor het nemen van beslissingen in praktische situaties waarin het aankomt op het concreet toepassen van bepaalde kennis en vaardigheden: ‘Men ziet ook niet in welk voordeel een wever of timmerman voor zijn eigen vak zal halen uit de kennis van het goede op zichzelf, of hoe iemand een beter geneesheer of strateeg zal zijn, omdat hij ‘De Vorm’ zelf heeft aanschouwd. Het is duidelijk dat een dokter ook de gezondheid niet op die manier bekijkt; hij onderzoekt de gezondheid van de mens, of beter nog wellicht, de gezondheid van een bepaald mens: hij behandelt individuen’ (Aristoteles Eth. N. 1097 a 10-15).⁶ Hoever we hier zijn verwijderd van wat arbeid heet wordt duidelijk als we vaststellen hoezeer het bij dit handelen om eigenschappen gaat, waarvan Aristoteles beweert dat de modelarbeider, de slaaf, er niet over beschikt: enerzijds betreft dit het vermogen om een zaak te overwegen en een beslissing te nemen (‘to bouleutikon’) en anderzijds het vermogen om vooruit te zien en een keuze te doen (‘proairesis’) (Arendt 1994, 348; Vgl. Godderis 2005, 272). Afgezien van zijn opmerkelijke oordeel over de menselijkheid van de slaaf, valt op hoezeer deze Aristotelische handelingsopvatting aansluit bij moderne benaderingen van professionaliteit (Houtlosser 2010; Jeurissen en Van Dartel 2006).

5 Een mooi argument voor een contextuele ethiek.

6 Aristoteles zet zich hier duidelijk af tegen de ideeënleer van Plato. Kennis van de zuivere vorm of idee, helpt niet in complexe praktijken, waarin het gaat om individuele situaties.

De context van het geneeskundig handelen

Maakt de aard van het beslissingsproces dat het werk van de arts *handelen* kan worden genoemd, de aard van de context bekrachtigt dat nog eens extra: die wordt in de betreffende literatuur vooral als een publieke, c.q. politieke context geduid. Zeker als het een rondtrekkende dokter betreft, is de dokter iemand die zijn werk verricht in een publieke sfeer (Flashar 1997, 12-13). Die publieke sfeer garandeert de mogelijkheid - of misschien beter de noodzakelijkheid - om zich al handelend als bekwaam arts te etaleren en zich in en door zijn praktijk verdienstelijk te maken voor een bepaalde stadssamenleving. De arts is dan ook niet per se bekend met zijn patiënten, maar zal zich steeds opnieuw in hun situatie moeten verplaatsen. Voor het welslagen van zijn onderneming is het van belang dat de patiënt en eventueel diens familieleden meewerken. Het handelen van de arts is dan ook steeds een handelen met. Door de afhankelijkheid van anderen, manifesteert het zich als een handelen dat voortdurend is onderworpen aan tegenbewegingen van andere actoren. Dat verhindert niet een zeker paternalisme in de verhoudingen tussen arts en patiënt. Maar ook wanneer de beelden van de arts-patiëntrelatie, paternalistisch ogen en wijzen op een asymmetrie in de relatie, maakt dat de patiënt niet tot een willoos behandelobject.⁷

Veelomvattende zorg

Als vorm van geneeskundig handelen is zorgen voor iemands gezondheid ook om een andere reden verschijnsel van de politiek: zorg heeft betekenis voor burgers én daarmee voor de opbouw van de 'polis'. Die betekenis betreft overigens niet alleen het genezen van ziekten in strikte zin. Genezen omvat in het Corpus Hippocraticum veel meer dan louter behandelen. Ook houdt de plicht van de arts niet per se op wanneer genezing niet meer mogelijk is (Godderis 2005, 116 vv). Van de grote hoeveelheid woorden die worden gebruikt om de activiteiten van de arts aan te duiden zijn er dan ook slechts twee die de specifieke betekenis zouden hebben van het herstellen van gezondheid: 'apalassein' (bevrijden) en 'hugiazein' (gezond maken) (Van der Eijk 1999, 68). 'Therapeuein', het Griekse woord dat wij kennen in 'therapie', heeft in de Hippocratische traditie een veel bredere betekenis dan behandelen. Er wordt ook verplegen en verzorgen mee aangeduid. Zo vindt de antieke geneeskunde ook een geaccepteerde vorm in verpleegkundige en verzorgende activiteiten.

7 Wat dat betreft is het van belang om de politieke verhoudingen van het oude Griekenland niet uit het oog te verliezen. Naast een gelijkwaardige relatie tussen burgers die idealiter overeenkomt met de verhoudingen in de economie tussen man en vrouw ('politeia'), is er een voor de Grieken acceptabele en rechtvaardige verbinding te denken tussen arts en patiënt die overeenkomsten vertoont met de verhouding van de koning ten opzichte van zijn onderdanen ('basileia'). In de 'oikos' weerspiegelt deze verhouding die tussen de vader en zijn kinderen. Zeker. Die verhoudingen zijn anders dan wat wij democratisch zouden noemen, maar daarmee ook naar moderne maatstaven niet per se verwerpelijk. In Aristotelisch perspectief verdienen 'basileia' en 'politeia' zelfs nog de voorkeur boven de democratie, omdat de democratie in de ogen van Aristoteles een regeringsvorm is waarbij de macht vooral gegeven is aan de *arme* burgers.

Arts, ambacht, status

Edelstein koppelt de status van de arts op een specifieke wijze aan het handelingskarakter van de geneeskunde. De geneeskunde doet zich ook volgens hem in eerste aanzet voor als een ambacht, een ‘techné’ zoals andere. Met eenzelfde status als andere beroepen. Dat iemand dat beroep bekleedt is op zichzelf dan ook niet bepalend voor zijn positie op de maatschappelijke ladder. Anders wordt het wanneer artsen door hun hândelen een bepaalde faam verwerven en er zo in slagen dat vele patiënten zich bij hen melden (Edelstein 1967, 87 vv). De titel van de arts zegt met andere woorden op zichzelf niets, heeft geen maatschappelijke betekenis. Pas door zich in de praktijk te manifesteren als goed beoordelaar en behandelaar van ziekten, verwerft de arts patiënten én aanzien. De crux van zijn positie schuilt dus in het handelen. Dat sluit aan bij de opmerkingen van Flashar over de overeenkomsten van de geneeskunde met de praktische filosofie (Flashar 1997, 7). Het artseneroep staat in principe dan ook voor iedere burger open en is op geen enkele manier onderworpen aan beperkingen of openbare regelingen (Edelstein l.c.). Ook het beschikken over theoretische kennis maakt op zichzelf beschouwd niet uit. Pas in de praktijk manifesteren zich bepalende kwaliteitsverschillen tussen de artsen met uiteraard effecten voor hun mogelijkheden om hun diensten aan te bieden (Edelstein l.c.). Alleen zo kunnen burgers bepalen tot welke arts ze zich zullen wenden.⁸

De aard van de arts-patiëntrelatie

Hoewel de geneeskunde wordt gekenmerkt door morele voorschriften die passen bij een persoonlijk getinte verhouding (Flashar 1997, 7; Vgl. Godderis 2005, 55-56) is het geen relatie die het private karakter heeft van de moderne arts-patiënt relatie (Godderis 2005, 42). Wanneer sommigen de antieke arts-patiëntrelatie typeren als een vriendschapsrelatie, past daar dan ook de opmerking bij dat vriendschap in de oudheid een andere betekenis heeft dan in onze dagen: zakelijker, en meer openbaar dan wij geneigd zijn te denken (Godderis 2005, 33 vv). Vriendschap wordt eerder gezien als kwaliteit van de verhoudingen tussen vrije burgers dan als een exclusief verband tussen intimi op basis van exclusieve keuzes (Vgl. Godderis 2005, 35-36). De arts-patiënt relatie dient dan ook in de juiste context te worden geplaatst. Hoewel de arts zich tegenover de patiënt vriendelijk kan gedragen, blijft het een vorm van betrokkenheid die past bij de publieke verhoudingen van vrije burgers (Godderis 2005, 42). Zij is eerder gestoeld op verwachtingen van wederzijds gedeeld nut en op verbanden die passen bij een beleving van gemeenschap-

8 Niet de titel is bepalend voor het gezag van de arts maar de praktische competenties. Die opvatting weerklinkt ook in moderne wetgeving met betrekking tot de geneeskunde zoals de wet BIG (Vgl. Hendriks 2009, 226).

pelijkheid in de context van de 'polis' dan op een modern beeld van vriendschap als vorm van exclusieve intimiteit.⁹

Zorgen voor gezondheid als opdracht van de politiek

Een interessante kwestie voor het karakteriseren van de geneeskunde als vorm van publiek/politiek handelen is de vraag of de plicht om anderen bij te staan wordt beperkt door de verhouding die men inneemt tegenover de stad waarvan de ander deel uitmaakt. Deskundige beoordelaars van het Corpus Hippocraticum stellen dat de ethiek van de Hippocratische arts een eigen normatieve oriëntatie kent die niet politiek is begreemd: geneeskunde strekt zich uit tot eenieder die zich tot de arts wendt. Toch zijn er aanwijzingen in het Corpus Hippocraticum die een andere richting uitwijzen. Zo wordt aangegeven, dat het niet de plicht van de arts is om zijn deskundigheid aan te wenden voor de zorg aan vijanden van de 'polis'. Deze begrenzing van de plicht om anderen zonder onderscheid des persoons te behandelen spoort met uitlatingen van Plato in *De ideale Staat*, maar ook met opvattingen van Aristoteles (Godderis 2005, 43;51 vv): bij de overwegingen om zich te bekommeren om een zieke hoort ook dat men rekening houdt met de betekenis van de burger voor de 'polis' (Plato, *De staat*, III 407 e). De context van de geneeskunde wordt daarmee ook in dit opzicht politiek gekleurd. Dat betekent voor de praktijk ook dat de vrije arts zich in zijn zorg vooral beperkt tot de behan-

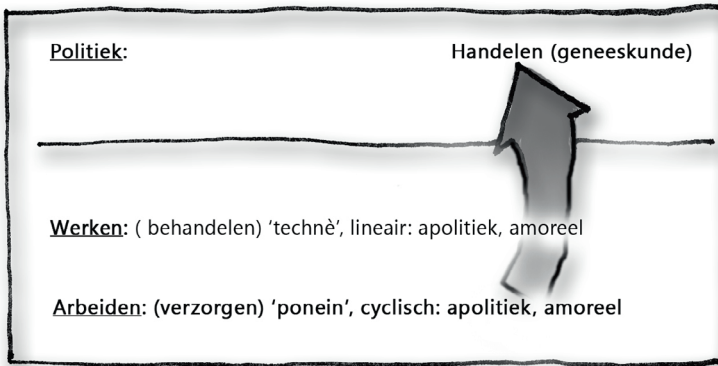
9 In dit kader passen ook opmerkingen van Manschot over verschillende typen vriendschap die in de Griekse stadssamenleving naast elkaar bestonden (Manschot 2007) en opmerkingen van Godderis over onze neiging om anachronistisch te oordelen over de Griekse beelden van vriendschap (Godderis 2005, 33 vv). In ieder geval dient het idee dat de arts-patiëntrelatie een privaat karakter kent, te worden verworpen. Het betreft een publiek ambt. Daarbij komt nog dat de antieke arts in de regel een rondtrekkende arts is, voor wie de patiënten meestal vreemden zijn. Dat impliceert kortstondige behandelrelaties met patiënten en een vorm van werkzaamheid waarbij de arts zijn werk niet zozeer in de beslotenheid van een spreekkamer voltrekt maar in de openbaarheid van de 'polis', volop zichtbaar voor anderen (Flashar 1997, 12; Rütten 1997, 102 vv). Precies door die zichtbaarheid garandeert hij zich van patiënten en is hij in staat kan zijn diensten te verrichten voor de 'polis' waar hij te gast is. Vandaar ook de nadruk in het Corpus Hippocraticum op pragmatische aanwijzingen voor de zelfpresentatie van de arts in de publieke ruimte, qua kleding en omgangsvormen: zijn dat opmerkingen die heden ten dage als impertinent begrepen zouden kunnen worden, omdat ze veel inbreuk maken op de persoonlijke levenssfeer, voor de antieken betreft het uiterst zinnige adviezen die de betrouwbaarheid van de arts vergroten als publiek figuur. Daarbij komt, zo stelt Plato, dat de wijze waarop men zich presenteert, ook veel duidelijk maakt over het karakter dat men heeft (Rütten 1997, 103,104). Daarom is de *euschimosunè*, de welgevormde gestalte van lichaam en ziel, een kenmerk van een goede geneeskundige praktijk: zij maakt patiënten duidelijk wie men voor zich heeft. Dat bevordert niet alleen de vertrouwensrelatie van arts en patiënt. Het zien van de naar geest en lichaam wel gevormde arts heeft op zich al ook een positief effect op de gezondheid van de patiënten (Rütten 1997, 107). De ethiek van de geneeskunde verbindt zich hier als vanzelf aan een bestaansethiek. Niet van de patiënt, maar eerst en vooral van de arts.

deling en verzorging van vrije burgers. De zorg voor slaven is voor minder gekwalificeerde hulpartsen weggelegd (Godderis 2005, 52).¹⁰

Geneeskunde en filosofie

De politieke betekenis van de geneeskunde kan ten slotte ook worden afgeleid uit de kritiek van de filosofie op de geneeskunde. Een probleem dat Plato in zijn tijd signaleert is dat een geneeskunde die zich te veel gaat bezighouden met allerlei aspecten van het menselijk bestaan en niet alleen met ziekte (Van der Eijk 1999, 70), het risico loopt burgers systematisch te gaan afhouden van de publieke taken die zij als burger in de 'polis' hebben te vervullen. Dat heeft onmiddellijk effecten op de kwaliteit van de samenleving: 'Dat het peil van een samenleving laag is, daarvan kun je toch geen overtuigender bewijs krijgen dan het feit dat er niet alleen bij de onbeduidende mensen uit de arbeidersstand, maar ook bij de bevolkingsgroepen die pretenderen een bepaalde ontwikkeling en beschaving te bezitten, behoefte bestaat aan gespecialiseerde artsen (en juristen)?' (Plato, *De ideale staat* 108). De geneeskunde verliest zo praktische en politieke betekenis (Plato, *De ideale staat* 110). Terwijl niet uitgesloten kan worden dat de filosoof hier enige nijd aan de dag legt, omdat de geneeskunde van zijn dagen in haar betekenis voor de 'polis' een ware concurrent van de praktische filosofie lijkt te zijn geworden, maken zijn opmerkingen terdege attent op de betekenis die geneeskunde als praktische activiteit heeft voor de opbouw van de samenleving. Dat die betekenis niet door iedereen gewaardeerd wordt, zelfs als bedreiging wordt gezien, doet weinig af aan haar karakter. Toch is het niet ondenkbaar dat de filosoof een waar punt aansnijdt. De ambivalentie van de geneeskunde, die enerzijds 'technè' is en anderzijds 'praxis', biedt een opening naar 'praktijken' waarin niet langer de praxis regeert maar de voorkeur uitgaat naar het realiseren van snelle oplossingen voor slecht gedefinieerde problemen.

10 In het Corpus Hippocraticum worden met betrekking tot de plicht van de arts om de ander te helpen verschillende opmerkingen gemaakt. Ook over de begrenzing van de plicht door de inschatting van de kansen van de patiënt om te genezen. Wanneer duidelijk is dat de ziektegeschiedenis slecht afloopt, dient de arts, zo wordt op een aantal plaatsen geadviseerd, te wijken. (Dat wil overigens niet zeggen dat de arts dan altijd weg zal blijven bij de patiënt. Voorbij het perspectief van de behandeling kan er immers nog wel een zorgopdracht zijn). Is de beslissing om gelet op de ontwikkeling van de ziekte, terughoudend te zijn in de behandeling en eventueel af te zien van geneeskundige zorg, in eerste aanzet ingebed in het medisch technisch handelen zelf, er is ook een politieke dimensie. Men zou immers op basis van het ongunstige ziekteverloop onjuiste conclusies kunnen trekken over de vaardigheden van de arts. Hetgeen de mogelijkheden om werkzaam te zijn in de praktijk negatief zou kunnen beïnvloeden. Met andere woorden: naast een intern aspect kent de beslissing om verdere behandeling en verzorging te staken ook een extern, meer politiek aspect (Godderis 2005, 112-117).



Figuur 12 de verhouding van arbeid, werk en handelen in de context van de geneeskunde

Conclusie: geneeskunde is een ambachtelijke vorm van zorg met een duidelijk politiek aspect

Het directe nut van de geneeskunde is niet het belangrijkste element als het gaat om de kwalificatie van geneeskunde als handelen. Integendeel. Nut is een moderne categorie die voor de vaststelling van de waarde van de geneeskunde als handelen, van beperkte betekenis is. Geneeskundig handelen, ook wanneer het de vormen aanneemt van werk of van arbeid en het dus in concreto verplegen en verzorgen wordt, krijgt geen handelingskarakter toegedicht vanwege haar uitkomst of het gebruik van technische middelen maar door de onzekerheid die met het proces gepaard gaat en die in het handelen adequaat dient te worden beantwoord. Dat is geen eenvoudige opgave voor de arts. De onzekerheid is namelijk een veelkoppig fenomeen en niet te reduceren tot een enkele factor. Niet alleen het individuele karakter van de situatie, waardoor nog maar moeilijk teruggevalen kan worden op algemene regels, creëert onzekerheid. Ook de afhankelijkheid van de instemming van de patiënt speelt mee. Daar bovenop komen nog de fundamentele onbereikbaarheid van het einddoel en de afhankelijkheid van de natuur om gezondheid te herstellen. Er is met andere woorden geen zekerheid over wat er moet worden gedaan. Steeds zal in de individuele situatie dienen te worden bepaald wat er moet gebeuren. Tenslotte is er ook het publieke karakter van de context waarin wordt gehandeld. Buitengewoon veel hangt dan ook af van de praktische verstandigheid die de arts aan de dag legt. Om te beginnen om het juiste moment van handelen te bepalen. Vervolgens om het proces in overeenstemming met de steeds wisselende omstandigheden effectief vorm te blijven geven. Of het handelen van de arts echt handelen is en ook als zodanig wordt (h)erkend, is daarom afhankelijk van de actuele beslissingen in het handelen zelf. En niet van de theoretische of technische kennis die de arts over de geneeskunde heeft. Dat geeft de medische praktijk alleszins het aanzien van een vrijheidspraktijk.

6.2.2 Doorslaggevende kenmerken: de transformatie van arbeid naar handelen

Een punt dat vervolgens de aandacht vraagt is hoe dagelijkse vormen van zorg die worden geassocieerd met verplegen en verzorgen en vooral worden gekwalificeerd als arbeid, zich verhouden tot het geneeskundig handelen. In de vorige bladzijden is al enkele malen naar voren gekomen dat het handelingskarakter van de geneeskundige zorg eigenlijk niet wordt bepaald door de vorm van de activiteiten. Wanneer de arts verzorgende activiteiten verricht die strikt naar hun vorm beoordeeld, vooral thuis lijken te horen in de antieke 'economie', blijft dat wat hij doet behoren tot de geneeskunde. Dat is bijvoorbeeld aan de orde in situaties dat de arts niet van het bed van de zieke wijkt, terwijl er geen behandeling (meer mogelijk) is van de ziekte. Dat brengt ons tot de vraag waarom dergelijke arbeid dan toch handelingskwaliteit blijft houden.

Een mooi antwoord op deze vraag leveren de lotgevallen van de diëtetik in de Hippocratische geneeskunde. Ze zijn indicatief voor een adequaat begrip van professionele zorg voor iemands gezondheid als een vorm van handelen. Ook nog voor de huidige tijd.

De breedte van het geneeskundig handelen

Ten tijde van Plato en Aristoteles doet zich in de Hippocratische traditie een ontwikkeling voor in de vorm van een verdere specialisering. Ze krijgt primair gestalte in het werk van Diocles van Carystus die daarom ook wel wordt aangeduid als de jongere Hippocrates. In diens opvattingen over de geneeskunde ligt een duidelijke verbinding met de Aristotelische filosofie. Met name in het denken over de kunst van het genezen. Die verbinding komt in het bijzonder tot uitdrukking in de diëtetik. Dat is bij Diocles een discipline die inzichtelijk maakt dat de geneeskunde niet alleen is gericht op het genezen van ziekten maar vooral ook op het draaglijker maken ervan. Veel nadruk komt daarbij te liggen op het creëren van omstandigheden die de minste schadelijke, of minst pijnlijke lichamelijke gesteldheid bewerkstelligen (Van der Eijk 1999, 67-68). Vanwege deze brede inzet van de diëtetik en de daaraan gekoppelde aandacht voor het gezonde lichaam houdt de geneeskunde bij Diocles op om louter een geneeskunde voor zieken te zijn. Alle aspecten van het gezonde leven komen aan de orde: 'eten, drinken, hygiëne, baden, lichaamsbeweging, seksuele omgang, en meer in het algemeen leefpatroon, dagindeling, slaapgedrag, dit alles aangepast aan de leeftijd en het geslacht van de betrokkene, diens maatschappelijke rol en omstandigheden, zoals het seizoen, het klimaat en de algemene gezondheidssituatie in de betreffende geografische locatie' (Van der Eijk 1999, 68). De geneeskunde vertoont hier niet alleen een opbouw, analoog aan de praktische filosofie, maar neemt ook daadwerkelijk 'filosofische' trekken aan (Graste 1999, 78-79). Ze beweegt zich steeds meer op het gebied dat ook de filosoof voortdurend betreedt, namelijk dat van de zorg van iemand voor zichzelf, en dat in de breedste zin van het woord (Vgl. Hadot 2007, 16-17; 50-51; Dohmen 2007 a, 56 vv).

De verschillen tussen geneeskundig handelen en de zorg in de 'oikos'

Deze brede inzet van de geneeskunde met zijn aandacht voor allerlei aspecten van het gezonde leven, maakt niet alleen slapende filosofen wakker - zoals we zagen reageert Plato nogal geprikkeld - zij helpt ook te verduidelijken waar nu precies het verschil ligt tussen geneeskundige zorg en het zorgen voor het lijfsbehoud in de 'oikos'.¹¹ Dat wordt inzichtelijk wanneer we nog wat preciezer aandacht besteden aan de opbouw van de diëtetiek. Het klaarmaken van voedsel als essentieel onderdeel van het levensonderhoud krijgt in het Aristotelische activiteitenschema vanzelfsprekend een plaats toegewezen als arbeid. Begrijpelijk: voedsel bereiden hoort op exemplarische wijze thuis bij de activiteiten die een mens met vaste regelmaat dient te verrichten om zich in leven te houden. Bezig zijn met een dieet, ook voor zieken, kan daarom gemakkelijk worden geassocieerd met de sfeer van het huishouden. In het Corpus Hippocraticum wordt dat bevestigd. Het geschrift over 'de oude heilkunde' noemt het bereiden van voedsel een vóórfase van de geneeskunde. In de loop van de geschiedenis, zegt de auteur, hebben de mensen van de voortijd een vorm van voeding gezocht die bij hun constitutie paste en die zich onderscheidde van de wijze waarop dieren zich in leven houden (Macoulin 2009, 65 vv; Hippokrates 1994, 246-247). Omdat de mensen van de voortijd in de ontwikkeling van deze voedingsgewoonten rekening hielden met wat de mens ten goede kwam en wat niet, zowel wat betreft gezondheid als groei, vraagt de schrijver zich af of deze voedingsleer niet gewoon geneeskunde moet heten. Het antwoord op die vraag luidt nee, en dat mag niet verwonderen stelt de schrijver, want 'op een gebied, waar niemand leek is en allen uitstekend op de hoogte zijn, omdat ieder gedwongen is zich er voortdurend mee bezig te houden, is het niet aangewezen om ook maar iemand als vakman te kwalificeren' (Hippokrates 1994, 247 vert. h.v.d.). Klaarmaken van voedsel is met andere woorden geen 'technè', omdat het steeds weer en noodzakelijk door iedereen moet worden gedaan. Het gaat om doodgewone arbeid.

Arbeid wordt handelen

Maar wanneer wordt deze activiteit dan wel 'technè'? Of daarbovenuit handelen? Simpelweg op het moment dat er in verband met het voorkomen van verschillende ziekten onderscheid moet worden gemaakt tussen de normale en niet normale vormen van het bereiden van voeding. Dat is essentieel. Maakt men dat verschil niet, dan leidt dat tot effecten die in de regel de ziekte verergeren. Verschil kunnen maken tussen diëten vraagt dan ook om een praktische kennis waarover niet iedereen zomaar beschikt. Die kennis houdt in dat men moet kunnen vaststellen wat precies de juiste maat is van de voeding. Dat is volgens de schrijver van 'De oude heilkunde' een complexe aangelegenheid 'omdat men geen getal en geen gewicht kan vinden, waarop men zich verlaten kan om tot exacte resultaten te komen. Het enige wat telt is de lijfelijke ondervinding. Om te zorgen dat men voldoende precieze kennis verwerft zodat er nog slechts kleine afwijkingen ter

11 Maar ook de vraag naar het verschil tussen de geneeskunde en de praktische filosofie.

linker of rechter zijde (van het juiste midden h.v.d.) worden gevonden, dat is een moeilijk proces' (Hippokrates 1994, 251-252 [vert. h.v.d.]). Veel artsen slagen daarin dan ook niet. Dat is niet zo erg als het gaat om lichte aandoeningen, maar dat verandert wanneer het gaat om ernstige ziekten. De schrijver maakt in lijn met het langzamerhand bekende patroon, een vergelijking met de stuurder van een schip: wanneer het windstil is, valt het niet op wanneer een slechte stuurman een fout maakt. Dat wordt anders bij een storm: dan wordt meteen duidelijk dat hij door zijn onkunde het schip te gronde richt. Zo is het ook met het bereiden van diëten.

In het licht van dit bijna zuiver Aristotelische voorbeeld uit het Corpus Hippocraticum concludeer ik dat de toepassing van de geneeskundige dieetleer bij ziekte moet worden beschouwd als *handelen*. De context van de ziekte vraagt om een andere deskundigheid dan de kennis die iedere leek heeft over de gewone keuken. De nadruk op de praktische kennis, het vertrouwen op de ondervinding en op het zoeken van de juiste maat duiden daarop. Ook de vergelijking die wordt gemaakt met de stuurmanskunst past in het plaatje. Met andere woorden om bij ziekte te kunnen zorgen voor goede voeding dient men over die competentie te beschikken die typisch is voor het handelen en die de sfeer van de arbeid en de instrumentele kwaliteiten die daarbij horen, duidelijk te boven gaat, namelijk 'fronèsis'.

6.2.3 Evaluatie

Bepalend voor het handelingskarakter van geneeskundige zorg is vooral het unieke aspect van de situatie waarin de arts verkeert en waarin hij wordt verondersteld wordt om iets te doen. Dat unieke van de gegeven situatie maakt het handelen onzeker. Zelfs als het gaat om vormen van doen, die een heel eenvoudig aanzien hebben zoals de bereiding van voedsel. Maar ook bij het gebruik van technologieën blijft het handelen onzeker. Voorop staat dat er in het kader van het geneeskundig handelen niet simpelweg kan worden teruggevallen op oude, ingesleten patronen. De situatie vraagt inventiviteit en creativiteit. Ieder moment kunnen zich in de situatie veranderingen voordoen die een plek dienen te krijgen in de vormgeving van het proces. Ook qua technische gestalte. Als dat niet gebeurt, verliest het proces zijn effectiviteit. Wat precies die veranderingen teweeg zal brengen in het proces is niet goed voorspelbaar. Er zijn vele factoren die van invloed zijn op de geneeskundige praktijk. Het maken van keuzen vraagt daarom deugdzaamheid. Om verstandigheid. In het gebruikte Aristotelische denkraam wordt daarom aangedrongen op het zoeken van het juiste midden. Daarbij passen specifieke competenties zoals 'op de dingen vooruit lopen' en 'de juiste afwegingen maken'. Teruggrijpend op termen uit een eerder hoofdstuk kan dat worden begrepen als het beschikken over een praktisch oordeelsvermogen.

Maar in welke mate gaat het bij dit praktische oordeelsvermogen nu om een moreel of ethisch oordeelsvermogen? Omdat iedere vorm van geneeskundig han-

delen mensen regardeert, heeft zij vanzelfsprekend altijd al morele betekenis. Toch is de vraag hoe specifiek dat eigenlijk is: in het voorbeeld van de diëtetiek lijken de omstandigheden die van arbeid handelen maken, vooral gerelateerd aan het gegeven dat het klaarmaken van voedsel wordt beoordeeld vanuit het oogpunt dat het om ziekten gaat: die kunnen door de juiste voeding worden voorkomen of juist verergerd. Het dominante perspectief is met andere woorden een medisch-technisch gezondheidsperspectief. De geneeskunde krijgt daardoor zoals Plato opmerkt, medicaliserende effecten in de samenleving. Dat roept de vraag op in hoeverre de geneeskunde nog als een ethisch en politiek handelen mag worden beschouwd in de zin zoals Arendt dat bedoelt.

Die vraag is niet goed te beantwoorden. Aan de diëtetiek kunnen vergelijkbare betekenissen worden toegekend als aan andere vormen van geneeskundige zorg: zij heeft als ze verstandig wordt ingezet positieve gezondheidseffecten. Bij oordeelkundig gebruik wordt het verergeren van ziektes tegengegaan. Daarom heeft zij net als andere vormen van geneeskunde effecten voor de instandhouding en bekrachtiging van de 'polis' als een levende politieke gemeenschap. Dat wil evenwel niet zeggen dat de diëtetiek dient te worden begrepen als een voorbeeldige interactieve zorgpraktijk. De specifieke handelingsaspecten die aan het deskundig bereiden van voedsel worden toegekend zijn immers amper gerelateerd aan het gegeven dat de zorg hier en nu gericht is op een andere burger. Het handelingsaspect is vooral gekoppeld aan de omstandigheid dat het bereiden van voedsel in een medisch-technisch daglicht wordt gesteld: het gaat om de voeding van mensen die ziek zijn. Daarop wordt deze zorg afgestemd. Daardoor vooral krijgt dit dagelijks zorgen handelingskarakter en wordt het losgemaakt uit de sfeer van de 'oikos' en de circulariteit van 'gewone' arbeid. Maar is het daarmee gedefinieerd als handelen? Als een interactief proces tussen mensen?

6.3 Doorwerking: karakteristieken van professionele zorg

Introductie

In de voorgaande paragrafen ben ik in het verlengde van Arendts activiteitentypologie nagegaan in welke mate professioneel zorgen voor iemands gezondheid als 'handelen' kan worden begrepen. De wijzen waarop zorgen voor de gezondheid van een ander kan worden geïnterpreteerd, blijken nogal uiteen te lopen. Achterhuis relateert het bijzondere van deze zorg niet aan de activiteit van het zorgen op zichzelf maar vooral aan de relationele context waarin deze plaatsvindt. Het is de oorspronkelijke context van, zo interpreteerde ik, de 'oikos' die zorgen bijzonder maakt en verhindert dat van zorgen een marktproduct kan worden gemaakt met verlies aan kwaliteit en relationaliteit als gevolg.

Van Heijst kiest voor een andere interpretatie en koppelt het bijzondere van gezondheidszorg aan het interactieve karakter: het gaat bij zorgen ronduit om handelen van en tussen mensen. Die interpretatie komt dicht bij een definitie van

zorgen als handelen in de politieke zin zoals ook Arendt die geeft: een vorm van doen die niet alleen betekenisvol is voor degenen die direct betrokken zijn maar die daardoorheen ook betekenis heeft voor de 'polis'.

Voor een deel kunnen de uiteenlopende betekenissen die Achterhuis en Van Heijst aan zorg geven worden gerelateerd aan de primaire beelden van zorg die ze hanteren. Bij Achterhuis betreffen de eerste gedachten over zorgen verplegen, terwijl bij Van Heijst de koppeling tussen zorg en handelen primair via beelden van de geneeskunde verloopt. Om na te gaan hoe we over deze verschillende interpretaties zouden moeten denken, maakte ik een excursie richting klassieke geneeskunde en ging ik na wat genezen daarin nu eigenlijk tot handelen maakt. Aan de hand van het voorbeeld van de diëtetiek bleek dat de kunst van het geneeskundig handelen vooral wordt bepaald door onzekerheid gegeven de situatie waarin moet worden gehandeld, c.q. het dieet dat moet worden klaargemaakt. Het is een onzekerheid die anders dan bij Van Heijst het geval is, niet zozeer moet worden gekoppeld aan het gegeven dat zorgen zich tussen twee mensen afspeelt, maar vooral aan het bijzondere karakter van de situatie waarin de voeding moet worden bereid. Het gegeven dat er voor een *zieke* voeding dient te worden bereid en niet voor een *gezonde*, zegt alles. Met andere woorden, in het Corpus Hippocraticum blijkt niet het gegeven dat de voeding *voor een ander* is, het meest doorslaggevend voor de karakterisering van de diëtetiek als handelen, maar de omstandigheid dat die ander is getroffen *door een ziekte*. Dat maakt het grootste verschil.

De vraag is nu hoe we hierover zouden moeten denken. Bijvoorbeeld tegen de achtergrond van het verlies aan betekenis dat zich in de professionele zorgverlening voor zou doen en dat bekendstaat onder de naam 'beroepszeer'. Moeten we meegaan met de benadering van Van Heijst die zorgen als een vorm van interactief handelen poneert? Ook wanneer het niet om geneeskundig handelen in de klassieke betekenis gaat? Of moeten we ons in ons denken over professionele zorg als vorm van handelen vooral laten leiden door het klassieke, Hippocratische denken? En alleen die vormen van zorg handelen noemen die uitdrukkelijk betrokken zijn op de ziekte en daarom specifieke competenties vragen? Of moeten we ons überhaupt niet aan een handelingsconcept van zorg wagen en het bijzondere van zorg verbinden aan de relationele sfeer waarin zij plaatsvindt? Zoals Achterhuis suggereert? Zorg oogt in het laatste geval niet erg professioneel. Ze wordt vooral gedacht naar analogie met de verhoudingen binnen de 'oikos'. De vraag is of je zorgen als activiteit daarmee wel recht doet. Of de andere ingang waarbij zorgen toch vooral als vorm van handelen wordt getypeerd, niet méér correspondeert met de normatieve beelden van professionele gezondheidszorg. Tegelijk lijkt de beweging die Achterhuis maakt, met een articulatie van de bijzondere sfeer van zorg als onderscheidend element ten opzichte van de sfeer van de markt, ook niet zonder betekenis. Hoe kunnen we met deze spanningen omgaan?

6.3.1 Over de handelingsdimensies van professionele zorg

Wij zijn geen Atheners meer. Ook de omstandigheden waarin de zorg plaatsvindt, zijn veranderd. Wanneer het gaat om de karakterisering van professionele gezondheidszorg in onze dagen, dienen we met die veranderingen rekening te houden. Ze komen mooi tot uiting in de interpretatie van zorgen van Van Heijst. En wel in de manier waarop zij het interactieve karakter van de zorg benadert. Dat interactieve karakter is voor Van Heijst het springende punt in haar definitie van de zorg. Zorgen *gebeurt* tussen mensen. Daarin, in dat interactieve proces tussen mensen, wordt het zorgen handelen, krijgt het betekenis. En nergens anders. De vorm van de activiteit doet er daarbij niet zozeer toe. Of het nu op werken lijkt of op arbeiden, het overleg tussen zorgontvanger en zorgverlener dat zorg tot een interactief proces maakt, is bepalend. Van Heijst sluit hier aan bij het denken van Tronto die beklemtoont dat de zorgverlener voor het tot stand komen van zorg afhankelijk is van de acceptatie van de zorg door de zorgontvanger. Zorg is met andere woorden niet te herleiden tot de intentionaliteit van de zorgverlener maar is fundamenteel gebonden aan het proces zoals dat gaat: tussen mensen in. Zorg krijgt daarmee inderdaad eenzelfde betekenis als Arendt geeft aan de politiek: het karakteristieke van het politieke bij Arendt is - zoals we zagen - dat politiek niet iets is van een enkele persoon. Zij kan met andere woorden niet tot een enkel individu worden herleid, maar alleen worden gedacht als *activiteit tussen mensen in* (Vgl. Arendt 1994, 20; Arendt 1995, 41-42). Dát interactieve constitueert de zorg. Net zoals de politiek is zorgen in deze optiek een activiteit die er alleen maar kan zijn als *activiteit tussen mensen in*. Niemand kan dan ook professioneel zorgverlener zijn als er niet tegelijk een zorgontvanger is die actief reageert.¹²

Het handelingskarakter van gezondheidszorg wordt door Van Heijst dus niet primair ontleend aan de bijzondere omstandigheden waarin iemand verkeert die ziek is. Dat is, zo zagen we, wel de manier waarop het in het Corpus Hippocraticum gebeurt: niet de instemming of het mogelijke weerwoord van de ander tegenover de aspiraties van de zorgverlener maakt dat zorgen handelen wordt, nee het zijn de omstandigheden van de ziekte die om handelingsbekwaamheden zoals *fronèsis* vragen. In het reageren op de specifieke omstandigheden die het ziektzijn met zich meebrengt, manifesteert het doen en laten van de arts zich als handelen. Het is zijn medisch technische deskundigheid die het verschil maakt. Dat de zorg ook dialectisch, interpersoonlijk is, daaraan lijkt door de oude Grieken geen bijzondere betekenis te worden toegekend. Bij Van Heijst is dat dus fundamenteel anders.

De reden van dat verschil in benadering kan vermoedelijk eenvoudig worden gevonden in het persoonsbegrip dat Van Heijst hanteert en dat het individu veel meer als een op zichzelf staand wezen beschouwt dan de oude Grieken deden. Zonder overigens daarmee de afhankelijkheden te verwaarlozen die in een men-

¹² Van Heijst volg ik niet in haar koppeling van het denken van Arendt over handelen aan het idee van presentie zoals uitgewerkt door Baart (Vgl. Van Heijst 2006, 165 vv). Presentie legt naar mijn idee te veel de nadruk op de aandachtige houding van de zorgverlener ten opzichte van de zorgvrager en leidt daarmee de aandacht af van het handelen als een (politieke) activiteit.

senleven spelen. Verder hanteert Van Heijst een politiek filosofisch zorgbegrip dat in het spoor van Tronto de strenge cesuur tussen privaat en publiek en de daaraan gekoppelde opsluiting van zorg in de sfeer van het huishouden bekritiseert: zorg is als interactief proces werkzaam in alle domeinen van het menselijke leven en niet alleen in de privésfeer.

Twee handelingsdimensies

Betekent dat nu dat aan de opvattingen van de oude Grieken voorbij dient te worden gegaan? Ik denk het niet. Net zomin als aan het perspectief van Van Heijst. Beide perspectieven zijn nodig om de diepte van het handelen in de professionele zorg adequaat te kunnen weerspiegelen. Het zijn onmisbare handelingsdimensies van professionele zorgverlening. Om met het laatste te beginnen: het interactieve aspect van zorg waar Van Heijst op wijst - dat zorg tot een *proces tussen mensen* maakt - sluit nauwgezet aan bij de moderne gezondheidsethische opvattingen over zorg zoals we die in het tweede hoofdstuk omschreven: professionele zorg vraagt in principe om instemming van de patiënt ten aanzien van de aspiraties van de zorgverlener. Dat maakt de zorg dialectisch. Op die manier wordt voorkomen dat de inzet van de zorgverlener ontaardt in het misbruik van de situatie. Dit dialectisch karakter van de zorg waarbij de aanspraken van de zorgverlener in het definiëren van de zorg principieel worden begrensd door het (tegen)spreken van de zorgvrager, beperkt zich in principe niet alleen tot die zorg waarbij patiënten worden bloot gesteld aan ingrijpende geneeskundige behandelingen. Het gaat met andere woorden niet alleen om de louter 'technische' zorgprocessen. Ook vormen van zorg die dagelijks worden gegeven, en daarmee een arbeidskarakter krijgen, zijn onderworpen aan deze dynamiek van een interactief proces. Wil ook die zorg 'zorg' heten, betekenisvol handelen heten, dient ook zij responsief te worden vormgegeven en daarmee herleid te kunnen worden tot hun oorsprong in het menselijk handelen. Dat impliceert minimaal een vorm van gesprek op basis waarvan de zorg kan worden afgestemd op de behoeften van de zorgvrager.

Handelen, macht en geweld

Zorg betitelen als vorm van handelen impliceert een specifieke inkadering van zorg als een technisch, doelrationeel proces. Dat betekent niet dat zorg geen doelrationele aspecten meer zou kennen, maar wel dat die doelrationaliteit steeds onderworpen blijft aan een kritische evaluatie vanuit het perspectief van de betrokken deelnemers. Om duidelijk te maken wat dit betekent helpt een verwijzing naar het onderscheid dat Arendt maakt tussen macht en geweld. Macht komt, zo stelt ze, 'overeen met het menselijke vermogen niet slechts te handelen, maar in eensgezindheid te handelen' (Arendt 2009, 67). Het is daarom nooit de eigenschap van een individu maar behoort aan een groep en blijft slechts bestaan zolang de groep bij elkaar blijft (Arendt 2009, 68). Net zoals Foucault beschrijft Arendt macht dus in termen van een relationeel proces. Daarbij maakt ze, anders dan Foucault, een scherp onderscheid tussen macht en geweld. Geweld is volgens Arendt in onderscheid met macht altijd instrumenteel: het maakt gebruik van

instrumenten en herleidt elk handelen tot schema's van doel-middelen denken (Arendt 2009, 30). Macht daarentegen gaat aan elke handeling vooraf als de constituerende wil om gezamenlijk te handelen. Zij spreekt niet zozeer in termen van te bereiken doelen als in termen van een belofte of een commitment. Zij geeft het doen zin, maakt het intrinsiek waardevol doordat het in het handelen onthult wie we zijn (Vgl. Van Diest 1997, 170-171).

Toegepast op technische, doelrationele vormen van zorg - waarbij het volgens mij geen verschil maakt of ze worden gesitueerd in de sfeer van het nut (werken) of die van de noodzaak (arbeid) - is de kwestie hoe deze vormen van zorgen zijn ingebed. Zijn ze en blijven ze ingekaderd in machtsarrangementen, in vormen van onderlinge afstemming, of niet? Blijven ze ruimte bieden voor het nieuwe en het onverwachte, voor nieuwe onthullingen van wie we zijn, of niet? Bepalender voor de zorg wordt in deze situaties de belofte om elkaar tot steun te zijn dan een precies doel dat zou moeten worden bereikt (Vgl. Van Diest 1997, 175). Steeds opnieuw vragen de dingen die moeten worden gedaan, daarom om een bevestiging van de oorspronkelijke overeenstemming, van het commitment dat is aangegaan. Dat geldt niet alleen voor de lineaire processen van de geneeskunde, maar ook voor de cyclische activiteiten van de dagelijkse zorg.¹³

Het onthullende van alledaagse zorg

Wie tegen deze voorstelling van een interactief proces, ook op het gebied van de alledaagse zorg in, wil vasthouden aan de idee dat deze zorg simpele arbeid betreft en geen handelen, geef ik twee aanvullende argumenten om ook die eenvoudige vormen van professionele zorg te begrijpen als handelen: een eerste argument is gelegen in het gegeven dat de betekenis van die dagelijkse zorg voor een zorgvrager nooit zomaar door de zorgverlener kan worden gekend. Zeker niet voor wat betreft de subjectieve beleving van het dagelijks handelen. De waardering van de dagelijkse zelfzorg door de zorgvrager is een individuele aangelegenheid die om exploratie en afstemming vraagt wil men daar in (het overnemen van) de zorg goed op aansluiten. Een en ander veronderstelt wel een stevig amendement met betrekking tot de strikte scheiding die Arendt in navolging van het Aristotelische denken maakt tussen 'zen' en 'eu zen'. Ook kwesties van het alledaagse leven hebben een expressieve betekenis voor mensen: zo gaat het bij een maaltijd niet alleen om een kwestie van het naakte overleven, het innemen van voeding en vocht (Vgl. Gastmans 2002).

13 In het kader van deze studie ga ik niet in op allerlei nadere vragen over de verhouding van (zorg)techniek en ethiek. Met de verwijzing naar Arendts opvattingen over de verhoudingen van handelen en maken en de relatie van macht en geweld, is een richting aangegeven. Met De Mul die in een artikel over informatietechnologie verwijst naar Socrates' verzet tegen de nieuwe kunst van het schrijven, stem ik in, wanneer hij schrijft dat het er bij een ethiek van de techniek niet zozeer op aankomt om zich te verzetten tegen de ondermijning van de menselijke autonomie door de nieuwe techniek dan wel om te onderzoeken hoe we de in technieken uitbestede functies op een creatieve en morele wijze kunnen opnemen in ons denken en handelen (De Mul 2003, 134-136). Of zoals Swierstra zegt: niet de vraag 'wel of geen technologie' telt, maar de vraag 'welke technologie onder welke voorwaarden' (Swierstra 2003, 170). Die laatste vraag begrijp ik niet alleen als een vraag die de politieke besluitvorming betreft, maar ook een die steeds opnieuw aan de orde is in individuele zorgprocessen.

Een tweede, aansluitend argument is gelegen in de omstandigheid dat professionele gezondheidszorg in onze dagen (net zoals in het oude Athene) in de regel zorg voor vreemden is. Dat impliceert een onbekendheid bij de zorgverlener met de patronen die mensen er in de dagelijkse zorg voor zichzelf en hun gezondheid op nahouden. Wil professionele zorg tegemoetkomen aan de individuele behoeften van mensen dan dienen deze patronen en de betekenis die zij hebben voor de betrokkenen, expliciet te worden verdisconteerd in de geboden zorg: zorg is wat dat betreft ook in zijn eenvoudige vormen geen universeel standaardproduct maar zal steeds opnieuw dienen te worden ingevoegd in de bekende patronen en levensritmes van dagelijks overleven om zo goed mogelijk aan te sluiten bij wie mensen zijn. Om dat goed te kunnen doen, de patronen op hun waarde te schatten, zijn specifieke competenties nodig. Naast competenties op het gebied van de communicatie - alleen zo kan ook deze zorg interactief worden vormgegeven - worden ook competenties gevraagd die niet veel verschillen van de verstandigheid die volgens de oude Grieken wordt gevraagd voor het klaarmaken van de voeding voor een zieke.

Daarmee zijn we via Van Heijst weer beland bij de handelingsdimensie zoals die in het Corpus Hippocraticum wordt onderscheiden en die vooral inzoomt op de omstandigheden waarin de zorg wordt gegeven. Ook dat aspect is van elementaire betekenis voor een goed begrip van de handelingsdimensies van de zorg. Professionele gezondheidszorg vraagt - ook voor de alledaagse zorg - om een praktisch oordeelsvermogen dat hier en nu onderscheid weet te maken ten aanzien van de omstandigheden waarin de kennis moet worden toegepast: in welke mate dient in deze bijzondere situatie afgeweken te worden van de norm? Breder geformuleerd: hoe dient in deze actualiteit zorg te worden waargemaakt? Of meer Aristotelisch: wat is hier het juiste midden?

Andere handelingsdimensies

Professioneel zorgen kent als we Van Heijst en het Corpus Hippocraticum volgen dus twee bijzondere handelingsdimensies: in de eerste plaats is zorg een proces dat zich ook wat betreft de technische en arbeidsgebonden aspecten afspeelt tussen mensen en daarbij is gebonden aan de dialectiek van de interactie tussen zorgontvanger en zorgverlener. Zonder die dialectiek mist zorg haar interactieve kern; loopt zij in het uiterste geval het risico gewelddadig te worden. In de tweede plaats heeft professioneel zorgen voor de gezondheid van een ander handelingsaspecten omdat de omstandigheden waarin zorg wordt gegeven variëren. Zorg vindt plaats in een dynamische praktijk. Steeds opnieuw dient te worden bepaald wat hier en nu het goede is om te doen. Twee elementen in het bijzonder maken dat er voortdurend een appel moet worden gedaan op het praktisch oordeelsvermogen van degene die zorg geeft. Naast het gegeven dat de zorg wordt gegeven aan mensen die ziek zijn of anderszins een gezondheidsbeperking hebben, is er het gegeven dat de zorg wordt gegeven aan vreemden: mensen met eigen gewoonten en gebruiken, ook voor wat betreft de dagelijkse patronen van levens- en lichaamsonderhoud. Die elementen maken dat zorg onvoorspelbaar wordt en

steeds opnieuw moet worden vormgegeven. Zij wordt daarom gekenmerkt door een principiële openheid ten opzichte van wat vast staat in technische én in morele zin.

Is nu, met die schets van zorgen als vrijheidspraktijk, de eigen aard van het handelen dat zorgen voor iemands gezondheid behelst, voldoende verhelderd? Nee, er zijn gelet op de bronnen die we hebben geraadpleegd nog andere dimensies die de moeite van het vermelden waard zijn. Naast de aspecten die samenhangen met het gegeven dat zorgen voor iemands gezondheid een vrije kunst mag heten, zoals de expressieve betekenis van het handelen en de onbereikbaarheid van haar einddoel, wil ik nog één element in het bijzonder naar voren halen: dat betreft het publieke belang dat wordt gediend met het zorgen voor de gezondheid van een andere burger. Verschillende auteurs die we in het kader van de verkenning van de betekenis van de antieke geneeskunde tegenkwamen, refereerden daaraan. Ik interpreteer dit publieke belang van professioneel zorgen voor iemand met betrekking tot diens gezondheid in termen van een dubbel effect: zorg heeft niet alleen betekenis voor degenen die er het meest concreet bij zijn betrokken, de individuele zorgontvanger en zorgverlener, maar daarmee ook voor de opbouw van de 'polis'.

Professionele zorg voor de gezondheid van een andere burger staat dan ook nooit op zichzelf. Zij is als dienst aan een andere burger, die in en door de zorg wordt bevestigd in zijn burgerschap en in de betekenis van dat burgerschap voor de 'polis', ook steeds een dienst aan de 'polis'. In en door de activiteit van de zorg bevestigt de zorg ook de vitaliteit van de samenleving in bredere zin. In die zin beschouw ik professionele gezondheidszorg als een uitgesproken *res publica*: een publieke zaak (Vgl. Boutellier 2011, 149-150). In de receptie door Van Heijst van het handelingsconcept van Arendt vind ik dat punt niet zo expliciet terug.¹⁴ Daarentegen spoort de beklemtoning van de publieke dimensie wel met actuele pleidooien van Nederlandse auteurs betreffende de gewenste ontwikkelingen in de professionele beroepsuitoefening en het tegengaan van het beroepszeer (Van den Brink, Jansen, Kole 2009).

6.3.2 De bijzondere sfeer van de zorg?

Een dergelijke visie op professionele gezondheidszorg - als vorm van sociaal-politiek handelen - verhoudt zich kritisch tegenover een interpretatie van het bijzondere karakter van de gezondheidszorg zoals we die bij Achterhuis tegenkwamen. Om zorgen te opponeren met de sfeer van de markt, legt hij - zoals we zagen - veel nadruk op de eigen logica van de zorg. Hij doet dat door in te gaan op het proceskarakter van de zorg, dat hij vooral verbindt aan de bijzondere aard van de relaties die in de zorg aanwezig zijn. Die bijzondere aard wordt toegelicht door een verwij-

¹⁴ Ook niet in het boek dat ze schreef over erkenning als belangrijk element van zorgethiek, 'Iemand zien staan' (Van Heijst 2008).

zing naar relaties in de privésfeer. Institutionele gezondheidszorg dient, zo be-greep ik, te worden opgevat naar analogie van de zorg van huisgenoten voor el-kaar. In de zorg voor iemands gezondheid in de institutionele sfeer weerspiegelen zich dan ook de kwaliteit en intimiteit van de relaties in de privésfeer. Door deze karakteristieken naar voren te halen, wordt duidelijk hoe oneigenlijk het is om de zorg voor iemands gezondheid te benaderen in termen van product, aanbieder, prijs en markt. Gebeurt dat toch, dan verliest zorg haar uitzonderlijke relationele kwaliteit.

Hoewel ik de inzet van Achterhuis waardeer, vind ik zijn benadering toch te-kortschieten. Om een tweetal samenhangende redenen. In de eerste plaats wekt Achterhuis de indruk de klassieke scheidslijnen te willen handhaven tussen de (binnen)wereld van de zorg en de zakelijke (buiten)wereld van markt en politiek. Ook al zegt hij de scheiding - zoals Arendt die denkt tussen privé en publiek - te relativeren, in grote lijnen houdt hij die scheidslijn klip en klaar overeind. Zorg dreigt daardoor al te gemakkelijk te worden gedefinieerd als een activiteit die aan het werkelijke, publieke, leven voorafgaat. Het benadrukken van de bijzondere relationele kwaliteit van de zorg gaat met andere woorden gepaard met het be-klemtonen van een traditionele benadering: zorg betreft vooral arbeid in de privé-sfeer die wordt verricht door vrouwen en verder kan worden gekoppeld aan chari-tatieve arrangementen. Weliswaar benadrukt Achterhuis de bijzondere waarde van deze zorg en stelt hij dat die waarde niet moet worden veronachtzaamd - ster-ker nog dat deze als even betekenisvol moet worden gekwalificeerd als het zich bewegen in de politiek - toch ontkomt hij niet aan de constatering dat de zorg juist door die koppeling aan arbeid in het domein van het private zo'n lage status krijgt toegekend. Met andere woorden ook al relativeert hij de scherpe grens tussen publiek en privaat, zoals Arendt die hanteert, het onderscheid tussen laag gewaar-deerde vrouwenarbeid en hoog gewaardeerde productiewijzen blijft bij hem over-eind. Aan de kritiek van bijvoorbeeld Tronto op het bestaan van deze grenzen en hun negatieve effect op de definiëring van zorg gaat hij voorbij.

In samenhang met het vorige punt ben ik in de tweede plaats van mening dat Achterhuis te veel voorbijgaat aan het gegeven dat professionele gezondheidszorg ook in de sfeer van de verpleging en verzorging wordt gekenmerkt door verhou-dingen die helemaal niet worden getekend door de intimiteit van de 'oikos'. De zorgvrager is in de regel een onbekende, een vreemde voor de zorgverlener. Dat betekent niet dat er geen bijzondere zorglogica zou kunnen zijn in samenhang met de sfeer waarin de zorg plaatsvindt, maar dat deze sfeer naar mijn oordeel toch anders moet worden geïnterpreteerd als die van de private huishouding, van de 'oikos'. Meer publiek, meer politiek in de antieke betekenis van het woord. Omdat zorgverlener en zorgvrager in principe geen bekenden zijn van elkaar, het-geen in de aanvang ook een onbekendheid met de voor de zorgvrager gebruike-lijke zorgpatronen impliceert, stoelt de zorg niet op een vertrouwen als dat van intimi binnen een langer bestaande 'familiaire' gemeenschap. Het is veeleer een vertrouwen dat gebaseerd is op publieke, politieke zorgarrangementen en op ge-

leide van het interactief handelen in de praktijk zelf - en nergens anders - dient te worden bekrachtigd.

Tegenwerping

Maar hoe zit het dan met zorg voor zeer afhankelijke mensen? Die amper voor zichzelf kunnen opkomen? De manier waarop ik professionele zorg benader, gaat, zo zou de Amerikaanse feministische filosofe Kittay oordelen, voorbij aan de eigenheid van zorg voor zeer afhankelijke mensen (Kittay 1999). Zorg wordt in de regel benaderd als een zorg tussen gelijken en onafhankelijken. Precies zoals ik ook doe. Dat is echter naar haar mening niet het grondmodel van zorg. Zorg zou in plaats daarvan dienen te worden benaderd vanuit de ordeningen in relaties tot zeer afhankelijke mensen (Kittay 1999, 31 vv; Vgl. Van Heijst 2008, 42 vv). Die kan naar haar mening alleen maar worden gedacht als 'love's labor': als een activiteit die een ongewild karakter heeft en als vanzelf voor de afhankelijke zorgvrager wordt verricht, voornamelijk door vrouwen. Waarom? Omdat de relatie hen verplicht. Die omstandigheid maakt niet alleen diegenen die afhankelijk zijn van de zorg (Kittay 1999, 55-59) maar ook degenen die de zorg verrichten, tot kwetsbare en afhankelijke mensen (Kittay 1999, 129-130). Mensen die worden verhinderd om zich op andere manieren te ontplooiën; mensen ook die vast zitten aan de privéruimte waarin ze de zorg verlenen. Om deze afhankelijkheid te doorbreken zou deze zorg anders dienen te worden gewaardeerd. Zij zou dienen te worden erkend als een vorm van activiteit die ook een publiekelijk belang dient. Mensen die deze zorg verrichten zouden daarom in staat dienen te worden gesteld de bestaande spagaat tussen zorg en betaalde arbeid (om zich een inkomen te verwerven) te boven te komen (Kittay 1999, 144). Ook de arbeid die uit liefde wordt verricht, en die onontkoombaar is omdat de relatie met degenen die de zorg ontvangt, verplicht, - het is een kind, een partner, een ouder - zou erkenning dienen te krijgen als maatschappelijk relevante activiteit. Alleen op die manier zou de maatschappelijk ontoelaatbare verafhankelijkking en kwetsbaarheid van mensen die deze zorg geven, kunnen worden tegengegaan. Daarvoor introduceert Kittay een nieuw begrip 'doulia': dat is de keten van verplichtingen die leden van een gemeenschap aan elkaar bindt en die ertoe leidt dat er publieke verantwoordelijkheid wordt gedragen voor de zorg die uitgaat naar de 'dependence workers': degenen die de meest kwetsbaren in de samenleving verzorgen (Kittay 1999, 132-133).

Problematische lezing van zorg

De voorstelling die Kittay van zorg geeft, vind ik problematisch, zeker wanneer ik deze als richtinggevend zou moeten zien voor het denken over professionele gezondheidszorg in onze samenleving. Dat wil niet zeggen dat er niet ook positieve aspecten aan haar interpretatie zijn te onderscheiden: vooral haar pleidooi voor een publieke bekrachtiging van de maatschappelijke betekenis van zorg voor de meest afhankelijken en kwetsbare mensen acht ik van groot belang. De idee dat afhankelijkheidswerkers maatschappelijk dienen te worden ondersteund om te voorkomen dat zij opgesloten raken in de privésfeer en hun activiteiten worden

gekaracteriseerd als sociaal-economisch irrelevante schaduwarbeid, spoort met mijn opvattingen over de dubbele betekenis van professionele zorg: de zorg voor de zeer afhankelijken onder ons dient niet alleen het belang van de zorgontvangers maar daarmee ook dat van de samenleving in bredere zin. Overigens zie ik geen reden om met betrekking tot dit publieke aspect van zorgen principieel verschil te maken tussen professionele zorg en mantelzorg. Zowel professionele zorg als de mantelzorg van verwanten heeft betekenis voor het bekrachtigen van publieke normen van zorg en de opbouw van de samenleving. De introductie van 'doulia' als een uitdrukking van publieke verantwoordelijkheid voor het bestaan van de meest kwetsbaren in de samenleving kan ik in die zin waarderen.

Kittay's interpretatie wordt naar mijn indruk problematisch op het punt waar zij de gestalte van cyclische arbeid tot de norm van de zorg maakt en zorg daarmee fundamenteel onderwerpt aan 'slaafse' ordeningen. Zorg is bij haar namelijk niet iets dat wordt gekozen om te doen maar dat zich op basis van de relatie met de zeer kwetsbare verwant opdringt als een onontkoombare 'natuurgebonden' plicht: 'love's labor'. Degene die zorgt, kiest niet voor het geven van zorg maar weet zich op grond van haar/zijn liefde voor een afhankelijke verwant onderworpen aan de schijnbaar onvermijdelijke cyclus van gebeurtenissen die nu eenmaal in samenhang met de keten van de animale levensprocessen moet plaatsvinden. Alleen zo kan het leven van die afhankelijke, nabije ander in stand blijven. Met die benadering van zorg, als arbeid, verdwijnen de handelingsdimensies van zorg voor een belangrijk deel uit het zicht (Vgl. De Lange 2011, 33-34): er is geen keuze, want er is geen alternatief. Ook lijkt er vanwege de nadruk op het arbeidskarakter amper sprake van persoonlijke expressie. Noch van de zorgverlener noch van de zorgontvanger.

Het probleem dat ik met deze voorstelling van zorg heb, is niet zozeer dat deze attent maakt op het gegeven dat er niet alleen in het verleden, maar ook nu nog veel zorg is die er zo uitziet; die fenomenologisch maar ook sociaal-politiek zo kan worden begrepen. Het probleem dat ik met deze interpretatie van zorgen heb, is de berusting in de normatieve gelijkstelling van deze zorg met arbeid in de oude zin van het woord. Zorg voor anderen hoeft niet noodzakelijk te worden begrepen als arbeid in haar meest naakte vorm. Niet in de professionele gezondheidszorg maar ook niet daarbuiten. Zij kan ook emancipatoir worden geconceptualiseerd als een vorm van handelen, als een interactieve praktijk, zelfs daar waar ten opzichte van degenen die zorg ontvangen sprake is van asymmetrische verhoudingen en reciprociteit niet (vanzelfsprekend) gegeven is.

Zorg voor een ander begrijp ik met andere woorden ook in situaties dat die ander geen rechten of autonomie kan claimen en zich ook in verdere zin amper kan uiten, als een sociaal-politieke praktijk die duidelijk maakt dat zorg in de burgerlijke samenleving niet alleen uitgaat naar degenen die voor hun burgerrechten kunnen opkomen, maar ook naar hen die dat niet kunnen. Ook zij worden in de zorg die naar hen uitgaat gekend als persoon, ook zij worden bevestigd als deelhebber aan de burgerlijke samenleving, zelfs als hun deelname nooit een actieve

kan zijn: in al hun kwetsbaarheid maken ook zij deel uit van de pluraliteit van menselijk bestaan.

Zorg is zo opgevat, zelfs waar zij in de privésfeer wordt gegeven, niet een louter private verantwoordelijkheid maar een gedeelde verantwoordelijkheid. Die kan weliswaar ook tot uitdrukking komen in concrete zorgpraktijken door verwanten, en heeft dan ongetwijfeld haar eigen karakter, maar dat betekent niet dat het sociaal-politieke belang van deze zorg daarmee naar de achtergrond zou verdwijnen. In lijn met opvattingen van Sevenhuijsen vat ik deze vorm van gezondheidszorg dan ook op als een democratische praktijk (Sevenhuijsen 1999): "A democratic idea of care starts from the idea that everybody needs care and is (in principle at least) capable of care giving, and that a democratic society should enable its members to give these activities a meaningful place in their lives if they so want" (Sevenhuijsen 1999, 15). Voor wat betreft de professionele zorg verbind ik deze opvatting van zorg aan ideeën van actief burgerschap waarbij zorg niet louter wordt opgesloten in een naar analogie van de 'oikos' gedachte private sfeer maar juist de publieke sfeer als een belangrijke ontmoetings- en handelingsruimte definieert (Sevenhuijsen 1996, 28; 183; Hoek 2008, 47). Ieders bestaan heeft, ook voor wat betreft fundamentele afhankelijkheidsvragen, publieke dimensies. Zorg is daarom niet alleen belangrijk als element in de verhoudingen van verwanten, maar is daarmee ook van onschatbare waarde voor de opbouw van de samenleving.

Zorg en de derde sfeer

De wijze waarop ik de maatschappelijke sfeer waarin de professionele zorg plaatsvindt benader, wijkt dan ook af van de manier waarop Achterhuis dat lijkt te doen. In plaats van een interpretatie die deze sfeer vooral leest in het verlengde van de privésfeer, zoals ook bij Klamer gebeurt, ga ik ervan uit dat deze derde sfeer wel elementen bevat die de vergelijking met de 'oikos' mogelijk maken maar vooral ook elementen die wijzen naar de 'polis': dan gaat het niet om de 'polis' in de zin van een regulerende overheid maar in de zin van een plurale, levende samenleving die steeds opnieuw in de interacties van de burgers wordt vormgegeven. Ook hier volg ik Sevenhuijsen die Arendts idee van de 'polis' als pluraliteit in deze zin begrijpt en de sfeer waarmee zorgen moet worden geassocieerd eerder definieert in termen van een politiek begrepen 'civil society' dan in termen van de 'oikos'. Professionele zorg voor anderen lees ik in die zin als een politiek bekrachtigde sociale praktijk die niet voorbijgaat aan het gegeven dat de autonomie van mensen geen kwestie is van 'splendid isolation' maar fundamenteel wordt gekenmerkt door een verweven zijn in (onderlinge) afhankelijkheden.

Met andere woorden: sfeer doet er in deze zin toe, maar niet op de wijze waarop Achterhuis dat begrijpt. Het belangrijkste punt van mijn kritiek luidt dat door een situering van professionele zorg in het verlengde van de privésfeer, al te gemakkelijk wordt voorbijgegaan aan haar handelingskarakter. Zorg wordt dan te zeer onderdeel van een natuurlijk verloop van gebeurtenissen in plaats van uitkomst van een interactief proces. Zelfs daar waar de zorg niet in termen van een rechtstreekse dialoog tussen zorgverlener en zorgontvanger kan worden vormge-

geven en de zorgontvanger geen zorg voor zich kan opeisen, maakt een benadering van zorg als sociaal-politieke praktijk duidelijk dat de verantwoordelijkheid van deze zorg door meerderen wordt gedeeld; dat ook de meest kwetsbare dient te worden erkend in een persoonlijk georiënteerde zorg. Asymmetrische afhankelijkheidsverhoudingen impliceren met andere woorden niet dat zorg ook op het meest basale niveau, arbeid zou moeten zijn.

6.3.3 Evaluatie

Hoe aantrekkelijk het ook lijkt om professioneel zorgen voor een ander te situeren in het verlengde van de 'oude' economie - de relationele sfeer van het private - om haar op die manier te vrijwaren voor de 'nieuwe' economie - de verhoudingen van de markt - daar is een duidelijk risico aan verbonden. Namelijk dat de eigenheid van zorgen wordt afgeleid van de bijzondere relatie die tussen zorgverlener en zorgontvanger bestaat. De verwantschap tussen de betrokkenen lijkt bepalender te worden voor het interpreteren van het doen, dan het doen zelf. Door de nadruk te leggen op de kwaliteit van de relatie als springend punt voor de beoordeling van het doen, wordt de mogelijkheid open gehouden om het zorgen zelf te blijven begrijpen in termen van *arbeid* in de klassieke zin van het woord: het voltrekken van slaafse routines die worden gedictieerd door de cyclus van natuurlijke processen en daarom een persoonlijk en expressief karakter ontberen. Bij zowel Achterhuis maar ook bij Kittay bespeur ik een dergelijk perspectief. Naar mijn mening wordt daardoor in ieder geval voorbijgegaan aan karakteristieke elementen van professionele zorgverlening. En mogelijk ook aan betekenisvolle interpretaties van zorgen in de privésfeer. Voor wat betreft de professionele zorg gaat het niet alleen om het gegeven dat deze zorg niet berust op een eerder gegeven persoonlijke relationaliteit maar ook om de kennis en deskundigheid die wordt gevraagd om deze zorg op een adequate wijze te kunnen geven aan relatief onbekenden.

Wil dat nu zeggen dat relationaliteit geen bepalend aspect is van het zorgen voor iemands gezondheid in een professionele context? Nee, op dat punt hoeft er weinig discussie te zijn. Alleen de wijze waarop deze relationaliteit dient te worden begrepen, vat ik anders op dan Achterhuis en Kittay. In zekere zin draai ik hun redenering om: niet de bijzondere aard van de (verwantschaps)relatie maakt het zorgen voor iemand (ook al is het maar arbeid) tot een bijzondere activiteit. Het is de aard van het doen zelf die de relatie op een bijzondere wijze tekent. Begrepen als handelen is zorgen noodzakelijk een interactief, betekenisvol proces dat zowel de eigenheid van de zorgverlener alsook die van de zorgontvanger tot expressie brengt. In die zin reikt zorgen in principe verder dan een louter doelrationeel, technisch proces. Dat betekent niet dat doelrationaliteit geen substantieel element van de zorg zou kunnen zijn alleen vormt zij er in conceptuele zin niet het fundament van. Analooq aan het denken van Arendt over macht kan men zeggen dat de structuur van de zorg als handelingspraktijk aan het technisch proces

voorafgaat.¹⁵ Zelfs wanneer de asymmetrie in de verhoudingen zo groot is dat de zorgontvanger zich niet (goed) kenbaar meer kan maken, betekent dat niet dat het handelingskarakter daarmee verloren moet gaan. Zorgen dient dan zo te worden begrepen dat de persoon van de zorgontvanger gekend blijft in het proces. Dat vraagt ook om een breder leggen van de verantwoordelijkheid van de zorg. Zorgen voor de gezondheid van een ander wordt daarmee bij uitstek gedefinieerd als een sociale handelingspraktijk.

Die praktijk kent meerdere dimensies: naast aspecten die samenhangen met de traditionele kwalificatie van zorgen als vrije kunst, voer ik er drie in het bijzonder op. 1. Zorg is een proces dat zich tussen mensen afspeelt. Zij is daarom minimaal normatief gebonden aan de dialectiek tussen zorgontvanger en zorgverlener. 2. Professioneel zorgen voor de gezondheid van een ander heeft handelingsaspecten omdat de omstandigheden waarin zorg wordt gegeven variëren. Belangrijke elementen daarbij zijn a. de relatieve onbekendheid met de zorgontvanger en b. de effecten van ziekte en handicap op het (dagelijks) bestaan van patiënten. 3. Zorgen heeft tenslotte als sociale handelingspraktijk steeds een dubbel effect. Het is niet alleen betekenisvol voor de patiënt die het betreft maar daardoorheen ook voor de (opbouw en samenhang van de) samenleving. Zorgen voor iemands gezondheid is geen particuliere aangelegenheid maar steeds ook een *res publica*.

6.4 Conclusie: professionele gezondheidszorg als sociale, inter-actieve praktijk

De eigen aard van professioneel zorgen voor iemands gezondheid impliceert vanzelf normatieve begrenzingsen voor wat betreft de inrichting van de zorg. Zorg is nooit complete willekeur, maar spiegelt zich noodzakelijk aan de gezichtspunten van anderen. In principe én om te beginnen aan die van de patiënt. Dat maakt het mogelijk om de kern van een gericht ethiekbeleid voor de zorg te definiëren in termen van een zelfreferentiële handelingskritiek zonder meteen te hoeven vrezen voor zelfgenoegzaamheid en erger. De intrinsieke betekenis van zorgen zelf verhindert dat. Zorgen is in die zin niet alleen een beweging vanuit een subject naar buiten, in de richting van een ander subject, zorgen impliceert vanzelfsprekend een beweging *terug*, een bevestigende, begrenzende of corrigerende respons van de ander ten aanzien van mijn acties en initiatieven. Die gedachtegang heb ik in dit hoofdstuk nader trachten te onderbouwen. In het bijzonder door in lijn van Arendts activiteitentypologie na te gaan of professioneel zorgen voor iemand met betrekking tot diens gezondheid niet het beste begrepen kan worden als *handelen*

¹⁵ Wanneer men zorg opvat naar analogie van Arendts ideeën over macht wordt zorg net zoals macht een doel op zich. En geen middel om iets te bereiken. Dat wil niet zeggen dat zorgverleners niet doelrationeel te werk zouden kunnen gaan. Wel dat de zorg als praktijk aan alle doeleinden vooraf gaat, en deze ook overleeft. Zorg is dan ook in plaats van een middel om een doel te bereiken, eerder de bepalende voorwaarde waardoor de mensen die betrokken zijn op de praktijk, in staat worden gesteld om in termen van een doelmiddel categorie te denken en te handelen. (Vgl. Arendt 2009, 74).

(en dus niet als *werken of arbeiden*). Sterke aanwijzingen voor deze interpretatie van zorgen ontleende ik aan Van Heijst die in tegenstelling met Achterhuis het interactieve doen zelf tot kern maakt van de reflectie en niet de sfeer waarin de zorg plaatsvindt. Zorgen wordt vanuit een dergelijk handelingsperspectief opgevat als een noodzakelijk interactief proces dat wordt vormgegeven als resultaat van de keten van acties en reacties tussen zorgvrager en zorgverlener: zorg speelt zich volgens deze interpretatie net als de politiek *af tussen mensen in*. Naar analogie daarvan dient ze primair te worden begrepen als een sociale handelingspraktijk. Door steeds te blijven refereren aan deze handelingsdimensie als oorsprong van de zorg, is het ook mogelijk om technische processen te corrigeren wanneer deze zich losmaken van de zorg en daardoor destructief en schadelijk worden. In het doen zelf ontwikkelt zorgen zich zo als een gezamenlijk praktisch ontwerp in uitvoering en krijgt het een specifieke relationele betekenis. Niet alleen met betrekking tot de dialectische verhouding tussen zorgvrager en zorgverlener maar ook in bredere zin: professioneel zorgen voor iemands gezondheid blijft in deze interpretatie niet beperkt tot de meest betrokkenen maar gaat uit van een gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheid. Daarin wordt tot expressie gebracht dat iemands bestaan, ook dat van de meest afhankelijken, betekenisvol is voor de (opbouw van de) samenleving als geheel en daarom zorg verdient. De betekenis van zorgen voor iemands gezondheid reikt dan ook verder dan de kring van de individuele betrokkenen. In die zin is professioneel zorgen voor een andere burger bij uitstek een 'res publica'. In deze zorg voor de gezondheid van een ander drukt zich een specifieke normatieve opvatting uit over het goede leven in de 'polis'.

Zorgen voor een ander ontbeert - zo begrepen, als een dialectisch proces tussen mensen in - per definitie zelfgenoegzaamheid. In plaats van 'ik (subject) zorg voor jou (object)' zijn 'jij' en 'ik' deelgenoot aan een sociale praktijk tussen ons in, een praktijk ook die ons, naar verwachting, verder brengt. Niet met de zekerheid van een *werk* dat wordt gerealiseerd, of met de ijzeren regelmaat van *arbeid*. Zorg is als proces tussen ons in dan ook noodzakelijk onzeker, onaf. Steeds weer kunnen er nieuwe wegen worden ingeslagen. Dat maakt dat er van degenen die er hun werk van maken, vaardigheden worden gevraagd die te vergelijken zijn met de competenties die nodig zijn voor andere vrije activiteiten zoals het leidinggeven aan de stad of het besturen van een schip.

Maar moet er nu per se zo over zorg worden gedacht? Nee, andere opties zijn ook mogelijk en worden ook aangetroffen in concrete praktijken. Met uiteraard effecten voor de morele definiëring van zorg. En voor de benadering van de relaties die in de zorg aan de orde zijn. De manier waarop over de aard van de zorg wordt beslist, is immers maar tot op bepaalde hoogte afhankelijk van de wijze waarop de direct betrokkenen de zorg vormgeven. Institutionele gezondheidszorg kan als sociaal proces niet worden gevrijwaard van uiteenlopende maatschappelijke en politieke discussies. Sterker nog, juist de benadering van zorg als een sociaal-politieke praktijk die ik hier voorsta, maakt haar ook weer afhankelijk van de open, sociaal-politieke context waarin ze wordt gesitueerd. In die zin lijkt de benadering

van Achterhuis effectiever: die belooft door de situering van zorg in de nabijheid van de 'oikos' immuniteit ten opzichte van vermarkting en commercialisering. De prijs van die benadering is echter hoog. Te hoog: zorg komt bij deze benadering gemakkelijk terecht in de hoek van maatschappelijk irrelevante en geïsoleerde praktijken. Tegelijk dreigt ze op een traditionele manier te worden weggezet als vrouwenarbeid of zoals Illich het uitdrukt 'schaduwarbeid' (Illich 1981). Op die manier lijkt er dan wel een bijzonder aspect of een bijzondere kwaliteit van zorg te worden geconserveerd maar tegelijkertijd wordt zorg als sociaal-politieke praktijk gediskwalificeerd. Dat lijkt allesbehalve een adequate reactie op een verschijnsel als beroepszeer waarbij juist de sociaal-politieke betekenis van professioneel zorgen dreigt te worden uitgehold.

Voor zover de benadering van Achterhuis nog aandacht vraagt, betreft dat de suggestie dat iedere situering van de zorg van groot belang is voor haar definiëring. Zijn voorstel om zorg in de sfeer van de 'oikos' te plaatsen vormt in die zin een mooie illustratie van de opvattingen van Walker dat ethiek niet los verkrijgbaar is. De context waarin de zorg wordt gesitueerd heeft met andere woorden altijd effecten voor de betekenis die aan zorg als praktijk wordt toegekend.

Wordt zorg een marktgoed of niet? Definiëren we zorgen voor iemands gezondheid als politiek betekenisvol of niet? Als we dat belangwekkende vragen vinden, waarop een dringend antwoord moet worden gegeven, dan dienen we meer oog te hebben voor de situering van zorg: dienen we zorg in de beslotenheid van de 'oikos' te positioneren of juist niet? Denken over zorg als praktijk kan dan ook niet langer zonder goed na te denken over de manier waarop de sociale en organisatorische context van de zorg is ingericht. Wanneer zorg voor de gezondheid van een ander - zoals ik bepleit - primair dient te worden begrepen als een sociaal-politieke handelingspraktijk, als een dialectisch proces, dan vraagt dat om een of andere vorm van weerspiegeling van de normatieve principes van deze zorg in de wijze waarop ze wordt georganiseerd. Strikter geformuleerd: wil men zorgen bevestigen als een vrijheidspraktijk, dan kan dat niet goed zonder specifieke arrangementen op het vlak van organisatie en management: een handelingsgerichte benadering van zorg vraagt zagezegd om een handelingsgerichte organisatie. Hoe zo'n type organisatie er uitziet, hoe zo'n type organisatie zich verhoudt tot andere typen, en wat de consequenties daarvan zijn voor de definiëring van zorg én voor de inrichting van het ethiekbeleid, dat wordt het thema van de volgende hoofdstukken.

Deel 3

Organisatie

Uiteenlopende beelden van zorgorganisaties

Inleiding

Zorgen is als praktische activiteit contextgebonden. Een belangrijk element van die zorgcontext is de zorgorganisatie: zij vormt een betekenisvolle schil om de zorg heen. Visies op de zorgorganisatie zijn onlosmakelijk verbonden met de zorg zelf. Dat aspect werk ik in dit hoofdstuk nader uit. Niet in detail maar in grote lijnen: wat voor implicaties heeft de visie op de organisatie voor de interpretatie van de zorgpraktijk? En bijgevolg voor de definitie van de moraliteit van het zorgen?

In plaats van uit te gaan van theoretische studies over de (normatieve) opbouw van zorgorganisaties heb ik er voor gekozen om deze vraag te beantwoorden aan de hand van twee studies uit het Nederlandse taalgebied over de ontwikkeling van goede zorgpraktijken.¹ Het idee achter deze werkwijze is dat ik daarmee het meeste recht doe aan opvattingen uit de instellingspraktijk zelf. De keuze voor deze werkwijze zal ik nader toelichten in de volgende paragraaf. De eerste studie waarvan ik uitga, van Becker (Becker 2004), heeft betrekking op de ouderenzorg. De tweede studie, van Pols (Pols 2004), gaat over onderzoek in de psychiatrie en de ouderenzorg. Het grootste verschil tussen beide studies betreft de aanknopingspunten vóór en de uitvoerders ván veranderingen in de zorg. Bij Becker is de *cultuur van de organisatie* het belangrijkste aanknopingspunt en is de topmanager de dominante uitvoerder van veranderingen in de zorg. In geval van Pols is de *praktijk van de professionals* het aanknopingspunt. Bijgevolg zijn de professionals degenen die worden aangesproken als bepalende actoren van de verandering. Zij hebben dan ook een beslissende rol voor de oriëntatie van de organisatie en het management.

Een leidende vraag voor het hoofdstuk is wat de conceptuele verschillen zijn tussen beide visies. En wat dat betekent voor de praktijk van het zorgen. Die vraag naar de verschillen tussen beide voorstellingen van organiseren, van 'zorgen dat' en de effecten daarvan op de voorstellingen van de zorg, tracht ik te beantwoorden door de typering van de organisatie bij Becker en Pols te koppelen aan filosofische voorstellingen van management en organisatie. Ik sluit daarvoor aan bij een typologie van organisaties van De Geus (De Geus 1989; 1990).

7.1 De zorgorganisatie als managementding of als sociaal proces

Introductie

Over organisaties kan op allerlei manieren worden gedacht en gesproken. Beschrijvingen van ontwikkelingen in de organisatietheorie en de organisatiekunde maken dat duidelijk. Lijken organisaties op het eerste gezicht op reëel bestaande dingen die objectief beschreven en technisch bestuurd kunnen worden, in de

¹ In plaats van te beginnen bij expliciete theoretische studies over de normatieve identiteit van zorgorganisaties (Bijv. Pijnenburg 2010, 85 - 104) heb ik voor een meer basale insteek gekozen met studies die de ontwikkeling van de zorg zelf als vertrekpunt nemen en van daaruit en passant beelden van de zorgorganisatie ontwerpen.

loop van de geschiedenis van de organisatiewetenschappen hebben ze een steeds opener, ongedefinieerder aanzien gekregen (Van Diest 1997, 64; Pröpper 1998; Weggeman 2003, 15-18). De klassieke vorm van reïficatie waarbij de organisatie buiten de sociale werkelijkheid wordt geplaatst en verschijnt als een feitelijk ding, heeft steeds meer plaats gemaakt voor een spreken over organisaties als een 'sociaal construct'. Een voorbeeld van die laatste manier van spreken is de systeemtheoretische benadering van Weick. Organisaties worden daarin herleid tot de intersubjectieve creatie van systemen van meningen die voortdurend opnieuw 'onderhandeld, herzien en voorgelegd worden in een kritische dialoog (Langenberg 2008, 115). Ganzevoort spreekt in verband met de veranderingen in de organisatie-theorie dan ook van een paradigmawisseling (Ganzevoort 1999; Roozendaal 2008, 9 vv.): het traditionele machineparadigma dat de organisatie voorstelt als maaksel, als ding, heeft plaatsgemaakt voor een sociobiologisch paradigma. Dat beschouwt de organisatie als een levende werkelijkheid die zich voortdurend vernieuwt op geleide van de interacties van de deelnemers en de dynamiek van hun representaties. Zo heeft de organisatie zich in theorie ontwikkeld van een gesloten en rationeel geleid, bureaucratisch systeem tot een losjes gestructureerd netwerk. Naast individuen omvat een dergelijk netwerk steeds meer andere elementen die van invloed worden geacht op de ontwikkeling van de organisatie. De ontwikkeling van dergelijke open (non)systemen (Vgl. Van Diest 1997, 48vv) wordt in deze - uiteindelijk postmoderne - voorstelling van de organisatie dan ook niet langer herleid tot de gewilde acties van een aantal centrale actoren. In plaats daarvan verschijnt de organisatie als het dynamisch resultaat van de interferenties tussen de elementen die al reagerend en interacterend het netwerk vormen: in de verst doorgevoerde variant van dit denken vormt de organisatie dan ook zichzelf: namelijk door een proces van *autopoïësis*.²

In hoeverre de ervaren werkelijkheid van bedrijven en organisaties echter wordt gekenmerkt door deze veronderstelde paradigmawisseling in het denken over de organisatie is de vraag. Zo merkt Terpstra voor bedrijven en ondernemingen in algemene zin op dat voorstellingen van besturen in termen van maken absoluut niet de wereld uit zijn. Ook als er gebruik wordt gemaakt van postmoderne ideeën, worden deze ingebed in een denkkader dat 'nog steeds door het idee van maakbaarheid wordt bepaald' (Terpstra 2002, 273-275). Ook volgens Ten Bos zijn theoretische voorstellingen van de organisatorische werkelijkheid van een andere orde dan de voorstellingen die managers in hun praktijk van die praktijk maken (Ten Bos 2002, 90 vv). Weer een andere auteur die onderkent dat er spanningen bestaan tussen de theorie en de praktijk van het denken over organisaties, is Langenberg. Ondanks de opkomst van postmoderne organisatie-theorieën die de klassieke idee van de organisatie als ding en machine achter zich hebben gelaten

2 Het is een verbeelding van de werkelijkheid die nauw aansluit bij filosofische interpretaties van moderne organisaties in termen van disciplineren en controle. In de loop van de hoofdstukken die handelen over de organisatie kom ik hier op terug.

en in plaats daarvan voorstellingen van de organisatie produceren als een meerduidelijk dynamisch gebeuren, worden organisaties in de praktijk 'over het algemeen nog steeds benaderd (.) als afgebakende, gestructureerde en hiërarchisch geordende, entiteiten waarin werknemers functioneel zijn verbonden met productieprocessen en organisatiedoelen' (Langenberg 2008, 87). Voor de gezondheidszorg die een betrekkelijk jonge traditie van ondernemingachtige vormgeving kent, is het beeld niet veel anders. Zo merken Grit en Meurs in een studie naar de praktijk van het management in de zorg op dat bestuurders in de zorg een technocratische bestuurdersstijl prefereren (Grit en Meurs 2005, 146). Dat veronderstelt een beeld van de organisatie als een rationeel te besturen entiteit.

Mede met het oog op deze veronderstelde discrepantie tussen de theoretische voorstellingen van organisaties in de organisatiekunde en de voorstellingen zoals die in praktijken worden gehanteerd, besluit ik om me in dit hoofdstuk vooral te laten leiden door presentaties van de zorgorganisatie uit die praktijken zelf. Daarom onderzoek ik zoals al aangegeven, in dit hoofdstuk twee normatief geladen voorstellingen van de organisatie die gekoppeld zijn aan concrete veranderingsprocessen van zorgorganisaties. In de ene voorstelling, van Becker, verschijnt de organisatie vooral als een construct van het management; in de andere voorstelling, van Pols, verschijnt de organisatie tegelijk als uitvloeisel én facilitator van zorgprocessen. Ongetwijfeld zijn naast deze voorstellingen andere te plaatsen die een meer genuanceerd beeld geven. Voor een goed begrip van de betekenis van de organisatie voor de definiëring van zorg acht ik het contrast tussen de voorstellingen zoals Becker en Pols die geven, evenwel meer dan voldoende.

7.1.1 De zorgorganisatie als managementding (Becker)

Uitgaande van een enkele casus - de organisatieperikelen van een ouderenzorgorganisatie in Rotterdam - beschrijft Becker hoe op systeemniveau grote veranderingen werden doorgevoerd in die organisatie. Deze veranderingen transformeerden de organisatie, waarvan de indruk wordt gewekt dat deze oorspronkelijk uit stereotype misère-eilanden bestond - 'maar dan nog erger' - tot 'een drager van geluksbevorderende zorg in een vergrijzende wereld' (Becker 2004, 6). De benadering van Becker concentreert zich uitdrukkelijk op de organisatie als een bestuurd systeem en vervolgens op de ondernemer als bestuurder van dat systeem (Becker 2004, 32). De belangrijkste bagage die Becker nodig acht voor de verandering van de organisatie is een economische kennis van de besturing van organisaties. Becker koerst op een formele rationalisering van de organisatie als ingang voor gerichte veranderingen in de zorg. Het gaat, ondanks de verwijzing naar economische kennis, echter niet om een vorm van rationalisering die we zouden kunnen bestempelen als economisering (Vgl. Grit 2000). Het gaat om een variant daarvan. Naar Beckers overtuiging sluit die uitstekend aan bij de gewenste inhoud van de zorg. Het kernbegrip van die variant is 'organisatiecultuur' (Becker 2004, 11; 20vv).

Eenvoudige maatregelen?

De maatregelen die Becker doorvoerde om de gewenste veranderingen in de cultuur te bewerkstelligen, waren volgens hem betrekkelijk eenvoudig: '(ik) heb (.) zaken zo eenvoudig mogelijk en pragmatisch aangepakt. Hierbij bleek de door mij gedoeerde ondernemerseigenschap, het creatief vermogen een visie te ontwikkelen en uit te dragen via een enthousiast team, in de praktijk (.) zeer belangrijk. Nog belangrijker echter bleek de door Schumpeter genoemde ondernemers-eigenschap 'doorzettingsvermogen' (Becker 2004, 6). De eenvoud van 'de onderneming' is vooral gegeven met de eigenschappen van de ondernemer. Dat zijn geen eigenschappen die beperkt blijven tot de topmanager zelf, maar gelet op het cultureel karakter van de organisatieverandering³ tot kernkwaliteiten worden gemaakt van heel de organisatie. Het zijn: creativiteit, doorzettingsvermogen, leiderschap, visionaire eigenschappen. Daarnaast noemt hij enkele eigenschappen die meer bij 'zorgen voor' passen, empathie en intuïtie (Becker 2004, 29-30). Zo wordt de zorgondernemer zorgverlener. Omgekeerd gebeurt dat ook maar op een bijzondere manier: de functie van de zorgverlener heeft in de visie van Becker geen intrinsieke betekenis maar wordt op het topniveau van de organisatie bepaald. De professionals handelen daarom niet ten opzichte van de cliënt⁴ vanuit een eigen mandaat. Het is de organisatie die via hen handelt. De professionals zijn daarom in de eerste plaats 'medewerker' en hebben primair een functionele, dat wil zeggen van de organisatiedoelen afgeleide verantwoordelijkheid.⁵

Ook de verhalen die er volgens dit organisatieconcept toe doen zijn daarom verhalen van de organisatie. Centraal staat de 'corporate story' die als een basisfilosofie vanuit de top in de organisatie wordt uitgedragen. Er zijn wel andere verhalen, maar dat zijn hoogstens 'substories' onder het verhaal van de organisatie als geheel (Becker 2004, 91-93). Slechts zo hebben ze betekenis. Daarom worden ze gedirigeerd door ondubbelzinnige oneliners van de top. Verhalen die professionals vertellen over de praktijk doen er dan ook slechts toe voor zover ze de corporate story verhelderen. Deze verbinding van betekenisvolle narrativiteit op het niveau van de zorgverlening met het management van de organisatie impliceert een

3 De bedrijfskundige literatuur schaaft cultuurveranderingen bijna vanzelfsprekend onder de categorie complexe managementvraagstukken (Vgl. Cozijnsen en Vrakking 2003, 171 vv). Cultuurbenaderingen van veranderingen impliceren dat alle nadruk (Kanter 1985) komt te liggen bij de zorgondernemer als held van de cultuur. Ook bij Becker is dat het geval, want hoewel de oorspronkelijke titel van het boek van Becker - *De verborgen hand van culturele sturing* (Becker 2004, ii) - suggereert dat de sturing van de cultuur van het systeem net zo onzichtbaar is als de hand die volgens Adam Smith de economie aanstuurt, is de aanstuurder duidelijk gepersonifieerd in de ondernemer (Vgl. Ten Bos 2002, 134 vv).

4 In de passages die over het onderzoek van Becker gaan, past spreken over patiënten niet goed (Becker 2004, 181).

5 In een typologie van verantwoordelijkheden die voor professionals in de zorgorganisatie aan de orde is, wordt door de commissie ethiek van V&VN, een Nederlandse koepelorganisatie van verpleegkundigen en verzorgenden een drietal verantwoordelijkheden onderscheiden: een functionele, een persoonlijke en een professionele. De functionele verantwoordelijkheid betreft dan de wijze waarop de zorgverlener als werknemer van de organisatie aangesproken wordt op de rollen en taken die hij krachtens opdrachten van de organisatie te vervullen heeft (Commissie Ethiek V&VN 2007, Van Dartel 2008; Van Dartel 2009; Houtlosser 2011, 30-37).

fusie van de formele en substantiële rationaliteit in de organisatie. De praktijk van de professional gaat op in die van de organisatie, c.q. het management.⁶

Een paradigmaverandering

Becker heeft bijzondere argumenten voor deze vervlechting van zorg en organisatie. Die argumenten hebben te maken met een door hem gewenste ‘paradigma-shift’ in de zorg. Daarmee legt hij een link tussen de formele rationaliteit van het managen van de organisatie en de substantiële rationaliteit van de zorgprocessen. Wat is het punt?

Volgens Becker heeft de ouderenzorg zich als deel van de gezondheidszorg te lang geconcentreerd op ‘cure’ en ‘care’. Vanuit die concepten zijn de praktijken gevormd. Met desastreuze effecten (Becker 2004, 43). Dat vergt wijzigingen. ‘Het vroegere accent op ‘recht op volledige professionele verzorging’, met bijna geen privacy, in ‘totaal-instituten’ waar alles vierentwintig uur per dag voor je geregeld werd, (dient te) worden vervangen door zoveel mogelijk zelfstandig (blijven) wonen en leven’ (Becker 2004, 64). De oriëntatie op ‘cure’ en ‘care’ completeert Becker daarom met ‘welzijn’ en ‘wonen’. Dat mondt uit in een concept van ‘gelukbevorderende zorg’. De zorgorganisatie wordt voorgesteld als een gemeenschap van mensen die zich richt op meer dan gezondheid namelijk op menselijk geluk en die dat tracht te realiseren door een vorm van culturele sturing met een viertal centrale waarden (Becker 2006, 7). Naast wetenschappelijke inzichten en instrumenten zijn het vooral praktische methoden die vorm moeten geven aan deze vorm van zorg (Becker 2004, 12-13). Voor de nadere invulling van zijn ideeën gaat Becker te rade bij diverse auteurs: een utilistisch filosoof als Bentham, psycholoog Maslow met zijn leer van de menselijke behoeften en socioloog-filosoof Habermas, met diens visie op de complexe verhouding tussen systeem en leefwereld. Ook maakt hij gebruik van ideeën van geluksonderzoeker Veenhoven (Becker 2004, 11-19; 34-40). Vervolgens bepaalt hij aan de hand van verschillende noties uit de bedrijfskundige en de sociologische literatuur een aantal culturele sturingselementen (Becker 2004, 60 vv) dat de beoogde paradigmaverandering dient waar te maken.⁷

Overigens gaat het bij de voorgestelde paradigmawijzigingen om zaken waarvan niet per se zeker is dat ze ook door iedereen zijn gewenst. Om te beginnen rapporteert Becker weerstanden bij de professionals die vasthouden aan het ‘cure en care’- paradigma en de daaruit voortvloeiende vanzelfsprekendheden (Becker 2004, 123). Maar ook breder zou er maatschappelijk geen consensus bestaan over de wijze waarop de zorg zou moeten worden ingericht. Het proces dat door Becker wordt ingezet, wordt daarom door hem als een politiek proces gekwalificeerd

6 Het woord zorgaanbieder (dat overigens niet in die zin door Becker wordt gebruikt) is in dit opzicht een opmerkelijk woord. Het wordt zowel gebruikt om de organisatie als geheel aan te duiden of het management of de professionele zorgverlener. Elk betekenisvol onderscheid in rollen valt daarmee weg.

7 In zijn proefschrift beschrijft hij een aantal instrumenten. Later voegt hij daar weer nieuwe aan toe zoals de appreciative inquiry-methode (Becker 2006, 15). Deze wijken niet fundamenteel af ten opzichte van de eerder ingezette lijn.

(Becker 2004, 45). De toekomst zal uit moeten wijzen of er inderdaad sprake is geweest van een paradigmashift. En of Becker verantwoord heeft gehandeld. Dat hangt af van de omstandigheid of de voorstellen van Becker politieke legitimatie verwerven. Of niet.

7.1.2 Analyse: bepalende elementen van de organisatie als bestuurd systeem

Het project van Becker wordt gekenmerkt door een aantal opvallende elementen. Ik haal enkele aspecten naar voren die inzicht geven in de rol van het management. Daarbij ga ik ook in op theoretische noties waarvan Becker gebruik maakt. Het gaat om de volgende drie aspecten:

- 1 de vraag wie er handelt in de zorg,
- 2 het sturen op cultuur als ingang van formele rationalisering en
- 3 de politieke legitimatie van de veranderingen.

Hieronder ga ik in op de drie genoemde punten. In samenhang zijn ze alle drie van belang voor de typering van het management van de zorg van Becker. Het tweede punt, sturen op cultuur, vormt echter de kern.

1. Wie handelt in de zorg?

Hoewel het taalgebruik van Beckers boek suggereert dat het de organisatie is die handelt, ligt de nadruk op de organisatie als bestuurd systeem. Daarom verplaatst de aandacht zich van de organisatie naar die functie die bepalend is voor de opbouw ervan, het management. Het beeld van het management bij Becker impliceert een kwalificatie van de professionals als hindermacht. Dat spoort met een oriëntatie zoals Ten Bos die in brede zin toedicht aan managers: ieder managementisme, stelt hij, is vanouds gekant tegen de exclusieve kennis- en gezagsclaims, waarmee professionals voor zichzelf een ontoegankelijke en oncontroleerbare handelingsruimte creëren (Ten Bos 2003). Beckers schets van werkers in de ouderenzorg sluit naadloos hierop aan. Zij representeren volgens Becker een oude cultuur waarin mensen door een louter instrumentele, vaktechnische professionaliteit tot object van zorg worden gemaakt (Becker 2004, 34). Daarom tracht Becker de domeinen van cure en care, waar de professionals zich verschanzen, inhoudelijk open te breken onder verwijzing naar andere dimensies van menselijk bestaan: welzijn en wonen. Zo wordt de verandering van de inhoud van de zorg geherdefinieerd tot een verandering van haar professionele organisatie, in het bijzonder van de cultuur (Becker 2004, 20-23; Becker 2006). De substantiële rationaliteit van de kernprocessen vindt met andere woorden voortaan haar uitdrukking in de formele rationaliteit van de organisatieprocessen. De primaire verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaars wordt bijgevolg gedefinieerd als een functionele: de ultieme opdracht van de medewerkers is om in hun gedrag tegenover cliënten te voldoen aan de taakstelling van de organisatie, te weten de

ontwikkeling van een leefwereld voor cliënten. ‘Zorgen voor’ wordt geassimileerd met ‘zorgen dat’. Uitgaande van de typologie van Arendt is er binnen de constructie die Becker voorstelt amper sprake van handelen op het niveau van de beroepsbeoefenaars. De noodzaak om zich te laten leiden door de aanspraken van de organisatie en de nadruk op het vanzelfsprekend ‘gewone’ van het werk, geven hun activiteiten eerder het aanzien van ‘arbeid’ dan van handelen. Staat die arbeid los van enige ‘moraal’? Nee: de medewerkers hebben zich namelijk te houden aan specifieke houdingsregels die de organisatie hen oplegt.

2. Sturen op cultuur

Het veranderingsproces dat Becker voorstelt, berust op een nogal Weberiaanse notie van modernisering die zich tegelijk voordoet als een kritiek op het moderne. In het spoor van de ideeën van Habermas schetst hij de ouderenzorg als een wereld die zich onder invloed van de technische aanspraken van traditionele zorgprofessionals heeft ontwikkeld tot een star en bureaucratisch systeem. Een systeem dat geen enkele ruimte schept voor de leefwereld van de bewoners.⁸ Dat vraagt om verandering. En wel op een paradoxale wijze: door een fundamentele aanpassing van het systeem zodat er opnieuw een leefwereld ontstaat, waar de oudere zich kan thuis voelen. Om die aanpassing van het systeem te duiden, knoopt Becker niet alleen aan bij Habermas maar verbindt hij diens gedachtegoed met oudere ideeën, van Tönnies over ‘Gemeinschaft’. Die verbindt hij met zijn eigen visie op de zorgorganisatie als een ‘extended family’. De zorgorganisatie krijgt zo de gestalte aangemeten van een gemeenschap, van een gremium dat cliënten, vrijwilligers en familie, maar ook de medewerkers de gelegenheid biedt om ergens bij te horen. Het is een opvatting die goed aansluit bij het voorstel van Achterhuis om het bijzondere van de sfeer van de zorg te waarborgen. Volgens Becker voorkomt het gebruik van Tönnies idee over de gemeenschap als *organisatieprincipe* dat de leefwereld van de bewoners weer opnieuw overwoekerd wordt

8 Dit beeld van een door een professioneel systeem gekoloniseerde leefwereld wordt onder meer verrijkt met verwijzingen naar het concept van de totale institutie van Goffman (Becker 2004, 34-35) en met associaties met het werk van Nietzsche: binnen een professionele cultuur die is doordeesemd met Apollinische elementen van strakke rolverdelingen, regels en normen, is alle ruimte voor een vorm van Dionysisch genieten die volgens Becker in de zorg zo op zijn plaats zou zijn, verdwenen. De verwijzing naar de door Nietzsche gehanteerde begrippen *Apollinisch* en *Dionysisch* spooft met elementen van een cultuurtypologie voor bedrijven van Handy: Apollo staat daar ook voor sterk bureaucratisch, Dionysus voor vrijgevochten en anarchistisch. Daarnaast onderscheidt Handy nog een Zeus-cultuur (autoritair) en een Athene-cultuur. Die laatste staat voor een organisatiecultuur waarin redelijke argumentaties bepalend zijn voor de beslissingen en het management (Becker 2004, 18-19; Handy 1978).

door de invloed van systemen.⁹ Zowel de medewerkers als de bewoners hebben hierin een taak (Becker 2004, 181).¹⁰ Maar terwijl de bewoners vrij zijn in het aanvaarden van deze verantwoordelijkheid, geldt dat niet voor de medewerkers. Zij worden verondersteld als cultuurdragers strikt de aanwijzingen van het management te volgen (Becker 2004, 72; 83; 123).¹¹

Interferentiezone

Becker nuanceert Habermas' opvattingen over de werking van systemen met ideeën van Kunneman over interferentiezones: gebieden in de samenleving waar systeem en leefwereld elkaar zouden overlappen.¹² Kunneman stelt die zones voor als plaatsen waar de kolonisering van de leefwereld ook weer kan worden tegengegaan. Hij beschouwt de gezondheidszorg als een dergelijke plaats. Daar zou ruimte kunnen ontstaan voor communicatieve individualisering en voor individuele bestaansethieken (Kunneman 1996, 54 vv). De zorgorganisatie zoals Becker zich die voorstelt, is daar een voorbeeld van: het gaat om een plaats waar op het niveau van het alledaagse handelen de eenheid tussen het ware, goede en schone kan worden herwonnen. Strategische beheersing en systeemdwang hoeven daar volgens hem dan ook geen rol meer te spelen (Becker 2004, 179-180).

-
- 9 Tönnies gebruikt twee begrippen voor het duiden van bepaalde veranderingen in de negentiende-eeuwse samenleving: 'Gemeinschaft' en 'Gesellschaft' (Tönnies 1972). Becker gebruikt dat laatste begrip niet. Hij houdt het bij Tönnies begrip 'Gemeinschaft'. Wat is nu het problematische van deze receptie? Het volgende: Tönnies beschouwt sociale verbanden wel als uitdrukking van de wil van mensen om samen te gaan, maar zegt daarbij dat er twee heel verschillende vormen van die wil bestaan met daaraan gekoppeld verschillende vormen van samenwerking: sociale verbanden kunnen uitdrukking zijn van een 'Kürwille' óf van een 'Wesenswille' (Tönnies 1972, 87 vv). De eerste wil, de 'Kürwille' leidt volgens Tönnies tot de vorming van (een) 'Gesellschaft'. Dat is een bij uitstek modern verschijnsel van menselijke samenwerking waarbij mensen op basis van individuele wilsbesluiten en de afweging van hun persoonlijke belangen nieuwe verbanden aangaan. De 'Wesenswille' die bepalend is voor de 'Gemeinschaft' is van een geheel andere aard. Het betreft de vanuit het diepste sociale wezen van de mens oprijzende wil om met anderen samen te gaan (Tönnies 1972, l.c.; Van Hoof en Van Ruyssevelt 2004, 135). Dat vormt de basis van de gemeenschap ('die Gemeinschaft'): het is die vorm van verbondenheid die Becker tot voorbeeld van de zorgorganisatie maakt. Specifiek voor de 'Wesenswille' en de daaruit gevormde gemeenschap is dat deze bestaat uit relaties en vriendschappen die niet kunnen worden gekozen. Gemeenschappen zijn er gelet op de funderende wil dan ook eenvoudigweg: vanzelfsprekend, totalitair, effectief geworteld en gericht op traditie (Scheepers en Janssen, 2001). Ze zijn daarom ook niet goed te organiseren. Het gaat om letterlijk informele samenwerkingsverbanden (Scheepers en Janssen l.c.; Vgl. Kunneman 1996, 54 vv). Dat maakt het principieel problematisch om ze tot onderwerp van gerichte managementactiviteiten te maken.
- 10 Ter illustratie van de betekenis van het gemeenschapsconcept op de procedures van de organisatie wijs ik op het gebruik door Becker van coöptatie als dominant middel in de werving van personeel. Deze werkwijze bevordert, stelt Becker, het idee van de organisatie als extended family en vergemakkelijkt de overdracht van de bepalende elementen van de organisatiecultuur (Becker 2004, 149; 169).
- 11 Wanneer medewerkers andere normen laten prevaleren boven die van de dominante cultuur en de daarbinnen geldende 'gemeenschaps'normen, kan dat uiteindelijk tot arbeidsconflicten leiden die hiërarchisch worden opgelost (Becker 2004, 179).
- 12 Kunneman ontwikkelt dat idee in reactie op het strenge onderscheid dat Habermas hanteert in de verhouding tussen systeem en leefwereld.

Leiding en communicatie

Becker vraagt zich vervolgens af, hoe de ondernemer dient te handelen om 'te zorgen dat de systeemwereld de leefwereld niet helemaal frustreert' (Becker 2004, 44): moet hij verlicht despoot zijn, of juist iemand die zand strooit in de maatschappelijke systemen? Volgens Becker combineert de goede ondernemer beide elementen. Als reden daarvoor stelt hij dat slechts op die manier de noodzakelijke paradigmashift in de zorg kan worden bewerkstelligd. Communicatieve individualisering is Becker volgend dan ook pas mogelijk wanneer het oude systeem dat de gezondheidszorg al te lang in zijn bureaucratische grip zou hebben gehouden, is afgebroken. Verandering begint volgens Becker dan ook met deconstructie of zoals hij onder verwijzing naar Schumpeter aangeeft, met 'creatieve destructie' (Becker 2004, 180; 26-27). Het begrip deconstructie krijgt daarmee een specifieke lading. Destructie pakt Becker om te beginnen in letterlijke zin op als de afbraak van gebouwen. En vervolgens als de vernietiging van bestaande medische processen en zorgroutines. Om te voorkomen dat het vernieuwde systeem ook weer veroudert, is het zaak om zonder ophouden vernieuwingen door te voeren: steeds maar bezig blijven met 'nieuwe producten, nieuwe manieren van produceren, nieuwe markten' maakt dat het nieuwe systeem zich niet vastzet, maar de weldadige invloeden van de leefwereld kan blijven ondergaan. Deconstructie wordt daarmee volgens Becker een vast systeemkenmerk. Zeker, er zullen wel weerstanden zijn maar een deel daarvan zal door gewenning aan de vernieuwingen geleidelijk verdwijnen. En voor wat niet verdwijnt, sluit hij niet uit dat er dan door de top sterk persisterend, autoritair of despotisch moet worden opgetreden (Becker 2004, 31).

The invisible hand van de cultuur

Dat heeft paradoxale effecten voor de wijze waarop de manager sturing geeft. Aan de ene kant stelt Becker het zo voor dat het een vorm van sturing kan zijn waarbij géén gebruik meer hoeft te worden gemaakt van autoritaire middelen. Voor dit sturen op cultuur gebruikt Becker naar analogie van de theorieën van Adam Smith over de werking van de economie, het beeld van een onzichtbare maar wel sturende hand: is de cultuur eenmaal gevestigd, dan geven cultuurdragers zonder het zelf nog vaak te beseffen de bepalende waarden van de cultuur door aan anderen. De cultuur stuurt zo zichzelf (Becker 2004, 30).

Aan de andere kant blijft de topmanager in deze constructie van de organisatie als een 'gemeenschap' met een eigen cultuur, de rol houden om als het systeem eenmaal - na de destructie van het oude systeem - in werking is gezet, te blijven nagaan of de natuurlijke werking ervan wel overeind blijft: hij 'draagt er actief zorg voor dat (latente) cultuurtrekkers hun essentiële rol kunnen vervullen, zodat de culturele sturing daadwerkelijk werkt. Het systeem moet uiteindelijk tot een natuurlijk, bewegend evenwicht komen' (Becker 2004, 31). De actieve rol van de topmanager als bewaker van het systeem blijft dus gevraagd, ook na de verandering van het bureaucratische systeem. Hoewel dat niet meer zo ostentatief autoritair hoeft te gebeuren als vóór de cultuuromslag, blijven bij tijd en wijle duidelijke

ingrepen van de topmanager noodzakelijk (Becker 2004, 179). Daarmee presenteert Becker de organisatie en de leefwereld die daar het effect van zou zijn primair als (uitkomst van) een autoritair bestuurd, maar desondanks apolitiek, 'economisch'¹³ systeem (Vgl. Ten Bos 2002, 134 vv).

3. Legitimatatie

De vraag is nu hoe Becker deze positie legitimeert. Eerder gaf ik aan dat hij de veranderingen in de organisatie beschouwt als een paradigmaverandering waarvan niet zeker is dat die zal beklijven. Of er daadwerkelijk instemming zal blijven voor de visie die hij geeft op zorg is afhankelijk van de uitkomsten van een door hem als politiek aangeduid proces. Nu duidelijk is dat de overlegruimte in de organisatie beperkt is, omdat een discussie over de dragende waarden van de cultuur van de organisatie zo niet uitgesloten dan toch finaal wordt geregisseerd door het topmanagement, stel ik vast dat het politieke proces zoals Becker dat ziet en dat hij bepalend acht voor het doorzetten van de door hem gepropageerde paradigmaverandering, een maatschappelijke discussie betreft, die *buiten* de organisatie haar beslag krijgt. Uiteindelijk moet daar de legitimatie van het bestuurlijk proces zoals Becker dat inzet vandaan komen.

De implicatie van deze zienswijze is duidelijk. Aan de ene kant is er erkenning voor het gegeven dat de zorgorganisatie onderhevig is aan politieke besluitvorming. Aan de andere kant valt te constateren dat degenen die in belangrijke mate worden verondersteld om deze organisatie op het niveau van de zorg waar te maken, zijn uitgesloten van deelname aan dat politieke debat. Zij worden geheel in lijn van de Aristotelische interpretatie van arbeid opgesloten in de bijzondere 'economie' van de zorgorganisatie zoals Becker die voorstelt. Die kan wel als gemeenschap worden voorgesteld, maar het is in ieder geval geen politieke gemeenschap.

7.1.3 De zorgorganisatie als betekenisvolle context (Pols)

In een onderzoek naar goede zorg beschrijft Pols een aantal zorgpraktijken (Pols 2004). Daarbij legt zij alle nadruk op het handelen. In het doen van de zorgverleners, en de respons van de zorgontvangers daarop, die ook een vorm van doen is, wordt de praktijk op een dynamische wijze vormgegeven. De waarheid van de zorg schuilt, zo lijkt Pols te zeggen, niet in wat men zegt over de zorg, maar vooral in wat men doet. Het springende punt is dat de zorg - hoe er ook over wordt gesproken - voortdurend opnieuw in de praktijk wordt waargemaakt. Zo kijkend naar de praktijk constateert Pols dat begrippen en opvattingen die in de uitgesproken idealen over de zorg als richtinggevend worden voorgesteld op het niveau van

¹³ Economisch krijgt heeft hier nagenoeg een dubbele betekenis: aan de ene kant gaat het om de moderne economie, aan de andere kant resonanceert het oude begrip van de economie als de voorpolitieke wereld van het huishouden volop mee.

het doen een andere uitwerking kunnen krijgen. Voor eenzelfde ideaal of uitgedragen theorie ('espoused theory') staan zeer uiteenlopende 'theories-in-use'.¹⁴ Of 'embedded theories', zoals zij deze noemt (Pols 2004, 28), om aan te geven hoezeer handelen en theorie zijn verweven. Er zijn echter ook handelingen en gedragingen die zich niet goed laten uitdrukken in de 'espoused theory', ook al worden ze expliciet begrepen als uitingen van goede zorg. Dat komt volgens Pols onder meer, omdat de theoretische idealen die het gesprek over de zorg domineren het soms verhinderen om de zorgpraktijken zoals die worden gedaan, adequaat tot expressie te brengen: begripsmatig schieten de expliciete idealen en zorgtheorieën in de gebezigde taal tekort of conflicteren (Pols 2004, 29; 31). Het gesprek over zorg en over veranderingen in de zorg wordt daardoor complex. Maar desalniettemin ook noodzakelijk. Het begint vanzelf in de directe omgeving waarin de zorg zich praktisch afspeelt: in de communicatie tussen professionals en patiënten.

De organisatie als achtergrond

Het onderzoek van Pols focust uitdrukkelijk op de professionele praktijk. Het gaat om de idealen die daar leven 'in het doen'; die een minder of meer geslaagde plek krijgen in het actuele handelen van de professionals. Tegen die achtergrond begrijpt Pols discrepanties tussen doen en denken als bronnen van professionele zorgontwikkeling en spreekt ze de professionals aan als verantwoordelijke vormgevers van de praktijk. Organisaties spelen in haar studie geen andere rol dan die van context. Daarmee wordt niet gezegd dat er geen invloed van uitgaat op de articulatie van de praktijk. Zo schrijft Pols over de manier waarop hulpverleners en patiënten in twee afzonderlijke (psychiatrische) ziekenhuizen omgaan met de wettelijke regels voor goede zorg (Pols 2004, 77 vv). Terwijl in het ene ziekenhuis door patiënten en hulpverleners positief wordt ingestoken op de praktische realisering van de idealen waarvan de wettelijke regels zouden getuigen, wordt daar in het andere juist een negatieve, vijandige houding tegenover ingenomen. De organisatorische context van de professionele zorg bemiddelt in normatieve zin hoe de uitgezegde idealen praktisch worden gearticuleerd: zet men zich af tegen normen die van buiten worden aangereikt, of tracht men ze in de praktijk te integreren? Zo leiden verschillen in context tot verschillende effecten in de vormgeving van de zorg.¹⁵ Maar ook al is er invloed vanuit de context, het meest bepalend blijft voor Pols het gesprek en het handelen van de professionals. Zij staan primair met elkaar voor de opgave om in de zorg voor hun patiënten een vorm te vinden voor de integratie van de externe regels die tegemoet komt aan hun eigen professionele beelden van de praktijk. En niemand anders. Het is met andere woorden hún praxis, hún proces van 'enactment', dat bepalend is voor de zorg: de zorgverleners

-
- 14 Begrippen zijn ontleend aan het werk van Schön, die samen met Argyris baanbrekend werk heeft verricht met betrekking tot het verhelderen van de aard van professionele reflectiviteit en de lerende organisatie. (Schön, 1983).
- 15 Overigens gebeurt dat volgens Pols op een wijze die duidelijk maakt dat het wettelijke kader in beide situaties ineffectief blijkt te zijn. Of men nu vanuit oppositie denkt of vanuit adoptie, de wettelijke regelingen schieten in beide gevallen tekort.

zijn in hun handelen met de patiënten sleutelfiguren voor de uitwerking van alle woorden over de zorg, aan welke (interne of externe bron) die woorden ook ontspringen (Pols 2004, 102-103).

Een rol voor het management?

Ook al is voor Pols de beslissing die in het handelen zelf wordt genomen, doorslaggevend, in de diverse delen van haar onderzoek schemeren de invloeden door van de organisatie. Alleen problematiseert zij die niet als een op zichzelf staand gegeven. Wel leidt ze uit de wijze waarop idealen in de praktijk worden waargemaakt (of niet) aanbevelingen af voor het verbeteren van praktijken. Dat heeft ook implicaties voor het denken over zorgorganisaties en de rol van het management. Laten we kijken hoe deze beweging verloopt.

De professionals en de patiënten zijn de primaire bron van veranderingen: het gesprek dat door hen wordt gevoerd over de wijze waarop uitgesproken idealen feitelijk in het concrete handelen zijn ingebed, wordt - afgezet tegenover de inschatting van hoe ze idealiter ingebed zouden moeten zijn - richtinggevend voor de realisatie van goede zorg. Daarom zijn vooral die (beleids)interventies die berusten op een articulatie van gedrag van binnenuit, echt van belang voor het veranderen van zorgprocessen (Pols 2004, 151-152). Zonder dat Pols degenen die op enigerlei wijze verantwoordelijkheid dragen voor het initiëren van veranderingen en het aansturen van organisaties direct aanspreekt, bevat haar insteek duidelijke voorstellen voor het toepassen van beleidsinterventies. Allerlei initiatieven tot verbetering van de zorg kunnen maar het beste zo goed mogelijk aansluiten bij de kennis en de moraal zoals die in de praktijk zelf bestaan, willen zij werkelijk tot verbetering leiden. Verbeteringen dienen daarom aandachtig te worden vertaald naar de praktijk zodat ze op een vruchtbare wijze kunnen interfereren met de bestaande, praktisch ingebedde beelden van goede zorg. Zo niet dan vallen verbeterprojecten in het water. De belangrijkste impuls voor het doorvoeren van verbeteringen wordt daarmee het bevorderen van de zelfreflectie door professionals in samenspraak met patiënten en andere direct betrokkenen over de praktijk, zoals die wordt gedaán. Deze visie op de rol van de professionals voor de sturing van veranderingen in de zorg heeft uiteraard normatieve implicaties voor de opbouw van de organisatie.

7.1.4 Analyse: bepalende elementen van de organisatie als betekenisvolle context

Iedere logica in de zorg(organisatie) krijgt uiteindelijk haar betekenis in de logica van het professionele handelen (Pols 2004, 149). Daar begint, als ik Pols goed volg, de rationaliteit van de organisatie van de zorg: de formele rationaliteit van de organisatie is met andere woorden in principe gegeven met de substantiële rationaliteit van het professionele handelen. En met niets anders. Waarom dat zo is legt Pols amper uit. Het is voor haar een vanzelfsprekendheid om de praktijk tot spre-

ken te brengen via degenen die de praktijk op de meest directe manier vormen. De noodzaak om van buitenaf een oordeel uit te spreken over hetgeen de praktijk tot een goede praktijk maakt, wordt door haar simpelweg verworpen. Niet dat het niet zou kunnen. Alleen wordt er niet voor gekozen. De praktijk spreekt voor zichzelf (Pols 2004, 15). En als er over de praktijk moet worden gesproken, dient dat gesprek in die praktijk zelf aan te vangen met degenen die er vorm aan geven. Dat zijn niet alleen hulpverleners, maar ook patiënten. Zij staan op een vergelijkbare, handelende manier in de praktijk als de professionals.

Diversiteit

Dat de praktijk niet eenstemmig spreekt, maar wordt gekenmerkt door diversiteit; dat er voortdurend conflicten zichtbaar worden in het onderlinge gesprek van zorgverleners, het is voor Pols geen reden om uit te wijken naar een andere positie. Een meer objectiverende, onafhankelijke waarnemerspositie, bijvoorbeeld op het niveau van het management - om van daaruit te oordelen over het goede van de praktijk - is geen thema bij haar. Integendeel. Pols acht de confrontatie met de diversiteit en de spiegeling van de diverse posities ten opzichte van de manier waarop de zorg wordt gedaan, meer dan voldoende om tot een nadere verheldering van goede zorg te komen. De kern van de ontwikkelingen in de zorg wordt bepaald door het fundamentele onderscheid tussen *het doen* en *het spreken over het doen*. De vertogen waarin de zorg wordt benaderd, onderscheiden zich immers van het doen zonder dat dit zich compleet los kan maken van de vertogen waarin over het doen wordt gesproken.

Professionals handelen

De interpretatie die Pols geeft van de zorgpraktijk en van de manier waarop die zou dienen te worden ontwikkeld, vindt niet alleen bevestiging in voorstellen voor de definiëring van professionele praktijken (Kole en De Ruyter 2007; MacIntyre 1984) of een praktijkgerichte 'naturaliserende' ethiek (Verkerk en Lindemann, Walker 2009). In zekere zin sluit ze ook aan op het denken van organisatiekundigen als Chia en Tsoukas (Chia en Tsoukas 2002) die benadrukken dat managementconcepten pas veranderingspotentieel krijgen, als ze worden weerspiegeld in de percepties van de practici. Pols kent evenwel meer gewicht toe aan de opvattingen van de practici. Dat zijn immers geen willekeurige ervaringen. Het betreft ook theoretisch geladen praktijkconcepten: 'embedded theories'. Bijgevolg kent zij aan de opvattingen van de practici een meer centrale plaats toe dan aan die van het management.

In die zin sluit de voorstelling van Pols over organisatieveranderingen beter aan bij de ideeën van Whitehead en McNiff over veranderingen in het onderwijs (Whitehead en McNiff 2006; Whitehead 1989; 2009). Of bij ideeën van Schön over de reflectieve professional (Schön 1983). Net als bij Pols begint ook bij deze auteurs de verandering van de zorgpraktijk niet met het uitzetten van managementconcepten maar met het thematiseren van de spanning die professionals ervaren tussen waarden en ideaalbeelden van hun praktijk en hun handelen zelf:

living theory veronderstelt dat door kritische reflectie over ervaren normatieve discrepanties de praktijk zelf meer in overeenstemming wordt gebracht met de theoretische beelden die de practici zelf over hun praktijk vormen. De praktijk krijgt theoretische betekenis.

Door de centrale betekenis die aan het handelen wordt toegekend sluit de benadering van Pols opvallend goed aan bij de theorieën van Arendt. Omdat volgens Pols uiteindelijk pas in het handelen zelf wordt beslist over de geldigheid van bepaalde normatieve oriëntaties op zorg - ook over die van het management - krijgt het handelen bijna vanzelfsprekend een politiek karakter in de betekenis zoals ook Arendt die eraan geeft. De praktijkbeschrijving van Pols herinnert aan begrippen bij Arendt als pluraliteit en nataliteit, begrippen die volgens Arendt cruciaal zijn voor een juist idee over handelen en het politieke. Hoewel Pols in deze niet expliciet stelling neemt, zou men met het oog op haar visie op de zorgpraktijk gemakkelijk kunnen concluderen dat deze ook door haar politiek wordt geïnterpreteerd. Want wat voor beleid er ook formeel voor de zorg geldt, op wat voor niveau ook, pas in het praktisch handelen wordt over de inhoud ervan beslist. De vormgeving van de zorg als goede zorg berust op samen- en tegenspraak van patiënten en hulpverleners. De ander jegens wie wordt gehandeld, wordt aangesproken als een autonoom persoon die ook weer handelend beslist over de definiëring van de situatie en de aanspraken van de ander: zorgverlener en zorgontvanger maken zo in hun gezamenlijk handelen de zorg waar. Arendt zou hier spreken over 'action in concert' (Borren 2009, 117). Maar Pols verwijst niet naar Arendt.¹⁶

Theoretische positie

De theoretische positie die Pols in haar studie inneemt, licht ze toe door te wijzen op een tweetal bronnen. In de eerste plaats gaat het om denkers die praktijken bekijken vanuit een actor-netwerk benadering, geïnspireerd door het werk van de Franse filosoof Foucault (Pols 2004, 17-18). Die benadering veronderstelt dat het handelen van mensen zijn betekenis niet op de eerste plaats ontleent aan de betekenis die ze er zelf aan toekennen, maar vooral aan de plek die zij en hun handelen innemen binnen een groter netwerk. Daaraan wordt ook het typische onderscheid tussen het doen zelf en de woorden die het doen (lijken te) omvatten ontleend. Een van de filosofen aan wie Pols in belangrijke mate refereert en die ook geïnspireerd is door het werk van Foucault, is Mol: in haar werk wordt, zoals we eerder zagen, benadrukt dat in het interactief doen van de zorg de eigen logica van de zorg zichtbaar wordt. Dat doen vormt dan ook de kern van de zorgorganisatie. Opmerkelijk in het denken van Pols en Mol vind ik dat de aandacht bij hen niet wegdrijft naar de disciplinerende effecten van de biopolitieke arrangementen

¹⁶ Of naar een andere auteur uit een heel andere traditie die op een vergelijkbare wijze als Pols redeneert, Lipsky. Organisaties op het gebied van zorg en welzijn typeert hij als street-level-bureaucracies: organisaties waar nergens anders dan op het niveau van de uitvoering zelf beslist wordt over de inhoud van de zorg, organisaties dus ook waar alle mogelijke vormen van inhoudelijke sturing van het werk nergens anders op hun houdbaarheid worden getoetst dan in de uitvoering (Lipsky 1983). Net zoals bij Pols het geval is.

van moderne zorgverlening, maar vooral gefocust blijft op de mogelijkheden van zorg als een vrijheidspraktijk.¹⁷

In de tweede plaats refereert Pols aan de Franse denkers Boltanski en Thevenot. Die beklemtonen dat mensen hun dagelijkse praktijk articuleren door middel van intern consistente maar zeer onderscheiden repertoires van rechtvaardiging welke ze kwalificeren met kenmerkende begrippen en streefrichtingen. Zo is het kenmerkende begrip voor de sfeer van de industrie het begrip 'efficiëntie'. Een ander kernbegrip van een ander repertoire, namelijk van de markt is 'schaarste' terwijl rijkdom het richtinggevend streven voor dit repertoire is (Pols 2004, 18). Voor de zorg zelf geven Boltanski en Thevenot geen kernbegrip en streefrichting aan. Ook Pols doet dat niet expliciet, hoewel ik uit haar betoog meen te kunnen opmaken dat het kernbegrip dat zij hanteert 'goede zorg' is. En dat dit begrip zich op verschillende manieren kan vertalen in een richtinggevend streven. Bijvoorbeeld in termen van een versterking van de autonomie van patiënten. Maar dat is niet noodzakelijk zo. Want zoals gezegd is de meest springende interpretatie van de praktijk gelegen in de praktijk zelf: in het doen.

Actornetwerk

Voor zover de organisatie bij Pols betekenis heeft, kunnen we zeggen dat zij bij Pols vooral verschijnt als een relevant actornetwerk van betekenissen. In die zin verschaft zij de professionals en in afgeleide zin ook de patiënten een achtergrond van strijdende vertogen waarop zij terug kunnen vallen voor de duiding van hun eigen handelen. Met betrekking tot beelden van een verdrongen professionaliteit zoals we die eerder bij een aantal auteurs signaleerden, leidt de interpretatie van Pols tot de overtuiging dat professionals niet als machteloze uitvoerders van beslissingen van anderen moeten worden gezien, maar veel meer als politieke actoren: in hun in het handelen gelegen interpretatie van allerlei hun aangereikte betekenissen van zorg, beslissen zij over de inhoud. Zij 'doen' idealen (Jacobs e.a., 2008, 10-11; vgl. Kole en De Ruyter 2007). Zij maken zo niet alleen de zorg waar, maar daardoorheen ook de organisatie en haar aanspraken.

7.1.5 Evaluatie

Welke definities men er ook op nakijkt, in de regel zullen organisaties worden beschouwd als samenwerkingsverbanden waarin gemeenschappelijke doelen worden nagestreefd (Roozendaal 2008, 9-10). Dat de wijzen waarop dergelijke samenwerkingsverbanden vervolgens worden gepercipieerd, sterk uiteen kunnen lopen, maakte ik aannemelijk door naast elkaar twee studies over moderne zorg-

17 Het denken van Foucault laat wat dat betreft zeer uiteenlopende interpretaties toe. Aan de ene kant lijkt alle aandacht uit te gaan naar de onderwerping van het burgerlijke subject door complexe samenhangende biopolitieke praktijken, aan de andere kant blijft er vooral in zijn late werken steeds een opening naar een volstrekt anders denken over de constitutie van het subject: als element van een (esthetische) vrijheidspraktijk.

praktijken te presenteren. Daarbij richtte ik de aandacht vooral op de meer of minder expliciete veronderstellingen in deze studies over de opbouw van de zorgorganisatie in relatie tot de praktijk. Hoewel beide studies een beschrijvend karakter hebben - en zich oriënteren op vergelijkbare doelstellingen zoals verbeteren van de zorgpraktijk - gaan beide uit van normatieve veronderstellingen over de praktijken van de zorg en de rol van diverse spelbepalers daarbinnen. Dat mondt in beide studies uit in zeer specifieke maar niet altijd expliciete voorstellingen van de zorgorganisatie. Wat men verder ook van deze voorstellingen mag vinden, het scherpe contrast tussen beide maakt inzichtelijk hoezeer de definiëringen van de zorgpraktijk verknoopt zijn met de percepties van de context van de zorg, in dit geval van de organisatorische context. De beelden van de organisatie lijken in die zin een beslissende invloed te hebben op de definiëring van de zorg. In ieder geval kan men zeggen dat de voorstellingen van de zorg en van de organisatie niet los verkrijgbaar zijn, maar integendeel sterk met elkaar verknoopt. Dat werkt waarschijnlijk op allerlei gebieden door: de verdeling van zeggenschap, de interpretatie van professionaliteit, van de rol van patiënten enzovoort. In die zin heeft de voorstelling van de zorgorganisatie betekenisvolle morele effecten waar moeilijk aan voorbij kan worden gegaan. Kiezen voor de ene voorstelling is kiezen voor een totaal andere wereld van de zorg dan kiezen voor de andere. Overigens is de vraag in hoeverre de veronderstelling van een keuze zelf al niet is onderworpen aan de positie die men inneemt. Hoe dan ook, de voorstelling van de zorgorganisatie is een kwestie die er toe doet. Ook in morele zin. Dat dient op enigerlei wijze zijn plek te krijgen in het denken over ethiekbeleid. Reflectie over de zorgpraktijk kan niet goed zonder reflectie over de opbouw van de organisatie.

Lijkt dat een aannemelijke stelling, de onderbouwing laat nog te wensen over. Hoe veelzeggend ook, de studies waarop ik me baseerde hebben immers een nogal specifiek karakter. Het wordt zaak om te onderzoeken, in hoeverre deze uiteenlopende individuele voorstellingen kunnen worden gekoppeld aan meer generale concepten van de organisatie. En wat dat dan zegt over de definiëring van de zorgprocessen.

7.2 Totaliteit versus participatie: arbeids- of handelingsgerichte zorgorganisaties

Introductie

Hoe verhoudt de visie van Becker zich op een conceptueel niveau tot die van Pols? En wat betekent dat voor de definitie van zorgen? Wat voor conclusies kunnen daaraan vervolgens worden verbonden voor een ethiekbeleid? Om deze vragen te beantwoorden, maak ik gebruik van een onderscheid tussen een Platoons en een Aristotelisch model van organiseren (De Geus 1990; Celaz 1998; Jeurissen en Van Dartel 2006). Deze modellen, ontleend aan filosofische ideeën over de vorming en eigenschappen van de stadsstaat, staan voor conceptueel uiteenlopende visies

op de interne organisatieopbouw en de regulering van de externe verhoudingen. Ze verhelderen op adequate wijze hoe de organisatieopbouw doorwerkt in de definitie van het professionele handelen. Wat bovenal bij deze modellen interesseert is de omstandigheid dat ze differentiëren in morele zin doordat de verhoudingen tussen de diverse actoren worden gekwalificeerd in termen van rechtvaardigheid. Daarin verschillen ze van meer bedrijfskundige modellen en metaforen. In de regel worden die als moreel neutraal voorgesteld.

De Geus aan wie ik de typologie ontleen, voert het Platoonse model op als prototype van een rationele besturingsfilosofie: de organisatie wordt daarbij voorgesteld als 'een efficiënt werktuig, een productief middel om bepaalde doeleinden te realiseren' (De Geus 1989, 42). Naast Plato voert hij ook Hobbes en Weber op als voorbeelden van een dergelijk denken (De Geus 1989, 11-43).

Aristoteles is de belangrijkste auteur die De Geus presenteert als voorbeeld van een tweede, meer integrerende besturingsfilosofie. Het bestel wordt daarbij in de kern gevormd door wilsvorming van onderop (De Geus 1989, 86). Andere denkers uit de westerse traditie die De Geus in die lijn plaatst zijn Locke en Rousseau. Bij de bespreking van beide modellen ga ik eerst in op de ideeën over de staat van de filosofen aan wie de Geus de namen van deze modellen ontleent: Plato en Aristoteles. Vervolgens ga ik in op een aantal typerende aspecten van de modellen zoals de moraliteit van de organisatie, de invulling van professionaliteit en het denken over veranderingen.

Een als Platoons en een als Aristotelisch aangeduid organisatieconcept opvoeren als relevante organisatieconcepten is niet willekeurig. De keuze hangt samen met de verschillen tussen de studies van Pols en Becker. Gelet op de contrasten in hun studies met betrekking tot de vraag wie er nu eigenlijk handelt in de zorgorganisatie, is dat geen ingewikkelde opgave. Bij Pols staan de professionals centraal. In reactie op de onderling gedeelde ervaringen in relatie met patiënten/cliënten en de gehanteerde idealen van de zorg komen zij tot een bijstelling van hun praktijk en gaan op zoek naar een betere inbedding van de beleefde idealen. Bij Becker is de topmanager de centrale figuur. In reactie op de gepercipieerde behoeften van mogelijke cliënten induceert hij onzekerheid in de organisatie. Daardoor worden werknemers genoodzaakt om op een stringente manier om te gaan met 'hun' cliënten. Beckers benadering van de moderne zorgorganisatie koppel ik daarom a prima vista aan het denken van Plato. Voor Pols visie vind ik een Aristotelisch organisatie-model aannemelijker.¹⁸

18 De Geus onderscheidt nog een ander ideaaltype, het libertaire organisatieconcept. Dat licht hij vooral toe aan de hand van Bakoënin (De Geus 1990; De Geus 1989, 91-125)

7.2.1 Plato en de organisatie als totaliteit

Plato schreef over de rechtvaardige staat. Naar analogie van zijn ideeën over de staat is het primaire doel van een organisatie het realiseren van rechtvaardigheid als een eigenschap van de organisatie in haar totaliteit. Een organisatie is rechtvaardig wanneer iedere deelnemer, uitgaande van bepaalde vaststaande vermogens, die functie vervult die bij hem past ten dienste van het optimaal functioneren van het geheel. Een organisatie die wordt gekenmerkt door zo'n grote mate van doelrationaliteit is noodzakelijk functioneel en hiërarchisch opgebouwd (De Geus 1990; De Geus 1989, 11-24). Een rationele organisatie, waarvan Plato's 'Staat' het ultieme voorbeeld levert, laat zich volgens De Geus kenmerken door de volgende kernbegrippen: 'centraal bestuur, machts- of gezaguitoefening, hiërarchie, discipline en rationaliteit' (De Geus 1989, 43). Verder merkt hij op dat de wensen en behoeften van de organisatieleden ondergeschikt zijn aan de zogenaamde technische eisen van het systeem, de orde. Niet de bewegingsvrijheid van het individu staat voorop, maar het vlekkeloos functioneren van de 'op grond van verstandelijke inzichten bedachte' organisatiemachinerie (De Geus 1989, l.c.). In lijn van het Platoonse denken over besturen is het daarom onverstandig om de gewone organisatieleden gezien hun beperkte kennis van zaken en beperkte taakstellingen al te veel handelingsvrijheid te geven (De Geus 1989, 24; Vgl. Koolschijn 2005). Zeker niet, wanneer men, net als Plato voor de staat, de organisatie positioneert in een omgeving die voortdurend wordt gedomineerd door concurrentie en strijd (Vgl. Ten Bos 2002, 158 vv).

Dat is precies wat er onder invloed van het marktdenken gebeurt in moderne voorstellingen van de zorgorganisatie (Achterhuis 2010, 265). Een voorstelling van de professionele zorgorganisatie als een bedrijf dat in een voortdurende strijd met concurrenten, toezichthouders en tal van andere partijen moet zien te zegevieren, stuurt bijna vanzelf aan op de legitimering van een sterk leiderschap voor de richtingbepaling van de koers. En dus op het verleggen van het zwaartepunt in de organisatie van de uitvoerende professionals naar de top van de organisatie. Alleen zo kan weerstand worden geboden aan de bedreigingen vanuit een concurrerende buitenwereld (Tonkens 2003; 2008, 114). Daarom is er een leider of leidende groep nodig die richting geeft aan de organisatie en van daaruit het gedrag van de medewerkers stuurt (Vgl. Achterhuis 2010, 269-270).

Een uit de organisatietheorie bekende metafoor van dit Platoonse model is de hiërarchische, op instructies van boven af gebaseerde machinebureaucratie (Mintzberg 1983, 163 vv). Die organisatievorm kan wat betreft haar geschiedenis op inzichtelijke wijze worden gerelateerd aan het werk van Weber. Niet voor niets bestempelt deze de bureaucratische organisatie zowel als een levenloze als een levende machine (Weber 2005, 1060; De Geus 1989, 29-30). Idealiter worden dergelijke organisaties volgens Mintzberg gekenmerkt door de volgende eigenschappen: een sterke opsplitsing van taken, veel nadruk op planning en controle, een verticale centralisatie en een functionele organisatie, en een grote belangstelling voor zekerheid en veiligheid. In een dergelijke organisatie is er slechts in geringe mate sprake van een eigenstandige beroepsmatige beoordeling van het handelen.

Een professionele organisatie?

Wil dat nu zeggen dat een dergelijke organisatie niet langer professioneel mag heten? Dat is afhankelijk van de gehanteerde definities van professionaliteit. Wanrooij onderscheidt drie manieren van spreken (Wanrooij 2001, 28-29).

- 1 Een professionele organisatie is een kundige organisatie die er om bekend staat dat zij kwalitatief goed werk aflevert.
- 2 Een professionele organisatie is een bepaald type organisatie, waarbij de macht voor een belangrijk deel gedelegeerd is naar het uitvoerend niveau.
- 3 Een professionele organisatie is een organisatie waar in het primaire proces vooral professionals vertegenwoordigd zijn.

Uitgaand van deze typologie kan ook een analoog aan Plato's staat opgebouwde organisatie professioneel heten. Namelijk volgens de eerste manier van spreken. Dat zegt dan niets over de interne opbouw of de aanwezigheid van professionals in het primaire proces, maar wel over het imago van het totaalproduct van de organisatie. Professioneel heeft bij dit woordgebruik een beperkte betekenis. De term geeft wel informatie over de kwaliteit van de producten maar niet over de aard van de werkprocessen. Die zullen in een Platoonse benadering van organisaties nogal bureaucratisch zijn ingericht. Wel is er ruimte om de top van de organisatie professioneel te noemen. Ook wat betreft de werkzaamheden: alleen kan men zich afvragen om wat voor type professional het gaat. Het gaat niet om de traditionele professional. De gestalte van de moderne kenniswerker lijkt meer waarschijnlijk.

Organisatie van vertrouwen

Kiezen voor een Platoonse visie op organisatie en leiderschap staat niet alleen voor een bepaalde invulling van beroepsmatig handelen. Er hoort ook een specifieke organisatie van het vertrouwen bij. Daarbij wordt veel nadruk gelegd op de communicatie met de omgeving: de performance op de markt is doorslaggevend voor het overleven van de organisatie. Het vertrouwen in de organisatie is daarom nooit gegeven met wat in de praktijk gebeurt. Het wordt indirect verdiend door de instemming van externe stakeholders op basis van geaggregeerde gegevens (Vgl. Putters, Frissen en Foekema 2006, 66 vv). Wat op het niveau van de individuele cliënt en professional wordt beleefd en voor waar en waardevol gehouden, verdwijnt in deze benadering gemakkelijk uit het zicht. Het doet immers amper ter zake voor het overleven van de organisatie in zijn geheel.

Een dergelijke op externe leest geschoeide organisatie van vertrouwen heeft interne effecten: het kan haast niet anders dan dat het organiseren van vertrouwen via de instemming van externe stakeholders met de verbeelde producten van de organisatie, tot cynisme in de organisatie leidt (Vgl. Arnett & Harden Fritz 2003). Tenminste bij professionele medewerkers die uitgaan van een eigen handelingsruimte. Een elitair management (Vgl. De Geus 1989, 131-136; 154-155) dat steeds terughoudend in zijn reacties blijft en de beoordeling van het werk van de professionele medewerkers laat afhangen van een legitimatie door de buitenwacht zal door de eigen medewerkers met toenemend wantrouwen worden gezien. Een be-

nadering die conform de rationaliteit van een Platoons besturingsmodel de denkkracht van de organisatie neerlegt bij de top, zal leiden tot een minder 'professionele' invulling van de werknemersrol.¹⁹ Ook als het om organisaties gaat waar op het niveau van de werkvloer nog veel traditionele professionals en semi-professionals werkzaam zijn (Vgl. Tonkens 2003; 2008).

Organisatie	Rationele ordening van onderdelen
Doel van de organisatie	Uitschakelen onzekerheid, instabiliteit
Algemene benadering	Organisaties en mensen als instrumenten, werktuigen
Visie op de mens	Heeft leiding nodig
Vrijheidsconcept	Vrijheid als rustige en zekere levensomstandigheden
Structuur	Piramidaal: verticale structuur gebaseerd op elite-overheersing
Strategieën	Besturen van bovenaf, centralisme, volledige scheiding leiders/geleiden, hecht georganiseerd in de top, hiërarchische controle discipline
Rol van de organisatieleden	Elite creëert politiek; de organisatieleden nemen niet deel, maar ontvangen orders

Figuur 13 kenmerken Platoons rationeel organisatiemodel (De Geus 1989, 43)

Veranderingen in de organisatie

In een Platoonse organisatie is de richting van de veranderingen ook steeds uitkomst van besluiten van de top. Op geleide van een strategische inschatting van de mogelijkheden in de omgeving van de organisatie en de interne sterkte-zwaktebalans worden programmatisch geplande veranderingen doorgevoerd die de technische kwaliteiten van de werkzame systemen in de organisatie zo trachten te verbeteren dat de positie van de organisatie in de (markt)omgeving wordt versterkt en de organisatie meer gaat renderen. Een Platoonse organisatie kent in de regel een traditionele benadering van organisatieveranderingen, veelal bekend onder de naam 'planned change' (Vgl. Weggeman 2003, 50 vv). Zij gaat uit van een economische interpretatie van de werkelijkheid: ze focust vooral op de klanten en de aandeelhouders van de organisatie. De veranderingen worden 'top-down' doorgevoerd, volgens een strak lineair model dat weinig ruimte laat voor discussie en tegengeluiden. En mochten deze tegengeluiden zich toch voordoen, worden ze gemakkelijk gediskwalificeerd als irrationeel (Boonstra 2004). Dat gebeurt overigens niet alleen in organisaties waar zulke veranderingen daadwerkelijk worden doorgevoerd, maar ook in de literatuur waarin deze traditie van 'planned change' tot uiting komt. 'Weerstand', want dat is het centrale begrip waarmee deze tegengeluiden gewoonlijk worden aangeduid, wordt in deze traditie in de eerste plaats gezien als een onvermijdelijk, 'natuurlijk' gedragselement waarmee

19 Die dan nog wel 'professioneel' genoemd zal kunnen worden maar dan in de smalle betekenis van vak-kundig. Vgl. de onderscheidingen van Wanrooij in het spreken over professionaliteit zoals weergegeven op de voorgaande pagina.

in organisaties altijd op veranderingen wordt gereageerd (Kanter 1991, 675; Vgl. Weggeman 2003, 67 vv; Vgl. Ten Bos 2002, 163).

Toch dient weerstand nooit alleen te worden begrepen als een hindernis die wordt opgeworpen tegenover de rationele aanspraken van het topmanagement en daarom uit de weg moet worden geruimd. Weerstand kan ook heel goed staan voor een alternatieve visie op de staat van de organisatie en op haar praktijken. Weerstand heeft met andere woorden in de regel een eigen rationale die niet dient te worden verworpen maar op haar eigen merites beoordeeld (Vgl. Van der Burg 2003). Zij brengt als kritiek, als vorm van tegenspraak, grenzen aan in het zelfverstaan van de organisatie en haar stakeholders en opent daardoor perspectieven op andere vormen van functioneren en van betekenis (Langenberg 2009). Uiteraard vergt dat een principiële openheid voor de veelvoudigheid van de organisatorische werkelijkheid. Maar die is in een naar Platoons model ontworpen organisatie niet zomaar gegeven: het perspectief van het topmanagement dat gelet op zijn positie in plaats van de deelbelangen van de medewerkers het algemene belang vertegenwoordigt en uitdraagt, is het ultieme bastion van rationaliteit in de organisatie.²⁰

Een Platoons model van sturing geven in de zorg

Het is niet al te ingewikkeld om parallellen te ontdekken tussen deze als Platoons te duiden lezing van de organisatie en de wijze waarop Becker de ideale verhoudingen in de zorgorganisatie definieert: de methodes van aansturing, met al hun nadruk op centraliteit en geleide normativiteit, de definiëring van het werk van de beroepsbeoefenaar als bijdrage aan het resultaat van de organisatie, de verhouding van de organisatie tot haar externe omgeving, de positionering van bestuurder en managers als bewakers van de performance van de organisatie, de inrichting van veranderingen, al die kenmerken passen bij een Platoons beeld van de organisatie en van de interne bestuurlijke processen.

Een dergelijke Platoonse lezing van de organisatie past ook goed bij een modern managementisme dat professionals verwijt dat zij hun handelen onttrekken aan externe toetsing en dus ook aan het normatieve debat (Ten Bos 2002; Vgl. Van der Krogt 1981; Van Houten 2006). Het beeld van gesloten professionele bastions legitimeert op managementniveau een beheersende beweging die de professional in het gareel zet. De gedachte dat de bureaucraat zowel de keuzes van de cliënt als het werk van de professionals beter kan plannen, organiseren, leiden en beoordelen dan de professional weegt zwaar in een wereld waarin aan transparantie van de zorg grote betekenis wordt toegekend (Tonkens 2008, 81 vv).

20 Waarmee uiteraard niet is gezegd dat het topmanagement dit perspectief ook altijd goed invult. Dat doet evenwel weinig af aan de ideaaltypische modellering van deze functie.

7.2.2 Aristoteles en de participatieve organisatie

Terwijl er duidelijke parallellen zijn tussen Beckers visie op de opbouw van de zorgorganisatie en Plato's visie op de opbouw van de staat, koppel ik de nogal impliciete maar desalniettemin goed af te leiden visie op de organisatie van Pols aan een organisatiebeeld dat berust op het denken van een andere Griekse filosoof, namelijk Aristoteles. Conform een Aristotelisch model - stelt De Geus - is een organisatie rechtvaardig wanneer de verhoudingen tussen de deelnemende individuen rechtvaardig zijn: zij kunnen in de organisatie als vrije en gelijke personen tot hun recht komen. In plaats van een hiërarchische en verticale ordening is er in zo'n Aristotelische organisatie eerder sprake van een horizontale ordening. De wilsuiting van de leden van de organisatie wordt bepalend voor haar opbouw (De Geus 1989, 56-57). De leden worden daarom in staat gesteld om hun gedachten te uiten, actief te participeren in de besluitvorming en deze vanuit de beleefde praktijk te bevragen op haar moraliteit zodat men zich in de besluiten van de organisatie kan blijven herkennen. Zij worden met andere woorden aangesproken als actor. Daarmee wordt niet alleen tegemoet gekomen aan de behoefte van het individu aan erkenning en zelfontplooiing, maar worden ook kwalitatief betere besluiten gerealiseerd en worden de inzet en motivatie verhoogd (De Geus 1990, 54-59). Het Aristotelische model van organiseren mondt uit in een platte, democratische organisatiestructuur, die wordt gekenmerkt door een dienend leiderschap (De Geus 1989, 140 vv; 1990 l.c.).

Kernbegrippen die De Geus opvoert als kenmerkend voor een integrerend organisatieconcept zijn: 'political rule, inspraak, overleg, participatie, meerderheidsregering.' Verder merkt hij op dat deze benadering: 'een aanvaardbaar compromis (wenst) aan te brengen tussen enerzijds de eisen van het systeem (stabiliteit, bestuurbaarheid, voorkomen van wanorde) en anderzijds de wensen en behoeften van het individu (vrijheid in de vorm van medezeggenschap, de hang naar zelfverwerkelijking in een publieke ruimte, het idee niet te fungeren als een louter aanhangsel van de machthebbers)' (De Geus 1989, 87).

De organisatorische bevestiging van zorgen als vorm van handelen

Wil men professionaliteit in termen van een tegemoetkomen aan uniciteit en individuele moraliteit van zorgvrager en zorgverlener bevestigen als meest bepalend kenmerk voor het doen en laten in de zorg, dan is aansluiting bij een Aristotelische visie op de organisatie welhaast vanzelfsprekend. Professioneel 'zorgen voor' wordt in zo'n context op een typische wijze gekenschetst als handelen: als die vorm van menselijke activiteit die we, Arendt volgend, bijna vanzelfsprekend koppelen aan een politiek geladen visie op de samenleving en de verhoudingen tussen haar leden. Toegepast op de zorgorganisatie vraagt dit de bekrachtiging van een eigen handelingsruimte voor de professionals om in samenspraak met de patiënten en met elkaar vorm te geven aan de zorgpraktijk (CELAZ 1999). Kiezen voor een Aristotelische visie op de professionele organisatie betekent dan ook op voorhand kiezen voor de bevestiging van de moraliteit van alle deelnemers van de organisatie: in ieder geval van de patiënten en de medewerkers aan het primaire proces. In

hun handelen wordt goede zorg waar gemaakt. De moraliteit van de organisatie kan in deze visie dan ook niet worden bepaald uit een centralistisch gezichtspunt dat uitstijgt boven dat van de individuele medewerkers, zoals dat bij Becker het geval is. Een Aristotelische organisatie schenkt vertrouwen in de manier waarop professionals in dialoog met hun patiënten vormgeven aan hun praktijken. Dat vertrouwen wordt in principe niet gefundeerd op een indirecte bevestiging van de morele kwaliteiten van de professionals: via de omweg van verantwoordingsprocessen naar externe stakeholders. Het begint met het uitspreken van het onderling vertrouwen van de diverse betrokkenen in de organisatie zelf.

Organisatieontwikkeling

Een Aristotelische visie op de organisatie impliceert ook een bepaalde opvatting over veranderingen in de organisatie. Die komt het dichtste bij wat in de managementliteratuur bekend staat als organisatieontwikkeling. Organizeontwikkeling neemt de samenwerking tussen medewerkers, managers en eventueel externe deskundigen als uitgangspunt van de veranderingen. Met die aansluiting bij de gewone processen krijgen de veranderingen die de organisatie doormaakt eerder een organisch karakter dan een technisch karakter. Ze zijn, zoals Boonstra bijvoorbeeld aangeeft, emergent, minder gepland en programmatisch van karakter dan 'planned change' (Boonstra 2004). Ze sluiten aan bij de leertendensen zoals die zich in en vanuit de praktijken zelf manifesteren. Organizeontwikkeling maakt zo veranderingen tot element van een continu proces dat steeds nieuwe aanknopingspunten in de praktijk zoekt en de ervaringen die medewerkers in hun werk opdoen, serieus neemt als betrouwbare bron van kennis. Het leren van de professionals vindt bevestiging in het leren van de organisatie; de organisatie wordt reflectief (De Geus 1989, 138 vv; Vgl. Verkerk en Van Dartel 2005). Dat veronderstelt dat medewerkers door dit proces worden aangesproken als medeontwerpers van de organisatie. Dat maakt ze niet alleen verantwoordelijk voor het eigen werk in de zorg, maar tevens voor de plaats die dat werk inneemt in het geheel van de organisatie. Ook wordt in deze benadering de zelfontplooiing van de medewerkers in het werk intrinsiek verbonden met de leer en veranderingsprocessen van de organisatie. Dat sluit aan bij de opvattingen van Walker over de ontwikkeling van moraliteit in praktijken. In deze opvatting weerspiegelen ook ideeën van Chia en Tsoukas over de manier waarop veranderingen in een organisatie en de organisatie zelf moeten worden begrepen: als uitkomsten van een niet aflatend proces van handelen waarbij de leidende concepten steeds worden afgestemd op de percepties in de uitvoeringspraktijk (Chia en Tsoukas 2002). Andere organisatieopvattingen zoals die van Weick, waarbij de organisatie uitkomst is van een communicatief proces van 'sensemaking' en 'enactment' vinden tevens een bekrachtiging in deze Aristotelische perceptie van de organisatie (Langenberg 2008, 114 - 119). Ook de specifieke ideeën van Pols over de organisatie als actor-netwerk sluiten hier op aan .

<i>Organisatie</i>	<i>Scheppen van overlegstructuren</i>
<i>Doel van de organisatie</i>	<i>Afstemming van wensen, wilsvorming</i>
<i>Algemene benadering</i>	<i>Compromis tussen mensen en organisaties als werktuigen en zelfstandige eenheden</i>
<i>Visie op de mens</i>	<i>Voldoende zelfstandig, in staat om te leren</i>
<i>Vrijheidsconcept</i>	<i>Meebesturen, vrijheid als meebeschikking</i>
<i>Structuur</i>	<i>Participatiemodel, horizontale structuur met verdeling van macht, besturen van onderop, democratie</i>
<i>Strategieën</i>	<i>Leiders en geleiden vallen samen; hecht georganiseerd in de bodem; democratisch regeren, 'ruling and being ruled'</i>
<i>Rol van de organisatieleden</i>	<i>Politiek geregeld op gelijke voet, men neemt deel, spreekt, handelt, aanvaardt verantwoordelijkheid</i>

Figuur 14 kenmerken Aristotelisch integrerend organisatiemodel (De Geus 1989, 86-87)

Weerstand krijgt in deze visie op organisatieveranderingen een totaal andere betekenis toegekend dan in de planned-change traditie. In plaats van een irrationele reactie van de medewerkers op de zo rationele voorstellen voor verbetering van het topmanagement, wordt weerstand vanuit dit perspectief begrepen als een interactieve voedingsbodem voor veranderingen in de praktijk, zowel voor wat betreft de primaire taken maar evenzeer voor de organisatorische vertaling daarvan. In reactie op vormen van groepsdenken, versleten routines en gewoontes, wordt kritiek in een Aristotelische zorgorganisatie een waardevol kenmerk van de sociale processen die doorlopend plaatsvinden in organisaties. Aristotelische organisaties zoeken naar tegenspraak. Dat sluit goed aan bij opvattingen van diverse auteurs over de intrinsieke link tussen ethiek en kritiek. Bijvoorbeeld bij die van Van der Burg over de positieve betekenis van afwijkende meningen in de ontwikkeling van een aan de dynamiek van de tijd aangepaste praktijkethiek (Van der Burg 2003). Of van Langenberg die het klassieke idee van de 'parrèsia', van het vrijmoedig waarheidsspreken in de polis, tot hoeksteen maakt van een kritische bedrijfsethiek (Langenberg 2008, 60 vv; 152 vv).²¹

Patiëntenparticipatie

Strikt genomen vraagt zorg- én organisatieontwikkeling in een Aristotelische omgeving om participatie van de patiënten. Hoe deze participatie het beste kan worden vormgegeven, is moeilijk te zeggen. Dat heeft niet alleen te maken met de bestaande verschillen tussen allerlei vormen van gezondheidszorg. Vanzelfsprekend vraagt de participatie in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap om andere arrangementen dan de patiëntbetrokkenheid in ziekenhuizen. Maar er zijn ook andere kwesties die een globaal antwoord in de weg

21 Het begrip 'parrèsia' wordt door haar ontleend aan een collegereeks van Foucault over het spreken van de waarheid in relatie tot de beoefening van de levenskunst (Langenberg 2008, 58-59). Deze benadering van spreken als een belangrijk element van de politieke praxis, vertoont sterke gelijkenis met de nadruk die Arendt legt op spreken als een constituerend element van de politiek.

staan. Dat heeft te maken met het uiteenlopen van de beoordelingen van het verschijnsel participatie zelf. Zo betoogt Tonkens die met het oog op de economisering van publieke sectoren pleit voor een democratische professionaliteit, dat historische democratiseringsbewegingen in de zorg onder invloed van de marktwerking al weer zijn afgebroken nog voor ze goed en wel zijn ingevoerd (Tonkens 2008, 230). Dat suggereert minimaal een hervatten van het oude streven naar meer democratie in de instellingen. Daartegenover constateert Trappenburg (Trappenburg 2008) dat er zich onder invloed van een ideologisering van de democratie allerlei zorgelijke ontwikkelingen hebben voorgedaan met soms perverse effecten. Die manifesteren zich bijvoorbeeld bij overbelaste patiëntenorganisaties, waar leden bezwijken onder de last om steeds maar weer opnieuw actief te participeren aan allerlei overlegvormen en amper nog toekomen aan een adequate invulling van hun patiëntenrol. Perverse effecten manifesteren zich door alle nadruk op vraagsturing en patiëntgerichtheid ook in inadequate aansprekingen van patiënten door professionals. Bijvoorbeeld bij patiënten die zich niet assertief of mondig, kunnen opstellen, ook al zouden ze dat willen (Trappenburg 2008, 208-209). Met betrekking tot de beleidsontwikkeling lijkt zich een situatie voor te doen, waarbij de beleidsmachine ongeremd doordendert zonder dat er nog acht wordt geslagen op de resultaten die zich in Nederland op het gebied van patiëntenparticipatie hebben voorgedaan (Trappenburg 2008, 10-11; 191). Daarom pleit Trappenburg voor een pas op de plaats. Zeker ook, omdat - zoals ze betoogt - vele professionals het democratiseringsproject in de zorg hebben omarmd en er hun gedrag op hebben aangepast. Ook blijken ze vaak een vrij goed beeld te hebben van wat patiënten belangrijk vinden (Trappenburg 2008, 209; 227). Voor zover er initiatieven worden genomen om patiënten actief te betrekken bij de beleidsvorming van zorgorganisaties, dient er volgens Trappenburg een nauwgezette beoordeling plaats te vinden van deze initiatieven. Dat geldt zowel hun inzet als de beoogde effecten (Trappenburg 2008, 220-221). Ik interpreteer dat als een appel om steeds lokaal na te gaan hoe 'inspraak', 'samenspraak' en ook 'tegenspraak' kunnen worden georganiseerd. Daarbij sluit ik aan bij Tonkens wanneer zij stelt dat er naast omkijken naar formele arrangementen veel belang dient te worden toegekend aan de vormen van informele zeggenschap die er in praktijken kunnen zijn: 'professionals geven aan managers door hoe burgers het beleid ervaren. Managers nemen die kennis ter harte en doen er iets mee. Burgers moeten zich veilig genoeg voelen om onvrede en kritiek te uiten en kritiek te incasseren. Dat vereist dat professionals zich verplaatsen in de kwetsbare en afhankelijke positie van veel burgers, die op hun beurt begrip opbrengen voor de beperkingen van professionals' (Tonkens 2008, 231).

Professionele bureaucratie

Bij het beschrijven van een organisatie-ontwerp naar analogie van Plato's 'Staat', trok ik een lijn naar de klassieke organisatiemetaforen van Mintzberg en concludeerde ik dat een Platoonse benadering van de organisatie veel gelijkenis vertoont met de door Mintzberg beschreven machinebureaucratie. Een Aristotelisch ont-

werp van de organisatie komt dicht bij het ontwerp dat Mintzberg aanduidt als een professionele bureaucratie.²² Dat is een organisatietype dat in de opbouw wordt bepaald door het gegeven dat de macht in belangrijke mate wordt gedelegeerd naar het uitvoerend niveau, waar professionals uitvoering geven aan de operationele activiteiten (Mintzberg 1983, 189 vv; Van Wanrooij 2001, 29). Die activiteiten betreffen complexe, gespecialiseerde taken. Hoewel ze voor een deel wel routinematig zijn opgebouwd is er in principe in een professionele bureaucratie weinig geformaliseerde planning en controle. Een en ander resulteert idealiter in een vrij platte organisatiestructuur, met een beperkte omvang en invloed van middelmanagement en staforganen. De coördinatie van de werkzaamheden gebeurt in principe door een continu proces van standaardisatie van kennis en vaardigheden. Dat kan, voor zover de standaardisatie gebeurt in werkverbanden van professionals, betekenen dat de ontwikkeling van deze standaarden zich gemakkelijk kan onttrekken aan invloeden vanuit de zorgorganisaties. Dat levert volgens Mintzberg per definitie spanningen op in het denken over de positie van de professionals en over hun aansturing. Professionele bureaucratieën zijn dan ook kwetsbaar voor conflicten tussen management en professionals, niet in het minst door (de verdenking van) misbruik van professionele autonomie.²³ Niet voor niets worden er in de literatuur voorstellen ontwikkeld om de ontwikkeling van professionele standaarden meer in de context van de organisaties zelf thuis te brengen. Dat kan op twee manieren. De eerste is die van Becker: de spanning tussen organisatie en professionals wordt dan opgeheven door het primaat bij de organisatie en het management te leggen. Een andere manier is kiezen voor individuele professionalisering binnen de context van de organisatie (Van Dartel 2009). Dat betekent dat de definiëring van de zorgpraktijk niet wordt overgenomen door het management maar conform de opvattingen van Pols gesitueerd blijft in de handelingspraktijk zelf: daarin wordt immers over de betekenis van de standaard beslist.

22 Een organisatietype dat ook goed aansluit bij de interpretatie van Pols, is de adhocratie (Mintzberg 1983). Met name past het beeld van een adhocratie bij haar typering van de zorgpraktijk als een actor-netwerk. Naarmate een meer dynamische interpretatie wordt gegeven van de zorgorganisatie wordt een meer flexibel organisatietype gepaster. Gelet op de wijze waarop normaliter over zorgorganisaties wordt gesproken, kies ik evenwel voor een metafoor die nog wel degelijk uitgaat van een zekere vastheid in de ordeningen.

23 Precies hier lijkt het aanknopingspunt te liggen voor de concurrerende visie van Becker op de zorgorganisatie: de klassieke professionals in zorgorganisaties houden volgens hem systemen in stand die aan de eigenlijke behoeften van bewoners voorbijgaan. Dat verdient naar zijn oordeel een fundamentele correctie. Die correctie vormt de inzet van zijn ontwerp van de autoritair geleide zorgorganisatie. Het roept de vraag op of er uit organisatiekundige optiek condities denkbaar zijn die ertoe zouden kunnen leiden dat aan zorgverleners het eigen initiatief wordt ontnomen en dat ze in een hiërarchische orde worden geplaatst waarin heteronoom beslist wordt over de inhoud van hun activiteiten: wat kan een dergelijk autocratisch leiderschap in de zorg rechtvaardigen?

7.2.3 Evaluatie

Metaforen van de zorgorganisatie in termen van politieke stelsels en besturingsvormen maken de verschillen duidelijk tussen typen zorgorganisaties. Ook geven ze inzicht in de invloeden die er van de verschillende typen organisaties uitgaan op de definiëring van de zorg en de daarbij horende rol van de zorgverleners én patiënten. Voor denken over zorg en de moraal van de zorg kan men bijgevolg niet goed om dat soort beelden van de organisatie en het management heen. Ze maken integraal deel uit van sociaal-politieke gezondheidszorgconcepten. Met uiteraard effecten voor de vormgeving van het ethiekbeleid.

In deze paragraaf heb ik de praktijkvoorbeelden van Becker en Pols en de daarmee samenhangende bestuurlijke grondmodellen voor de zorg verhelderd aan de hand van metaforen uit de politieke filosofie: 1. De zorgorganisatie die wordt gepresenteerd als managementconstruct (Becker) correspondeert met een Platoons organisatiemodel voor de stadsstaat. 2. De zorgorganisatie waarin nadruk wordt gelegd op de eigen inbreng van de medewerkers voor de inrichting van veranderingen en de opbouw van de organisatie (Pols), correspondeert eerder met een Aristotelisch model van de 'polis'. Toepassing van deze metaforen maakt duidelijk hoe in beide typen organisaties over de (kern)activiteiten in de organisatie wordt gedacht. Een Aristotelisch model biedt meer ruimte voor een erkenning van de uitvoerende activiteiten in termen van een autonoom handelen. Over de professionaliteit van de organisatie wordt in deze voorstelling uiteindelijk nergens anders beslist dan in het handelen zelf. Ook wordt goed zichtbaar hoeveel ruimte er in principe is voor het beklemtonen van een actieve betrokkenheid van de patiënten bij het handelen in en van de organisatie. Een definitie van zorgen in termen van handelen kan niet volstaan met een blik op de zorgverlener. In de interactie met de patiënt wordt de zorg vervolmaakt. Een consequentie daarvan is dat de patiënt eerder wordt gepositioneerd in het kader van de organisatie zelf dan erbuiten. In moderne managementtermen: de patiënt is eerder een interne dan een externe stakeholder. Ook de grenzen tussen de zorgorganisatie en de (lokale) samenleving die zij bedient worden in zo'n model voor betrekkelijk open en permeabel gehouden. Er is overal in de praktijkprocessen van de organisatie samenspraak en tegenspraak met de maatschappelijke omgeving. Voor het ethiekbeleid van de organisatie impliceert een Aristotelisch model veel nadruk op (de ontwikkeling van) de morele competenties en de reflectieve vermogens van de individuele beroepsbeoefenaren. Het kritisch oordeel over de zorg start immers met de reflectie van de direct betrokkenen in en over het handelen. Dat laat in principe ook ruimte voor desorganisatie, voor tegenspraak en voor verzet.

In een Platoons organisatiemodel voor de zorg ligt dat anders. Om te beginnen ligt daar alle nadruk op de prestaties van de organisatie als geheel. De organisatie komt dan ook als een collectieve actor tegenover de patiënt als consument te staan. Een Platoons model impliceert bijgevolg een meer arbeidsgeoriënteerde organisatie: de beroepsbeoefenaar krijgt een functionele rol toebedeeld in het realiseren van de doelen van de organisatie. Hij werkt mee aan het product van de organisatie in zijn geheel. Dat heeft ook gevolgen voor de definitie van de patiëntenrol. In

plaats van een deel van de organisatie, een actor in het netwerk, komt hij als afnemer van het product van de organisatie, meer buiten zo niet tegenover de organisatie te staan. In plaats van participant wordt hij een weliswaar belangrijke, maar als consument in principe toch vooral externe stakeholder.

Uiteraard zijn er ook consequenties voor het ethiekbeleid. Gelet op de functionele afbakening van de verantwoordelijkheden van de beroepsbeoefenaar, zal veel nadruk komen te liggen op het expliciteren van de functionele normen waaraan door de beroepsbeoefenaar moet worden voldaan bij het verrichten van zijn taken ten opzichte van de patiënt. De morele oriëntatie krijgt met andere woorden vooral een technisch-instrumentele richting. De kwaliteit van de zorg wordt daarbij met name geïnterpreteerd in termen van een correspondentie met externe eisen.

7.3 **Conclusie: de betekenis van organisatorische voorstellingen voor de zorg**

Concurrerende beelden van zorgorganisaties impliceren uiteenlopende benaderingen van verschillende aspecten van de zorg, zoals het actorschap in de zorg of de definiëring van professionaliteit. Aan de hand van twee studies die ik met behulp van politiek-filosofische metaforen nader typeerde als voorbeeld van een Platoonse respectievelijk Aristotelische organisatiewijze, verduidelijkte ik dat. Professionele gezondheidszorgorganisaties hebben met andere woorden geen eenduidige gestalte zelfs als met hetzelfde gewicht wordt beklemtoond dat ze 'professioneel' mogen heten. Of 'patiëntgericht'. Of zelfs 'integraal'. De consequenties van de keuze voor een meer Platoons dan wel meer Aristotelisch ingerichte zorgorganisatie betreffen niet alleen oppervlakteverschijnselen maar reiken tot de kernactiviteiten zelf en in het verlengde daarvan tot het niveau van de gehanteerde mensbeelden.

Platoonse beelden van de zorgorganisatie

In een naar Platoons model ontworpen organisatie wordt de rationaliteit en de moraliteit van de organisatie in principe op topniveau bepaald - in interactie met de omgeving - en nergens anders. Het is ook de organisatie zelf die handelt. Dat maakt de beroepsbeoefenaar tot een 'medewerker' (naast even zovele anderen) bij het realiseren van de organisatie doelstellingen en geeft de van hem verlangde moraliteit een nogal instrumenteel karakter. Niet de persoonlijke moraal is bepalend voor zijn doen en laten maar het voldoen aan gestandaardiseerde eisen. Zorg wordt een vorm van bureaucratisch genormeerde 'service' die door de organisatie wordt uitgeruild met de consument. Zo wordt de zorgorganisatie een 'bureaucratisch service-bedrijf' vergelijkbaar met andere leveranciers van allerlei gestandaardiseerde diensten en producten.

Aristotelische beelden van de zorgorganisatie

Een zich naar Aristotelisch model vormende organisatie biedt doordat er minder nadruk wordt gelegd op de uitkomsten van het totaal, meer ruimte voor de inbreng van de deelnemers. Zij is meer horizontaal gestructureerd en beklemtoont een grotere handelingsvrijheid bij het vormgeven van praktijken. Dat impliceert een duidelijke verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaars voor hun handelen. Ook de rol van patiënten wordt bekrachtigd in de zin van kritisch medevormgever van en in de zorg. Een Aristotelisch gevormde organisatie biedt niet alleen een visie op de organisatie als een plurale praktijk maar ook op de zorg als een interactieve vorm van handelen. Los van de vorm die zorg op het eerste gezicht aan kan nemen - cyclisch als arbeid of lineair als werk - zorg blijft in dit model in de eerste plaats interactief handelen. Pas in de interactie wordt beslist over de zorg en bijgevolg over de (betekenis van de) organisatie.

Integraal denken over zorg en organisatie

Hoe dienen we nu over deze modellen te oordelen? Voor beide genoemde modellen geldt dat zij, mits consistent vormgegeven, kunnen gelden als voorbeelden van integrale vormen van 'zorg' en 'organisatie'. Wordt het integrale karakter in de Platoons opgebouwde organisatie gegarandeerd door het topmanagement dat controlerend toeziet op de consequente naleving van de vastgestelde normen door de medewerkers, in een Aristotelisch opgebouwde organisatie wordt het integraal karakter waargemaakt doordat de organisatorische opbouw principieel volgt op de bewegingen die zich in de zorg zelf voordoen. In beide typen organisaties wordt met andere woorden gestreefd naar een eensluidende definiëring van het zwaartepunt van de organisatie en gezocht naar mogelijkheden om het uiteendrijven van zorg en organisatie tegen te gaan. Wordt het zwaartepunt daarvoor in het ene type organisatie gelegd bij de top, in het andere wordt het gewicht juist primair toegekend aan de 'uitvoerenden' van de zorg. Wanneer het om verschijnselen als beroepszeer gaat, lijken er daarom bij een Aristotelische organisatieopbouw meer kansen weggelegd voor de beklemtoning van de zorg als vrijheidspraktijk, voor een eigen verantwoordelijkheid van professionals en patiënten voor de vormgeving van de zorg.

Grijstinten

Percepties van de zorgorganisatie zullen genuanceerder zijn dan hier wordt voorgesteld. De wereld is nu eenmaal niet wit of zwart maar vertoont in de regel grijstinten. Desalniettemin is het niet onwaarschijnlijk dat de percepties die men heeft - mede afhankelijk van de plaats die men in de zorg of in de organisatie inneemt - preferenties vertonen in lijn van de geschetste modellen. Dat vraagt hoe dan ook om een explicitering en onderlinge verheldering van de veronderstellingen die men hanteert. Daarbij maken beide modellen inzichtelijk hoe bepaalde voorstellingen van de zorg doorwerken in beelden van de organisatie. De zorg als proces is nooit geheel en al los te maken van de organisatorische context waarin ze plaatsvindt. Andersom staat de voorstelling van de organisatie ook nooit los van de per-

cepties van de zorgpraktijk. In die zin kan men stellen dat zowel de zorg als de zorgorganisatie niet los verkrijgbaar zijn. Ook al vallen ze te onderscheiden, zijn ze niet te scheiden. Ze beïnvloeden elkaar voortdurend. Dat zal consequenties hebben voor de uiteindelijke performance van de organisatie in de zorg. Dat maakt niet alleen de zorg maar ook de opbouw van de organisatie tot relevante fenomenen voor wat betreft de ethiek van de zorgorganisatie.

Ethiekbeleid en management

In het ethiekbeleid van een zorgorganisatie kan men bijgevolg niet zomaar voorbijgaan aan het interfereren van zorg en organisatie en van de voorstellingen ervan. Als de opbouw van de organisatie wordt voorbereid in de zorg (Pols) of het beeld van de organisatie dwingende voorschriften debiteert ten aanzien van de inhoud van de zorg (Becker) dient men aan beide aspecten aandacht te besteden. Al was het maar om te voorkomen dat het ethiekbeleid fragmenteert en zodoende ongeloofwaardig wordt. Wil men beide dimensies van het ethiekbeleid ernstig nemen, dient men naast de ethiek van de zorgverlening ook de ethiek van het organiseren tot een serieus aangrijpingspunt van het beleid te maken. De aandacht verschuift daarmee naar de functies in een organisatie die de organisatie zelf als belangrijkste aandachtsgebied hebben, c.q. 'het management'.

Maar om wat voor doen gaat het eigenlijk bij het management? En wanneer het doen en laten van de professionals als handelen wordt gekwalificeerd, wat zegt dat dan over het doen en laten van het management? Is er in die zin sprake van een specifieke moraal van het management? Of moeten we managen eerder beschouwen als een technische, amorele activiteit? Die vragen vormen het onderwerp van het volgende hoofdstuk. Daarin verleggen we de aandacht van de organisatie als context van de zorg, naar de activiteiten van degenen die in de gezondheidszorg de meeste verantwoordelijkheid dragen voor de opbouw en instandhouding van die context: de managers.

**De praktijk van het management:
management als ‘maken’**

Inleiding

In het vorige hoofdstuk heb ik aan de hand van twee exemplarische studies over veranderingen in de zorg laten zien hoe uiteenlopend kan worden gedacht over de opbouw van zorgorganisaties. Daarbij is aannemelijk gemaakt dat de visie op de organisatie indringende effecten heeft voor de handelingsruimte van de zorgverleners en in sterke mate de aard van hun doen en laten bepaalt. In dit en het volgende hoofdstuk zet ik het onderzoek voort in de richting van beelden van *managen als activiteit*. Het wordt geen uitputtend onderzoek omdat de interesse uitgaat naar een deelaspect: de implicaties van managementvisies voor de definitie van de zorg en het daaraan gekoppelde ethiekbeleid. Een belangrijke vraag is die naar de relatie van de twee centrale activiteiten in zorgorganisaties: *het managen van de organisatie*¹ en het professioneel *zorgen voor iemands gezondheid*. Hoe kan het management - in normatieve zin - zo worden ingericht dat het ruimte laat voor *zorgen* in termen van handelen?

Aanknopingspunten voor het managen van zorgorganisaties

In een onderzoek naar de opvattingen van bestuurders en managers van zorginstellingen over veranderingen in hun functie (Grit en Meurs 2005) constateren de auteurs dat bestuurders zich vooral oriënteren op twee *objectieve* aanknopingspunten voor verantwoord bestuur: aan de ene kant betreft dat de interne rationalisering van de bedrijfsprocessen, aan de andere kant de afstemming van de organisatie op externe wet- en regelgeving (juridisering). Van die twee blijkt de eerste, als technocratisch te duiden oriëntatie, de praktijk het meeste te domineren (Grit en Meurs 2005, 146).² De twee andere meer *subjectieve* aanknopingspunten van verantwoord bestuur die Grit en Meurs onderscheiden, de ethische bezinning op de morele dilemma's in de organisatie (moralisering) en daaraan gekoppeld een meer publieke, c.q. politieke interpretatie van het bestuur (politisering), blijken in de praktijk veelal te worden gemeden. Waarschijnlijk vanwege de grote nadruk op persoonlijke dimensies van besturen bij een moralisering van het besturen en vanwege de afbreukrisico's die met een meer politieke stijl van besturen zijn verbonden (Grit en Meurs l.c.).

Managen als amorele activiteit

De preferentie voor een technocratische wijze van besturen in de gezondheidszorg waarbij afstand wordt genomen van de morele en politieke dimensies, hoeft niet erg te verbazen. Wie in het licht van Arendts diagnose van de cultuur de moderne managementpraktijk beoordeelt, zal niet verrast zijn wanneer het besturen van zorgorganisaties op 'maken' lijkt en daarmee gemakkelijk komt los te staan

-
- 1 In dit en het volgende hoofdstuk maak ik geen onderscheid tussen besturen en managen. Beide activiteiten beschouw ik als onderscheiden aspecten van een en dezelfde functie in de zorgorganisatie.
 - 2 Ik refereerde daar eerder aan in hoofdstuk 7.1. Overigens vragen de onderzoekers zich af of de tweede variant, die in de praktijk ook veelvuldig blijkt voor te komen, nl. koersen op juridisering wel spoort met de kern van verantwoord besturen. Praktisch maken bestuurders die kiezen voor juridisering zich immers in hun rol afhankelijk van externe normen en komen ze niet aan besturen toe.

van moraal en politiek. Hetzelfde geldt voor degene die kennis heeft genomen van het werk van de Schotse filosoof MacIntyre. In diens boek 'After Virtue' voert hij de manager op als een typerend personage, of zoals hij zegt, een 'karakter' van de moderniteit (MacIntyre 1984; Vgl. Ten Bos 2002, 36 vv). Naast de ideeën van managementauteurs als March en Likert vormt het werk van Weber - onlosmakelijk verbonden met de 'uitvinding' van de bureaucratie - een belangrijke basis voor MacIntyres oordeel dat de manager een paradoxale manier van doen aan de dag legt: zijn instrumenteel handelen heeft weliswaar een amoreel karakter, maar berust tegelijkertijd wel degelijk op een morele keuze (MacIntyre 1984, 26-27). Een keuze echter die door alle nadruk op feitelijkheid en wetenschappelijkheid juist de morele aspecten van de organisatieveranderingen aan het zicht onttrekt.

Deze kwalificatie van de manager als een amoreel personage heeft wel enig weerwoord gekregen uit de wereld van management- en organisatie-theorie (Vgl. Brewer 1997), maar kan eenvoudig met verwijzingen naar andere organisatiekundige literatuur worden bekrachtigd. Zo valt een lijn te trekken naar Wanrooij (2008). Eerder zagen we dat hij net als Ten Bos (2002) onderscheid maakt tussen meerdere typen professionals en daarbij het al of niet onderschrijven van een professionele moraal of code opvoert als onderscheidend criterium. (Post)moderne professionaliteit, onder meer belichaamd door managers, verschilt van traditionele professionaliteit doordat zij zich niet kenmerkt door moraal maar door de deskundigheid op een bijzonder terrein. Een (post)moderne professional is voor alles een kenniswerker zonder specifiek moreel commitment (Wanrooij 2008). Voor zover er sprake is van enige moraliteit betreft dat een privémoreel zonder relevantie voor de activiteiten: die zijn het beste te kwalificeren als moreel neutraal (Vgl. Grit, Meurs 2005, 144). Dat wil zeggen dat er naast en boven de functionele normen die zijn gekoppeld aan de managementrol, geen normatieve waarden en normen zijn aan de hand waarvan die rol zou kunnen worden beoordeeld (Terpstra 2002, 131 vv).

Op het gebied van het management manifesteert zich klaarblijkelijk de volgende paradox: juist door zich voor te doen als amoreel genereert het management effecten die ook moreel betekenisvol zijn. De vraag is hoe zo'n amoreel management zich verhoudt tot een zorgpraktijk die in de regel als een morele praktijk wordt gekwalificeerd en niet als moreel neutraal of amoreel. In de komende twee hoofdstukken tracht ik deze complexiteit in de managementpraktijk van de zorg onder meer te verduidelijken aan de hand van de voorbeelden uit het vorige hoofdstuk. Om te beginnen door deze voorbeelden te verbinden aan een interpretatie van de Engelse socioloog Giddens van het verschijnsel organisatie. Door zo aan het werk te gaan ontstaan er heldere indicaties voor het naast elkaar bestaan van twee grondpatronen van managen.

De ambivalentie van organisaties en management

Volgens Giddens hebben sociale organisaties noodzakelijk een ambivalent karakter. Uitgaande van zijn 'structuration theory' (Giddens 2008, 16-30) zijn ze zowel 'agency' als 'structuur'. Dat wil zeggen dat zij zich tegelijkertijd voordoen als soci-

ale constructen die ontstaan door de creativiteit van met elkaar samenwerkende mensen die daarmee uitdrukking geven aan hun normatieve opvattingen (dan valt alle nadruk op ‘agency’) en als sociale **constructen** die het handelen van mensen juist door hun voorgegevenheid bepalen en via regels dwingend beïnvloeden (daarbij valt de nadruk op ‘structuur’). Voor de individuen die op enigerlei wijze deel uitmaken van een organisatie betekent dit dat zij al handelend de betekenis ervan bepalen én tegelijk op hun beurt in hun handelen ook weer door die organisatie en haar regels worden bepaald. Daarbij is de mate waarin de organisatie zich in haar regels en normeringen voor de betrokkenen voordoet als een feitelijkheid, of als een samenstelling van feitelijkheden, dus als structuur, bepalend voor de ruimte die individuen ervaren om de organisatie te beïnvloeden, voor ‘agency’. In ieder geval heeft de presentatie, als ‘structuur’ dan wel als ‘agency’ effect voor de definiëring van het handelingsrepertoire van de deelnemers aan de organisatie. Het presenteren van de organisatie op een bepaalde wijze, meer als structuur of juist meer als agency,³ wordt bijgevolg een belangrijke vorm of instrument van het management.⁴

Uitgaande van deze fundamentele dubbelgestalte van de organisatie ligt de nadruk in een Platoonse organisatie zoals ik die in hoofdstuk zeven beschreef en illustreerde met een organisatieconcept van de ouderenzorg van Becker, vooral op ‘structuur’. In de Aristotelische organisatie die ik associeerde met een onderzoek van Pols naar veranderingen in de zorg, meer op ‘agency’. Met uiteraard typerende effecten voor de definiëring van het management als activiteit. In een Platoonse organisatie neemt managen meer de vorm aan van het structureren van de organisatie, van ‘maken’ terwijl in een Aristotelische organisatie managen meer is verbonden met democratische processen en dient te worden geassocieerd met ‘handelen’. Daarmee zijn de thema’s van de hoofdstukken 8 en 9 aangeduid die zich concentreren op management als praktijk. In hoofdstuk 8 besteed ik aandacht aan de verbeelding van een Platoonse, een technocratische managementpraktijk. In hoofdstuk 9 zal ik ingaan op de mogelijkheden van een meer Aristotelische managementpraktijk.

Hoofdstuk 8 is als volgt opgebouwd: de eerste paragraaf na deze inleiding behandelt enige karakteristieken van de technocratische managementrol. Uiteraard wordt daarbij ook ingegaan op ethische aspecten. Een belangrijk thema wordt het doorvoeren van veranderingen in en van de organisatie omdat de paradoxale werking van het moderne management daarbij op een mooie wijze aan het licht komt. In de tweede paragraaf beschrijf ik enkele kritische reacties op technocratische managementconcepten. In de eerste plaats omdat zij aandacht vragen voor

3 Uiteraard zijn er meer presentaties mogelijk. Bijvoorbeeld in de vorm van metaforen (Morgan 1988). Met structuur en agency oriënteer ik me op enkele relevante basisvormen. Zie ook de volgende verwijzing.

4 De sociaalconstructivistische visie op de organisatie die ik hier weergeef is er een uit meerdere. Uiteraard is de keuze van deze visie niet moreel neutraal. Naar mijn idee past deze benadering goed bij een visie op organisaties die recht wil doen aan de spanningen in organisaties en de positie die mensen in het debat over de betekenis van organisaties innemen. Zij biedt ruimte voor het beklemtonen van de handelingsdimensie van samenwerkingsverbanden alsook voor de meer structurele componenten die staan voor continuïteit en stabiliteit.

machtsmechanismen die daarin een rol spelen. In de tweede plaats omdat ze duidelijk maken hoe moeilijk het is om afstand te nemen van technocratische concepten. In de derde paragraaf ten slotte ga ik daarom in op voorstellen om te breken met de gebruikelijke managementbenaderingen. Daarbij gaat het erom zicht te krijgen op de achterliggende motieven en argumenten in de veronderstelling dat deze ook relevant zijn vanuit ethisch perspectief.

8.1 De ambivalentie van technocratische managementconcepten

Introductie

Giddens merkt op dat de gebruikelijke sociaalwetenschappelijke benaderingen van de werkelijkheid sterk hebben bijgedragen aan een 'verdinglijkte' voorstelling van sociale fenomenen zoals organisaties. Door de nadruk in het onderzoek op structuren en op de wetmatigheden die deze structuren kenmerken, worden dwingende beelden van organisaties en hun ontwikkeling gecreëerd (Giddens 2008, 207 vv). Om in het spoor van Habermas te spreken: zelfs datgene wat zich historisch contingent ontwikkelt, krijgt de gestalte van een logische noodzakelijkheid zonder dat deze switch in de voorstelling van de verandering serieus wordt genomen (Habermas 1982, 338 vv; Vgl. Griffioen 2006, 166 vv). Uiteraard werkt dit ook door in de voorstelling van het management als activiteit. In de verhalen over beroepszeer en deprofessionalisering wordt er voortdurend aan gerefereerd. Management dat zich aangesproken weet door deze 'verdinglijking' in de wetenschappen, verliest sprekend in termen van de *vita activa* handelingskarakter maar wint aan technische rationaliteit. Dat maakt het op zichzelf al tot een relevant thema in het denken over een ethiekbeleid voor zorgorganisaties.

In deze paragraaf ga ik in op enige karakteristieken van de klassieke voorstellingen van zo'n rationeel management dat gekarakteriseerd kan worden als 'maken'. Om te beginnen ga ik in op het veronderstelde amorele karakter van management en maak daarbij de kanttekening dat deze karakterisering in de praktijk van het management zelf helemaal niet zo hoeft te worden begrepen. Om dat te verduidelijken ga ik in op de organisatieverandering als cruciaal element van de managementpraktijk. Vervolgens besteed ik aandacht aan de metafoer van de machine als onderdeel van de rationele managementvoorstelling van veranderen en aan utopische elementen van dat handelen. Vooral bij de bespreking van dat laatste aspect wordt duidelijk hoe gemakkelijk een als amoreel betitelde werkwijze in haar tegendeel kan verkeren en uiteindelijk moralistisch wordt.

8.1.1 Veranderen en het amorele karakter van de manager

Volgens MacIntyre zijn effectieve bureaucraten uitstekende acteurs (MacIntyre 1984, 107). Zij laten zien hoe het leven in de (post)moderne samenleving is geworden tot het vervullen van gefragmenteerde rollen zonder dat er nog sprake is van een verband tussen die rollen of van een onderliggende substantiële rationaliteit.⁵ De rationaliteit van de rol ligt nergens anders in opgesloten dan in de rol zelf. Bij managers manifesteert deze oppervlakkigheid zich in de omstandigheid dat zij zich laten leiden door de doelen van de organisatie zonder zich te verdiepen in de morele aanvaardbaarheid ervan. In principe stellen ze zich indifferenter op ten aanzien van de inhoud van de bedrijfsprocessen. Populair geformuleerd: of de organisatie die zij dienen nu een hospitaal betreft of een dropfabriek, dat doet niet ter zake (Vgl. Van Dartel 1996). De kunst is de gestelde doelen met de meest efficiënte en effectieve middelen te realiseren. Precies in die belofte van de realisering van de doelen volgens rationele methoden schuilt de kern van het management: het geloofwaardig presenteren van vooralsnog fictieve ontwikkelingsmogelijkheden als ‘wetenschappelijk’ gestaafde en bijgevolg moreel neutrale feiten. Beelden die het management zo schetst van de toekomstige organisatie, wekken de indruk dat realisering ervan geen toeval is maar een vanzelfsprekend effect, misschien niet direct van hun activiteiten alswel van hun interpretatie van de feiten; dat zij zo in staat zijn de gebeurtenissen te manipuleren op een wijze dat de uitkomsten voorspelbaar worden en de toekomst maakbaar wordt. In deze voorstelling van de toekomstige organisatie als vanzelfsprekend feitelijk resultaat van de ontwikkelingen wordt het handelen van andere actoren herleid tot een calculeerbare factor. De presentatie van de gebeurtenissen als aaneenschakeling van ‘wetenschappelijke’ feiten brengt het onderscheid tussen niet te beïnvloeden en wel te beïnvloeden sociale aspecten naar de achtergrond. Daarmee wordt de politieke en morele dimensie van het handelen van de manager verdonkeremaand (MacIntyre 1984, 30). Bijgevolg zijn de claims van effectiviteit waarmee managers ons trachten te overtuigen niet anders dan een moderne mythe, waarachter zich een heel andere werkelijkheid ophoudt (Beadle 2001, 6).

Theorie en praktijk

De voorstelling die MacIntyre schetst, is heel aannemelijk om te illustreren hoe amoreel het management is, maar tegelijk onhoudbaar. Wanneer men tenminste de praktijk van het managen ernstig wil nemen bij het beoordelen van die praktijk. Als managen een rol is die moet worden gespeeld zoals andere rollen op een postmodern toneel (Vgl. Ten Bos 2002, 34-41) is het een rol die, wil zij effectief zijn, de indruk moet wekken dat het juist géén willekeurige rol betreft. Het gaat in alle ernst om de werkelijkheid zelf en om niets anders dan de werkelijkheid. En met betrekking tot de zorgorganisatie gaat het daarbij, zoals ik in hoofdstuk zeven

5 In hoeverre de manager een karakteristiek voorbeeld van (post)modern bestaan is geworden, is een vraag waar ik me in deze tekst niet mee bezighoud. Mijn interesse gaat voornamelijk uit naar de schets van het management.

aan de hand van het organisatiemodel van Becker illustreerde, uitdrukkelijk ook om moraal. Met andere woorden, hoe karakteristiek het personage van de manager ook mag worden gehouden voor een *postmodern*, amoreel bestaan, wil zijn handelen effect hebben, dan kan hij zich - zo stelt organisatiekundige Strikwerda - niet anders dan *modern*, dat wil zeggen rationalistisch gedragen (Strikwerda 2003). Dat vormt de kern van zijn moraal. *Postmoderne* management- en organisatie-theorieën die tot een veel lossere voorstelling van de organisatie en van het management leiden, hebben dan ook slechts betekenis voor de managementpraktijk als ze kunnen worden herleid tot *moderne*, meer conventionele management-theorieën en zo kunnen worden ingevoegd in de klassieke rationalistische aanspraken van het management: ze moeten *reële* betekenis hebben. Anders verliezen ze hun effect. Wat dit betekent, wordt duidelijk aan de hand van een voorbeeld uit het hart van de managementpraktijk: de voorstelling van organisatieveranderingen.

De voorstelling van veranderingen

Volgens organisatie-theoretici Chia en Tsoukas presenteren managers organisatieveranderingen niet als verandering maar stellen zij ze voor vanuit het tegenovergestelde beeld, vanuit stilstand. Dat geeft de voorstelling overtuigingskracht maar doet tegelijk fundamenteel afbreuk aan de aard van de verandering (Chia en Tsoukas 2002). Om deze handelwijze en haar effecten toe te lichten, maken Chia en Tsoukas gebruik van de beroemde paradox van Zeno: over Achilles die voor de opgave staat om de schildpad in te halen. Het kernprobleem van deze paradox is dat de beweging zelf niet als beweging wordt benaderd, maar tot uitdrukking wordt gebracht door een verwijzing naar opeenvolgende stilstanden. Door deze voorstelling van zaken wordt de beweging zelf onzichtbaar gemaakt en wordt op 'logische' wijze gegarandeerd dat Achilles de schildpad nooit zal kunnen inhalen.

Hetzelfde 'euvel' doet zich volgens de auteurs ook voor in 'normale' managementvoorstellingen van organisatieverandering. De noodzaak van verandering wordt geconstrueerd door eerst te wijzen naar de (ongewenste) toestand waarin de organisatie verkeert op het moment van spreken en vervolgens naar de toestand zoals die in de toekomst als uitkomst van de veranderingen zal bestaan. In het statisch naast elkaar stellen van het actuele beeld en het toekomstbeeld, worden de veranderkundige ambities van het management overtuigend neergelegd maar wordt het proces van veranderen zelf weggeredeneerd. Ook veranderingsprocessen zoals die zich continue in de dagelijkse praktijk van een organisatie voordoen op geleide van de doorlopende interacties tussen medewerkers, de praktische inzet van hun ideeën en hun ervaringen van de beleefde werkelijkheid, worden op deze wijze naar de achtergrond gebracht. Het effect van deze presentatie, die goed past bij een Platoonse organisatievisie, is dat alle nadruk komt te liggen op de manager als regisseur en bewerkster van de verandering. Hij wordt de ultieme actor in het proces, de wachter die de organisatie naar de veronderstelde toekomst leidt. In plaats van een samenspel van vele actoren en factoren wordt de organisatie het maakwerk van zijn hand(en). In de volgende bladzijden verduidelijk ik aan de

hand van een tweetal thema's hoe zo'n effectieve wachter te werk kan gaan: het eerste thema betreft de denkfiguur van de machine, het tweede de werking van de utopie.

8.1.2 De organisatie als machine en de werking van de utopie

Wie besturen als 'maken' opvat, hanteert volgens Terpstra een werkelijkheidsbenadering met een aantal typerende kenmerken zoals: 'de ervaring van tijd als een beheersbare ruimte, de objectivering van de wereld, het bestaan van causaliteit en daarmee manipulatie en *de monologica*' (Terpstra 2002, 207). Het gaat om kenmerken die kunnen worden onderscheiden maar ook nauw met elkaar samenhangen. Die samenhang verduidelijkt Terpstra onder meer met behulp van de idee dat besturen in termen van maakbaarheid niet goed buiten de denkfiguur van de machine en van de mechanica, de leer van de beweging, kan. De metafoor van de machine - waaraan ik in het vorige hoofdstuk refereerde - staat volgens Terpstra voor een algehele voorstelling van het westerse denken en handelen die organisaties, maar ook mensen of in bredere zin samenlevingen, in termen van machines begrijpt: als systemen die met betrekking tot hun wetmatigheden zo kunnen worden gekend dat men op grond van aanpassingen op een onderdeel weet tot welke uitkomsten dat zal leiden voor het geheel (Terpstra 2002, 203). Expertkennis van deze wetmatigheden genereert voorstellen tot verbetering die de indruk wekken niet te zijn bedacht maar slechts ingegeven door de eigenschappen van de als machine voorgestelde organisatie. Het causaal-finale schema waarmee de organisatie wordt benaderd, wekt zo de indruk dat het het object zelf is dat de bestuurder voorschrijft hoe te handelen (Terpstra 2002, 211). Het is een aanlokkelijke voorstelling van zaken. De indruk wordt weggenomen dat willekeur regeert. In plaats daarvan komt een extrapolatie van 'feiten'. Dit mechanische beeld van de organisatie voedt zo niet alleen verwachtingen over de perfectionering van de samenleving door steeds verfijndere vormen van regelgeving (Terpstra 2002, 205, 206) maar wekt tegelijkertijd de indruk dat dit kan zonder enig beroep op moraal. De objectieve wereld van de causale betrekkingen waarin de bestuurder/wachter optreedt, is immers van een andere orde dan de subjectieve wereld van normen en waarden die hij en anderen er voor zichzelf als mensen privé op na houden (Terpstra 2002, 206).

Het probleem van deze voorstelling van de organisatie als machine is volgens Terpstra dat zij zowel praktisch als principieel onhoudbaar is. Van de diverse bezwaren die hij aanvoert, noem ik er slechts een, maar wel een wezenlijke: waarom zou de presentatie van de organisatie als machine ook door anderen - om te beginnen de organisatieleden - worden gedeeld? Met andere woorden, wil de voorstelling van de toekomstige organisatie zoals die door de manager wordt waargenomen, worden gerealiseerd vraagt dat minimaal om een communicatief proces over de houdbaarheid en aanvaardbaarheid van die voorstelling. Zonder sociaal proces dat leidt tot een acceptatie (of een verwerping) van de veranderingen door

degenen die de organisatie 'doen', valt er niet te veranderen. De monoloog waarmee de voorstelling van het maken van de organisatie in de regel begint (Terpstra 216), moet met andere woorden minimaal de zeef van de dialoog en discussie passeren om te voorkomen dat zij als illusie uiteenspat of utopistisch wordt. Dat laatste is niet uitgesloten. Het is een interessante beweging omdat zij in een no-tendop verduidelijkt hoe amoreel management zich kan ontwikkelen tot moralisme. Daarmee kom ik aan een tweede thema dat illustreert hoe een manager als effectieve 'wachter' te werk gaat.

Kenmerkende aspecten van de utopie

Managen laat zich volgens Ten Bos vaak kennen als een utopistische bezigheid. Om dat te verduidelijken sluit hij aan bij ideeën van Achterhuis. Een kenmerk van utopische bewegingen is volgens laatstgenoemde dat zij gemakkelijk in hun tegendeel verkeren. De utopie krijgt de gestalte van een dystopie: een samenleving die door een sterk streven naar humanisering dehumaniserende effecten krijgt. Dat dystopische karakter manifesteert zich in de regel al met het implementeren van de utopie: de traditionele voorstelling om een utopie te verwezenlijken is dat men radicaal moet breken met het verleden. Dat impliceert altijd geweld tegenover mensen en de samenleving die in het verleden is opgebouwd. Ook de andere aspecten die utopieën kenmerken⁶, hebben volgens Achterhuis paradoxale, dehumaniserende effecten. Achterhuis herleidt de utopistische tendensen die zich ook in de huidige samenleving nog voordoen (Vgl. Achterhuis 2006, 201) via de Verlichting naar Plato's beroemde studie over De Staat. Die lijn naar Plato is betekenisvol. Ook omdat ik een bepaald type zorgorganisatie in verband bracht met Plato's voorstelling van De Staat. In die zin hoeft het misschien niet te verbazen dat kenmerken die Achterhuis typerend acht voor het utopisch denken, worden bevestigd in de opbouw van de Platoonse organisatie zoals Becker die schetst. Een van de elementen die binnen het zorgmodel van Becker een uitgesproken utopisch karakter heeft, is bijvoorbeeld de vorm van de communicatie. Die dient volgens Becker te verlopen in termen van een 'ja-cultuur': dat is 'de positieve attitude waarmee de leden van de extended family (van de zorgorganisatie h.v.d.) elkaar en ook de buitenwereld bejegenen' (Becker 2006, 7; 47 vv). Is die ja-cultuur eenmaal met behulp van specifieke technieken in de organisatie geïmplementeerd (Becker 2010, 48-49), dan kan zij als organisatieprincipe voortaan haar diensten bewijzen door de verlieservaringen te helpen neutraliseren die zich veelvuldig in de gezondheidszorg voordoen (Becker 2010, 13-14). Men kan zich afvragen in hoeverre een dergelijke instrumentalisering van de communicatie, met als doel om een open communicatie met de zorgvragers te realiseren, niet noodzakelijk dystopisch wordt. Door de moralistische codering van het gedrag van de medewerkers verliest zij immers noodzakelijk haar open karakter. Maar er is meer dan dit specifieke element van de communicatie. Van de tien aspecten die Achterhuis noemt

6 Achterhuis spreekt in plaats van over kenmerken over familiegelekenissen. Dat begrip ontleent hij aan Wittgenstein om te benadrukken dat het niet gaat om een soort essentialia (Achterhuis 1998, 34 vv).

(Achterhuis 2006, 14-15; Ten Bos 2002, 31-33), zie ik in Beckers pleidooi voor een andere ouderenzorg de volgende terug:

- 1 Onderschikking van het individu aan het totaal (Gemeinschaft, extended family voorop)
- 2 Maakbaarheid van de sociale werkelijkheid (eenvoudige economische maatregelen waren voldoende om resultaat te boeken)
- 3 Totaliteit en detail in een panoptische blik (leer van invisible hand; en het sturen door cultuur)
- 4 Radicale breuk met het verleden (destructie van oude organisatie en cultuurvormen)
- 5 Garantie van geluk (naar een geluksbevorderende zorg)
- 6 Plaats en verdeling van arbeid (ieder dient op zijn plaats te voldoen aan de doelen van de organisatie)
- 7 Autoritair gewelddadig (autoritair zo nodig despotisch optreden bestuurder; radicale vernietiging oude structuren)
- 8 Opvoeding en onderwijs (invoege medewerkers en bewoners in cultuur organisatie)
- 9 Zuiverheid en reinheid (eigen verhalen van medewerkers worden onderdeel van een groter narratief, deel corporate story) ⁷

Voor wat betreft de drie kenmerken die Achterhuis het meest bepalend acht voor de utopie - de maakbaarheid, het samenlevingsaspect en het totalitaire karakter van de utopie (Achterhuis 2006, 14-15; vgl. Achterhuis 2010, 29; 42-43) - kan men zeker zeggen dat deze worden weerspiegeld in de opvattingen van Becker over de inrichting van de zorgorganisatie. Een verschil met de discursieve traditie zoals Achterhuis die bestudeert is dat de utopie die Becker beschrijft niet op het niveau van de staat wordt gesitueerd, maar op dat van de organisatie. Zijn denken is in die zin meer verbonden met ideeën van negentiende-eeuwse sociale utopisten als Owen en Fourier dan van politieke filosofen als More of Plato. Maar daarmee wordt het utopistisch gehalte van dit Platoons ogende organisatiemodel voor de zorg niet minder.

Het utopisme van moderne organisatie en managementtheorieën.

Dat hoeft niet te bevreemden. Ten Bos herkent in moderne managementtheorieën veel van de aspecten die Achterhuis noemt. Ook in theorieën die klassieke bureaucratische en rationalistische theorieën onder kritiek stellen zoals 'Business Process Redesign', en het concept van 'de lerende organisatie', nieuwe theorieën over verandermanagement et cetera. Ook al nemen deze concepten afstand van de traditionele maakbaarheidsvoorstellingen, ze blijven volgens Ten Bos gevangen in een schema van controle en beheersing. Terwijl bijvoorbeeld een voortrekker van 'de lerende organisatie' zoals Senge zeggenschap van de medewerkers over de

⁷ Het enige element dat ik niet goed kan verbinden aan de studie van Becker over gelukbevorderende ouderenzorg is het aspect van seksualiteit: iedere discursieve utopie (of dystopie) kent volgens Achterhuis specifieke regels voor de omgang met menselijke seksualiteit (vgl. Achterhuis 2010, 44).

ontwikkeling van de organisatie voorop stelt als een belangrijk element van leren, blijft 'empowerment' binnen dat concept begrensd door de kaders die vanuit de organisatie aan het leren worden gesteld. Ook hiërarchische verbanden zoals die in organisaties bestaan, blijken principieel niet te worden doorbroken; evenmin wordt er volgens Ten Bos veel ruimte gegeven voor complexiteiten die de rationaliteit van de besluitvorming doorbreken, noch voor emoties. Met andere woorden: alle leren dient volgens het concept van de lerende organisatie plaats te vinden binnen een overkoepelende visie die de complexiteiten beheersbaar maakt. En die emoties en politiek buiten de kaders houdt (Ten Bos 2002, 194-196). Wekken 'empowerment' en 'leren' in het concept van 'de lerende organisatie' de indruk van enige politisering, de inbedding blijft grotendeels technocratisch. Dat stelt meteen een einde aan de belofte van politisering die intrinsiek aan de idee van 'empowerment' verbonden is. De bepalende centrale actor in de organisatie blijft de manager. Ook in politieke en morele zin.

8.1.3 Evaluatie

In deze paragraaf ging ik in op enige karakteristieken van managen als vorm van maken. Dat resulteerde in nogal paradoxale beschrijvingen: van een amorele, 'wetenschappelijke' praktijk die juist vanwege dat amorele, 'wetenschappelijke' karakter betekenis krijgt; van een voorstelling van veranderingen in het hart van die praktijk, die effect krijgt doordat het proces van veranderen zelf buiten beeld wordt geplaatst. Op de achtergrond circuleren beelden van de organisatie in termen van een machine en van een utopie. Dat laatste aspect hanteer ik als belangrijkste element van deze tussentijdse evaluatie.

Het grote probleem van het utopisch denken, is, Ten Bos en Achterhuis volgens, dat het er zich niet bij neerlegt om utopisch te blijven: managers volstaan niet met het poneren van een ideale voorstelling van de werkelijkheid als een vorm van kritiek op het heden. In plaats van het schetsen van een utopie als kritisch commentaar gaan zij verder en zetten zich ertoe om de utopie te realiseren en haar zo van haar utopisch gehalte te ontdoen: wat (nog) geen plaats heeft, maar het goede voorstelt, gaan wij hier en nu verwerkelijken. Het probleem van het utopische vertoog is, stelt Achterhuis, dat men eenmaal staande in het vertoog het als vanzelf radicaliseert. De logica van het vertoog leidt tot het zetten van steeds nieuwe stappen in het dichterbij brengen van de utopie. Zo ontardt deze in een dystopie. Dat uit zich om te beginnen in de omgang met de medewerkers. Omdat de rationaliteit van het management zekere kennis biedt over de doelen van de organisatie en over de methoden om als een geluksmachine te opereren (Ten Bos 2002, 258-259) kan het bijgevolg niet goed uit de voeten met meningen die indruisen tegen de eigen opvattingen. Gesteund door 'wetenschappelijke' kennis heeft het management het beste inzicht in de inhoud van de praktijk en weet het hoe de uitgetekende idealen kunnen worden waargemaakt. Dat leidt tot het stellen van onbetwistbare normatieve regels. Zo wordt het managementstreven autori-

tair. In termen van Foucault, voor wie disciplineren steeds ook verbonden is aan de normatieve effecten van wetenschappelijke kennis: het management wordt panoptisch. Het enige dat nog als belangrijk en als goed wordt gekwalificeerd, is wat een bijdrage levert aan de hogere doelen van de organisatie. Of zoals we bij Becker zagen: aan de ‘corporate story’ zoals die op topniveau wordt bepaald. Daarmee verliest de communicatie met de medewerkers haar eigenlijke dialogische, politieke betekenis. Men wil namelijk niet op de hoogte worden gebracht van de normatieve opvattingen van de medewerkers maar deze stroomlijnen volgens de technische normen van de organisatie. Managen blijkt zelfs in de moralistische voorstellingen van de organisatie zoals die naar de toekomst wordt geprojecteerd, een amorele technè⁸ waarbij men wel kan verlangen naar of spreken over iets als moraal maar deze vooral instrumenteel opvat. En wel in termen van kwaliteiten die op het niveau van de organisatie, dus niet op het niveau van de medewerker zelf, worden gedefinieerd als de eigenschappen die de medewerker nodig heeft om zijn taken ter realisering van de organisatiedoelen naar behoren uit te voeren: dat geldt bijvoorbeeld voor de manier waarop leren wordt ingekaderd in de lerende organisatie. Dat geldt ook voor de manier waarop in de zorgorganisatie zoals Becker die zich voorstelt, de communicatie met bewoners en medewerkers, dient te verlopen.

8.2 Kritiek: weg van ‘het maken’

Introductie

Technocratische voorstellingen van management die ook in de wereld van de gezondheidszorg favoriet lijken, stuiten, ondanks de aantrekkelijkheid van een maakbare wereld die ermee wordt aangekondigd, op ernstige bezwaren. Dat roept de vraag op naar andere voorstellingen, die meer ruimte bieden voor andere perspectieven dan wetenschappelijke extrapolaties of doelrationele ontwerpen. In deze paragraaf ga ik in op enkele van deze voorstellen. In de eerste plaats betreft het auteurs die, geïnspireerd door de Frankfurter Schule, voorstellen ontwikkelen om de eenzijdigheid in instrumenteel denken in systemen tegen te gaan door aandacht te vragen voor andere waardeperspectieven. In de tweede plaats gaat het om auteurs die de aandacht verleggen van structuur naar procesdenken en daarbij ook aandacht vragen voor andere kennisbronnen dan die van de feiten. De beschrijvingen zijn indicatief voor richtingen waarin wordt gezocht. Niet minder, niet meer. Uiteraard blijft de interesse gevoed vanuit de ethiek. Dat maakt nieuwsgierig naar specifieke ethische argumentaties in de kritiek.

8 Of moet men in dit verband niet ronduit spreken over ‘immoreel’?

8.2.1 Critical Management Studies

In een door de Frankfurter Schule beïnvloede stroming van organisatietheoretici, bekend onder de naam Critical Management Studies (CMS) (Holmes 2010, 4-5), wordt veel nadruk gelegd op de (positieve en manipulatieve) betekenis van beelden voor de beïnvloeding van de werkelijkheid (Willmott 2005). Beelden kunnen organisaties maken maar ook breken. Werken aan de re-presentatie van de organisatie is volgens auteurs die tot deze stroming kunnen worden gerekend zoals Alvesson en Willmott (Alvesson en Willmott 2002), dan ook een wezenlijk element in de activiteiten van het management. De manier waarop deze representatie in de regel plaatsvindt, verdient volgens de auteurs uit de CMS-traditie kritiek. Net zoals Giddens wijzen ze op de 'verdinglijking' van de organisatie die plaatsvindt. Niet alleen traditionele organisaties, ook organisaties waarin men tegenover alle overmacht van techniek meer aandacht wenst te besteden aan een democratische vormgeving van de organisatie en aan participatie van de medewerkers ontkomen er niet aan. Omdat de ideeën uit CMS goed aansluiten bij de beschrijving van het utopistisch management en er de praktische werking van helpen verduidelijken, haal ik nog een enkel element naar voren. Het gaat vooral om de uitoefening van macht door het management. Of beter gezegd het verhullen daarvan. Vervolgens ga ik in op voorstellen van auteurs uit deze stroming om de negatieve effecten van de dominante managementbenaderingen tegen te gaan.

Paradoxe vormen van machtsuitoefening

Auteurs uit het veld van multidisciplinaire perspectieven (Holmes 2010, 4) dat Critical Management Studies omvat, stellen allen vragen bij de vanzelfsprekendheid waarmee het moderne management zich etaleert als een positieve en sociaal waardevolle discipline die op een adequate manier allerlei economische en sociale kwesties die in de samenleving spelen, zou weten op te lossen. Ook de superioriteit die het moderne management claimt onder verwijzing naar haar neutraliteit en objectiviteit en haar technische en rationele methoden, wordt onder kritiek gesteld. Vooral door aandacht te besteden aan de machtsrelaties die aan het werk zijn en aan de wijzen waarop met gebruikmaking van 'onthechte', rationele toepassingen van managementprincipes dominantie wordt gegeneerd. De kern van de kritiek is gelegen in de paradox dat het moderne management, ondanks het gegeven dat de controle en beheersing van mensen er karakteristieke elementen van zijn, zich nooit presenteert als een machthebbende instantie. Het werpt zich juist op als een neutrale instantie die zich verre houdt van macht: voor zover er sprake is van macht wordt zij gepresenteerd als een noodzakelijk uitvloeisel van de rationaliteit.

Dat leidt tot bewegingen met opmerkelijke effecten. Niet alleen bij het doorvoeren van veranderingen maar ook bij het propageren van 'empowerment', het delegeren van macht aan de medewerkers. Eerder werd dat fenomeen al aan de orde gesteld in het kader van een kritische opmerking van Ten Bos over 'de lerende organisatie'. De observaties vanuit CMS vormen daarop een aanvulling.

Wat in het kader van ‘empowerment’ - oppervlakkig beschouwd - kan worden gekarakteriseerd als machtsdelegatie, impliceert volgens Willmott namelijk vaak het tegenovergestelde. Door de decentralisatie van bevoegdheden die met ‘empowerment’ is verbonden, worden de waarden die voor de medewerkers ertoe doen instrumenteel toegankelijk gemaakt voor de organisatie. Zij worden - in termen van Habermas - ‘gekoloniseerd’. In plaats van een vergroting van de autonomie helpt ‘empowerment’ zo tegen de beeldvorming in om de betrokkenheid van de medewerkers te kanaliseren conform de ambities van de organisatie. De waarden van de medewerkers die er in een organisatie écht toe doen, worden zo herleid tot waarden van het management. Op zijn minst wordt door een dergelijke manipulatieve beweging voorbijgegaan aan het gegeven dat waarden en normen uit meerdere bronnen stammen en niet zomaar kunnen worden herleid tot de organisatie-doelen. Kritisch management zou niet aan die pluraliteit voorbij moeten gaan.

Complicaties

Volgens CMS ondervinden overigens niet alleen degenen die worden onderworpen aan het moderne management, maar ook degenen die managen negatieve gevolgen van de toegenomen betekenis van technische rationaliteit als criterium van organiseren: zowel managers als gemanageden worden door de kolonisering van hun leefwereld ‘gekort’ in hun menszijn. Beide zijn gevangen in de bureaucratische wetmatigheden van de IJzeren Kooi. Management is zo beschouwd ook in haar negatieve effecten geen zaak van managers alleen, maar van managers en medewerkers samen. Of breder nog, van de samenleving in haar geheel. Steeds meer gebieden van het dagelijks leven zijn immers onderworpen geraakt aan de invloed van expertsystemen. Die zouden de communicatieve processen welke typerend zijn voor de leefwereld en noodzakelijk om de werking van systemen te legitimeren, naar de achtergrond dringen. De samenleving ontwikkelt zich zo steeds meer tot een systeemgeleide organisatiesamenleving. De dehumaniserende effecten van deze ontwikkeling zowel binnen als buiten organisaties roepen de vraag op of er nog wel aan te ontkomen valt.

Ontsappingsroute met valkuilen

Toch is er in lijn met het denken van Habermas volgens CMS-auteurs wel een richting aan te geven voor een adequatere omgang met de spanningen tussen systeem en leefwereld zoals die zich in moderne organisaties manifesteren (Willmott 2005, Alvesson en Deetz 2005). Willen systeemregels worden getoetst op hun normatieve aanvaardbaarheid, dan zal niet alleen moeten worden gekeken naar de technische rationaliteit van de voorgeschreven regels maar zal er ook toetsing moeten plaatsvinden vanuit de perspectieven van de betrokkenen. Dat impliceert dat er naast en boven de sfeer van de functionele normen, erkenning dient te zijn voor de betekenis van andere sferen. Alleen zo kan aan de schijn van morele neutraliteit worden ontkomen. CMS vraagt daarom tegenover de dominante benadrukking van technische rationaliteit (en dus systeemkwaliteit) aandacht voor de sociale en culturele dimensies van organiseren. Op die manier kunnen de

systeem-concepten ontvankelijk worden gemaakt voor de dimensie van de leefwereld. Dat alles mede op grond van Habermas' veronderstelling dat de legitimatie van systemen alleen kan worden bereikt door communicatieve processen binnen de leefwereld van mensen (Habermas 1995, 229 vv).

Gelet op de eigen analyses van CMS doet zich daar onmiddellijk een probleem voor. Zo even kondigde het zich al aan: hoe kan men in vertrouwen spreken over een toetsing in de leefwereld, wanneer blijkt dat heel de samenleving zich steeds meer is gaan voordoen als een systeemgeleide organisatiesamenleving? Wanneer onduidelijk is welke ruimte daarin nog is voor een dimensie als de leefwereld? Ook het idee van Kunneman dat zich in de samenleving tussengebieden voordoen waar systeem en leefwereld elkaar overlappen (Kunneman 1996, 54), zal in dit opzicht niet veel helpen. Want als systeem en leefwereld elkaar overlappen, hoe weet men dan vanuit welke dimensie men de verschijnselen waarneemt en beoordeelt? De toepassing van het leefwereldconcept in het zorgmodel van Becker (Becker 2004, 178 vv) waarbij de leefwereld staat voor de leefomgeving van de bewoners, maar niet voor die van de medewerkers, vormt een goede illustratie van deze complicatie.

Kritiek op de kritiek

Volgens sommigen blijven kritische organisatiestudies zoals CMS hangen in de rationaliteitsaanspraken die ze zelf als element van de traditionele management-opvattingen zo sterk kritiseren. Zo oordeelt Chia dat dergelijke studies weliswaar geen directe steun willen zijn voor het management door het ontwikkelen van alternatieve managementtheorieën, maar toch in gebreke blijven omdat ze wel oordelen vellen over andere managementtheorieën maar nalaten om hun eigen methodes kritisch te analyseren (Chia 1996, 83-84). Wat dat betreft gaat het met dit soort kritische benaderingen blijkbaar net zo als met andere managementtheorieën. Steeds opnieuw dreigen ze, zo zegt Ten Bos, utopistisch te worden in hun streven om 'ware' voorstellingen van de organisatorische werkelijkheid te presenteren die meer dan de bestaande theorieën de rationaliteit en professionaliteit van het management zouden kunnen vergroten (Ten Bos 2002, 234 vv).⁹ Te gemakkelijk maken ze het individu ondergeschikt aan het collectief, hechten te veel geloof aan de maakbaarheid van dromen, decontextualiseren mensen en versmallen hun geluk tot de uitkomst van een rekensom in termen van nut (Ten Bos 2002, 31-33). De vraag is of het anders kan, of aan de disciplinerende en de controle valt te ontsnappen.

9 Utopistisch is bij Ten Bos iets anders dan utopisch. Terwijl het eerste dogmatische trekken vertoont en beelden van de toekomst vastzet, wijst utopisch op de aanwezigheid van een ideaal: terwijl utopistisch, zo interpreteer ik het verschil, uit is op realisering, draait het bij utopisch om het streven (Vgl. Ten Bos 2002, 30vv; Vgl. Ten Bos 2003, 130; Ten Bos e.a. 2006, 154-155).

8.2.2 Uitwegen: breken met het maken?

Om aan het 'verdinglijkte' beeld van de organisatie te ontsnappen, schetsen auteurs als Ten Bos en Chia postmoderne voorstellingen van managen die niet meer de organisatie als ding of concept als uitgangspunt van de verandering nemen maar de sociale processen die aan de organisatie ten grondslag liggen. De aandacht verschuift in de terminologie van Giddens van 'structuur naar 'agency': de organisatie wordt voorgesteld als (het steeds weer nieuwe en variabele) uitvloeisel van voortdurende flexibele processen. 'Het proces' gaat bij deze voorstelling ontologisch vooraf aan 'de organisatie' (Vgl. Chia 1995). Volgens Chia en Tsoukas zouden we dan ook niet meer over organisaties moeten denken in termen van *zijn* (being) maar in termen van *worden* (becoming) (Chia en Tsoukas 2002, 570).

Een ander aspect dat laatstgenoemden aansluitend bij een uitspraak van Wittgenstein beklemtonen is dat veranderingen niet dienen te worden begrepen vanuit een objectiverende waarnemerspositie maar veel meer van binnenuit, door te kijken naar wat er zich continue in de praktijkprocessen zelf afspeelt (Chia en Tsoukas 2002, 579). Dat is een positie die ik ook herken in de benadering van Pols wanneer zij stelt dat het aankomt op het doen. Chia en Tsoukas sluiten daarnaast aan bij ideeën van Bergson over het intuïtief omgaan met de ervaring (Chia en Tsoukas 2002, 562; 572). In plaats van een *conceptueel* benaderen van de werkelijkheid zou dienen te worden gekozen voor een *perceptuele* benadering. In onderscheid met het denkend vanuit concepten benaderen van de werkelijkheid, maakt de directe, onbemiddelde perceptie het mogelijk om verschillen beter en directer waar te nemen. Wanneer concepten leidend worden voor het begrijpen, wordt de dynamiek van de processen, de 'flux of reality', waarin veranderingen zich ontwikkelen, niet meer adequaat gekend. Managers die in tegenstelling tot de eigen aard van de dynamiek van veranderen in praktijken zelf, de veranderingen gedistantieerd vanuit hun managementconcepten blijven benaderen, missen dan ook significante signalen die in de ervaringspraktijk zelf aan het licht komen en belangrijke aanknopingspunten vormen voor meer blijvende veranderingen (Chia 1995, 581). Met als resultaat dat de voorstellen die voortkomen uit de abstracte concepten van het management onvoldoende aansluiten op de ervaren werkelijkheid in de uitvoeringspraktijk en bijgevolg stranden. Om oog te krijgen voor relevante verschillen in de ervaren praktijk, zouden managers zich volgens Chia en Tsoukas daarom meer moeten laten leiden door wat kunst doet met een mens. De artistieke ervaring is, in het verlengde van de normale alledaagse ervaring, gevoelig voor wat verschil maakt in de praktijk zelf. Zij maakt het mogelijk om de ontwikkeling van de managementconcepten veel beter aan te laten sluiten op de percepties uit de praktijk zelf die leidend zouden moeten zijn. Daarom dient er bij het management meer erkenning te komen voor de betekenis van de esthetische of artistieke blik.

Naar een meer esthetisch management

Het is een argument dat ook anderen hanteren. Het past in een bredere stroming van denken waaraan ik al eerder refereerde en die op een of andere manier gekop-

peld kan worden aan ideeën over levenskunst. Op de achtergrond figureren de ideeën van filosofen als Hadot en Foucault. Enerzijds grijpen ze terug op de antieken. Anderzijds op de filosoof met de hamer, Nietzsche. Maar ook zonder expliciete referenties werken de ideeën door op verschillende levensterreinen en wetenschapsgebieden. Dus ook in het denken over organisaties. Zo ontwikkelt de Nederlandse organisatiekundige Weggeman op geleide van een vergelijkbare kritiek op het gebruikelijke statische concept van veranderen, een voorstel voor 'daïstisch' organiseren (Weggeman 2003, 113 vv). De traditionele 'blueprint'-benadering van veranderen - in termen van statische toestanden, die moeten worden *ontdooit* en na de *verandering* weer moet worden *vastgezet* (unfreezing- changing-freezing) - dient te wijken voor meer kunstzinnige benaderingen die diepte geven aan de voorstellingen van de organisatie (Weggeman 2003, 151-178). Daarin is veel aandacht voor verschijnselen als 'flow', het organisch proces van veranderen dat voortdurend ongepland tussen mensen in organisaties plaatsvindt. Ten Bos die in vergelijking met een auteur als Weggeman, meer in de filosofische traditie staat, pleit eveneens voor een meer esthetische manier van (denken over) managen. Hij spreekt over een mode-georiënteerd management dat weigert om zich te laten vastzetten in utopistische waarheidsstrevingen en in plaats daarvan genoeg neemt met een voortdurend nieuwe beklemtoning van het veranderlijke en het niet-vaststaande. Een modieus management dat nieuwsgierig is naar de stroom van constant veranderende zelfbegrippen in de organisatie zou de reductie van de organisatorische pluraliteit en creativiteit tot een enkele vaste grondslag kunnen weerstaan (Ten Bos 2002, 258-260). Een belangrijk *epistemologisch* argument voor een esthetische wijze van organiseren dat Ten Bos gebruikt, is dat de wetenschap zoals die zich ontwikkelt in het westen, niet echt uit is op het zoeken van waarheid. Wetenschappelijke waarheid bestaat langzamerhand uit niets anders meer dan uit gecalculerd nut. Mede daarom lijkt hij weinig op te hebben met Critical Management Studies, die geïnspireerd door Habermas blijven geloven dat het in de wetenschap om de waarheid in brede zin zou gaan: de westerse wetenschap hanteert volgens Ten Bos in haar oriëntatie op het nut een heel ander realiteitsprincipe dan de waarheid zoals die door Habermas en diens volgelingen wordt hooggehouden. Vasthouden aan de veronderstelde idealen van de wetenschap werkt dan ook niet. De kritiek legt het dan stevast af tegen de dominantie van het utopistisch denken (Ten Bos 2002, 258).

De weerbarstigheid van praktijken

Ten aanzien van deze voorstelling van een esthetisch management heb ik twee vragen.

In de eerste plaats is er de vraag of dat wat in theorie wordt gepresenteerd als oplossing zich gemakkelijk laat invoegen in praktijken. Zullen, anders gesteld, de theoretische voorstellingen van een managementesthetica wel leiden tot echte aanpassingen? Praktijkmanagers kunnen - zo gaf ik eerder aan - niet goed uit de voeten met het imaginaire gehalte van de voorstellingen van hun praktijk, maar zullen die vanzelfsprekend als buitengewoon reëel presenteren. Hoe verhoudt

zich dat nu tot een artistieke invulling van het managen? Een invulling die van managen een kunstzinnig spel maakt? Zoals Ten Bos zelf aangeeft, zullen de meeste managers zich hartgrondig verzetten tegen postmoderne stellingen, bijvoorbeeld dat beleidsstrategieën niet bestaan. Simpelweg omdat het voor hen geen nut heeft om te weten dat besluiten en strategieën niet bestaan (Ten Bos 2002, 89). Managers worden immers niet verondersteld te acteren in een theoretische discussie over de conceptuele betekenis van strategieën maar in een werkelijkheid die de strategieën in de organisaties juist waarmaakt te midden van concurrentie en strijd. Wat dat betreft hebben managers geen boodschap aan een discussie over de verhouding tussen theorie en praktijk of aan een kritiek op het ontologisch realisme dat tegen alle postmoderne wetenschapstheoretische inzichten in, hun eigen lezing van de organisatorische werkelijkheid blijft kenmerken (Ten Bos 2002, 90-91). Zij staan voor de opgave om voorbij de stroom van alledaagse processen de continuïteit van de organisatie te garanderen. Dat is de rol waarop ze worden aangesproken. In het kader van een voorstelling waarbinnen ze worden verondersteld te acteren. Academische theorieën over de praktijk van het management blijven dan ook steeds van een andere orde dan de voorstellingen die managers in hun praktijk over die praktijk hanteren. Beide perspectieven verenigen leidt volgens Ten Bos gemakkelijk tot merkwaardige theoretische constructies (Ten Bos 2002).

Een esthetische of ethische invalshoek?

Een tweede vraag die ik heb is of met de esthetische benadering wel voldoende recht wordt gedaan aan de handelingsdimensie van de organisatie en daarmee aan de mensen die de organisatie vormen. Zeker in de context van deze studie waarin het handelt om de zorg, en dus om een sfeer waarin moraliteit op een specifieke manier in het geding is. Een esthetische kennisinteresse is van een andere orde. Weggeman, Chia en Tsoukas brengen de esthetische invalshoek naar voren als een correctie op een te rationalistische en te statische benadering van de organisatorische werkelijkheid. Zij is eerst en vooral *epistemologisch* van aard. Zij concentreert zich ondanks de schijn van het tegendeel op de vraag hoe de manager in het uitzetten van veranderingen beter *kennis* kan krijgen over de mogelijkheden die zich al in de organisatie blijken voor te doen. De veronderstelling is dat door de ontwikkeling van meer esthetische kwaliteiten het arsenaal aan mogelijkheden om te veranderen wordt vergroot. Die vergroting van mogelijkheden heeft uiteraard ook morele betekenis (Vgl. Van Asperen 1989, 153), maar niet in de zin dat er op deze wijze uitdrukking wordt gegeven aan de omstandigheid dat de organisatie wordt opgebouwd door velen. Een ethische argumentatie ter ondersteuning van hun zienswijze wordt door hen dan ook niet gegeven.

Bij Ten Bos ligt dat enigszins anders. Anders dan bij Chia en Tsoukas, Weggeman maar ook auteurs uit de CMS traditie zoals Wilmott en Alvesson, geeft hij ook argumenten in het spoor van de moraal om zo weg te geraken uit een managementsfeer van utopisme. Die argumenten hebben te maken met een - zoals hij zelf zegt - nogal melancholieke kijk op de stand der dingen in de sfeer van or-

ganisaties en management. Volgens mij kunnen ze echter moeilijk anders dan moreel worden geduid: bijvoorbeeld gelet op zijn oordeel dat organisaties geen plaatsen zijn waar mensen zouden willen blijven. 'Het gaat er te hard aan toe, het leven is er te kunstmatig, er is te weinig ruimte...' (Ten Bos 2003, 15). Daarnaast heeft hij, zoals al aangegeven, weinig vertrouwen in de waarheidsstrevingen van de moderne wetenschap die naar zijn oordeel steeds minder ontkomt aan een utilistische insteek. Maar hoezeer organisaties ook plaatsen zijn, waar niemand lang wil blijven, ziet Ten Bos er nog wel sporen van een moraal die ruimte biedt voor mensen en het ook in de huidige situatie mogelijk maakt om in de organisatie te verblijven. Daarom zijn er ook nu nog, weliswaar vage, kansen voor een ethiek. Niet voor een 'kletsethiek' maar voor een ethiek die voorbij organisatie en management denkt en zich vooral richt op de marges van de organisaties. In het ethos van de marge kan zij nog de sporen van een kleine moraal aantreffen en die koesteren, zonder ze luidkeels ter sprake te willen brengen (Ten Bos 2003, 130-132). Dat 'ethos van de marge' doet denken aan 'de kampvuurtjes' die Kunneman her en der ziet branden in moderne zorgorganisaties: buiten de schaduw van de felle straatlantarens van het management zoeken mensen elkaar op en ontwikkelen op die verloren plekken in de schaduw een eigen taal en een eigen moraal (Kunneman 2007; Kunneman e.a. 2006).

Het intrigerende van de beschouwingen van Ten Bos over het ethos van de marge is dat hij tegen de keer in van zijn eigen melancholieke analyse blijft vasthouden aan een denken dat ondanks alles ruimte ziet voor een humanisering van organisaties: weliswaar op nietige plaatsen, in de marges van organisaties, maar desondanks gaat het wel om ruimte. Niet alleen in esthetische maar ook in ethische zin. Het gaat om ruimte die recht doet aan mensen; ruimte die in het teken staat van het goede. Dat verwijst ondanks de schijn van het tegendeel naar mogelijkheden van vermenschlijking. Het idee van vrijheidspraktijken is klaarblijkelijk niet geheel utopisch.¹⁰ Tevens verwijst het naar een ontdekking van waarheid tegen alle utilistische versmallingen van het waarheidsbegrip in.

Maar hoewel de inzet van Ten Bos dus naast een epistemologisch ook een ethisch aspect kent, richt de uitkomst van zijn denken over het management zich toch weer op iets anders dan ethiek, namelijk op esthetiek. Een merkwaardige uitkomst misschien. Want hoewel er dus ook in een door organisaties bezette en besmette samenleving ruimte blijft voor mensen, voor vrijheidspraktijken, dient de articulatie van die ruimte blijkbaar op een paradoxale wijze plaats te vinden: voorzover het om waarheid gaat dient die waarheid zich niet als waarheid te laten vastzetten. En voor zover het om ethiek gaat, lijkt het om een reflectievorm te moeten gaan die zich vooral voordoet als een esthetiek: als een vluchtig, 'oppervlakkig', intuïtief kijken. Hoe moeten we dit voortdurend terugwijkend denken begrijpen? Wat zegt de noodzaak van deze ambivalente en paradoxale benadering over organiseren en management in relatie tot ethiek? Is het inderdaad een kwes-

10 Hoewel het maar beter uit de sfeer van de managementutopie kan blijven.

tie van esthetiek en van ‘mode’? Dienen we om iets van waarheid en van het goede te realiseren, een methodische huiver te cultiveren om dat goede vast te leggen? Of zijn er andere mogelijkheden? In de sfeer van handelen misschien?

8.2.3 Evaluatie

Voorbij zien te komen aan de ‘verdinglijking’ die een bepalend kenmerk is van technocratische managementbenaderingen, blijkt een complexe aangelegenheid. Iedere vorm van humanisering van organisatie en management lijkt toch weer uit te lopen op een verfijning van de technocratische arrangementen. Kritische geluiden krijgen steeds opnieuw een vertaling in amendementen binnen de bestaande praktijken. Dat heeft averechtse effecten en maakt de kritiek nogal tandeloos. Zo lijkt het mechanisme onontkoombaar dat Strikwerda beschrijft voor postmoderne managementtheorieën, namelijk dat alle dwarse voorstellingen van organisatie en management zich in de praktijk laten invoegen in de traditionele rationalistische varianten om zodoende een effect te genereren. Dat geldt ook voor voorstellen die erop uit zijn om expliciet te breken met de rationalistische traditie. Mogelijk heeft dat te maken met de inzet van deze voorstellen. Op een uitzondering na lijkt die inzet epistemologisch. Op zichzelf is daar niets mis mee. Het streven is gericht op een betere kennis van de verandermogelijkheden in de organisatie. Door uit te gaan van een onbevangen, ongedwongen kijken dat oog heeft voor het nieuwe in het oude, zou men ongeziene openingen kunnen aanboren naar een nieuwe toekomst. Zo maakt een esthetische invalshoek blik ontvankelijk voor wie we (in de organisatie) zouden kunnen zijn.

Maar hoewel een dergelijke inzet ook morele betekenis heeft, lijkt zij niet direct betrokken op de moraal.¹¹ Sterker, het is alsof ze er voor terugschrikt. Ook wanneer auteurs als Ten Bos suggesties doen voor een morele inzet, verdampt die weer en blijft de esthetica over. Het punt waar omheen het steeds draait, blijft daarmee vooral het kennisperspectief van het management: hoe kunnen we garanderen dat managers beter geïnformeerde besluiten nemen? Met ‘mooiere’ uitkomsten. Niet in morele maar in esthetische zin. Het gaat dus niet primair om de vraag of er door zus of zo te handelen meer recht wordt gedaan aan anderen. Of aan de publieke zaak. Daardoor blijft ook deze esthetische kritiek op een technocratisch management ondanks de schijn van het tegendeel in de regel gevangen in de wetmatigheden van een amoreel taalspel.

De vraag is of er geen andere openingen zijn. Minder vrijblijvend. Meer gefocust op het publieke belang van professionele zorgverlening. Die openingen zouden dan wel kunnen aansluiten bij de ambities van de critici en esthetici, maar de

¹¹ Tenzij men ervan uitgaat dat er om te voorkomen dat men moraliserend of moralistisch wordt geen andere optie is dan kiezen voor een esthetica. Een probleem van een dergelijke stellingname is mijns inziens dat ze niet gemakkelijk is te handhaven omdat ze ook wanneer ze wordt geuit in een filosofische of wetenschappelijke tekst hoe dan ook begrepen wordt als een appel aan anderen (en dus een ethische lading heeft).

vraag is of ze toch niet in een ander kader dienen te worden geplaatst - meer ethisch, meer politiek - om daadwerkelijk effectief te zijn en duidelijk te maken wat de eigenlijke inzet is. Dat is immers de enige manier waarop de handeldingsdimensie van de praktijken in de organisatie ernstig kan worden genomen. Een dergelijk voorstel om meer ethisch en politiek te worden sluit aan op ideeën van MacIntyre. Voor zover deze nog een opening ziet voor management als een praktijk waarin plaats is voor menselijke excellentie en moraliteit, betreft dat het inruilen van een technische voor een meer politieke lezing van de managementomgeving (Beadle 2001): door een herdefiniëring van organisaties als politieke instituties waarbinnen praktijken zich met recht als sociale praktijken kunnen manifesteren, zou de besluitvorming van het management kunnen worden losgeweekt uit een louter technisch discours. Het onderzoek naar zo'n ethisch, c.q. politiek management wordt het onderwerp van het volgende hoofdstuk. Met dat onderzoek ga ik in op een suggestie uit hoofdstuk twee, waarin ik een idee van Tonkens over de noodzaak om professionaliteit meer democratisch te denken, verbond aan de inkadering van professionaliteit op organisatieniveau.

8.3 Conclusie

Denken over management in termen van 'maken' stuit op problemen. Ze worden goed zichtbaar wanneer men vanuit een sociaalconstructivistische optiek naar organisaties kijkt. Organisaties krijgen dan een Janusgezicht: aan de ene kant vormen ze als gestolde structuren een conditionerende basis voor het handelen van de individuen in de organisatie. Aan de andere kant blijven ze als uitkomsten van sociale processen altijd openingen bieden voor nieuwe definiëringen in het handelen van de betrokkenen. Naarmate ze meer 'verdinglijkt' worden voorgesteld krijgen ze meer dehumaniserende trekken. In plaats van een vrijheidsbron worden ze een keurslijf zonder ruimte voor discussie over de funderende waarden. Management dat uitgaande van dergelijke 'verdinglijkte' voorstellingen de organisatie aanstuurt en de eigen activiteiten presenteert in technische termen en niet als praxis, wordt gemakkelijk autoritair en moralistisch ondanks of beter nog dankzij de schijn van rationaliteit en wetenschappelijke neutraliteit die zijn doen bij voorkeur kenmerkt.

Om deze onevenwichtigheid tegen te gaan zijn in de literatuur verschillende voorstellen ontwikkeld. De vooronderstellingen van een technocratische managementstijl lijken daarbij ondanks het streven naar een andere inzet amper te worden gewijzigd. Dat geldt zowel voor benaderingen zoals 'de lerende organisatie' als voor meer kritische benaderingen die zich laten inspireren door de Frankfurter Schule. Bij postmoderne benaderingen, waarbij wordt gepleit voor een meer esthetische benadering van de organisatiewerkelijkheid, is het niet veel anders. Hoewel bij een enkeling ook ethische argumenten doorklinken, lijken de argumenten voor zo'n postmoderne, esthetische benadering vooral *epistemologisch* van aard. In de diagnoses draait het op een of andere manier steeds om het tegemoet-

komen aan een conceptueel tekort zoals zich dat op managementniveau manifesteert en dat de sturing frustreert. Ondanks de suggestie van een radicale wending, komt men zodoende niet voorbij aan de traditionele managementpatronen. De karakterisering van de manager door MacIntyre blijft dan ook voor de meer kritische managementvormen ongewijzigd: ondanks de kritische insteek laat het management zich voornamelijk kennen als een amorele functie waarvan de neutrale rol zo goed mogelijk wordt ingevuld door met alle denkbare mogelijkheden van kennisverwerving gewapend, geïnformeerd te beslissen over het bestaan van de organisatie, haar richting en haar vorm. Dit soort managementconcepten waarbij de wachters van Plato's staat, verdeeld over heel de organisatie en uitgerust met wetenschappelijke kennis de dominante figuren blijven, sluiten niet goed aan bij een interpretatie van de zorgpraktijk als handelingspraktijk. Wil men in lijn met deze strevingen recht doen aan de praktijk van de zorg, wordt het zaak om ook voor de managementaspecten om te zien naar andere concepten: meer moreel. Meer politiek geladen. Meer in termen van 'handelen'.

**De praktijk van het management:
managen als vorm van ‘handelen’**

Inleiding

Wie de zorgorganisatie interpreteert naar analogie van een Aristotelische visie op de organisatie - een manier van doen die ik verbond aan een onderzoek van Pols naar veranderingen in de zorg - beoordeelt de organisatie als het resultaat van het sociaal-politieke handelen van de betrokken deelnemers. In een continue stroom van sociale interacties die aanvangt in de zorg zelf, wordt het actor-netwerk dat de organisatie is, steeds opnieuw gevormd. In die zin is er ook amper sprake van een onderscheid tussen 'zorg' en 'organisatie' of tussen 'zorg' en 'management'. De opbouw van de organisatie en dus ook het managen vangt aan in de zorg zelf en betreft hen die zorg geven maar ook hen die zorg ontvangen, actief bij het proces van organiseren. Dat kan ook moeilijk anders: in het doen van de zorg worden immers de doelen van de organisatie waargemaakt en krijgen ze concreet betekenis. Ook in sociaal-politieke zin. Dat werkt verplichtend door in het denken over de opbouw van de organisatie en de plaats van het management.

Het aan het onderzoek van Pols ontleende organisatiebeeld staat niet ver af van de meest recente voorstellingen van organisaties in de bedrijfskundige theorievorming. In termen van het vorige hoofdstuk: de organisatie is steeds meer iets dat aan het worden is ('becoming') in plaats van iets dat er al is ('being'). Zij neemt in plaats van een 'structuur' steeds meer de gestalte aan van een grenzeloos proces. Dat proces laat zich niet langer herleiden tot vaste concepten. In plaats daarvan wordt het voortgedreven door de percepties van degenen die staande in de praktijk al handelend met elkaar verschil maken: met gisteren, met vandaag.

De rol van het management laat zich in de praktijk niet gemakkelijk voegen naar dit open beeld van de organisatie als een creatief samenspel van interacterende mensen. Ook al zijn er aanzetten om management anders te begrijpen blijft het over het algemeen gevangen in een technocratisch vertoog. De problemen waar het tegen aanloopt, lijken daarbij vooral epistemologisch te worden opgevat. Met als belangrijkste probleemhebbende de manager: diens rol en diens perspectief staat centraal. Om de zorgpraktijk als handelingspraktijk recht te doen, is - zo concludeerde ik - een andere insteek noodzakelijk. Meer politiek, meer moreel. Het is een insteek die goed aansluit bij de Aristotelische voorstelling van de organisatie die immers gebaseerd is op de veronderstelling dat aan ieder lid van de organisatie recht dient te worden gedaan. Het is een insteek waarvan ik aanneem dat ze ook tegemoet komt aan de ideeën van Tonkens over een democratische professionaliteit (Tonkens 2008, 236 vv).

Managen in de zorg kwalificeren als een morele praktijk is een dwarse onderneming. Ze gaat niet alleen in tegen de preferenties waarvan bestuurders in de zorg blijk geven, maar staat ook haaks op de gebruikelijke theoretische voorstellingen van managen. Niet alleen de traditionele die managen opvatten in termen van 'maken', ook de nieuwere die met dat 'maken' willen breken. In dit hoofdstuk geef ik in grote lijnen weer hoe een dergelijke voorstelling van management als een morele praktijk zou kunnen worden begrepen. In de eerste paragraaf ga ik nader in op de veranderde voorstelling van organisaties en koppel die aan bredere inter-

pretaties van veranderingen in de samenleving. Niet alleen is die verkenning relevant omdat zij de veranderingen van moderne organisaties losmaakt uit een strikt organisatiekundig kader en in een bredere sociale context plaatst, maar ook omdat er specifieke rollen voor de zorgorganisatie en het management van die organisatie aan kunnen worden ontleend. Een van de uitkomsten van de paragraaf is de erkenning van de noodzaak voor management als een aparte functie in zorgorganisaties.

In de tweede paragraaf ga ik vervolgens in op leidinggeven aan professionals als kernactiviteit van een dergelijke functie. Leidinggeven definieer ik dan als vorm van handelen. Die kwalificatie veronderstelt op zich al moraliteit. Naast karakterisering van het managen van professionals door Wanrooij, maak ik ook in deze paragraaf gebruik van ideeën van Arendt over handelen, leidinggeven en besturen. Onder meer zal ik aandacht besteden aan een onderscheid dat ze maakt tussen het nut en de betekenis van activiteiten: richt een technocratisch management zich uitdrukkelijk op het nut, een interactief management zal eerder gefocust zijn op het in stand houden en de erkenning van de betekenis van de activiteiten voor de direct betrokkenen.

In de derde paragraaf herneem ik het door Arendt gemaakte onderscheid tussen nut en betekenis in de bekende terminologie van Max Weber: over de botsing tussen doelrationeel en waarderationeel handelen. Met behulp van dat onderscheid en enkele interpretaties daarvan, ga ik na in hoeverre managen in de zorg in aansluiting op de zorg zelf kan worden begrepen als een morele praktijk. Het springende punt wordt de binding van het management aan de praktijk van de kernprocessen. Daardoor wint het management aan waarderationaliteit en verliest de manager zijn amorele karakter. Over de moraliteit van het management dient anders gezegd niet op een abstract niveau te worden beslist. Ook hier geldt net als voor de zorg, dat de betekenis van het management wordt bepaald in de praktijk zelf.

9.1 Managen als functie in een actornetwerk van de gezondheidszorg

Introductie

Managen wordt in een democratisch organisatiemodel, dat zoveel mogelijk recht wil doen aan de betrokkenen bij de kernprocessen, een functie die voortvloeit uit het handelen in de praktijk. Het is een functie die bij alle gewicht dat wordt toegekend aan het primaat van de practici in de zorg gemakkelijk uit het gezicht verdwijnt of wordt vereenzelvigd met een faciliterend management. De vraag is of daarmee voldoende recht wordt gedaan aan de complexiteit van het management. Daarom besteed ik in deze eerste paragraaf expliciet aandacht aan managen als functie in en van een actornetwerk. Naast een verwijzing naar noties van Wanrooij over de netwerkorganisatie als ideaalmodel voor professioneel werk maak ik ge-

bruik van ideeën van Boutellier over de improvisatiemaatschappij. Dat levert niet alleen een mooie metafoor op voor moderne zorgorganisaties maar trekt, omdat het handelt over de samenleving in brede zin, de discussie over het managen van zorgorganisaties in een veel breder perspectief. Het past bij een open visie op zorgorganisaties als instituties met een publiek belang en bekrachtigt dat wanneer zorgen geïnterpreteerd wordt als handelen, het managen van een zorgorganisatie moeilijk op een andere manier kan worden begrepen.

9.1.1 Netwerkorganisaties, improvisatiemaatschappij, sturing

Veranderingen in het denken over organisaties staan niet op zichzelf. De voorstelling van de organisatie als een open, dynamisch netwerk van allerlei verbindingen tussen knooppunten weerspiegelt bredere sociologische visies op de ontwikkeling van de samenleving. Een aansprekend voorbeeld vind ik in de ideeën van de Nederlandse socioloog Boutellier over een nieuw type samenleving die hij aanduidt als ‘een improvisatiemaatschappij’ (Boutellier 2011). Hij beschrijft hoe de heldere patronen in de traditionele institutionele inrichting van de samenleving - in ons land onder meer gekoppeld aan het begrip verzuiling - onder invloed van processen als de informatisering en globalisering hebben plaatsgemaakt voor het beeld van de samenleving als een zich voortdurend vernieuwende, door complexiteit getekende netwerkmaatschappij (Boutellier 2011, 103 vv). Oudere vormen van samenleven, zoals de ongeregelde vormen van de ‘Gemeinschaft’ en de geregelde vormen van de ‘Gesellschaft’ bestaan nog wel als aspecten of elementen van het grotere geheel, maar worden in de schaduw gesteld van een steeds veranderende ‘“Netzschafft” die haar ordening vooral realiseert via improvisatie’ (Boutellier 2011, 28).

Improvisatie heeft bij Boutellier een specifieke, gelaagde betekenis. Het staat niet alleen voor een beeld van aanrommelen en adhoc-politiek, maar wordt ook opgevoerd als metafoor voor menselijke complexiteit. In die betekenis begrijpt Boutellier het als een positief perspectief voor de ordening van de samenleving: improvisatie staat voor allerlei processen van afstemming en binding die voortdurend via velerlei vormen - informeel, formeel, intentioneel, spontaan - plaatsvinden en zo ruimte geven aan menselijke identiteit. In de derde plaats staat het voor het zoeken naar (nieuwe) institutionele ordeningen en organisaties die de samenleving enige richting en stabiliteit geven. Dan gaat het niet alleen om instituties als het recht maar ook om ingesleten patronen van vanzelfsprekendheid die de identiteit van mensen bevestigen en vertrouwen geven (Boutellier 2011, 155-156). Zo is er ondanks alle beweging en verandering, al het vloeiende van samenwerkingsverbanden en leefpatronen, ook sprake van sociale continuïteit.

Om meerdere redenen voer ik hier het beeld op van de improvisatiemaatschappij.

In de eerste plaats omdat het de ontwikkelingen van organisaties in een breder kader plaatst en zo het gesloten kader doorbreekt waarin we normaliter over organisaties spreken.

In de tweede plaats omdat het beeld van de improvisatiemaatschappij zoals Boutellier dat schetst, een bijzonder perspectief opent op de plaats en functie van gezondheidszorg in de samenleving: een vertrouwen genererende institutie die betekenis heeft omdat zij de identiteit van mensen en hun plaats in de samenleving bevestigt. Een dergelijk perspectief sluit aan bij de definitie van zorg in termen van handelen zoals ik die op geleide van het denken van Arendt heb weergegeven. Daarbij merk ik op dat deze kwalificatie van de gezondheidszorg als belangwekkende stabiliteit verschaffende institutie niet vanzelfsprekend is. Boutellier maakt er wel gewag van, maar de verwijzing is marginaal. Wat dat betreft sta ik een veel explicietere erkenning van de zorg als steunbeer van de samenleving voor.¹

In de derde plaats verwijs ik naar het begrip 'improvisatiemaatschappij' vanwege de mogelijkheid om parallellen te trekken in het denken over de inrichting van de samenleving en die van organisaties. Interessant daarbij is ook dat Boutellier niet schroomt om de ordeningsvraagstukken te verbinden aan vragen naar normativiteit (Boutellier 2011, 13; 121 vv). Het gaat hem met andere woorden niet om een technocratisch beheersingsperspectief maar om, zoals hij zegt, een verkenning van wat zou kunnen (Boutellier 2011, 27). Interessant zijn verder nog de opmerkingen die hij maakt over de rol van de staat: ook in een improvisatiemaatschappij blijft er behoefte aan verticale sturing. De vraag is hoe dat zit in zorgorganisaties. Hierop kom ik terug.

Sturing en ordening

Uiteraard heeft de verandering in het denken over de samenleving en over organisaties in termen van netwerken en improviseren ook effecten voor de visie op functies als 'management' en 'sturing'. Niet dat deze meteen overbodig worden. Integendeel. Zo stelt Boutellier wat betreft de improvisatiemaatschappij dat de rol van de staat niet moet worden onderschat. Bijvoorbeeld met betrekking tot de democratische controle van de instituties die in de verontrustende wirwar van de moderne samenleving zorgen voor stabiliteit en coherentie (Boutellier 2011, 150 vv). Maar hoe ziet dat er dan uit? Hier manifesteert zich op scherpe wijze het vraagstuk van een sociale orde die vertrouwen zou moeten genereren, maar gelet op het dynamisch karakter van de netwerksamenleving niet meer gedacht kan worden in oude termen, als een vaste 'orde'. Zij kan hoogstens, zo geeft Boutellier aan, nog bestaan in werkwoordsvorm, als 'ordening' (Boutellier 2011, 16 vv). Dat wil zeggen als een steeds opnieuw zoeken van evenwicht, van balans tussen de actoren en de arrangementen die de samenleving vormen. Normatieve criteria van

1 Schuyt, aan wie het beeld van de steunberen van de samenleving wordt ontleend, gebruikt dat beeld niet expliciet voor de zorg. Dat gezondheidszorg niet vanzelf als belangrijke dragende institutie wordt opgevoerd sluit aan bij de observaties van Tronto over de apolitieke betekenis van zorg in de moderne tijd. Vgl. ook noot 22 blz. 260.

beleid staan dan ook niet meer vast maar vormen zich in een dynamisch interactief proces achter al het menselijk handelen (Vgl. Van Peursen 1996, 113). Hoewel er in dat proces sprake blijft van hiërarchische controle en verticale sturing, hebben die een nogal paradoxaal aanzien: ‘government’ dat zich bijvoorbeeld voor doet als ‘micro-governance’. Enerzijds lijkt de staat dan ook te verdwijnen, anderzijds lijkt zij zich te verveelvoudigen tot een overal in doordringende presentie.

Sturing in een netwerkorganisatie

Orderingsvragen hoe vertrouwen kan worden gegeneerd, doen zich niet alleen voor op het niveau van de samenleving als geheel, ook op het niveau van organisaties laten ze zich gelden. Zeker voor wat betreft institutionele voorzieningen, die dus als een soort steunberen vertrouwen dienen te genereren in een steeds vloeiender geheel (Boutellier 2011, 20; Schuyt 2006). Voorstellingen van de ontwikkeling van organisaties in termen van autopoïësis wekken dan wel de indruk dat netwerkorganisaties geen management of sturing kennen, die functies doen zich nog wel degelijk voor, alleen worden ze net als de ordeningen van de staat anders begrepen dan in het verleden. Analooq aan de voorstellingen van de improvisatiemaatschappij (Boutellier o.c.) laat de sturing van organisaties zich theoretisch steeds minder kennen in termen van een opgelegde vaste en hiërarchische orde, maar wordt zij meer begrepen in termen van een participatieve ordening. Ondanks alle neigingen om in de praktijk terug te vallen op de bekende technocratische kaders, lijkt die ontwikkeling niet te stuiten. Om het met Giddens te zeggen: de aandacht voor structuur (orde) maakt ook hier plaats voor procesgerichtheid, voor agency (ordening). Dat impliceert ook meer aandacht voor de dynamiek van nieuwe bindingen en relaties die al handelend in de praktijk zelf ontstaan en daarmee de organisatie steeds opnieuw een nieuw gezicht en nieuwe grenzen kunnen geven. Sturen wordt richting zoeken en geven in het verbinden, ruimte zoeken in de openingen die nieuwe relaties tussen knooppunten in de nodale orde bieden. De grenzen van organisaties in de samenleving vervloeien dan ook in de initiatieven die steeds weer opnieuw worden genomen. Iedere interactie biedt wat dat betreft een opening naar iets nieuws. Het beeld van Arendt over een gemeenschap die niet statisch is maar steeds opnieuw, actueel wordt bepaald door ‘het politieke’ (Vgl. Mouffe 2008), door de concrete processen die tussen mensen plaatsvinden, op de plaats waar zij elkaar ontmoeten, zichzelf kunnen vernieuwen, komt onbedoeld ² dichterbij.

De aantrekkingskracht van democratische gezagsuitoefening

Definities van netwerkorganisaties duiden erop dat de wijze waarop in dat soort organisaties het gezag wordt uitgeoefend, in principe democratisch is (Vgl. Wanrooij 2008 a, 185). Het gegeven dat netwerkorganisaties een democratische bestuursvorm kennen spooft met het beeld van de Aristotelische organisatie. Het

2 Onbedoeld omdat het beeld van moderne zorgorganisaties ongetwijfeld door Arendt nooit geassocieerd zou worden met dat van de antieke polis zoals zij het hanteert.

is een type van besturen, dat volgens Wanrooij de netwerkorganisatie aantrekkelijk maakt voor de inrichting van allerlei vormen van professioneel werk. Hoe modieus de netwerkorganisatie ook mag zijn - en ze moet volgens Ten Bos modieus zijn wil ze überhaupt betekenis hebben (Ten Bos 2002) - zij vormt volgens Wanrooij in theorie een adequaat 'antwoord op de toenemende behoefte aan zelfstandigheid, ontplooiing en het eigen-baas-willen-zijn van eigentijdse professionals' (Wanrooij 2008 a, l.c.). Een belangrijke karakteristiek van professionele netwerkorganisaties is dan ook niet alleen dat zij ruim baan creëren voor intern ondernemerschap (Wanrooij 2008 a, 185) maar ook dat de formele gezagsrelaties tot een minimum worden beperkt (Wanrooij 2008 a, 187). De belangrijkste elementen van management worden bijgevolg gedefinieerd in termen van onderlinge coördinatie en zelfsturing. Leiding wordt zo een integraal aspect van het deelnemen aan de organisatie door de professional in het vormgeven van de professionele praktijk en niet iets van aparte functionarissen. Het gaat, zo zegt Wanrooij, om ingebed leiderschap (Wanrooij 2008 a, 187), een vorm van leidinggeven die dus niet dwars staat op de professionele activiteiten maar daar integraal deel van uitmaakt. Dat sluit mooi aan bij criteria die Van Gunsteren opvoert als belangrijke elementen van een democratie: er is wel controle in een democratie maar zij doet zich juist met het oog op de democratische waarden vooral voor als indirecte controle (Van Gunsteren 2006). In plaats van een eenzijdig, direct toezicht komt de nadruk te liggen op een tweezijdig proces van 'baasloze interacties', van zich verantwoorden tegenover de anderen (Van Gunsteren 2006, 65). Dat vraagt, stelt Van Gunsteren, een specifiek leiderschap, waarvan in eerste instantie mag worden aangenomen dat het wordt gedragen door heel het systeem en niet door een enkeling: leiding impliceert de bereidheid van eenieder in de organisatie om zich ten aanzien van de uitvoering van zijn publieke taken te verantwoorden. Leiding vangt daarom aan in de eigen praktijk van de zorgverleners.

9.1.2 Grenzen aan zelfsturing?

Hoewel management en leiding in principe horizontaal zijn georganiseerd en functies betreffen die in netwerkorganisaties op voorhand niet hiërarchisch worden begrepen maar primair geconcipteerd als elementen van professionele autonomie en als aspecten van het onderlinge handelen, moet tegelijk worden geconstateerd dat zelfsturing in organisaties duidelijk haar grenzen kent. De netwerkorganisatie is - stelt Wanrooij - geen wonderolie die allerlei praktische sturingsvragen in de opbouw van professionele organisaties kan oplossen (Wanrooij 2008 a, 188-189). Ook in organisaties waarin men een voorkeur uitsprekt voor horizontaal leiderschap, blijken verticale vormen van sturing niet zomaar te verdwijnen (Vgl. Weggeman 2002, 402 - 404).

Daar worden verschillende oorzaken en redenen voor opgevoerd. Een voor de hand liggende is dat het idee van een netwerkorganisatie vaak technocratisch wordt ingezet. De doelen van de onderneming staan dan principieel niet ter dis-

cussie. Ook al wordt de beleidsvorming in de organisatie in een dergelijk geval gepresenteerd als democratisch, de participatie van de organisatieleden blijft in die situaties fundamenteel beperkt. Ze blijft gebonden aan de kaders zoals die door de ondernemers, c.q. werkgevers worden gedefinieerd. Het zijn precies die omstandigheden die Ten Bos huiverig maken voor vormen van medezeggenschap (Ten Bos 2002, 193 vv). Op deze situatie ga ik verder niet in omdat ze al aan de orde is geweest in het vorige hoofdstuk, waarin werd geconstateerd hoe moeilijk het is om los te komen van technocratische managementoriëntaties.

Er zijn los van een verwijzing naar technocratische managementconcepten echter wel degelijk inhoudelijke argumenten te geven voor de noodzaak van verticale sturing. Het zijn argumenten die niet alleen inzicht geven in de noodzaak van een expliciete managementfunctie in de zorg, maar ook verduidelijken dat management niet zomaar kan worden begrepen als een louter technische aangelegenheid. Zeker niet in professionele zorgorganisaties. Het gaat om twee categorieën argumenten. In de eerste plaats hebben ze te maken met de inrichting en de opbouw van de organisatie. In de tweede plaats gaat het om de betrouwbaarheid van de professionals met betrekking tot hun praktijk. Zowel de kwestie van de inrichting van de organisatie als die van de betrouwbaarheid van de professional, maken louter bouwen op zelfsturing als organisatorisch principe tot een twijfelachtige aangelegenheid. Aan een uitgebreider systeem van 'checks and balances' lijkt dan ook niet te ontkomen. Hieronder ga ik op beide kwesties in.

1. De 'technische' inrichting van de organisatie

Wanneer men activiteiten zoals zorgen in een organisatorisch kader plaatst - hoe simpel dat kader ook mag zijn - loopt men vanzelf tegen thema's aan als coördinatie, specialisatie en differentiatie (Mintzberg 1983). Verticale sturing is intrinsiek verbonden met deze min of meer vanzelfsprekende, technische dimensies van het organiseren van de zorgpraktijk. Omdat de verhouding tussen management en zorgpraktijk hier op een specifieke wijze aan de orde is - hoe kunnen we de organisatie zo inrichten dat ze adequaat aansluit op de ervaren praktijk van de zorg? - vragen deze aspecten van managen ook in normatieve zin de aandacht. De kernvraag wordt dan: bevestigt de 'technische' inrichting van de organisatie de normatieve oriëntaties zoals die in de zorgpraktijk aan de orde zijn?

Deze kernvraag spat uiteen in allerlei deelvragen. Die betreffen bijvoorbeeld de schaalgrootte van afdelingen, de concentratie van werkzaamheden, de toepassing van functiedifferentiatie, de reacties op de dynamiek van de organisatieomgeving et cetera. Ook al lijken deze kwesties vanwege hun technisch aanzien weg te drijven van de professionele zorg en daarom in de praktijk maar weinig interesse te wekken bij de professionals (Weggeman 2003, 193 vv), ze zijn wel degelijk van belang voor de praktijk. In de literatuur over deprofessionalisering duiken ze dan ook op als belangrijke bronnen van beroepszeer. Wie in het management niet uitgaat van afstemming op de professionele praktijken, vervreemdt volgens Weggeman de professionals van de organisatie (Weggeman 2003, 200-201). Juist vanwege dit soort effecten pleit hij voor een vakinhoudelijke vertegenwoordiging

van professionals in het management.³ Als voorbeeld wijst hij op de vanzelfsprekende vertegenwoordiging van artsen in het bestuur van ziekenhuizen. Op straffe van een verlies aan samenhang (en rendement) dienen de technische aspecten van de organisatieopbouw en daarmee verbonden vormen van verticale sturing volgens Weggeman niet te worden losgesneden van de professionele praktijk (Weggeman 2003 l.c.). Om het anders te zeggen: de logica van het management dient gevoed te worden door de logica van de zorg, wil zij effectief worden op het niveau van de zorgverleners. Verderop in het hoofdstuk kom ik op dit thema terug.

2. De aansturing van de professionals

De noodzaak van verticale sturing kan ook worden beargumenteerd met verwijzingen naar tekorten bij de professionals in praktische én morele zin. Dat is mede gelet op alle nadruk die ik heb gelegd op een ethiekbeleid dat de professionele autonomie en de kritische zelfreflectie tot centrale thema's maakt, een onderwerp waaraan ik niet kan voorbijgaan. Er worden verschillende oorzaken genoemd. Om te beginnen door Wanrooij, die vooral wijst op tekortschietende competenties met betrekking tot zelforganisatie en zelfsturing. Die tekorten kunnen zich voordoen op het niveau van het individu maar ook op dat van professionele teams (Vgl. Houtlosser 2010, 85 vv). Het reikt van het gemis aan individuele kennis en ervaring bij jonge, aankomende professionals tot het uitoefenen van een ongebreideld individueel hobbyisme of het hanteren van allerlei kwalijke afschermmechanismen. Zoals het frustreren van collegiale toetsing of 'peer-control'. Professioneel werk blijft met andere woorden toch ook mensenwerk (Wanrooij 2008 a; Wanrooij 2001, 166 vv). Het moet ervaringsgewijs worden geleerd. Ook is er niet zomaar sprake van morele kwaliteit. Dat geldt overigens niet alleen voor (post)moderne, amorele kennisexperts, maar speelt ook een rol wanneer het gaat om klassieke 'social-trustee-professionals' (Wanrooij 2008 b). Het beschikken over min of meer geëxpliciteerde beroepsnormen, zoals een code, garandeert niet dat professionals zich daaraan ook houden. Legio voorbeelden uit professionele praktijken bevestigen dit.

Boutellier duidt in dit kader nog op een complicatie die bijzondere aandacht vraagt: willen instituties zoals de gezondheidszorg een vertrouwenwekkende rol spelen in de samenleving, zodat zij met recht steunberen van die samenleving kunnen worden genoemd (Schuyt 2006; Boutellier 2010, 20), dan veronderstelt dat een levend besef bij de professionals van de immanente betekenis van hun praktijk (Boutellier 2011, 148-149). En van de implicaties daarvan voor de samenleving. Verwijzend naar Tonkens, merkt Boutellier op dat professionals nogal eens

3 En verbindt dit aan een pleidooi voor het Rijnlandse organisatie-model dat in tegenstelling tot het Angelsaksische alle nadruk legt op vakinhoudelijke samenwerking (Weggeman 2003, 198 vv).

lijken te vergeten dat hun positie is ontleend aan deze immanente betekenis.⁴ De eigen professionele waardering van het handelen wordt versmald tot de correspondentie met louter externe parameters (Kole en de Ruyter 2007). Of uitgekleeft tot het beantwoorden aan de eisen van een louter private moraal (Vgl. Verkerk, De Witte en Van Dartel 2008, 75 vv). Dat vraagt om een correctie in de normatieve oriëntatie. Naar mijn mening ligt hier een belangrijke taak voor het management. En wel in die zin dat het management zorg ervoor dient te dragen dat de immanente logica van de zorg voortdurend herkenbaar blijft in de zorg. Maar niet alleen daar. Ze dient vervolgens ook door te werken in de keuzes die op het niveau van de organisatie zelf worden genomen. En in de communicatie van het management met de (politieke) omgeving (Vgl. Manschot 1997).

Wil management aan deze complexe taakstelling voldoen - de professionals binden aan de opdracht die besloten ligt in hun praktijk - kan het niet anders dan dat het zich bindt aan de normativiteit van de zorgpraktijk. Dat geldt eveneens op dat andere vlak, van de inrichting van de organisatie. De technische benadering van de organisatie vindt dan ook haar begrenzing in de aantasting van de normatieve kaders van de praktijk. Als het management in de zorg betekenis wil hebben op een wijze dat recht wordt gedaan aan de zorg als een publieke praktijk die burgers bevestigt in hun bestaan, kan het management alleen maar adequaat functioneren wanneer het zich moreel laat informeren vanuit de praktijk. Van een amoreel management dat zich onthecht buigt over de praktijk, kan niet langer sprake zijn.

9.1.3 Evaluatie

Managen is als functie in zorgorganisaties niet perse een activiteit die dwars staat op de zorg als praktijk. Het neemt in principe een aanvang in de zorg zelf als uiting van het verantwoordelijkheid aanvaarden en het verantwoording afleggen door de zorgverleners. Maar hoezeer zelfsturing en horizontaal leiderschap ook kunnen worden gezien als onmiskenbare kwaliteiten van een zorgorganisatie die de praktijk van de zorg als handelingspraktijk centraal stelt, er blijven argumenten om ook meer verticale sturingselementen in de organisatie onder te brengen. Aspecten zoals de continuïteit van de gezondheidszorg als maatschappelijk relevante praktijk - institutionele zorg fungeert als een van de steunberen van de samenleving - vragen om een verzelfstandigde sturingsfunctie die zich onderscheidt van de zorgpraktijk zelf.

De rationale van die sturingsfunctie is tweërlei. In de eerste plaats gaat het erom technische vragen te beantwoorden die voortvloeien uit de behoefte aan sta-

4 Indicaties voor deze omstandigheid kwamen eerder aan de orde. Niet alleen in de beschrijvingen van deprofessionalisering maar ook in verwijzingen naar het werk van Mol, van Pols en ook van Tronto. Die maken aannemelijk dat het vergeten van de immanente betekenis van de zorg niet alleen mag worden herleid tot de professionals. Als de professionals op dit gebied tekortschieten, heeft dat bijvoorbeeld ook te maken met de utilistische afrekenmechanismen die ten aanzien van de zorg worden gehanteerd.

biliteit en coördinatie. In de tweede plaats om te garanderen dat de professionals zich aan de intrinsieke ordeningen van hun werkzaamheden houden en zich niet verliezen in al te particuliere invullingen. Om deze taken te kunnen vervullen is het noodzakelijk dat het management zich bindt aan de normatieve uitgangspunten van de zorg zelf. Dat impliceert hoe dan ook dat afstand wordt genomen van een amoreel management. Management in de zorg is expliciet normatief geladen vanuit de praktijk van de zorg. Alleen zo kan het zijn rol spelen. De vraag is nu hoe zo'n 'verticaal' management er uitziet dat zich tevens bindt aan de normatieve oriëntatie van de zorg.

9.2 Leiding geven aan professionals

Introductie

Handelen veronderstelt altijd, uitgaande van de betekenis die Arendt eraan toekent, een meervoud van mensen. Pluraliteit is de term die Arendt gebruikt (Arendt 1994, 19-20; 218; Arendt 1995, 39). 'Ik handel' is dan ook, zonder omzien naar die pluraliteit, een onzinnige bewering. Mijn handelen is interacteren en kan anders niet bestaan (Van Diest 1997, 174; Arendt 1994, 20; 184; Arendt 1995, 42). Uitgaande van deze ideeën heb ik ook professioneel zorgen voor iemands gezondheid als handelen gekwalificeerd: naar analogie van de politieke praktijk zoals Arendt die opvat, is zorgen voor iemands gezondheid een interactief proces dat in het doen én ontvangen van de zorg betekenis krijgt. En wel als publieke zaak. Leidinggeven aan professionals die zorg verlenen, kan in zo'n kader ook moeilijk anders begrepen worden dan in termen van handelen, van een interactief proces dat tussen mensen plaatsvindt. Zeker wanneer wordt gesteld dat leidinggeven als aparte functie aansluit bij de dimensies van zelfsturing die zijn gekoppeld aan het professioneel zorgverlenen zelf. In deze paragraaf werk ik dit verder uit. Om te beginnen aan de hand van opvattingen van Wanrooij. Dat geeft een doorkijkje in de praktijk van de advisering en consultancy op dit gebied. Vervolgens ga ik in op gedachten van Arendt over leidinggeven. Daarvoor baseer ik me voornamelijk op een studie van Van Diest (Van Diest 1997).

9.2.1 Leidinggeven tussen professionals

Een auteur voor wie het leidinggeven aan professionals een dominant thema is, Wanrooij - eerder refereerde ik al aan zijn werk - benadrukt het specifieke karakter van dit type management door het als een min of meer horizontale activiteit te beschrijven, namelijk als 'leidinggeven *tussen* professionals' (Wanrooij 2001). Leidinggeven aan professionals beweegt zich bij deze voorstelling in het verlengde van de zelfsturing die inherent is aan professioneel werk (Vgl. Weggeman 2002, 402 vv).

Ook al lijkt Wanrooij daarmee het interactieve karakter van leidinggeven te benadrukken, krijgt dat in zijn boek met de betreffende titel een specifieke betekenis. De centrale vraag is namelijk hoe de manager - gelet op de eigenaardigheden van de subjecten die hij heeft aan te sturen, professionals - het effectiefst kan acteren. Wanrooij besteedt dan ook veel aandacht aan de identificatie van beïnvloedingsstrategieën die aansluiten op de eigenaardigheden van de opdracht om professionals te managen. Kennis van die strategieën verhoogt de competenties en sturingsvaardigheden van de manager.

In dit kader vormt 'samenwerken' wel een thema voor Wanrooij maar dan gaat het niet zozeer om de samenwerking tussen leidinggevende en professional. Eerder gaat het om het stimuleren en sturen van de samenwerkingspatronen in de organisatie tussen de diverse professionals. De manager blijft de centrale waarnemer, de spin in het web. Hij dient de draden tussen de professionals te overzien en de verbanden zo te arrangeren dat de eisen van de organisatie het beste worden gediend.

De figuur van de centrale actor die vanuit een rationeel en onthecht perspectief toeziet op de organisatie en de wijze waarop deze haar doelen realiseert, blijft met andere woorden gehandhaafd. Het gaat om diens begrip van en grip op de bijzondere omstandigheden die nu eenmaal zijn verbonden aan het werken met professionals. Er rest geen andere conclusie dan dat ook hier een technocratisch perspectief blijft overwegen. Dat is overigens begrijpelijk voor een boek dat projectleiders en lijnmanagers op een praktische wijze inzichten wil bieden in hun vak en niet de inzet heeft om de geldende paradigma's ter discussie te stellen. 'Leidinggeven tussen professionals' is met andere woorden een specifieke vorm van 'leidinggeven aan professionals' zonder dat de machtsverhoudingen die daarbij aan de orde zijn, worden geproblematiseerd. Ze worden hoogstens gethematiseerd als bijzondere omstandigheden waarop adequaat door de leidinggevendenden dient te worden gereageerd.

Depolitisering?

Dat in praktijkvoorstellingen van het management gemakkelijk voorbij wordt gegaan aan het zo essentiële politieke element van managen, behoeft amper betoog. Een verwijzing naar het vorige hoofdstuk, waarin ik beschreef hoe voorstellen voor een meer participatieve en meer open managementstijl steeds weer in hun tegendeel verkeren, is op zichzelf al voldoende. Volgens Arendt heeft het probleem oude wortels. Ik refereerde er eerder aan.⁵ Sinds Plato zou de strikte scheiding tussen 'bevelen' en 'uitvoeren' als de klassieke westerse oplossing voor complexe besturingsvraagstukken gelden (Arendt 1994, 220). De prijs die voor deze beheersingsmode moet worden betaald, is dat aan het interactieve karakter, dat volgens Arendt eigen is aan leidinggeven, een einde wordt gemaakt. Het effect is niet alleen dat het initiatief aan de uitvoerende wordt ontnomen. De inbreuk heeft een meer totaal karakter: door het initiatief maar ook het toezicht op de uitvoering

5 In hoofdstuk 5 paragraaf 1.2.

te onttrekken aan de uitvoerenden en het neer te leggen bij een centrale actor, verliest het doen en laten van de uitvoerende handelingskwaliteit. Voor de ordeningen in de politiek heeft deze scheiding tussen bestuurders en bestuurden volgens Arendt een filosofische bekrachtiging gevonden in het werk van Hobbes (Arendt 1994, 299-300). Voortaan lijkt er alleen nog maar een keuze mogelijk tussen heersen en overheerst worden. Aan vele menselijke, al te menselijke aangelegenheden wordt zo hun karakter ontzegd. Ook in de ordeningen van organisaties en ondernemingen waar deze klassieke verdelingsmechanismen schering en inslag zouden zijn geworden (Van Diest 1997, 178 vv).

Anders denken over leidinggeven

Arendt pleit voor een radicaal andere interpretatie van leidinggeven. Die betreft in eerste aanzet de inrichting van de (stads)staat, maar is direct overdraagbaar naar het management van organisaties. Volgens Arendt veronderstelt iedere vorm van leiding - wil er geen sprake zijn van naakte machtsuitoefening - wederkerigheid (Van Diest 1997, 180). Met andere woorden ook leidinggeven is een vorm van interactief handelen en dient als zodanig te worden begrepen. Ze berust niet op zichzelf maar is altijd afhankelijk van de respons van degene aan wie leiding wordt gegeven (Arendt 1994, 186 vv; 198-199; Vgl. Arendt 2009, 67-69). Wederzijdse erkenning is voor leidinggeven dan ook van net zo groot belang als voor elk ander handelen. De claim van leidinggevendenden die daaraan voorbijgaan en voor zichzelf de eer opeisen van een werk dat in de praktijk door velen tot stand is gebracht, is dan ook onterecht. 'Wat de leider ook wil bereiken, voor het resultaat blijft hij afhankelijk van de welwillendheid en de keuze van anderen hieraan gevolg te geven' (Van Diest 1997, 180). Leiding kan met andere woorden niet zonder oog te hebben voor de wederkerigheid van degenen die handelend bij het proces van leiding betrokken zijn (Arendt 1994, 187-188). Dat is niet alleen de leidinggevende maar zijn tevens degenen aan wie leiding wordt gegeven. Leiding als proces kan bijgevolg niet zonder de erkenning van de afhankelijkheid die ook het leiderschap tekent. Want ook het initiatief van de leider komt niet uit het niets maar is steeds een (re)actie die gebaat is bij een reactie van degenen aan wie wordt leidinggegeven. In de kern dient leidinggeven volgens Arendt dan ook te worden gedefinieerd 'als het nemen van een initiatief dat mensen („volgelingen”) in staat stelt om zelf handelend op te treden' (Arendt 1958, 188; Van Diest 1997, 181). Met andere woorden, bij leidinggeven gaat het nooit alleen om de zelfonthulling van degene die leiding geeft, maar evenzeer om de zelfonthulling van degenen aan wie leiding wordt gegeven. Toegepast op de zorg betekent dit dat een vorm van management die zich profileert als een morele praktijk ook het zorgen voor iemands gezondheid zal bevestigen als een morele praktijk waarin ruimte is voor de verhalen en de zelfonthulling van de betrokkenen. Leidinggeven neemt, zo beschouwd, in de zorg een gestalte aan die vergelijkbaar is met het zorgen zelf: een interactief proces dat slechts betekenis heeft als het responsief wordt vormgegeven en beleefd. Dat correspondeert met opvattingen van Tronto over de inhoud maar ook over de veelzijdigheid van zorgen als een menselijke activiteit.

9.2.2 De werking van regels

De nadruk op de wederkerigheid van leidinggeven werkt op een specifieke wijze ook door in het denken over regelgeving. Voor wat betreft de opbouw van een politiek bestel zal Arendt onderkennen dat er regels en wetten nodig zijn. Die dienen burgers erop te attenderen dat hun doen en laten niet alleen een particuliere betekenis heeft maar ook in het teken staat van de publieke zaak. De parallel met regelgeving in professionele organisaties met een publieke taakstelling dringt zich onmiddellijk op. Willen regels en wetten werken dan dienen ze volgens Arendt ook te worden 'gemaakt'. Daarnaast dient op het onderhoud te worden toegezien. Een en ander betekent niet dat alle aandacht voortaan zou moeten uitgaan naar het maken van die wetten als kern van politiek en leidinggeven. Dat leidt immers tot een vervorming van de politiek tot maakwerk en leidt af van datgene dat de politiek haar eigenlijke betekenis geeft (Arendt 1994, 193). De kern van de politiek of misschien beter 'het politieke' (Mouffe 2008, 15 vv) blijft dan ook in gelegen in het actuele interacteren, het samen doen van mensen in de publieke ruimte (Arendt 1994, 182; 186 vv). In dat doen zelf, 'action-in-concert' wordt het gemeenschappelijke (c.q. de organisatie) bevestigd, krijgt het betekenis. In die zin dient 'de politiek', c.q. het management, zich niet te zeer te onderscheiden van 'het politieke', c.q. de praktijk. Regelgeving dient daarom steeds te blijven gericht op haar betekenis in praktijken en niet van die praktijk te worden losgemaakt (vgl. Arendt 1994, 193; 197). Volgens Arendt veronderstelt namelijk ook regelgeving als element van leidinggeven wederkerigheid. Regels functioneren slechts als zij inzet worden van kritische toetsing in het handelen. Dat geeft regels een onzeker en voorlopig karakter. Of zoals Arendt het benadrukt, in de afhankelijkheid van de regels van het handelen tonen zij hun kwetsbaarheid (Van Diest 1997, 179). Deze benadering van de effectiviteit van regels - die zich pas bewijzen in het doen - vertoont overeenkomsten met uitspraken van de late Wittgenstein. Eerder refereerde ik daaraan.⁶ Bij Arendt gaat de aandacht overigens niet alleen naar het doen: het doen van de regel veronderstelt ook een act van aanvaarding. Die moet worden onderscheiden van een handelen uit gehoorzaamheid.⁷ Pas als er sprake is van een wederkerige belofte of als mensen de wil tonen om volgens de gestelde regels met elkaar om te gaan, doen de regels ter zake. En krijgen ze in het gebruik hun betekenis (Van Diest 1997, 179). De articulatie door Arendt van het principiële open karakter van regels (Arendt 1994, 189; 371) impliceert dat ook zaken die door anderen vaak als louter technische managementkwesaties worden opgevoerd, zoals arbeidsdeling en specialisering, vanzelf in de politieke sfeer komen te liggen. Ze worden onderdeel van 'politiek' overleg. 'Werkspecialisering en arbeidsdeling hebben (...) het algemene principe van organisatie gemeen, dat als zodanig niets te maken heeft met hetzij werken, hetzij arbeiden, maar zijn oorsprong vindt in de strikt politieke sfeer, in het vermogen van de mens tot handelen en tot gezamenlijk en eendrachtig handelen. Alleen in het kader van een politieke organisa-

6 En wel indirect in hoofdstuk 4. par. 4.1. en in hoofdstuk 8 par. 2.2.

7 Eerder noemde ik dat punt in het kader van de ideevorming over een professionele ethiek.

tie, waarin mensen niet slechts samenleven, maar ook samen handelen, kan er van werkspecialisatie en arbeidsdeling sprake zijn' (Arendt 1994, 123; Van Diest 1997, 178). Willen arbeidsdeling en specialisatie betekenis krijgen in praktijken, dan zijn ze met andere woorden onderworpen aan vormen van democratische controle in die praktijken.⁸

Botsende logica's

Maar als de regels die het management stelt nu voortkomen uit argumentaties die vreemd zijn aan het professionele werk zelf? Zoals uit een strikt economische evaluatie van het werk? Hoe zit het met andere woorden met de botsing tussen de verschillende logica's die in de zorg aan het werk lijken te zijn? Dienen deze niet ernstig genomen te worden? In de zin dat er in de zorg tegelijkertijd aan verschillende aanspraken dient te worden tegemoet gekomen? Van professionele, maar tevens van economische en politieke aard?

Impliciet is dit aspect van de spanningsvolle verhouding tussen management en professionele zorgverlening in deze studie al regelmatig aan de orde geweest. Niet alleen bij het verkennen van de rol van het management maar ook bij het spreken over deprofessionalisering en in de paragrafen over ethiek. In de regel concentreerden de beschrijvingen zich op systeemeffecten in de professionele zorgverlening. Op de afbreuk bijvoorbeeld die economische afrekeningsystematieken zouden doen aan de eigen aard van de zorg. In de regel bleven deze beschrijvingen erg algemeen. De rol van het management kwam wel aan de orde maar amper in termen van een ethiek van het management. Of van een ethiek van regelgeving. Het wordt tijd om er serieuzer op in te gaan.

Grofweg gesproken zou men het probleem kunnen afdoen door met Arendt te zeggen dat ook in dit geval sprake is van een wederkerigheid in het leidinggeven. De redelijkheid van de regel wordt ook wanneer het regels betreft die niet direct corresponderen met de ervaren praktijk of sterker nog daartegen ingaan, in de praktijk waargemaakt. Of niet. Men zou dan ook kunnen zeggen dat er bij meer heteronome regels sprake is van een grotere kwetsbaarheid die extra aandacht vraagt van het management in het overdragen van deze regels. De beschrijvingen van Pols over de kracht van de praktijkinterpretaties van wetgeving bevestigen dat. Toch is een dergelijke verwijzing naar de werking van 'street-level-bureaucracies' (Lipsky 1980) te gemakkelijk. Alsof de problemen die in praktijken spelen daarmee zouden zijn opgelost. De spanning tussen een bureaucratisch management en de praktijk van de professionele zorgverlening zou daarmee niet voldoende recht worden gedaan. Zeker niet als het regels betreft die op enigerlei wijze zijn bekrachtigd in democratische procedures op publiek niveau.

8 En - zo zou ik daaraan willen toevoegen - dan niet primair op een formeel niveau van collectieve afspraken, maar op het niveau van de ervaren praktijk zelf (waarmee niet perse gezegd is dat collectieve afspraken geen betekenis zouden kunnen hebben).

Omgaan met botsende logica's

Als het gaat om een ethiek van het management in zorgorganisaties kan niet aan het probleem van de botsende logica's voorbij worden gegaan. De beslissende vraag daarbij is hoe we dat probleem zouden moeten definiëren. Naar mijn mening zijn er twee fundamenteel uiteenlopende wijzen om over conflicten in zorglogica's te spreken. Met daaraan gekoppeld wederom de verschillende beelden van managen en organisatie die ik kwalificeerde als Platoons respectievelijk Aristotelisch. Naast een *analytische* wijze van benadering die het probleem tracht te herleiden tot een neutraal, 'wetenschappelijk' vraagstuk, onderscheid ik een *praktische* benadering die zich niet losmaakt van de context waarin zorg wordt gegeven en zorgorganisaties worden opgebouwd. Waarover gaat het?

Wie *analytisch* spreekt over logica's in de zorg onderscheidt ten aanzien van de inrichting van de zorg een aantal conceptuele argumentatieschema's of perspectieven van waaruit over de zorg als praktijk wordt geoordeeld. Het is een manier van spreken die bijna naadloos overgaat in een technocratische managementstijl. Zo worden in een studie over de praktijk van de thuiszorg verschillende zorglogica's onderscheiden die naast elkaar zouden bestaan en invloed hebben op de vormgeving van de praktijk: een politieke, economische, familiale en professionele. Deze logica's worden gedefinieerd als 'ideaaltypische gedachtenconstructies die opgebouwd zijn uit en gehoorzamen aan een theoretisch 'zuivere' set elementen met betrekking tot zorg. Tegelijkertijd functioneren deze ideaaltypen als vertogen, die gerechtvaardigd en gefundeerd worden door personen die in bepaalde machtscircuits recht van spreken hebben' (Verhagen 2005, 128). Dit spreken over logica's maakt het mogelijk om vanuit een onthecht, 'wetenschappelijk' standpunt tegenstrijdigheden op te sporen in maatschappelijke discussies over ontwikkelingen in de zorg en na te gaan hoe zij zich mengen in de praktijk. Bijgevolg kunnen ze worden ingezet als managementinstrumenten om in een specifieke context - in dit geval van de thuiszorg - strategische besluiten te nemen over de gewenste koers van de organisatie in een complexe markt.

Een heel andere manier om te spreken over de logica van de zorg is de wijze waarop Mol (Mol 2006) dat doet: dan gaat het niet om wijzen waarin *over* de zorg gesproken kan worden, maar over de wijze waarop de zorg wordt gedaan als een dialogisch proces tussen mensen. Uiteraard spelen in de vormgeving van die praktijk allerlei conceptuele elementen mee die die praktijk mede bepalen, maar de wijze waarop daar in het zorgen zelf over wordt beslist is doorslaggevend. Zelfs als het ingewikkeld is om die manier van doen in woorden of taalspelen te articuleren. De logica van het zorgen bestaat in deze benadering dan ook nergens anders dan in de praktijk zelf: daar wordt zorg als zorg waargemaakt en wordt over de effectiviteit van bepaalde maatschappelijke discoursen beslist. Wie zich als manager wil laten leiden door beelden van de praktijk, zal zich volgens deze tweede versie niet laten verleiden tot het onpartijdig naast elkaar zetten van allerlei abstracte maatschappelijke perspectieven op de zorg en vooral niet voorbij willen gaan aan de ervaringen die door zorgverleners en patiënten worden verhaald over

de praktijk waaraan die manager is verbonden. Het management heeft zich volgens deze tweede versie in de managementpraktijk niet te laten leiden door een afweging tussen allerlei abstracte logica's over de zorg maar door de logica die in het zorgen zelf als activiteit wordt waargemaakt. De binding aan de praktijk is in deze tweede benadering van een heel andere orde dan in de eerste.

Nut versus betekenis

Om te verduidelijken hoe deze managementbinding aan de praktijk van het zorgen zich verhoudt tot een onthecht omgaan met allerlei mogelijke zorglogica's, maak ik wederom gebruik van inzichten van Arendt, wanneer zij stelt dat nut - als moderne maat van menselijke activiteiten zoals organiseren - nooit zichzelf kan rechtvaardigen (Arendt 1994, 151-152). Dat spreken over nut zie ik als metafoor voor geavanceerde managementtechnieken om het doen en laten van zorgverleners te relateren aan maatschappelijke doelen zoals allerlei externe stakeholders - verzekeraars, politici, economen, overheden, consumentenorganisaties, ethici - die de zorg voorhouden. Nut is intensief doelgerelateerd denken: iedere productie krijgt pas zin vanuit het doel van het werk (Van Diest 1997, 169-170). Aan zo'n denken kan wel waarde worden toegekend, toch gaat het volgens Arendt fundamenteel voorbij aan de expressieve dimensies van mens zijn. Immers, dat ik mij zelf hier en nu onthul aan de ander en de ander aan mij, heeft geen betekenis voor een middel-doel-denken. Het enige dat ertoe doet, is de mate waarin de activiteit als middel tegemoet komt aan het gestelde doel. Dat loopt uit op de absurditeit van een denken dat zichzelf in de staart bijt. De doelmatigheid van het handelen kan uiteindelijk niet meer worden gevat in termen van doelmatigheid.⁹ Wil men vanuit Arendts visie recht doen aan menszijn, dan dient men daarom, in plaats van te blijven denken in termen van nut ('utility'), op zoek te gaan naar de betekenis of zin van het werk ('meaningfulness') (Arendt 1998, 154; 1994, 151). Dan gaat het dus niet langer om de bijdrage aan gestelde doelen maar om de intrinsieke betekenis van het handelen die gelegen is in de zelfonthulling van de betrokkenen en daardoor in de bevestiging van menselijke gemeenschap. Dan gaat het om, zoals Mol zegt, de logica van het zorgen. Wie als manager deze logica van het zorgen ernstig wil nemen bij het leiding geven aan de organisatie, blijft deze voorop stellen en maakt haar niet zomaar tot een willekeurige logica naast andere doelinstrumentele voorstellingen van de zorg omdat hij daarmee aan de immanente betekenis van de zorg voorbijgaat.¹⁰ De vraag die onmiddellijk opkomt, is uiteraard in hoeverre een dergelijke op zin ingerichte interpretatie die de interactieve betekenis van handelen ernstig wil nemen, in overeenstemming is te brengen met een instrumenteel middel-doel-denken dat de werkelijkheid van de gezondheidszorg in toenemende mate is gaan domineren.

9 Bij Habermas vind ik een vergelijkbare redenering wanneer hij stelt dat systemen de legitimiteit van hun doelrationeel opereren nergens anders aan kunnen ontlelen dan aan de leefwereld.

10 Ook niet wanneer hij verondersteld wordt te redeneren vanuit een algemeen belang.

9.2.3 Evaluatie

Wie als manager of leidinggevende het professionele werk ernstig wil nemen, manifesteert zich primair als een leidinggevende *tussen* professionals en bindt zich daarmee aan de inhoud van het werk. Zo wordt aangegeven in moderne managementliteratuur. Deze nadruk op het horizontale karakter van leidinggeven krijgt in het werk van Arendt een specifieke articulatie: iedere vorm van leidinggeven - behalve vormen die het moeten hebben van louter gehoorzaamheid - is gebaseerd op wederkerigheid. Dat geldt ook voor regels die het leidinggeven begeleiden. In de praktijk tonen ze hun kwetsbaarheid omdat ze in het gebruik afhankelijk zijn van de instemming van degenen die worden verondersteld er uitvoering aan te geven. Zo hebben arbeidsdeling en specialisatie pas hun effect als ze zijn onderworpen aan democratische controle. Leidinggeven aan professionals beweegt zich daarmee in lijn van de zelfsturing die karakteristiek mag worden genoemd voor het professionele werk en verbindt zich zo aan de normen van de professionele praktijk.

Is dat inzichtelijk, problematischer ligt het met betrekking tot regels die in de ervaring haaks staan op de praktijk van de zorg. Hoe dient met deze botsing van logica's in de zorg te worden omgegaan? Alles staat of valt met de manier waarop het management zich bindt aan de praktijk waaraan het leiding geeft: begrijpt het de praktijk als de plaats waar pas echt betekenis wordt gegeven aan de zorg en geeft het dat perspectief een belangrijke plaats in het eigen handelen? Of wordt de manier waarop de professionals de zorg begrijpen naast allerlei andere, vooral doelrationele logica's geplaatst waarmee over de praktijk van de zorg kan worden geoordeeld? In het laatste geval zou volgens Arendt aan de betekenis van de zorg als vorm van handelen, als praktijk worden voorbijgegaan. Daarbij sluit ik me aan. Naar mijn mening roept zo'n handelwijze ernstige vragen op over de rationaliteit en moraliteit van een dergelijk management. Tegelijk lijkt er bij alle druk vanuit de omgeving van zorgorganisaties om tegemoet te komen aan allerlei maatschappelijke doelen van de zorg maar weinig ruimte voor een andere manier van doen: managen is alleen maar doelrationeel te denken en anders verliest het zijn betekenis. Of niet?

9.3 Moraliteit en rationaliteit van managen

Introductie

Op dit punt breng ik een veel geciteerd onderscheid van Max Weber in. Naar mijn mening kan het, mede op grond van de verschillende interpretaties die er in de literatuur van worden gegeven, helderheid verschaffen over de moraliteit van het management. Niet alleen biedt het openingen voor een positieve beschrijving van een vorm van management die zich laat leiden door de inherente betekenis van de zorgpraktijk, tegelijkertijd maakt het ook duidelijk hoe onontkoombaar een technocratische definitie van managen eigenlijk is; en hoe ook aan deze vorm van

managen morele betekenis kan worden toegekend. In 'Wirtschaft und Gesellschaft' waarin Weber de grondbegrippen van zijn sociologie schetst, geeft hij aan dat sociaal handelen op een viertal verschillende manieren kan worden bepaald: doelrationeel, waarderationeel, vervolgens nog door affecten en ten slotte door tradities (Weber 2005, 17). Ook organisaties kennen als vormen van betekenisvolle sociale interactie diezelfde vier oriëntaties (Weggeman 2003, 153). Het belangrijkste voor ons onderzoek naar de moraal van het management is het onderscheid tussen de doel- en waardenoriëntatie. Het correspondeert met het onderscheid van Arendt tussen 'nut' en 'betekenis'. De andere typeringen zijn volgens Weber sociologisch begrepen grensgevallen. Ik volg hem daarin¹¹ en beperk me tot een bespreking van de twee dominante oriëntaties. Waar staan deze voor? Hoe kunnen ze worden begrepen in termen van moraal? In welke mate kunnen ze als richtinggevend worden begrepen voor een moraal van het management?

Na een nadere introductie van het onderscheid zoals Weber dat hanteert en de context van modernisering waaraan hij het ophangt, beschrijf ik in de volgende subparagraaf twee verschillende managementinterpretaties die van Webers typologie kunnen worden afgeleid. Hoewel deze interpretaties elkaar lijken uit te sluiten, zal ik in de derde subparagraaf een voorstel voor het managen van zorgorganisaties ontwikkelen dat recht doet aan de sterke punten van beide benaderingen. Daarmee verwacht ik een perspectief op het managen van zorgpraktijken te schetsen dat recht doet aan de praktijk als praktijk zonder voorbij te gaan aan de positieve effecten van rationalisering.

9.3.1 Botsende handelingsoriëntaties in hun context

Zuiver waarderationeel handelt¹² volgens Weber diegene die zonder te kijken naar de gevolgen van het handelen, handelt uit overtuiging. De aard van deze overtuiging kan zeer verschillend zijn: naast ethisch kan zij ook esthetisch zijn gemunt. De bron van de overtuiging (plicht, waarde, schoonheid, religieuze aanwijzing e.d.) is dus niet relevant voor het karakteristieke van de waarderationaliteit: bepalend is dat iemand die zich in zijn handelen oriënteert aan die overtuiging, zich slechts daardoor laat verplichten en niet door iets anders (Weber 2005, 18).¹³

Wie doelrationeel handelt, oriënteert zijn handelen daarentegen aan doel, middelen en nevengevolgen. Hij meet daarbij niet alleen de middelen af aan het doel,

11 Dat wil niet zeggen dat het geen interessante onderscheidingen zijn voor een praktische ethiek. Traditioneel, dat Weber opvat als bepaald door ingeleefde gewoonte ('eingelebte Gewohnheit'), nadert waarderationeel sterk wanneer het zich houden aan de gewoonte op een bewuste manier gebeurt (Weber 2005, 17). Affectueel staat volgens Weber ook aan de grens van wat bewust 'sinnhaft' georiënteerd is. Het kan dan zowel waarde- alsook doelgericht zijn (Weber l.c.).

12 Handelen heeft in deze en de volgende passages die aan het werk van Weber zijn gewijd een bredere betekenis dan bij Arendt het geval is.

13 Met betrekking tot het denken in formele categorieën: dat wordt hier goed zichtbaar. Springend punt is voor Weber het plichtskarakter en niet de inhoudelijke onderwerpen waaraan die plicht gekoppeld is. Een esthetische imperatief is wat dat betreft voor Weber even goed als een ethische.

maar weegt vervolgens ook de verschillende doelen rationeel tegen elkaar af. Wie bij het vergelijken van de doelen uitgaat van waarden - hetgeen in principe niet is uitgesloten - is volgens Weber slechts op het niveau van de middelen doelrationeel. In plaats van door een dergelijke waarderationele inbedding van doelen, kan het onderscheiden van doelen volgens Weber ook anders plaatsvinden. Namelijk door de keuze te koppelen aan een volgorde van nutsprioriteiten binnen een scala van louter subjectieve behoefteprikkels ('gegebene subjektive Bedürfnisregungen') (Weber 2005, 18). Waarden doen er dan niet meer toe.¹⁴

Corresponderende ethieken

Met het onderscheid tussen doelrationeel en waarderationeel handelen correspondeert in het werk van Weber een onderscheid tussen twee ethische oriëntaties: doelrationaliteit past bij een *verantwoordingsethiek* ('Verantwortungsethik') die louter *rekent* met de consequenties van het handelen en in die zin uitstekend aansluit bij moderne managementopvattingen. Daarnaast onderscheidt Weber een *gezindheidsethiek* ('Gesinnungsethik') (Weber 2006 b.603 vv).¹⁵ Die gaat uit van de correspondentie van het handelen met bepaalde idealen en stemt overeen met Webers begrip van waardenrationeel handelen (Griffioen 2003, 103). Hoewel er plaatsen in het werk van Weber zijn, waar deze twee ethische oriëntaties worden voorgesteld als complementair, is dat volgens Griffioen die ik hier volg, niet het dominante beeld: kiezen voor een op nut en calculatie gerichte *verantwoordingsethiek* sluit een keuze voor een *gezindheidsethiek* uit (Griffioen 2003, 92). Daarbij komt dat er amper sprake is van een vrije keuze: een gezindheidsethiek legt het volgens Weber in de samenleving steeds meer af tegen een consequentialistische verantwoordingsethiek. Niet zozeer op principiële gronden maar eerder als een praktische noodzakelijkheid die voortkomt uit de ontwikkeling van het moderne denken. Op dit punt verbindt het sociologische denken van Weber zich aan een meer historische blik. Het is een interessante verbinding omdat ze de spanning tussen verschillende logica's in moderne organisaties op een intrigerende wijze verheldert. In het bijzonder doordat de rationalisering van organisaties wordt gekoppeld aan een historisch proces van maatschappelijke differentiatie en Weber de indruk wekt dat doelrationeel denken de enige mogelijkheid is waarop mensen nog redelijk met elkaar kunnen samenwerken en samenleven.

14 Deze lezing van een zuivere doelrationaliteit intrigeert. Naar mijn mening opent Weber hier het uitzicht op een louter amoreel, economisch mensbeeld, waarin los van enige waardenoriëntatie, richting wordt gekozen met betrekking tot het sociale gedrag en het handelen. Wie zuiver doelrationeel handelt gaat immers niet langer uit van iets van (ethische, esthetische, religieuze, politieke) waarde, maar van afgewogen nut: wil handelen zuiver doelrationeel zijn, dient er volgens Weber het eerste tegemoet te worden gekomen aan datgene wat naar alle waarschijnlijkheid het eerst de subjectief meest dringende behoefte bevredigt. En als deze dan bevredigd is, volgt de tweede op rij. En zo voort. Sine fine

15 In het essay 'Politik als Beruf' zet Weber de begrippen 'Gesinnungsethik' en 'Verantwortungsethik' tegenover elkaar (Weber 2006 b, 603). Op een andere plaats, in een artikel uit 1906 over de burgerlijke democratie in Rusland vult hij de oppositie anders in door i.p.v. het begrip 'Verantwortungsethik' het begrip 'Erfolgsethik' te hanteren (Weber 2006 b, 97).

Rationalisering en differentiatie

Weber werkt dat onder meer uit in een lezing over de ontwikkeling van de wetenschap, Wissenschaft als Beruf (Weber 2006 b, 1016 vv). Daarin beschrijft hij hoe de moderne samenleving wordt gekenmerkt door het uiteendrijven van verschillende werkelijkheidsdomeinen en daardoor een pluralistisch aanzien heeft gekregen. De van oudsher bestaande mengeling van perspectieven in het alledaagse leven is uiteengespat tot een verzameling van losstaande werkelijkheidsdomeinen die nog maar amper tot elkaar of tot een overstijgend verbindend perspectief kunnen worden herleid. De neutraliserende en eenheidsvormende werking van de christelijke godsdienst die door zijn ideologische betekenis eenheid schiep en de verschillen tussen de werkelijkheidsgebieden toedekte, is onder de invloed van de secularisatie naar de achtergrond verdwenen. Daardoor zijn de waarden die op verschillende werkelijkheidsgebieden (de economie, het recht, de kunst, de opvoeding enzovoort) ertoe doen, sterker gaan conflicteren: de god van de een is de duivel van de ander geworden. Willen mensen met elkaar een samenleving opbouwen, dan rest hun daarom in de publieke sfeer eigenlijk geen andere keuze dan het doelrationele taalspel van een verantwoordingsethiek. Die scheidt de mogelijkheden van een formele, communicatieve taal waarin men over de onderliggende conflicten tussen de botsende waardenoriëntaties van de verschillende sferen kan heenstappen. Maatschappijvorming vraagt bijgevolg dat mensen zich steeds meer laten leiden door een calculerende afweging van de gevolgen van het handelen. En niet door iets ideëels als een gezindheid of particuliere overtuigingen omdat die steeds scherper tegenover elkaar zijn komen te staan.¹⁶

De irrationaliteit van waardegebonden handelen

Tegen de achtergrond van die interpretatie van de moderniteit, is het inzichtelijk dat wijzen naar waarden of een plicht die volgt uit een bepaalde overtuiging, een irrationele indruk maakt. De rationaliteit van een waarderationeel handelend iemand is volgens Weber in ieder geval niet goed te volgen door een doelrationeel handelende persoon.¹⁷ En naarmate het beroep op waarden groter wordt ('je mehr sie (die Wertrationalität h.v.d.) der Wert, an dem das Handeln orientiert wird, zum absoluten Wert steigert' (Weber 2005, 18)), wordt de indruk van een irrationele benadering versterkt. Een beroep op waarden sluit op geen enkele manier aan op de logica van het instrumentele denken die dus wel een verantwoordingsplicht kent maar deze alleen onderkent in termen van doelgerichtheid. De paradox die zich hier voordoet, is dat deze positie die zich amper laat kennen als een morele, eigenlijk de enige is die mensen over de grenzen van hun particuliere overtuigingen heen ook in morele zin enig houvast kan geven. In tegenstelling tot de waardegeoriënteerde benaderingen biedt zij immers wel de mogelijkheid om te blijven

16 Aan een verschijnsel als secularisatie, dat de idealen en overtuigingen waardoor mensen zich eertijds lieten leiden, terugdringt in de sfeer van het private, valt binnen dit perspectief niet goed te ontsnappen. Het is de keerzijde van de technische en economische rationalisering die het sociale leven steeds meer in zijn grip heeft gekregen.

17 Op de vraag of dat andersom ook geldt, gaat Weber niet in.

communiceren dwars door de gedifferentieerde werkelijkheidsgebieden heen. Dat managers die zich voortdurend bewegen in een publiek veld waarin zij het doen en laten van de organisatie hebben te legitimeren, houvast ontlenen aan dit amorele maar tegelijk 'universele' discours, is naar mijn mening inzichtelijk. Maar moet dat nu betekenen dat zij noodgedwongen tot deze handelwijze van louter doelrationeel handelen zijn veroordeeld? Ik betwijfel het.

9.3.2 Twee mogelijke managementoriëntaties

Ten aanzien van Webers ideeën kunnen namelijk verschillende posities worden ingenomen. Grofweg onderscheid ik er twee die van betekenis zijn voor het management: een die aansluit bij het thema van de *differentiatie* en dat tot uitgangspunt maakt van handelen en een ander die aansluit bij het thema *rationalisering* en dat als aangrijpingspunt neemt. Griffioen, die ik opvoer als verdediger van de eerste positie, bekritiseert de Weberiaanse opstelling over een moraal die zich niet langer laat leiden door andere overwegingen dan doelrationele¹⁸, met als gevolg dat delen van de werkelijkheid noodzakelijk in de verdringing komen (Griffioen 2003, 99). Dat de moraliteit van de ene sfeer niet kan worden begrepen in het morele taalspel van een andere sfeer, betekent nog niet dat deze verschillen geen betekenis meer zouden hebben. Differentiatie hoeft dan ook niet negatief te worden begrepen in termen van een 'onttovering' zoals Weber doet. Ze kan ook worden begrepen als een zinvol proces waarbij 'elementen uit een besloten totaliteit loskomen, om zich naar eigen innerlijke wetmatigheid te ontplooien' (Griffioen 103). Dat impliceert op elk van die gebieden groei en vooruitgang. Weliswaar heeft dat als effect dat mensen voortaan versplinterd leven in een meer gefragmenteerde wereld die niet langer onder een enkele noemer kan worden gebracht. Desalniettemin kan worden vastgesteld dat dat niet onoverkomelijk is. In de dagelijkse werkelijkheid sluiten mensen voortdurend compromissen tussen allerlei visies en benaderingen die vanwege dat botsend karakter niet zouden kunnen worden gesloten. Met andere woorden: de pluraliteit van een gedifferentieerde werkelijkheid hoeft niet per se te worden geproblematiseerd, maar kan ook als verrijkend worden ervaren. In die lijn zou het beklemtonen van de ervaren verschillen tussen onderscheiden sferen en werkelijkheidsgebieden een adequaat aangrijpingspunt voor managen als activiteit kunnen zijn.

Een interpretatie van het werk van Weber die een geheel ander accent legt, vind ik bij Grit (Grit 2000). Het Weberiaanse kernbegrip waarbij Grit aansluit is niet differentiatie maar rationalisering (Grit 2000, 13; 21vv). Grit begrijpt rationalisering in navolging van Weber als het toepassen van de formele rationaliteit die gebruikelijk is voor de natuurwetenschappen op het menselijk handelen. Door het hanteren van kwantitatieve concepten en formele regels voor het menselijk

¹⁸ Bedrijfsethicus Goodpaster spreekt in dit verband over een teleopathie waaraan het moderne bedrijfsleven en de moderne samenleving gebukt gaan (Goodpaster 2007, 15 vv).

handelen wordt het gedrag van individuen en organisaties voorspelbaar en calculeerbaar. Het toepassen van formele rationaliteit manifesteert zich volgens Weber op verschillende wijzen: in de 'onttovering' van de wereld, in een verschijnsel als bureaucratisering maar ook in de differentiering van de werkelijkheid in een aantal domeinen. Het gaat bij de rationaliseringstendensen om ontwikkelingen die onomkeerbaar zouden zijn en zich dan ook niet presenteren als een normatieve optie naast andere (Grit 2000, 23). Maar ook al valt er niet aan rationalisering en modernisering te ontsnappen, heeft Weber volgens Grit wel oog voor de ambiguïteit ervan en is hij bevreesd voor dehumaniserende effecten van de bureaucratische rationaliteit: zo zou de geest van de formalistische persoonlijkheid mogelijk kunnen resulteren in een al te eendimensionaal beeld van menszijn (Grit 2000, 30-31).

Verskillende vormen van rationalisering

Uitgaande van dit Weberiaans bewustzijn van de ambiguïteit, ontwikkelt Grit een perspectief op rationalisering dat de ambiguïteit van het moderniseringsproces in verschillende probleemcontexten beter zou kunnen beantwoorden. In de uitwerking houdt hij vast aan formele rationaliteit als verbindend element¹⁹ maar beklemtoont tegelijkertijd dat rationalisering een breed scala aan mogelijkheden bevat en niet moet worden beperkt tot bijvoorbeeld 'economisering': er zijn immers vele kamers in het huis van de Verlichting. Dat impliceert dat tegenover te eenzijdige aanspraken van het ene type formele rationaliteit (bijvoorbeeld een economische), andere vormen in het geweer kunnen worden geroepen (bijvoorbeeld een culturele) zonder dat daarbij hoeft te worden teruggevallen op zoiets als een substantiële of materiële rationaliteit (Vgl. Grit 2000, 176). Allerlei menselijke organisatievormen zoals de staat, kerken, ziekenhuizen, legers, verenigingen, politieke partijen en tal van andere, worden in toenemende mate gekenmerkt door weliswaar variabele, maar in de grond overeenkomende vormen van formele rationaliteit en steeds minder door hun verschillen. Het probleem van botsende substantiële rationaliteiten in uiteenlopende werkelijkheidsgebieden zoals dat door Griffioen wordt geïdentificeerd, wordt door Grit dan ook amper gethematiseerd. Rationalisering wordt daarmee bij Grit een verschijnsel dat zich parallel kan voordoen in zeer uiteenlopende maatschappelijke systemen en sferen. Het kent in zijn ontwikkeling wel variatie maar draagt door zijn formele karakter eerder bij aan een verschijnsel van homogenisering van de verschillende werkelijkheidsgebieden dan aan differentiëring. In elk domein van onze sociale werkelijkheid kunnen zich immers vergelijkbare rationaliseringstendensen manifesteren. De differentiatie tussen werkelijkheidsgebieden, die bij Weber in de interpretatie van Griffioen mede het gevolg is van de modernisering, wordt met andere woorden door Grit niet als bijzonder ingrijpend gezien of als bijzonder wezenlijk. En evenmin als een wenkend perspectief. Juist door de toepassing van uiteenlopende

19 Zo merkt Grit in een voetnoot op dat hij aan de betekenis die Weber buiten zijn meer historische werk geeft aan een begrip als waardenrationaliteit voorbijgaat (Grit 2000, 24).

rationaliteitsvertogen kunnen hinderlijke aspecten van modernisering op allerlei maatschappelijke terreinen worden afgezwakt. De ambiguïteit die zich ten gevolge van de modernisering in maatschappelijke systemen voordoet, is in deze voorstelling van zaken dan ook niet onoverkomelijk, maar wordt bij uitstek een kwestie van adequaat management. Welk type rationaliteit in een bepaalde situatie het beste kan worden geaccentueerd (een juridische, of een economische, een culturele of een technische) is daarbij geen kwestie van moraal maar, zo lijkt Grit in termen van Ten Bos te concluderen, eerder een kwestie van smaak. Van wat in de mode is.

9.3.3 Doorwerking

In deze paragraaf bepaal ik aan de hand van de posities die Grit en Griffioen innemen tegenover rationaliseringsprocessen in de moderne samenleving, een eigen positie: hoe valt de moraal van het management in de zorg adequaat te definiëren? Zonder de rationaliteit ervan op te geven. Hoewel ik me vooral laat leiden door de vraag naar het managen van zorginstellingen, reikt het perspectief verder. De centrale vraag is immers die naar de morele binding van het management aan het bijzondere van de praktijken of processen waarom het in een organisatie gaat.

Voor de beantwoording van die vraag op een wijze die ruimte schept voor een morele kwalificatie van het management zie ik aanknopingspunten bij zowel Grit als Griffioen, ook al lijken deze interpretaties van (de effecten van) modernisering en rationalisering elkaar op het eerste oog uit te sluiten.

Griffioens voorstel om de verschillen tussen werkelijkheidsgebieden in de samenleving ernstig te nemen vertaal ik in een voorstel voor het management om de eigen logica van de praktijk die in de organisatie aan de orde is te koesteren en actief te zoeken naar mogelijkheden om deze te versterken. Dat sluit aan bij de voorstellen van Pols om de veranderingen in de zorg te definiëren vanuit de praktijk maar ook bij de suggesties van Chia en Tsoukas dat de concepten die het management hanteert bij het denken over veranderingen in een organisatie zouden dienen aan te sluiten bij de percepties van de medewerkers. Managers zouden - zo gaf ik in een verwijzing aan ²⁰- eerder perceptueel dan conceptueel te werk dienen te gaan.

Tegelijk heeft het managen van organisaties, daarin volg ik Grit, ook te maken met een bepaalde rationalisering van de processen. Daarvoor kunnen verschillende vormen van formele rationaliteit worden gebruikt. Is 'economisering' er een van, er zijn ook andere besturingslogica's die kunnen worden ingezet om een organisatie vorm en richting te geven: juridisering, culturalisering, esthetisering enzovoort. Voorbij de verschillen die er in lokale praktijken zijn, is het niet alleen mogelijk maar ook wenselijk om gebruik te maken van de managementervaringen in andere contexten. Zo kunnen negatieve effecten van eenzijdige rationaliseringsvertogen worden tegengegaan. Grits visie op rationalisering en de varianten

20 In hoofdstuk 8 paragraaf 2.2.

die daarbij aan de orde kunnen zijn, biedt een ruime blik op management, ook in termen van een humanisering van organisaties. Tegelijk roept ze de vraag op hoe de keuzen kunnen worden gerechtvaardigd, die het management maakt met betrekking tot die rationalisering: is het toeval bepalend? Of de intuïtie van de manager? Gaat het in lijn met pleidooien voor een esthetisering van het management om smaak? Of om een rechtvaardiging achteraf op basis van de behaalde resultaten?

De noodzaak om verschil te maken

Naar mijn mening zijn al deze ingangen te onzeker en te willekeurig. Ze blijven het management bevestigen als een amorele en in de grond irrationele functie die vanuit een zekere onverschilligheid de wereld regeert. Daardoor is er voortdurend een risico dat er niet alleen te weinig recht wordt gedaan aan de eigenheid van de praktijk die in de kernprocessen van de organisatie aan de orde is maar ook aan de praktijk van het managen. En aan de mensen die met elkaar die praktijk en die organisatie vormen. Op een of andere manier dient die invalshoek - van een moreel geladen praktijk - mee te wegen in de managementprocessen en de keuzen die daarin aan de orde zijn. Dat kan naar mijn mening alleen door de verschillen tussen organisaties en de praktijken die erin aan de orde zijn, ernstig te nemen. Met andere woorden: om de vraag naar de eigen rationaliteit en moraliteit van de kernprocessen kan men bij de vormgeving van de managementprocessen niet heen. Daarmee ben ik terug bij de interpretatie van Griffioen: of een organisatie drop maakt of fietsen of dat er zorg wordt gegeven of onderwijs, het maakt wel degelijk verschil. Niet alleen in de praktijk zelf maar ook in de organisatorische vormgeving van die praktijk. Uiteraard kan men erover strijden hoe essentieel die verschillen zijn. Naar mijn mening zijn ze essentieel wanneer mensen zeggen dat ze essentieel zijn. Ik ga om te beginnen ook hier uit van een sociaal-constructivistische benadering: wie bijvoorbeeld zegt dat het proces van samenwerken in een organisatie ontologisch vooraf gaat aan het product, doet een appel met betrekking tot een bepaalde voorstelling van zaken die hij moreel van belang acht voor de inrichting van die praktijk. In die zin acht ik de verwijzing naar een substantiele rationaliteit van de kernprocessen in de organisatie in relatie tot de inrichting van het management een bruikbare wijze om te zeggen dat 1. Mensen in hun ervaring verschil maken tussen praktijken; 2. Dat het daarom reëel bestaande verschillen zijn; 3. Dat het van belang is om die verschillen in acht te nemen bij de opbouw van de organisatie omdat daarmee ook recht wordt gedaan aan degenen die op die praktijk betrokken zijn. Met andere woorden: in de erkenning van het verschil en bijgevolg van de eigenheid van een praktijk in de beleving van degenen die actief op die praktijk betrokken zijn, acht ik de ethische betekenis van een bepaalde zegwijze bepalender dan wat er vanuit een strikt analytische wijze over kan worden gezegd.²¹

21 In dat opzicht herinner ik aan de uitspraak van Arendt waaraan ik eerder refereerde namelijk dat de ethiek in zekere zin aan de filosofie voorafgaat (Arendt 2003, 110).

Aansluitend is er ook een meer politiek-filosofisch argument om de verschillen in organisaties te beklemtonen: verschil maken tussen organisaties met betrekking tot de aard van de praktijken die daarin aan de orde zijn, doet niet alleen recht aan de direct betrokkenen en hun inspanningen maar is ook van belang voor de stabiliteit van de samenleving. Voor dit argument grijp ik terug op de visie van Boutellier op ‘de improvisatiemaatschappij’ en de betekenis die institutionele voorzieningen daarin zouden hebben. Met Boutellier beschouw ik gezondheidszorg net als bijvoorbeeld het onderwijs of het recht als een belangrijke steunbeer van de samenleving.²² Die visie veronderstelt op zichzelf al een bepaalde noodzakelijkheid met betrekking tot de inrichting van dergelijke organisaties. Onder andere vanwege het vertrouwen waarmee dergelijke organisaties worden geassocieerd en die noodzakelijk is om hun maatschappelijke functie naar behoren te vervullen. Dat verdraagt zich niet goed met een voorstelling van managen die de keuze van de formele rationaliseringsmogelijkheden laat afhangen van zoiets willekeurig als toeval of smaak. Daarom stel ik in ieder geval voor *publieke organisaties* dat het management zich in de keuze van de formele rationaliseringsvormen zou moeten laten leiden door de vraag of de voorgestelde vorm van rationalisering een positieve bekrachtiging inhoudt van de betreffende praktijk conform haar eigen wetmatigheden en ontwikkelingsmogelijkheden. Met andere woorden: voor de opbouw van publieke organisaties doet de substantiële rationaliteit van het domein of de levenssfeer waarin de organisatie actief is, er zeer toe. De logica van de praktijk dient intrinsiek betekenis te hebben voor de koers van het management. Dat bevordert niet alleen de praktijklogica maar ook de rationaliteit en moraliteit van dat management.

9.3.4 Evaluatie: onderscheiden sferen, onderscheiden ethieken

Het is zaak om bij het managen van organisaties verschil te maken tussen praktijken op grond van hun morele betekenis. Dat maakt geen einde aan een doelrationele oriëntatie maar geeft er richting aan. Mijn voorstellen om de verschillen tussen organisatiepraktijken op deze manier ernstig te nemen, corresponderen met een bekend pleidooi van Walzer (1984) om onderscheid te maken in sferen van rechtvaardigheid: de eigen waarden en principes die in een bepaald domein aan de orde zijn, zouden leidend dienen te zijn voor de verdeling van goederen op die domeinen. Er is ook een parallel te trekken met opmerkingen van Van Luijk (1991) die er met betrekking tot de gezondheidszorg op attendeert dat er verschil moet

22 Boutellier neemt hierin een andere positie in dan Schuyt aan wie hij de karakterisering van bepaalde sociale instituties als steunberen ontleent. Schuyt voert de gezondheidszorg niet expliciet op als steunbeer (Schuyt 2006, 119) maar impliciet wel (door opname van beschouwingen over zorg in zijn boek ‘Steunberen van de samenleving’ (Schuyt 2006, 97-122). Ik meen dat het verschil mede wordt bepaald door het gegeven dat Schuyt zich vooral concentreerde op steunberen van de staat ook al spreekt hij over steunberen van de samenleving. Boutellier, en ik volg hem daarin, gaat uit van een breder begrip. Dan valt naar mijn oordeel niet aan de zorg in expliciete zin voorbij te zien.

worden gemaakt tussen de diverse ethieken die in de samenleving werkzaam kunnen zijn: zo onderscheidt hij een transactie-ethiek, die vooral past bij de verhoudingen in de zakenwereld, van een erkenningsethiek, die meer op de zorg toegesneden zou zijn en beter past bij het doordenken van de moraliteit in afhankelijkheidsverhoudingen. Hoe dan ook, stelt Van Luijk, is het van belang om de diverse ethieken uit elkaar te houden met betrekking tot de context waarover wordt gesproken. Dat luistert nauw: de verhoudingen tussen werknemers en werkgevers in de zorg die in principe zijn geordend conform de normen van een transactie-ethiek dienen niet zomaar te worden vervuild door de verhoudingen die gelden in een erkenningsethiek.²³

In bredere zin corresponderen mijn voorstellen met opmerkingen van Van den Brink (2007) die in zijn schetsen voor het omgaan met moderniteit pleit voor het overeind houden van de eigenheid van verschillende domeinen: 'In elk geval kunnen de centrale waarden, het soort conflicten, de omgangsvormen en de wijze van argumenteren die een bepaald domein kenmerken, niet zomaar naar andere domeinen verplaatst worden' (Van den Brink 2007, 226). Een opwaartse dynamiek in een niet-economisch, sociaal domein, zou naar zijn oordeel dan ook niet zijn gediend met het naar binnen halen van bijvoorbeeld economische normen. Dat vind ik een al te rigoureuze standpunt. Mogelijkheden om te variëren in besturingslogica's zouden dan tot een minimum worden teruggebracht. In plaats daarvan stel ik voor om de richting en keuze van de rationaliseringslogica's die worden gebruikt voor de inrichting en opbouw van organisaties, afhankelijk te maken van de correspondentie met de substantiële rationaliteit van de levenssfeer of het maatschappelijke domein dat in deze systemen aan de orde is. Met de logica van de betreffende praktijk. Wanneer de formele rationaliteit die het management hanteert, in overeenstemming is met de morele logica van de interne processen en in die zin correspondeert met de substantiële rationaliteit van de organisatie, is er in principe sprake van een adequate vorm van organiseren.²⁴

Een dergelijke vorm van organiseren, van managen, is in de kern genomen niet langer amoreel. Het gaat niet meer om een functie die los van de context kan worden gedefinieerd als een onthecht gedrag dat zonder persoonlijke binding en persoonlijke inzet tot stand kan worden gebracht. In de binding aan een lokale praktijk wordt managen een persoonlijke activiteit die zich niet langer kan verschuilen achter calculaties. Betekent dit dat doelrationele benaderingen geen betekenis meer hebben? Zeker niet: in de communicatie over de grenzen van de eigen organisatie en zorgpraktijk heen hebben ze betekenis om enig inzicht te geven in de praktijk. Tegelijkertijd dienen ze gerelativeerd te worden vanuit het besef dat de immanente betekenis van de praktijk, dat is de betekenis die er ook in

23 Zo wijst Van Luijk erop dat de werktijden van de medewerkers niet onder verwijzing naar de afhankelijkheid van de patiënten van de zorg structureel verlengd mogen worden. Dat er incidenteel een beroep op het personeel wordt gedaan om af te wijken van de afgesproken arbeidsvoorwaarden is van een andere orde.

24 En dus niet alleen op het niveau van de kernprocessen. Ook op het niveau van het organiseren.

institutionele zin het meest toedoet, er niet in tot uitdrukking kan worden gebracht.

9.4 Conclusie: management als morele praktijk in de zorg

In de Aristotelische voorstelling van de zorgorganisatie is de besluitvorming óver de organisatie steeds ook besluitvorming in de zorgpraktijk. Dat impliceert - zo gaf ik aan - een sterke nadruk op *interne democratisering*. Management dat als een vorm van handelen aansluit bij het democratisch model van organiseren is dan ook niet primair een aparte functie die losstaat van de zorgpraktijk. Het vangt aan als vorm van zelfsturing van de professionals. Maar ook al vangt management aan als een vorm van zelfsturing en krijgt zij daarmee het karakter toegemeten van horizontale sturing, daarmee kan niet goed worden volstaan. Er zijn technische vragen betreffende de inrichting van de organisatie maar ook praktische betreffende de moraal van de professionals die het aannemelijk maken dat de processen van horizontale sturing worden gecompleteerd door verticale. Voor zowel de opbouw van de organisatie als voor de aansturing van de professionals is een aparte managementfunctie onontbeerlijk. Op die manier wordt ook maatschappelijk continuïteit gerealiseerd van de zorg als een belangrijke institutionele voorziening in een globaliserende netwerksamenleving.

De introductie van een aparte managementfunctie betekent evenwel geen keuze voor een amoreel management, hoe voor de hand liggend dat ook schijnt. Integendeel. Wil die verticale sturing blijven aansluiten bij de moraliteit van de praktijk, dan is het noodzakelijk dat ook het management zich bindt aan de praktijk. De logica die eigen is aan 'zorgen voor', krijgt zo bevestiging in de bestuurlijke logica's die door het management van de organisatie worden gehanteerd. Dat impliceert dat het handelingskarakter dat ik aan professionele gezondheidszorg als activiteit heb toegekend, ook wordt bekrachtigd in het handelen van het management. Dit zoeken van bevestiging van het karakter van het 'zorgen voor' op het niveau van het management is een proces dat niet doelrationeel dient te worden opgevat. Daarmee zouden immers de beperkingen van een amoreel, technisch management waaraan we voorbij zouden willen komen, worden bevestigd.

Hoe kan het dan wel worden opgevat? In ieder geval als een praktijk die net als de zorgpraktijk zelf wordt begrepen als een interactief proces tussen onder meer managers en professionals. Teruggaand naar de opmerkingen van Arendt over de absurditeit van een nuttigheidsdenken dat zichzelf in de staart bijt, doordat het de doelmatigheid van het handelen uiteindelijk niet meer kan vatten in termen van doelmatigheid, dient ook de rationaliteit van het management niet alleen begrepen te worden in termen van nut maar ook in termen van betekenis of zin. Dat impliceert ophouden te spreken over het management als een neutrale functie die los van enige persoonlijke invulling tot stand kan worden gebracht. Ook managen dient in plaats van zo'n neutrale functie begrepen te worden als een persoonlijk handelen, betrokken in een interactief, dialogisch proces dat uitgaande van de

praktijk zich oriënteert aan het gezamenlijk opbouwen en versterken van die praktijk. Ook wat betreft de rationalisering van de processen die in en om die praktijk worden gehanteerd. Management krijgt daardoor een zelfonthullende, expressieve betekenis.

Voor zover daarbij beelden van enige toekomst worden geschetst, draait het niet langer om de wetenschappelijke rechtvaardiging van dat soort beelden aan de hand van bijvoorbeeld statistische gegevens maar om het appelleren aan de verbeelding en het bespreekbaar maken van onderlinge verwachtingen. In die zin deel ik met Ten Bos, dat het schetsen van utopische beelden geen punt is zolang ze maar utopisch blijven: een praktische uitnodiging om initiatieven te nemen, om creativiteit te ontwikkelen en de discrepanties uit de ervaren praktijk ernstig te nemen. De ethiek van het management is met andere woorden niet anders te denken dan in termen van een gepersonaliseerde praktijk: ze vraagt om de normering van de persoonlijke betekenis. Net zoals zorg als praktijk uiteindelijk alleen maar gedacht kan worden in verhalen van de betrokken personen en anders niet kan zijn.

Valt er veel meer over te zeggen? Anders gesteld: is datgene wat we erover hebben gezegd niet te beperkt voor een adequate conceptuele afbakening? Dat valt te bezien. De voorstelling van een moreel management, van management als betrokken praktijk of van de Aristotelische organisatie waar ik oorspronkelijk vanuit ging, verder brengen tot een uitgewerkte compositie met heldere doelen, structuren, gedragsrepertoires, communicatiepatronen, loopt - meedenkend met Achterhuis en Ten Bos, en zeker ook met Arendt - al te gemakkelijk uit op het poneren van rationalistische constructen of utopistische vergezichten. Naarmate de voorstellingen voortschrijden in detaillering, verliezen ze hun imaginair karakter en worden het autoritaire machtsinstrumenten. In plaats van het denken te verrijken, dreigen ze de handelingsvrijheid van de betrokkenen, zorgverleners, zorgvragers én managers ernstig te beperken en het gezamenlijk opbouwen van de organisatie als handelingspraktijk te frustreren door het weer te herleiden tot maakwerk. Een utopistische opvatting over de organisatie verdraagt zich slecht met het beeld van de zorgpraktijk als een praktijk waarin zorgverleners betrekkelijk autonoom, interacterend met hun patiënten, zichzelf leidinggevend vorm geven aan die praktijk. Dat zelfde geldt voor de praktijk van het management. Dus dien ik me terughoudend op te stellen in het formuleren van management- en organisatiecriteria voor een Aristotelisch praktijk- en managementconcept. Wie aan de immanente logica van de utopie wil ontsnappen, moet bereid zijn om niet al te veel vast te leggen en om steeds opnieuw uit te gaan van de mogelijkheden van de praktijk. Ook in morele zin. Wat dat betreft past het begrip 'improvisatiemaatschappij' ook heel goed bij de voorstelling van de zorgorganisatie die ik in deze studie heb trachten uit te werken. Niet alleen voor wat betreft het begrip 'improviseren', maar ook voor wat betreft de term 'maatschappij'. Die term impliceert hoe dan ook vormen van onderlinge binding en betrokkenheid. Van zorg.

Deel 4

Conclusies

**Conclusies:
een voorstelling van een
praktijkgerichte ethiek in de
zorgorganisatie**

Inleiding

Ethiek is een *denkdiscipline* die geen genoegen neemt met wat vanzelfsprekend lijkt en een *praktische discipline* die is gericht op een verder helpen van de praktijk. In die hoedanigheid is zij erop uit om bepaalde morele problemen in een bredere filosofische context te plaatsen. Zo schreef ik aan het begin van deze studie. Die opdracht houdt niet op als het problemen betreft die de praktijk van de ethiek zelf betreffen. In deze studie gaat het om zo'n probleemgebied en wel om de ontwikkeling van een praktische ethiek in de gezondheidszorg. Terwijl die zich in de context van de Nederlandse gezondheidszorg steeds meer profileert als een ethiek die professionals ondersteunt om het eigen handelen als aangrijpingspunt van de reflectie te nemen en daarbij een appèl doet op hun professionaliteit, manifesteert zich in zorgorganisaties tegelijkertijd een tegengestelde beweging die duidt op processen van deprofessionalisering door toenemende managementcontrole en bureaucrativering. Hoe valt tegen die achtergrond van tegenspraak een praktijkgericht ethiekbeleid te denken dat zorgen voor iemands gezondheid ernstig neemt?

Het is een partijdige vraag waarbij ik de praktijk zoals die zich tussen zorgverleners en patiënten afspeelt, tot normatief uitgangspunt van de reflectie maakte. In dit hoofdstuk maak ik de balans op van de verkenningen in deze studie. Ze liepen in drie richtingen. In de eerste plaats betrof het ontwikkelingen in de ethiek. In de tweede plaats ging het om de vraag hoe professioneel zorgen voor iemands gezondheid zou moeten worden gedefinieerd. In de derde plaats betrof het de vraag naar een passende definiëring van organisatie en management in de zorg. De achterliggende gedachte is dat een ethiekbeleid van zorgorganisaties, wil het integraal kunnen worden genoemd, op de drie genoemde gebieden dient uit te komen bij elkaar bekrachtigende definities: 'ethiek', 'zorgen' en 'organisatie' zullen voor de vorming van een effectief beleid dat de praktijk van de zorg als kern en als uitgangspunt neemt, harmonieus op elkaar dienen te zijn afgestemd.

In dit hoofdstuk ga ik na wat deze verkenningen hebben opgeleverd. Het hoofdstuk is op de volgende manier opgebouwd. In de eerste paragraaf ga ik in op de resultaten in strikte zin. Vervolgens ga ik in de tweede paragraaf in op de implicaties van de inhoudelijke schets van zaken voor direct en minder direct betrokkenen. Dan rond ik af.

10.1 Elementen van een handelingsgerichte ethiek in de zorg

Introductie

Voor de opzet van deze studie ben ik uitgegaan van een voorstel van Zwart dat de opdracht van de ethiek nader concretiseerde door te suggereren dat het erom ging 1. betekenisvolle beelden en patronen te schetsen voor praktijken en 2. deze te verduidelijken aan de hand van betekenisvolle termen. Dat voorstel heb ik opgepakt als streven naar een conceptuele verheldering van een praktijkgerichte ethiek

voor de gezondheidszorg. In deze paragraaf ga ik na wat de studie in dit verband heeft opgeleverd.

10.1.1 Betekenisvolle beelden

Aan de ene kant onderscheidt Zwart beelden die bepaalde problemen *illustreren*. Aan de andere kant beklemtoont hij de waarde van *contrastbeelden* in de ethiek: voorstellingen die de verbeelding uitdagen en zo uitnodigen tot nieuwe benaderingen die de praktijk in normatieve zin verder brengen. Een evocatief beeld van de normatieve problemen die de aanleiding vormen voor deze studie, is 'beroepszeer': het duidt op een aantasting van professionele waarden in de beroepsuitoefening in diverse publieke sectoren in de samenleving. Het doet zich ook in de gezondheidszorg voor. 'Beroepszeer' wekt als begrip de indruk dat de aantasting van de professionele waarden niet zonder gevolgen blijft voor mensen. Er is niet voor niets sprake van 'zeer'. Ergens doet het pijn, knelt het. 'Beroepszeer' verwijst naar praktijksituaties die de aandacht vragen. In brede zin, maar ook als vraag aan de ethiek. Zeker waar het ethiek van de gezondheidszorg betreft. Een aantal ethici blijken het hiermee eens te zijn, anderen niet.

De eersten menen dat de bijzondere kwaliteit van zorg onvoldoende doordringt in allerlei politiek-maatschappelijke beleidsprocessen. Zorgen én degenen die zorg geven, zouden daarin beter dienen te worden vertegenwoordigd. Anderen constateren weliswaar dat er zich terdege verschuivingen voordoen in de maatschappelijke waardering en de organisatie van bepaalde vormen van beroepsuitoefening, maar achten deze verschuivingen geen bijzondere aandacht waard vanuit de ethiek. Hoe men ook over deze kwestie oordeelt, ethici die zich in zorgpraktijken bekommeren om de morele vragen die zich daar voordoen en op enigerlei wijze zijn betrokken bij beleidsprocessen in zorginstellingen, kunnen zich moeilijk onttrekken aan de kwestie van het 'beroepszeer'. Niet dat zij zich meteen zouden moeten opwerpen als kampioenen van de 'beroepszeer', wel dat zij hun eigen praktijk waar die zich verbindt aan professionele zorgverlening kritisch dienen te doordenken. De idee om een concept voor een praktijkgerichte ethiek te ontwikkelen dat het probleem van beroepszeer meer inzichtelijk kan maken maar vooral ook de praktijk van een op de gezondheidszorg betrokken ethiek verder kan helpen, heb ik in dat perspectief opgevat als een normatieve opdracht met een dubbele strekking: het gaat immers niet alleen om de praktijk van de ethiek maar tevens om die van de zorg.

Waar begint de ethiek?

Een eerste beeldbepalende vraag in dat kader was, waar een praktijkgerichte ethiek van de zorg eigenlijk begint: bij ethici die zich vanuit een wetenschappelijke interesse over de gezondheidszorg buigen of bij zorgverleners die hun praktijk kritisch tegen het licht houden? In aansluiting op de ontwikkeling van de nieuwe medische ethiek en stromingen in de ethiek die pleiten voor een contextuele be-

nadering, koos ik voor de tweede optie. Een ethiek van de gezondheidszorg begint bij een kritische reflectie van de professionals over hun praktijk en over de mate waarin deze tegemoet komt aan de normatieve idealen die zij zelf ten aanzien van deze praktijk hanteren. In het spoor van de filosofische traditie oordeelde ik dat een ethiekbeleid zoals dat in instellingen wordt ontwikkeld, de professionals zou dienen te ondersteunen in het uitvoeren van een zelfreferentiële handelingskritiek: hoe verhoudt het handelen van de professionals zich ten opzichte van de ideaalbeelden die zij van zichzelf als zorgverlener hanteren? In twee richtingen zou die zelfreferentiële kritiek dienen te gaan. In de eerste plaats is het van belang om in aansluiting op een Kantiaanse ethiek de aandacht te richten op klemsituaties: incidenten in de handelingspraktijk die de persoon van de zorgverlener en diens normatieve overtuigingen schokken. Daarnaast zou de aandacht positief dienen te zijn gericht op de ontwikkeling van betere praktijken en van routines die die praktijken ondersteunen. Dat element verbond ik aan een meer Socratische ethiek van levenskunst en zelfzorg. Wat betreft de methoden zou enerzijds kunnen worden aangesloten op onderzoeksvormen die in de sociale wetenschap worden gebruikt om mensen te ondersteunen om hun eigen handelen vorm te geven conform de ideaalbeelden die ze hanteren, 'action research'. Anderzijds is het voorstel om gebruik te maken van de oude, maar ook verguisde traditie van 'casuistry': het bespreken van voorbeeldige casus kan helpen om de eigen moraal te verduidelijken en kritisch te volgen in haar ontwikkeling.

De eigen aard van de gezondheidszorg

De professional zelf tot brandpunt van de aandacht maken: sceptici zouden kunnen oordelen dat de wereld hier wordt prijsgegeven aan de willekeur van de zorgverlener onder het mom van diens veronderstelde autonomie en professionaliteit. Daar bracht ik tegenin dat de aard van de zorg zelf een dergelijke interpretatie verhindert. Een contextuele ethiek van de zorg zoals ik die voorstel, begint dan ook niet bij de ethiek in strikte zin maar bij het ernstig nemen van de zorg als activiteit. Die vormt de kern van het concept. Die bepaalt ook de grondoriëntaties van de professionele moraal. Om dat te ondersteunen maakte ik gebruik van een activiteitentypologie van Arendt die ik verder uitwerkte met behulp van enkele noties over de antieke geneeskunde. Aan de hand daarvan schetste ik een beeld van beroepsmatig zorgen voor iemands gezondheid als een publieke activiteit die zich analoog aan het handelen in de politiek afspeelt *tussen* mensen in. Zorgen beweegt zich daarom altijd naar buiten, sterker nog: het ontwikkelt zich als een dialectisch proces tussen mensen en ontstijgt daarmee de zelfgenoegzaamheid van een solistische beslisser. Daarnaast is deze zorg geen privé aangelegenheid: in de bevestiging van het bestaan van de burger voor de samenleving - wanneer hij of zij ziek is of gehandicapt - bekrachtigt de professionele gezondheidszorg haar publieke betekenis.

Met deze schets van de zorg als handelen dat thuishoort in een publieke, politieke sfeer, wijk ik af van beelden van zorgen die de morele betekenis ervan afleiden uit

de persoonlijke houding van waaruit de zorg zou worden verleend. Zeker wanneer die beelden de activiteit van het zorgen koppelen aan de privésfeer en aan de verplichtingen die daar tussen huisgenoten zouden bestaan. Zorgen voor de gezondheid van een andere burger heeft mogelijk wel overeenkomsten met deze vormen van zorg maar is als publieke dienst toch van een andere orde. Ook verschilt zij van vormen van zorg die worden afgeleid uit een religieuze inspiratie. Dat geldt ook voor de vormen van zorgen die vanwege hun cyclisch karakter op arbeiden lijken en daarom gemakkelijk worden geassocieerd met terugkerende zorgactiviteiten in de sfeer van het huishouden. Het gegeven dat de zorg aan een vreemde wordt gegeven in omstandigheden dat er sprake is van ziekte of handicap, maakt dat ook deze vormen van zorg zich kunnen manifesteren als handelen en niet primair beoordeeld dienen te worden als arbeiden. Idealiter zijn ook deze vormen van zorgen onderworpen aan een dialectisch proces tussen zorgverlener en zorgvrager waarin over de betekenis van het handelen wordt beslist.

Overigens wil dit niet zeggen dat 'houding' geen item is van een ethiek van professioneel zorgen, maar ze vangt daarmee niet aan. De betekenis van de houding komt nergens anders aan het licht dan in het doen. Omdat het doen aan de houding voorafgaat, dienen houdingsaspecten primair te worden afgeleid uit de *aard van de activiteit* van het zorgen: wie zorgen als *arbeid* definieert, zal dan ook andere deugden of houdingen met de zorg associëren dan wie zorgen definieert als *handelen*. Meer instrumenteel, minder reflectief.

Een uitzonderlijk beeld?

Ook al wijkt het concept van ethiek en van zorgen als activiteit op een aantal punten af van meer gebruikelijke voorstellingen, het beeld dat ik tot nu toe schets is niet heel uitzonderlijk of nieuw. De moderne medische ethiek heeft zich vanaf haar oorsprong sterk gemaakt voor een zelfcorrectie van de ambities van de geneeskunde door systematische tegenspraak van patiënten. Een dialectische definitie van professioneel zorgen die zorgen bindt aan de inspraak en tegenspraak van patiënten is daar in een notendop al gegeven. Praktijkbetrokken ethici die zich laten inspireren door een hermeneutische ethiek of door politiek-filosofische concepten van verantwoordelijkheid en zorg, bewegen zich in een zelfde richting van een praktijkbetrokken ethiek. Voor zover deze studie daarvan verschilt, betreft dat vooral de problematisering van de institutionele context van de zorg. Zeker, ethici die ingaan op beroepszeer of anderszins aandringen op een politisering van de organisatorische context, besteden ook aandacht aan de context, maar een systematisch onderzoek naar de binding van de organisatie of het management aan de praktijk van de zorg zelf, blijft in de meeste gevallen achterwege. Zo ontwikkelt de bedrijfs- en organisatie-ethiek zich voor een belangrijk deel onafhankelijk van de gezondheidsethiek. Andersom geldt hetzelfde. Met als risico dat de inspanningen die worden verricht in het ondersteunen van de professionals in het verbeteren van hun praktijk, geïsoleerd blijven ten opzichte van de definiëringen van hun werk vanuit de organisatie en het institutionele systeem. En andersom. Een ethiekbeleid dat is gericht op ethici die zich bekommeren om de zorgpraktijk in

de meest strikte zin, dient ook te zijn gericht respectievelijk dienen zich te bekommeren om de opbouw van organisatie en management in relatie tot de definitie van de zorg.

Beelden van zorg en beelden van de organisatie

Een belangrijke vraag voor een handelingsgerichte ethiek in de gezondheidszorg wordt dan, hoe organisatie en management zich eigenlijk verhouden tot de zorg als professionele, c.q. (pre)politieke praktijk. Een eenvoudig antwoord met het oog op het verschijnsel 'beroepszeer' is: ze verhouden zich niet. Een nadere blik maakt duidelijk dat een dergelijk antwoord te simpel is. In de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg leven verschillende voorstellingen van organisatie en management. Sommige ondersteunen de ontwikkeling van een handelingsgerichte ethiek, andere niet. Aan de hand van studies van Pols en Becker, die ik verbond aan een typologie van De Geus, ontleend aan de filosofische traditie, schetste ik twee exemplarische beelden van management en organisatie. In de ene visie die als Platoons kan worden gekwalificeerd, wordt de zorg als activiteit herleid tot een product van de organisatie als geheel. Professionaliteit wordt in deze constructie gereduceerd tot een kwaliteit die niet meer op het niveau van de patiënt en medewerker zelf kan worden vastgesteld maar vooral bestaat in verhouding tot de normen die op een overkoepelend niveau worden bepaald op geleide van eisen vanuit de sociale en politieke omgeving van de organisatie. Het management is in deze visies allesbepalend. Dat handelt. Deze visie vond ik op illustratieve wijze bekrachtigd in een studie van Becker over de ouderenzorg.

In een studie van Pols, die ik associeerde met een democratisch, Aristotelisch beeld van de organisatie, wordt de opbouw van de organisatie gekoppeld aan de ontwikkelingen in de zorgpraktijk zelf. Veranderingen krijgen nergens anders hun betekenis dan daar. De rationaliteit van de organisatie vloeit dan ook voort uit de rationaliteit van de ontwikkelingen in de zorg. De organisatie heeft hier dan ook niet meer de gestalte van een strak geordend geheel of systeem maar van een dynamisch en flexibel actornetwerk. Een dergelijk netwerk is niet zonder orde. Zo fungeren erin wel regels, ook regels die van buiten af worden aangereikt, maar de manier waarop die regels in de praktijk worden *gedaan*, is doorslaggevend voor hun betekenis. Management heeft in deze voorstelling van de zorgorganisatie wel een functie maar die functie wordt afgeleid uit de bewegingen in de zorgpraktijk zelf. Zij begint daar in de vorm van zelfsturing en horizontale leiding tussen de professionals en verbijzondert zich van daaruit tot een zelfstandige, vooral faciliterende managementfunctie.

Organisatie volgt de zorg of andersom

Het beeld van organisatie en management dat bij Pols verschijnt, is bijna terloops en nonchalant. De organisatie volgt in het kielzog van de zorg. Dat is in tegenstelling met het beeld dat Becker schetst: daar is de organisatie, c.q. de bestuurder de centrale figuur. De zorg volgt dan de lijn die het management uitzet. Ook in mo-

rele zin: de narratieven die verhalen vanuit de zorgpraktijk, hebben geen betekenis tenzij ze kunnen worden gekoppeld aan het verhaal van de organisatie als geheel. Dat is leidend. Desalniettemin presenteert het management zich niet op een specifiek morele manier: integendeel. De rationaliteit van het management zoals die wordt voorgesteld is een economische, een wetenschappelijke. In deze manier van doen manifesteert zich een opmerkelijke paradox van moderne managementvoorstellingen: de manager die vanuit een amoreel perspectief de organisatie stuurt, doet het goed. Onpartijdig, neutraal, niet betrokken, geeft hij leiding. Door te redeneren vanuit een doelrationeel kader dat als vanzelf duidelijkheid schijnt te geven over de noodzakelijke ontwikkeling van de organisatie, krijgt zijn sturing dwingende trekken. Het wordt juist dankzij deze technocratische vorm een moralistische voorstelling, die hoezeer ze ook door MacIntyre wordt geassocieerd met de tijd waarin wij leven, volgens Arendt al oude wortels heeft en wel in de politieke filosofie van Plato.

Een Platoonse, technocratische voorstelling van de zorgorganisatie die de organisatie tot een *ding* maakt en het management tot *maken*, botst op een definitie van zorgen als *handelen*. Een technocratisch organisatieconcept herleidt zorgen tot *arbeiden*. Al te veel discussie hoeft er dan ook niet te zijn over wat het beste past bij een als 'handelen' gedefinieerde zorg. Een Aristotelisch organisatie-model sluit het beste aan: een democratisch samenwerkingsverband waarin vanuit de praktijk zelf wordt gewerkt aan de opbouw en continuering van de organisatie. Managen en leidinggeven beginnen in deze organisatiebenadering in de professionele praktijk zelf als vorm van zelfsturing.

Verticaal management

Kiezen voor een Aristotelisch model sluit management als verticaal sturings-element overigens niet uit. Niet alleen vanwege technische inrichtingsvragen maar ook vanwege praktische vragen over de kwaliteit van de professionele zorg. Daarbij gaat het niet om het voldoen aan externe parameters, maar vooral om het tegemoetkomen aan de eigen professionele normen: zorg is als dialogische praktijk een kwetsbaar goed dat niet vanzelf is gegeven. Als mensenwerk blijft het onderhevig aan feilen. Ook de zelfsturing die wordt verondersteld een intrinsiek element van professionaliteit te zijn, is niet vanzelf gegeven: zij dient in de praktijk te worden gevormd en bijgesteld. Dat vergt een niet eindigend proces van leren en reflectie op de ervaren praktijk. Weerspiegeling van het handelen in de kritiek van anderen is daarin een belangrijk element.

Wil management een rol spelen in deze vorming van de professionele zorgpraktijk als een zelfsturende praktijk zal het zich normatief dienen te binden aan deze praktijk. Niet in termen van een technisch proces maar van een actief onderkennen van de zin en betekenis die de praktijk als praktijk heeft en van de normatieve idealen die door de meest direct betrokkenen, zorgverleners en zorgvragers met die praktijk worden geassocieerd.

Moreel management

Door de binding aan de praktijk van de zorg verliest het management het veronderstelde amorele karakter. In de verhouding tot degenen aan wie sturing wordt gegeven en die de zorgpraktijk vormen, toont het ook zijn kwetsbaarheid en krijgt de functie een persoonlijk gezicht. Daardoor wordt het moreel. Voortaan toont het zich in het handelen van mensen ten opzichte van anderen. *Het management* verandert van een neutrale functie in *handelen van personen*, van *managers*. Zij handelen vanuit een eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot de zorg als publieke zaak. Managen wordt in dit concept net als zorgen primair beoordeeld als een lokale, contextuele praktijk. Door de binding aan de zorg als praktijk en aan degenen die er als zorgverleners en zorgontvangers bij betrokken zijn, wordt zorgen ook een belangwekkende norm van de eigen praktijk. Managen houdt op alleen maar *nuttig* te zijn, en wordt *betekenisvol* handelen. Mogelijk werkt het in een autofabriek of een bank anders, maar in de gezondheidszorg wordt de opbouw van de organisatie bijna vanzelfsprekend een vorm van zorgen met betrekking tot behoeftes aan zekerheid en continuïteit zoals die door zowel professionals als patiënten kunnen worden ervaren, maar die door hen in hun praktijk niet kunnen worden waargemaakt. Niet alleen omdat het hen aan tijd, gelegenheid en interesse, maar ook aan kennis en vaardigheden ontbreekt.

Doelrationeel handelen

De kennis en vaardigheden van het management betreffen allerlei zaken die kunnen worden gerekend tot een doelrationeel handelingsrepertoire. De inzet daarvan is niet erg. Integendeel. Ook de zorg kent als praktijk doelrationele aspecten. De instrumentele inzet van bepaalde technieken en vaardigheden is nu eenmaal onontbeerlijk. Dat geldt zowel voor de zorg als voor het management. Beslissend voor de morele betekenis is echter niet alleen het doelrationeel karakter, maar de keuze en ontwikkeling van die doelrationaliteit op geleide van de betekenis die de deelnemers aan de praktijk er actueel - al handelend - aan toekennen. Anders gezegd: gewicht geven aan de zin en betekenis van de praktijk betekent helemaal niet dat alles van nut terzijde dient te worden geschoven. Noch in de zorgpraktijk noch in die van organisatie en management. Technisch vernuft, bestuurlijke logica's, ze doen ertoe. Bepalend is hoe ze praktisch worden ingezet, hoe ze worden *gedaan*. Door de normatieve binding van het management aan de inhoud van de zorgpraktijk wordt het handelen van de managers dan ook niet minder doelrationeel: zij wordt wel *anders* rationeel.

Een centrale taak van het management is én blijft, om in aansluiting op de ontwikkelingen in de praktijk managementlogica's in te zetten die deze ontwikkelingen positief kunnen ondersteunen, faciliteren. Bijvoorbeeld door de inzet van informaticatechnologie, vormen van economisering et cetera. Maar wil die inzet betekenis hebben, dan gaat het bij de keuze en het doorvoeren van de strategieën niet om een louter doelrationele keuze. Ook toeval, intuïtie of een esthetische ervaring kan niet leidend zijn. Het handelen van de bestuurders en managers dient net als dat van de professionals te worden verantwoord vanuit de

waarden die de praktijk als zorgpraktijk regarderend en die vanuit die praktijk als betekenisvol worden herkend.

Onvaste waarden

Dat zijn geen overigens geen vaste waarden: de articulatie van wat betekenisvol is, is voortdurend onderhevig aan het veranderlijke dat een praktijk kenmerkt. Zeker met het oog op de voorstelling van organisaties als 'proces', als 'iets dat wordt' ('becoming'), als een vloeiend 'netwerk van actoren', lijkt het erop dat er amper meer vastheid is gegeven. Echter, zowel met betrekking tot de publieke betekenis van de institutionele gezondheidszorg voor de samenleving als het vertrouwen van degenen die actueel verweven zijn in de zorg van de specifieke instelling, is er wel behoefte aan vastheid. Onmiskenbaar ligt er in het realiseren van die vastheid en het garanderen van continuïteit een specifieke opgave voor het management. Niet in termen van structuur en een vaste orde maar eerder, zo zou Boutellier het zeggen, in termen van 'ordening'. Uitgaande van het beeld van de organisatie als actornetwerk, kan dat ordenen, het organiseren van enige vastheid, onder andere worden beschouwd als het specificeren van de verbindingen tussen de individuele knooppunten die het netwerk vormen. Door dat niet in te richten als een willekeurig proces, maar het normatief te binden aan de kern van de organisatieprocessen, in dit geval de zorgpraktijk, krijgt het een vaste oriëntatie. Zo fundeert de logica van het zorgen de verantwoordelijkheden die in het netwerk kunnen worden onderscheiden: om te beginnen die tussen zorgverleners en zorgontvangers, vervolgens die tussen managers en professionals. Van daaruit verder naar de maatschappelijke omgeving.

Hoe het er verder uitziet, is contextgebonden. De manier waarop de verbindingen in de praktijk van een ziekenhuis worden gearticuleerd zal verschillen van de manier waarop dat in een verpleeghuis gebeurt, of een gehandicaptenzorgorganisatie. De betekenis van een praktijk is los van die praktijk niet goed te verbeelden, zonder te vervallen in de vervreemdende, generaliserende taal van een economische of technische logica.

Afsluitend

Met de verwijzing naar de concrete praktijken in de gezondheidszorg rond ik deze schets, deze conceptuele voorstelling van een handelingsgerichte ethiek, af. Bepalend is uiteindelijk niet het concept maar de manier waarop de praktijk lokaal wordt gepercipieerd. Ook wat betreft de opzet van een ethiekbeleid en de vormgeving van een ethiekpraktijk. Het concept kan helpen om de eigen praktijk verder te brengen, bijvoorbeeld door in die praktijk een inhoudelijke verbinding te leggen tussen de definities van ethiek, van zorgen en van organiseren. Dat effect zal zij echter alleen maar kunnen hebben, wanneer zij start vanuit de eigen ervaringen van mensen in praktijken. Bij de voorstellingen dus van ethici, zorgverleners, of managers. Die aansluiting kan ook negatief zijn: het concept vormt dan een bron van tegenspraak tegenover de bestaande praktijk. Dat is niet erg: ook dan heeft het concept morele betekenis als contrastervaring en is in die zin betekenis-

vol. Aansluitend bij Ten Bos krijgt de voorstelling van een handelingsgerichte ethiek dan het karakter van een utopie, van een voorstelling die *geen* plaats heeft maar daardoor juist attendeert op mogelijkheden en onmogelijkheden van de actuele praktijk. Sommigen zullen zeggen dat de voorstelling dan haar zeggingskracht verliest. Dat valt te betwijfelen: wil men recht doen aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen in praktijken, dient de utopie vooral utopie te blijven.

10.1.2 Betekenisvolle termen

De opgave van de ethicus bestaat volgens Zwart niet alleen uit het aanreiken van *beelden* maar tevens uit het identificeren van betekenisvolle *termen*. Eventueel verduidelijkt door een raster van aanpalende begrippen waarin ze zijn opgenomen. Deze opgave begrijp ik als tentatief. Uiteraard wordt een concept van een praktijkgerichte ethiek zoals ik dat in de vorige paragraaf schetste, voor een belangrijk deel bepaald door allerlei termen en begrippen die in samenhang het concept schragen maar of ze betekenis hebben, is afhankelijk van toetsing in een communicatieve praktijk. Hoewel ik ervan uitga dat deze studie staat in een spoor van communicatie en praktijkonderzoek, voor een deel nog bevestigd door praktijkgebonden literatuur, kan tegelijkertijd worden vastgesteld dat de uitkomsten nog amper een lezer hebben ontmoet en in die zin geen bevestiging hebben gevonden. Maar ook geen verwerping. Of termen en begrippen die ik in deze tekst gebruik om het concept te schragen, worden herkend als betekenisvol in de zin die er in deze studie aan wordt gegeven, is dan ook onzeker. Behalve natuurlijk wanneer ze worden gehanteerd op een manier die het gebruik in bestaande praktijken weerspiegelt. Maar ook dan vraagt dat om bevestiging in een sociaal proces,

Toch is het zinvol om aan het einde van deze studie enige kernbegrippen te identificeren en die aan elkaar te relateren. Met name om misverstanden uit de weg te ruimen en de hoofdlijn van het betoog te illustreren. Aan het begin van het onderzoek heb ik een aantal begrippen benoemd en met elkaar in een verondersteld verband gezet. Nu gaat het erom dat verband nader te expliciteren.

Kernbegrip: handelen

Het veronderstelde kernbegrip in het concept is 'handelen'. Dat wordt in deze studie op een specifieke wijze begrepen en onderscheiden van 'arbeiden' en 'werken'. Het karakteristieke van handelen is 1. dat het zich *tussen* mensen afspeelt en 2. dat zich in dat 'interactief proces' een breder maatschappelijk verband manifesteert. In het taalspel van Arendt waaraan de term is ontleend, wordt handelen dan ook exclusief verbonden aan de sfeer van 'de politiek' of zoals Mouffe zegt, 'het politieke'. In deze studie wordt die politieke connotatie gehandhaafd voor het handelen in maatschappelijke sferen die bij een eng begrip van de politiek - al datgene wat de staat betreft - buiten de politiek zouden vallen: de gezondheidszorg reken ik tot een dergelijke sfeer. Maar ook het onderwijs en het recht. Ik heb terloops verschillende termen gebruikt om de link tussen deze sfeer en de gezondheidszorg te duiden:

‘civil society’, ‘publiek’, ‘prepolitiek’. De gezondheidszorg heb ik in dat kader onder meer geduid als een ‘res publica’ en als een ‘steunbeer’ van de samenleving.

Zorgen

Professioneel ‘zorgen’ voor een ander met betrekking tot diens gezondheid, werd in lijn met dat handelingsbegrip gezet: 1. Zorgen wordt dan handelen: een interactief proces dat zich analoog aan de politiek *tussen* mensen afspeelt 2. Zorgen voor een andere burger met betrekking tot diens gezondheid brengt vervolgens nog tot uitdrukking dat degene voor wie wordt gezorgd, ondanks ziekte of handicap ‘maatschappelijk betekenis’ heeft. In dit tweede punt wordt benadrukt dat zorgen een sociaal-politiek karakter heeft en daarom ook is onderworpen aan processen van ‘publieke verantwoording’. Individuele zorgverlening heeft anders gezegd maatschappelijk betekenis als publieke dienstverlening.

Zorg kwalificeren als ‘handelen’ wil niet zeggen dat zorg als proces geen kenmerken zou kunnen hebben die het op ‘werken’ doen lijken, of op ‘arbeiden’. Verzorgende beroepen worden vanwege het ‘cyclisch karakter’ traditioneel geassocieerd met ‘arbeiden’ en geneeskunde vanwege het meer ‘lineaire karakter’ met ‘werken’. Het meest bepalende is evenwel de vormgeving van het actuele proces zoals dat zich in ‘de praktijk’ onder meer ontwikkelt op geleide van de interacties tussen zorgverlener en patiënt. Dat vormt de zorg om tot handelen - ook als zij op werken lijkt of op arbeiden - en karakteriseert haar ‘logica’.

Deze definiëring van zorgen heeft onmiddellijk consequenties. Bijvoorbeeld voor het begrip van *professionaliteit* en in samenhang daarmee voor de definiëring van *ethiek* en van de *zorgorganisatie*. Immers, de opdracht om adequaat te handelen in de zorg - om te reageren op de reacties van de patiënt op de geboden zorg door deze aan de hand van de beschikbare kennis en vaardigheid zodanig bij te stellen dat zij een zo goed mogelijke voortgang vindt - vergt (de ontwikkeling van) een goed ‘oordeelsvermogen’. Wil de zorgverlener van zijn arbeid of van zijn werk handelen maken, dan dient hem ook de ‘discretionaire ruimte’ te worden toegekend om handelend in de zorg eigen keuzen te maken. Biedt het eerste aspect - van het goede oordeelsvermogen - aanknopingspunten voor de formulering van een toegepaste ethiek die professionals ondersteunt in hun handelen, het tweede aspect - van de discretionaire ruimte - verwijst naar een bepaalde inrichting van de organisatie. Achtereenvolgens ga ik op de drie genoemde begrippen in.

Professionaliteit

In het alledaagse spraakgebruik wordt ‘professioneel’ steeds meer vereenzelvigd met een algemene kwalificatie voor ‘goed werk’. De traditionele associatie met bepaalde beroepen in de publieke sfeer, neemt af en daarmee ook de vanzelfsprekende connotatie met ‘moraal’. In de context van een denken over zorgen in termen van handelen, houdt de term ‘professionaliteit’ wel betekenis. Ook in morele zin. Vergeleken met het verleden komt daarbij minder nadruk te liggen op de sociologische kenmerken en meer op de kwaliteit van de ‘individuele praktijkvoering’. Maar wat betekent dat dan?

In de eerste plaats duidt professionaliteit in deze context op het vermogen van individuele zorgverleners om in concrete zorgsituaties adequaat om te gaan met de vragen die zich voordoen: welke richting gaan wij (zorgverlener en patiënt) praktisch uit? Hoe reageer ik in mijn aanbod op de vragen en reacties van de patiënt? Wat is hier en nu het goede om te doen? Wat begrijpt de patiënt als het goede? Professionaliteit van de beroepsuitoefening krijgt, wanneer zorgen wordt benaderd in termen van handelen, in de beantwoording van deze praktijkvragen zijn doorslaggevende betekenis. In 'de kunst om beslissingen te nemen' en verschil te maken tussen individuele zorgsituaties, komt ze het meest aan het licht. Die 'kunst om verschil te maken' en hier en nu het goede te doen, met en tegenover deze patiënt, staat niet op zichzelf, maar veronderstelt minimaal een 'praktisch oordeelsvermogen'.

In de tweede plaats dient professionaliteit te worden geassocieerd met 'reflectie'. Niet alleen omdat het praktisch oordeelsvermogen reflectie veronderstelt ten aanzien van de zorgsituatie waarin actueel moet worden gehandeld maar ook omdat het op basis van reflectie wordt gevormd. Daarom kan het praktisch oordeelsvermogen ook worden gekwalificeerd als een 'reflectief oordeelsvermogen'. Het wordt gevormd én onderhouden door middel van 'zelfkritische reflecties' ten aanzien van de eerdere praktijkervaringen. Met als kernvraag: hoe verhoudt mijn handelen zich tegenover de ideaalbeelden die ik van mijzelf in mijn rol als zorgverlener hanteer? Het heeft zowel betrekking op de technische aspecten van het handelen als op de morele. In deze vorm van handelingskritiek ligt een uitgesproken link met de ethiek.

In de derde plaats veronderstelt professionaliteit vormen van 'zelfsturing' door het expliciteren en kritisch bevragen van de 'regels' die het handelen normeren. Daarmee wordt zichtbaar hoe de professionele 'verantwoordelijkheid' door de beroepsbeoefenaars wordt begrepen en stellen zij zich open voor kritiek door anderen. Om te beginnen voor die van hun patiënten. Dit element van de 'explicitering van regels' staat niet geheel op zichzelf, maar heeft ook te maken met het volgende aspect.

In de vierde plaats duidt professionaliteit namelijk op een vorm van beroepsuitoefening die 'publieke betekenis' heeft: in de praktijk van deze beroepsuitoefening worden waarden bekrachtigd die betekenisvol zijn voor de opbouw van de samenleving als geheel. Uiteraard kan men zich afvragen of dat niet voor allerlei vormen van beroepsuitoefening geldt in allerlei uiteenlopende sectoren. Dat kan zijn, maar er zijn verschillen. De maatschappelijke binding van 'institutionele praktijken' zoals van de gezondheidszorg dient anders beoordeeld te worden dan die van louter commerciële ondernemingen. Dat blijft ook het geval, wanneer de laatste zich profileren als 'maatschappelijk onderneming'. Eveneens zijn er verschillen in de praktijklogica's van institutionele voorzieningen: de gezondheidszorg kent andere kernprocessen dan het onderwijs of het recht. Die verschillen dienen tot uiting te komen in de manier waarop 'verantwoordelijkheid' wordt aanvaard en 'verantwoording' afgelegd. Hier ligt een volgende associatie van professionaliteit met ethiek.

Ethiek

Een 'praktijkgerichte ethiek' die professionals in de zorg ondersteunt bij het vormgeven van hun praktijk, dient, uitgaande van een visie op zorg als een vorm van handelen, aan te sluiten bij de opgave van de professionals om zichzelf en hun praktisch oordeelsvermogen te (blijven) vormen aan de hand van kritische reflecties op de eigen praktijkervaringen. Als 'systematische reflectie op de praktijk' kan een praktijkgerichte ethiek niet voorbijgaan aan het 'zelf denken' van de professionals over het eigen handelen. Dat zelf denken van de professionals kent een tweetal dimensies. Naast de 'technische praktische rede' staat de 'morele praktische rede': heeft de eerste dimensie betrekking op de plek van het handelen in een grotere reeks en op de mate waarin het handelen fungeert als middel om een verondersteld doel te bereiken ('doelrationaliteit'), de tweede dimensie heeft betrekking op de betekenis die het handelen praktisch heeft voor de betrokkenen en op de waarden die al doende in het handelen tot uitdrukking worden gebracht ('waarderrationaliteit').

Wil ethiek als 'ondersteunende discipline' effect hebben op praktijken, dan kan zij zich niet losmaken van de centrale opgave van de professionals om in concrete handelingsituaties praktijkervaringen reflectief te verbinden met de juiste kennis en de daarvan afgeleide praktijknormen. Datzelfde geldt voor een 'ethiekbeleid' dat in organisaties wordt ingezet om de 'kwaliteit' van de praktijkvoering in die organisaties te verbeteren. De focus van een 'ondersteunende ethiek' en van een door de organisatie ingezet 'ethiekbeleid' zal daarom moeten liggen bij de versterking van dat zelf denken in de context van de praktijk. Dat vraagt om het organiseren van gepaste leerprocessen. Bijvoorbeeld om de technisch praktische rede adequaat te leren onderscheiden van de morele praktische rede. Daarover is vaak verwarring. Maar het gaat om meer. Om te onderstrepen dat de aandacht vooral uitgaat naar de ondersteuning van praktijken, schreef ik in dit verband over een 'morele pragmatiek'. Die kent een drietal basiselementen: 1. Verhelderen van 'patronen van verantwoordelijkheid', niet alleen op het niveau van 'individuele casus' maar ook op dat van 'de organisatie van de zorg'. 2. Het uitgaande van de praktische ervaring doorvoeren van 'ethisch handelingsonderzoek' naar nieuwe praktijken en routines en 3. Door middel van 'casuistry' verhelderen van 'ethische klem-situaties' en het identificeren van voorbeeldige morele 'narratieven'.

De ontwikkeling van een dergelijke morele pragmatiek vraagt dat de ethicus zich niet op een afstandelijke manier, als een objectief 'waarnemer' buigt over de praktijk. In plaats daarvan past een meer participatieve houding. Als 'kritisch deelnemer' aan de praktijk ondersteunt de ethicus de professionals bij hun eigen 'leerproces' van 'morele' of 'normatieve professionalisering' of bij het formuleren van lokale 'praktijktheorieën'. Door de ondersteunende activiteiten - zoals het aanreiken van gespreksmethodes, het initiëren van onderzoek - gericht te koppelen aan de reflectieve activiteiten van de professionals zelf, ontwikkelt zich een specifieke ethiekpraktijk: de ethiek wordt 'embedded'.

Organisatie

Wil zorgen de gestalte kunnen aannemen van handelen, dan vergt dat minimaal de toekenning van een discretionaire ruimte aan de beroepsbeoefenaar om zelf als zorgverlener keuzen te kunnen maken en expressief in samenwerking met zijn patiënten, vorm te kunnen geven aan de zorg. Bij zo'n visie op zorg als handelen hoort een specifieke voorstelling van organiseren en managen. Omdat ik in de vorige subparagraaf al ben ingegaan op deze voorstelling van organisatie en managen, beperk ik me vooral tot enkele begrippen die daar nog niet aan de orde zijn geweest. De 'representatie' of 'voorstelling van de organisatie' is op zichzelf al een belangrijk 'managementinstrument'. Uitgaande van het idee van de organisatie als 'sociaal construct', passen termen die de organisatie beschrijven als construct, zoals 'systeem', of 'ding' of 'machine' en 'machinebureaucratie' beter bij een definitie van zorgen als 'arbeiden', dan bij een definitie van zorgen als 'handelen'. Bij zorgen als handelen passen typering van de organisatie als 'actornetwerk' of 'proces', maar ook klassiekers als 'professionele bureaucratie' of 'adhocratie'. Met de verwijzing naar een karakterisering van Boutellier van de samenleving als geheel kan de zorgorganisatie ook goed worden aangeduid als een 'improvisatiemaatschappij': een samenwerkingsverband waarin op geleide van bewegingen in de praktijk zelf wordt gewerkt aan de opbouw en continuering van de organisatie. Is het eerste deel van het begrip (improvisatie) betekenisvol in zijn verwijzing naar het exploratieve en tentatieve karakter van organisaties en de betekenis van handelen daarin, het tweede deel (maatschappij) is evenzeer betekenisvol in zijn verwijzing naar de verhouding tussen de deelnemers. '(Improvisatie) maatschappij' heeft dan ook een andere connotatie dan (improvisatie)netwerk: duidt 'netwerk' op de nodale structuur van de organisatie, 'maatschappij' impliceert dat er sprake is van een ordening van mensen die niet zomaar vanzelf bestaat maar op enigerlei wijze moet worden onderhouden. Tevens zegt het wat over de verhouding tussen de mensen die met elkaar die maatschappij vormen: zij zijn maten. Of gezellen, wanneer we afgaan op het Duitse begrip van 'die Gesellschaft'. Duidt dat op een formelere ordening dan in een gemeenschap ('Gemeinschaft') - die is immers ideaaltypisch niet te organiseren maar doet zich voor, bestaat - het is een ordening die goed aansluit bij de sfeer van de 'civil society': een type samenleving dat bestaat bij de gratie van een moedwillige overeenkomst tussen haar leden. Managen verliest in een dergelijke organisatie 'maakkarakter' en wordt een praktische activiteit tussen mensen, een morele praktijk die nauw aansluit op die van de zorg zelf zonder ermee samen te vallen.

10.1.3 Evaluatie

Het verhaal is niet af. Er is schetsmatig een richting aangegeven. De manier waarop dat is gebeurd, zal bij sommigen vragen oproepen. Ik noem een enkel punt. Zoals wel vaker in filosofische teksten, is de conceptuele voorstelling die in deze studie werd ontwikkeld, voor een belangrijk deel opgehangen aan dialectische te-

genstellingen. Dat heeft onder meer te maken met de gekozen methode. Zo kwam waarderationeel tegenover doelrationeel te staan, betekenis tegenover nut, moreel tegenover amoreel, politiek tegenover a- en antipolitiek, waarnemer tegenover deelnemer, Platoons tegenover Aristotelisch, technocratisch tegenover democratisch enzovoort.¹ Overigens bleef het daar niet bij. Er werd immers ook gezocht naar een manier om met die tegenstellingen om te gaan. In plaats van tegenstellingen werd het thema verbindingen en parallellen: hoe verhouden 'ethiek', 'zorg' en 'organisatie' zich ten opzichte van elkaar? Wat betekent een bepaalde definitie van zorgen voor de inrichting van de organisatie? En voor de vormgeving van een ethiekbeleid in de organisatie? Kan 'handelen' een goede sleutel zijn, waarmee de drie relevante dimensies van een ethiekpraktijk in de zorg kunnen worden ontsloten? En wel zo dat tegenstellingen die zich in de zorgpraktijk voordoen, beter hanteerbaar worden?

Die werkwijze resulteerde weliswaar in een concept voor een praktijkgerichte ethiek maar het belangrijkste houvast voor de kwaliteit van dat concept is buiten haar evocatieve waarde niet veel meer dan de interne coherentie (Vgl. Boutellier 157; Walker 1989). Uiteraard zijn er ook verwijzingen naar andere bronnen, zodat er ook aanwijzingen zijn voor externe coherentie. Dat betrof bijvoorbeeld het verschijnsel beroepszeer en de ontwikkelingen in het ethiekbeleid van zorginstellingen. Toch kan men zeggen dat de link met de empirie in strikte zin ontbreekt (zonder dat daarmee is gezegd dat er geen verband zou zijn met beleefde praktijken).

Is dat erg? Los van de vraag of het thema van dit boek, een specifieke inrichting van de ethiekpraktijk in relatie met voorstellingen van de gezondheidszorg, wel empirisch onderzoekbaar is, is aan de primaire inzet van de studie voldaan: tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in de zorg een praktijkconcept schetsen dat betrokkenen in het veld kan ondersteunen om zich een adequate voorstelling te maken van hun activiteiten: hoe ziet een verantwoorde ethiekpraktijk eruit? Hoe kan ik mijn verantwoordelijkheid als ethicus in deze begrijpen? Of als manager?

Heeft een dergelijk concept daarmee betekenis? Die vraag kan alleen in lijn van de veronderstellingen van deze studie alleen maar in de praktijk zelf worden beantwoord: de beslissing over de praktische betekenis van een handelingsgerichte ethiek wordt nergens anders genomen dan daar. Waarmee overigens nog niets is gezegd over enig nut van het concept.

Is dat erg? Afhankelijk van het perspectief dat men inneemt, zal het oordeel daaromtrent verschillen. Uitgaande van het perspectief van deze studie is nut een categorie van beperkte betekenis omdat zij de praktijk, zoals ik die heb opgevat, grotendeels te buiten gaat.

¹ Waar een groot filosoof als Kant opmerkt dat critici hem betichtten van het simplificerend gebruik van driedelingen op het gebied van de zuivere filosofie, dienen eenvoudiger denkers het met tweedelingen te doen (Vgl. Kant 2005 b, 273).

10.2 Implicaties van een handelingsgerichte ethiek

Introductie

In deze paragraaf worden enkele implicaties weergegeven van deze voorstelling van een handelingsgerichte ethiek in de zorg. Daarbij concentreer ik me op de consequenties voor ethici en practici. Men kan zich afvragen of die afbakening niet te beperkt is. Het beeld van een handelingsgerichte ethiek staat immers niet op zichzelf. De opvattingen over de gezondheidszorg die ermee samenhangen, als een 'res publica', gaan uit van duidelijke veronderstellingen over de betrokkenheid van anderen, om te beginnen patiënten. Ook worden door de nadruk op het (sociaal-)politieke karakter van de zorg verwachtingen gecreëerd over de betrokkenheid van burgers en anderen bij de opbouw van de organisatie. Dient daar niet iets meer over te worden gezegd dan ik in het voorbijgaan heb gedaan? Zeker, maar tegelijk kan men zich afvragen of het onderwerp het bereik van deze studie in strikte zin niet te buiten gaat. Daarom zal ik er slechts beperkt aandacht aan besteden.

10.2.1 Implicaties voor ethici en practici

De voorstelling van een handelingsgerichte ethiek die aansluiting zoekt bij de reflectie van professionals in praktijken, schept bepaalde rolverwachtingen. Deze betreffen niet alleen de ethicus maar ook de professionals in de zorg, zowel zorgverleners als managers. Bij de opzet van het ethiekbeleid dient daarmee rekening te worden gehouden. Niet in de zin dat eraan moet zijn voldaan om een adequaat ethiekbeleid op te starten. Wel in de zin dat de beleidsontwikkeling er hoe dan ook door zal worden beïnvloed. Om wat voor rolverwachtingen gaat het nu? En hoe zou daarop moeten worden ingespeeld?

Ethiek als praktijk

Willen ethici een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een ethiekbeleid van zorgorganisaties dat de handelingspraktijk en de reflectie op die praktijk door de professionals als uitgangspunt neemt, dan zullen zij zich op een specifieke manier tot die praktijk dienen te verhouden. Niet zozeer als experts met een uitgelezen kennis over bepaalde inhoudelijke thema's die in die praktijk spelen, maar als experts met kennis over leerprocessen op het gebied van de ethiek: hoe leren professionals van praktijken, welke methoden kunnen in deze context worden aangewend om hen verder te brengen in hun reflecties, welke aanknopingspunten liggen er in de overlegvormen die gebruikelijk zijn, hoe zijn de verantwoordelijkheden verdeeld, hoe worden normen gecommuniceerd, et cetera?

Uiteraard is deze kennis niet ontkoppeld van de expertkennis die de ethicus heeft van inhoudelijke onderwerpen in de zorg en van de manier waarop deze vanuit de ethiek kunnen worden gethematiseerd. De nadruk valt echter op de contextgebonden kennis zoals die zich in de professionele praktijk zelf ontwikkelt

als kennis van degenen die met elkaar die praktijk vormgeven. Niet het *theoretisch oordeelsvermogen* van de ethicus over inhoudelijke zorgvragen staat centraal maar het *praktisch oordeelsvermogen* van de professionals en de vorming daarvan. De vraag, hoe kunnen we professionals ondersteunen om hun praktijk beter vorm te geven met behulp van de door henzelf kritisch geformuleerde waarden en normen, is daarom leidend voor een op de zorg toegesneden ethiek. Dat resulteert in twee belangrijke aandachtspunten voor de ethicus: de ontwikkeling van het praktisch oordeelsvermogen van de professionals, ook in kritische zin, is het primaire onderwerp van een handelingsgerichte ethiek. Afgeleid daarvan gaat het om het kritisch onderzoeken en expliciteren door de professionals van de waarden en normen die in een bepaalde praktijk worden gehanteerd: welke betekenis hebben de geëxpliciteerde normen voor de morele vormgeving van de praktijk? Op het niveau van de gehanteerde routines? Of bij klemsituaties die worden ervaren? Hoe verhouden ze zich tot de ideaalbeelden van de zorg die worden gehanteerd? Is er tegenspraak? In welke mate verdienen ze op geleide van de evaluatie van de praktijkervaringen door patiënten en professionals om bijstelling?

Ethiekpraktijk en zorgpraktijk

De ethiek beweegt zich richting praktijk. Een handelingsgerichte ethiek veronderstelt daarbij een bepaald beeld van de ethiekpraktijk dat niet zeer afwijkt van het beeld van de zorg zelf: net zoals zorgen is de ontwikkeling van een ethiekpraktijk te beschouwen als een dialectisch proces dat zich afspeelt in de lokale zorgcontext tussen ethici en professionals, respectievelijk managers. Aansluitend op hun leerbehoeften neemt 'aan ethiek doen' de gestalte aan van een cyclisch leer- en onderzoeksproces: daarin voeren ethici op geleide van hun kennis en vaardigheden, gerichte programmatische activiteiten uit die door de professionals als behulpzaam worden ervaren voor het vormgeven van de zorg conform hun eigen, kritisch getoetste normen en de ontwikkeling van hun reflectieve vaardigheden. Zo raakt de ethiek 'embedded'. Met eigen beelden van de academische praktijk en de wetenschappelijke theorievorming als gevolg. Enerzijds spitst die zich toe op de ontwikkeling met de professionals van lokale ethische praktijktheorieën en het articuleren van lokale zorglogica's, anderzijds richt zij zich op de ontwikkeling van ondersteunings- en leerstrategieën met betrekking tot het praktisch oordeelsvermogen en de ethische regelgeving in de praktijk. Naar mijn indruk staat de ontwikkeling op dit gebied nog in de kinderschoenen.

Doelrationeel handelen

Net zoals andere vormen van zorg zal ook een contextgebonden ethiekpraktijk worden gekenmerkt door bepaalde vormen van doelrationeel handelen: er dient bijvoorbeeld duidelijkheid te komen over een bepaald zorgbeleid en de normen die daarbij gelden. Desalniettemin zal een handelingsgerichte ethiekpraktijk niet louter technocratisch kunnen worden ingericht: in de omgang met de professionals zal de ethicus zich moeten laten leiden door een waarderationele binding aan de zorgpraktijk waarin hij ondersteuning biedt. Met andere woorden: ook de mo-

raal van de ethicus blijft in een handelingsgerichte ethiekpraktijk niet buiten beeld. Net als de manager kan de ethicus zich niet opstellen als een amorele kennisexpert zonder enige binding aan de praktijk.

Morele professionalisering

De verwachtingen over de rol van de ethicus die samenhangen met een handelingsgerichte ethiek hebben een tamelijk uitgesproken karakter. Ze verdienen verder onderzoek onder meer met betrekking tot de aanspreking van de ethicus op diens praktijknormen. Die aanspreking past hoe dan ook bij een zorgpraktijk waarin ook de professionaliteit van de zorgverleners prominent op de agenda staat en wel als een normatieve kwestie. Zoals de professionele zorgverleners worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid om (moreel) positie te kiezen in de zorg en de beslissingen die door hen worden genomen, te verantwoorden, wordt ook de ethicus gevraagd zijn keuzen te expliciteren. Datzelfde geldt voor de managers. Ook hun wordt gevraagd hun keuzen te expliciteren, niet alleen in technische maar ook in morele zin. Om te beginnen voor zichzelf, vervolgens in de communicatie met anderen. Niet achteraf maar in de loop van de processen zelf. De verantwoordingspraktijk wordt daardoor meer dan het doorlopen van allerlei administratieve procedures die achteraf aantonen dat tijdens de uitvoering van de zorg is voldaan aan externe parameters. Zij raakt intrinsiek verweven met de uitvoerings- en managementpraktijk zelf als een van de elementen van kritische zelfsturing.

Ruimte voor een handelingsgerichte ethiek?

Is het ideaal helder, de vraag is of het niet op gespannen voet staat met de ontwikkelingen in de zorg zelf. Is het met andere woorden niet vooral een contrastbeeld?

Hoe verhoudt het zich bijvoorbeeld tot de steeds verder gaande arbeidsdeling in de verpleegkundige en verzorgende beroepen, waarbij de toedeling van het werk wordt opgehangen aan de complexiteit van geïsoleerde arbeidstaken?

Hoe verhoudt het zich verder tot de dominante interpretaties van kwaliteit? Hoeveel ruimte is er in het beleidsmatig denken over de kwaliteit van zorg voor de erkenning van de betekenis van verhalen voor de zorg? Of voor de koppeling van systeemkwaliteit aan de persoonlijke kwaliteiten van de zorgverleners?

Vervolgens: hoe verhoudt het ideaalbeeld zich tot een managementpraktijk waarin bestuurders niet het bijzondere van de zorg beklemtonen als karakteristiek van hun praktijk maar de overeenkomst met het (internationale) bedrijfsleven? Bijvoorbeeld in discussies over de beloning?

En ten slotte wat betreft de ethiek zelf: in hoeverre weten ethici die zich in dit veld bewegen, zich gesteund door vakgenoten die meer afstand bewaren ten opzichte van de (klinische) praktijk? Bijvoorbeeld op het gebied van de ontwikkeling van reflectiemethoden? Of meer fundamenteel betreffende vragen over de verhouding tussen theorie en praktijk, tussen een vakethiek en een beroepsethiek?

Het zijn allemaal vragen die een contrast suggereren dat aannemelijk maakt dat een handelingsgerichte ethiek weinig kans maakt 'in de praktijk' en daarom

misschien beter kan worden vervangen door een andere vorm van ethiekbeleid: meer sturend, meer voorschrijvend, meer paternalistisch, meer technocratisch.

Een sturende ethiek?

De vraag die dat oproept is in hoeverre er bij zo'n sturend ethiekbeleid nog wel sprake is van 'ethiek'. Loopt een louter voorschrijvende ethiek niet uit op een contradictie? Beschouwd vanuit het perspectief van het concept van een handelingsgerichte ethiek, dient de eerste vraag ontkennend en de tweede bevestigend te worden beantwoord. Het typerende van een morele benadering van praktijken is nu juist dat er kritisch stelling wordt genomen tegenover een visie die praktijken reduceert tot systemen of constructen die worden gedirigeerd door wetmatigheden welke noodzakelijk leiden tot voorspelbare ontwikkelingen. Wil een ethiekbeleid de moraliteit van mensen ernstig nemen, dan vergt dat het verkennen van de handelingsruimte van en met mensen. Zo scheidt een morele benadering ruimte om invloed te laten gelden en te zeggen dat er terdege verschil kan worden gemaakt met de manier waarop gisteren werd gehandeld of eergisteren; dat de mensen van vandaag nooit helemaal dezelfde zijn als die van gisteren; dat de omstandigheden verschillen en situaties anders kunnen worden gedefinieerd. Een ethiekbeleid dat daartegenover de handelingsruimte van mensen verkleint door alleen nog voor te schrijven hoe men zich heeft te gedragen, verdient mijns inziens de kwalificatie *ethiekbeleid* niet.

Toch niet liever een esthetiek?

Anderen zullen tot een ander oordeel komen. De ethiek is nu eenmaal een huis met verschillende kamers: een huis dat daarenboven in het veld van de zorg ook niet bij iedereen kan bogen op een goede naam: ethiek zou te vaag zijn, te beladen, te moeilijk, te academisch, te beperkend, te veel gefocust op wat er allemaal mis is. Men zou zich daarom kunnen afvragen of het toch niet beter is om via andere benaderingen vernieuwende effecten in de zorg te realiseren. Ook op het vlak van de professionele rolinvullingen. Zo heb ik gewezen op het pleidooi van een aantal organisatietheoretici om de dwingende rationalistische managementpatronen te doorbreken met een beroep op de esthetica. Volgens de opvattingen van Weber wordt daarmee al een streng doelrationeel handelen doorbroken: een beroep op esthetische waarden als scheidsrechter in de besluitvorming opent de deur in de richting van een waarderationeel handelen. Een dergelijke verbreding van perspectieven helpt het management om te komen tot meer adequate oordelen over de situaties waarin het wordt verondersteld te handelen. Net zoals een breed begrip van rationaliteit dat de betekenis van emoties en intuïties waardeert, dat doet. Hoe waardevol ook, een dergelijke verbreding van het oordeel betreft echter nog niet de moreel praktische rede. Het gaat vooral om een rijker begrip van de handelings situatie bij de centrale actor, de manager. Hoewel die epistemologische verrijking van de besluitvorming moreel gesproken wel betekenis heeft, doet zij nog geen recht aan de handelingsperspectieven van hen die het meest betrokken zijn bij de praktijk, patiënten en zorgverleners. Evenmin wordt recht gedaan aan

het publieke belang van de institutionele gezondheidszorg. Wie aan het perspectief van patiënten en zorgverleners en daardoorheen aan de publieke dimensie van de zorg recht wil doen, zou voor een andere, meer morele waardeoriëntatie moeten gaan. Dat bij de uitwerking daarvan gebruik kan worden gemaakt van diverse invalshoeken is geen punt. Dat past bij de dynamiek van een veranderlijke samenleving, een improvisatiemaatschappij, maar het is in zich onvoldoende om vertrouwen in de zorg als zorg te genereren.

Evaluatie: de complexiteit van een interactieve ethiekpraktijk.

Uitgaan van een handelingsgerichte ethiek als richtinggevend ideaal voor de opzet van een ethiekbeleid in zorgorganisaties, resulteert niet in een heldere blauwdruk voor de praktijk. Een universeel programma of standaard die voorziet in eenvoudige oplossingen is simpelweg niet gegeven. Zelfs wanneer op lokaal niveau in een bepaalde organisatie een goed resultaat is geboekt met een bepaalde werkwijze, betekent dat niet dat deze werkwijze zomaar kan worden gekopieerd naar andere situaties. Het ernstig nemen van het contextuele karakter van lokale praktijkontwikkelingen verhindert dat. Uiteraard kunnen ethici en practici geïnspireerd raken door de verhalen over zogenaamde 'best practices', maar het typerende van een 'best practice' is, dat zij nu juist als praktijk onherhaalbaar is, uniek. 'Best practices' werken hoogstens als normatieve idealen. Ook al zijn ze in strikte zin niet utopisch, ze kunnen maar beter als utopie op afstand worden gehouden. Wanneer bepaalde programma's aanslaan in de ene situatie, zegt dat niet veel over de werking in andere. De ontwikkeling van een reflectieve praktijk in een bepaalde zorgpraktijk blijft nu eenmaal steeds een kwestie van lokaal improviseren, niet alleen wat betreft de inhoud van het beleid en de rolontwikkeling van de betrokken partijen maar ook voor wat betreft de articulatie van de moraal. In dat opzicht is het ook geen werkelijk probleem wanneer de condities met betrekking tot de implementatie van een handelingsgericht ethiekbeleid niet ideaal lijken. Of de condities nu ideaal zijn, of niet, beginnen met een 'embedded ethiek' kan altijd. Het vraagt altijd om praktisch improviseren. Waartoe dergelijke improvisaties vervolgens zullen leiden, blijft afwachten. Veel zal afhangen van de wijze waarop de onderlinge betrokkenheid tussen de organisatieleden wordt begrepen: is er bijvoorbeeld sprake van enige verbondenheid of maatschappelijkheid? Hoe definiëren we in het doen onze verantwoordelijkheid?

10.2.2 Consequenties voor patiënten, burgers en buitenlui?

Het concept van een handelingsgerichte ethiek voor de zorgorganisatie, hanteert in de kern een beeld van zorg als een publieke dienst die wordt waargemaakt in de zorgpraktijk tussen patiënten en zorgverleners. Gekoppeld aan het beeld van de organisatie als een open actornetwerk, als een improvisatiemaatschappij die rond die kern van de zorg wordt opgebouwd, brengen de sociaal-politieke connotaties die aan deze visie zijn verbonden, ook een bepaalde kijk met zich mee op de be-

trokkenheid van burgers bij de opbouw van de zorgpraktijk. Mede gelet op actuele ontwikkelingen in de samenleving, verdient dit aspect aandacht. Omdat het thema al bij verschillende andere auteurs in verschillende toonaarden - Tonkens, Trappenburg, Van den Brink, Van der Lans, Mol - een adequate uitwerking heeft gekregen beperk ik me tot een enkele opmerking vanuit ethisch perspectief.

De sfeer van de gezondheidszorg en de rol van patiënten

Het positioneren van professionele gezondheidszorg in een publieke sfeer - met een articulatie van zorg als een interactief proces dat ook het ontvangen van zorg als dynamisch handelen begrijpt en niet als een passief ondergaan - impliceert verwachtingen over de rol van patiënten. In de praktijk van de diabeteszorg, zo benadrukt Mol, worden zij aangesproken als mensen die voor de praktische opgave staan om met die ziekte of handicap om te (leren) gaan. Zorgen is voor hen dan ook geen passief ondergaan maar een actief omgaan met de ziekte of de handicap. De wijze waarop Mol de rol van de patiënt als actor beschrijft, is exemplarisch voor een handelingsgerichte definiëring van de zorg.

Het is een typisch beeld van actief zijn dat zich onderscheidt van andere beelden. Die hebben het publieke debat over de zorg en de beleidsvorming de laatste decennia veel meer gedomineerd. Zoals het beeld van de kooplustige klant die zich aan de hand van zijn wensenpakket een weg baant op de zorgmarkt en koopt wat hij aan producten of diensten aantrekkelijk vindt. Er zullen vele burgers zijn die zich aangesproken voelen door dit beeld van de vrije, ongebonden consument. Zij stellen zich bijvoorbeeld voor hoe zij naar eigen goeddunken, op basis van hun verzekeringsarrangement een keuze kunnen maken uit de reeks producten of diensten die voor hun gezondheidssituatie de beste koop lijken in te houden. Daarbij wensen zij vooral niet te worden gehinderd door opdringerige professionals die hen in hun vrijheid bedreigen. Andere burgers bekrachtigen hun onafhankelijke positie door te wijzen op de rechten die hun nu eenmaal bij wet zijn toegekend op het gebied van de gezondheidszorg: bepalen die niet de plichten van de zorgverlener om te leveren? Zonder allerlei mitsen en maren? Gewoon op basis van de wettelijke arrangementen die de burger beschermen?

Concurrerende beelden

Met andere woorden, tegenover de voorstelling van de zorg als een interactieve 'politieke' praktijk die zich gaandeweg ontwikkelt in de relatie tussen patiënt en zorgverlener en daarom principieel omgeven is met onzekerheid, staan andere voorstellingen met andere definities van de rol van de zorgontvanger: ook uitgesproken actief, ook gesitueerd in de publieke ruimte, aan de ene kant economisch, aan de andere kant ronduit politiek gekleurd.

Wanneer men het idee van een veilige gezondheidszorg hoog in het vaandel houdt, gaat het om heel begrijpelijke voorstellingen. In plaats van de onzekerheid te moeten vertrouwen op een evoluerende praktijk die wordt gedirigeerd door allerlei toevalligheden en door de relationele context waaraan ze is opgehangen, komt de zekerheid van een dichtgespijkerd contract over een doorzichtig product:

dat zal conform de afspraken worden geleverd door organisatie X te Y, die vorig jaar nog een hoge rang noteerde op de kwaliteitslijst van tijdschrift Z. Zo'n idee over productveiligheid heeft, hoeveel vraagtekens erbij kunnen worden gezet, veel betekenis voor mensen die zich ondanks hun stellige opstelling, vaak afhankelijk en onzeker voelen over de zorg. Zij mag daarom niet zomaar terzijde worden geschoven.

De moraal van patiënten

Dat hoeft ook niet. Maar er dient ook geen overdreven betekenis aan te worden gehecht, bijvoorbeeld door in de lijn van het ethiekbeleid van de instelling uitgesproken verwachtingen te formuleren over de houding van patiënten en hun morele betrokkenheid bij de zorg. Hoewel daar, gelet op bestaande praktijken in de zorg, niets mis mee lijkt - er wordt voortdurend in allerlei zorgsettings een appèl gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van patiënten - is er steeds een risico van moralistische aanspraken. Dat vraagt de aandacht. Zo druist het formuleren van algemene patiëntenplichten als een leveringsvoorwaarde voor de zorg in tegen de normatieve vooronderstellingen van een handelingsgerichte oriëntatie voor de zorg. Vooral omdat een zorgconcept dat handelen als kern heeft en dus uitgaat van een gepolitiseerde praktijk, zoveel mogelijk ruimte laat voor diversiteit en voor tegenspraak. Anders gezegd: dat patiënten andere zaken waarderen, anders denken over wat waardevol is in het leven, anders over zorg denken dan de professionele zorgverleners, geeft de praktijk als praktijk zijn diepste betekenis. Daarom mag het geen probleem heten wanneer patiënten andere opvattingen over de zorg hanteren dan de zorgverleners. De praktijk waarin zorgverlener en zorgvrager worden verondersteld tot overeenstemming te komen zal duidelijkheid dienen te geven over het verloop. Soms zal overeenstemming uitblijven en leidt het improviseren van zorgverleners en zorgontvangers tot niets. Het definiëren van een zorgrelatie in termen van handelen, van een politieke act, brengt dat vanzelf met zich mee.

De sfeer van de gezondheidszorg en de betrokkenheid van burgers

Maar hoe zit het met de betrokkenheid van patiënten bij de opbouw van de organisatie? Uitgaande van de metaforen die in het concept voor de zorgorganisatie zijn gebruikt, zoals Aristotelische organisatie, actornetwerk, improvisatiemaatschappij, is de vorming en besturing van de zorgorganisatie een thema dat vanuit de ethiek nader dient te worden opgepakt. Niet vanuit een geïsoleerd perspectief maar als een thema dat dient te worden gesitueerd in een complexe institutionele context. Een aantal kernaspecten is al aan de orde geweest. Zoals het idee dat de politisering van de zorgpraktijk ook een politisering van de organisatie met zich mee brengt. Bij de uitwerking daarvan is de aandacht vooral uitgegaan naar de interne managementprocessen: in het bijzonder naar de verhouding tussen managers en professionals. De verhouding van de zorgorganisatie met de sociaal-politieke omgeving waarin zij verkeert, is als zelfstandig onderwerp amper aan de orde geweest. Wil men het idee van een handelingsgericht ethiekbeleid serieus

nemen, dan dienen evenwel ook deze bestuurlijke aspecten van de opbouw van de organisatie een plaats te krijgen. Onder meer als vraag naar de manier waarop de democratisering van de zorgorganisatie zou moeten worden opgevat. En wat de rol daarbij zou moeten zijn van de diverse betrokkenen, zowel intern als extern. Die vraag wordt in de regel begrepen als een vraag naar de inrichting van bestuur en management en krijgt daarmee gemakkelijk een technocratisch aanzien. Er wordt gesproken over 'governance', over 'stakeholder-management', over methoden om medezeggenschap te regelen, om verbindingen te leggen tussen formele en informele vormen. Suggesties worden gedaan voor burgerfora om zo de betrokkenheid van burgers bij de ontwikkelingen te stimuleren. Ook al hebben deze voorstellen morele betekenis, in plaats daarvan zou men zich ook kunnen buigen over de vraag naar de democratische organisatie als een normatieve opgave en als een beleefde praktijk: hoe vormen we hier en nu, in deze lokale context, met de mensen die direct betrokken zijn, maar ook in de verwevenheid met allerlei instanties en overheden, een democratische zorgorganisatie die maatschappelijk vertrouwen wekt bij zowel patiënten als burgers? Hoe gaan we met verantwoordelijkheden om? Welke waarden hanteren we daarbij? Hoe verhouden deze zich ten aanzien van technocratische managementaspecten? Zoals het strategisch communiceren met concurrenten? Of de overheid? In welke mate spoort de manier waarop de organisatieprocessen worden vorm gegeven met de verwachtingen die men daarover in de organisatie heeft? En met die van anderen?

Varianten

Afhankelijk van de lokale omstandigheden zullen deze vragen verschillend door mensen worden beantwoord: in een instelling voor gehandicaptenzorg zullen intern en extern andere vormen van (onderlinge) betrokkenheid worden gecreëerd, dan in een academisch ziekenhuis, of een verpleeghuis. Afhankelijk van de manier waarop professionaliteit wordt begrepen, de mate waarin het leven van patiënten wordt getekend door ziekte en handicap, van de betrokkenheid van anderen, de vluchtigheid of juist de chroniciteit van de zorg, de verwevenheid van de instelling met de sociale omgeving, de verhouding met lokale en landelijke overheden, zal de manier waarop de zorg wordt gegeven en de organisatie wordt opgebouwd verschillen. Toch kan men zich afvragen of er in de wijzen waarop de zorg wordt 'vermaatschappelijk', geen overeenkomsten kunnen worden gevonden die iets kunnen zeggen over de dragende waarden van deze processen.

Analoog aan 'de logica van het zorgen' zou men deze vraag naar de dragende waarden kunnen beschouwen als een vraag naar 'een logica van het democratisch organiseren'. Die term past bij een begrip dat ik aan Boutellier ontleende, namelijk van de sociale ordening. Eerder gaf ik aan dat hij sociale ordening opvat als een relatief autonoom proces waarvan de logica vooral ligt opgesloten in de onoverzichtelijkheid van de huidige samenleving. Improviseren is het werkwoord dat deze onoverzichtelijkheid hanteerbaar maakt. De opbouw van een zorgorganisatie is wel te beschouwen als een element in dat brede proces van sociale ordening, maar kent gelet op de institutionele betekenis van de zorg een meer normatieve

oriëntatie. Te midden van alle dynamiek en bewegingen die plaatsvindt, krijgt het improviseren van de zorgmanager een normatieve richting. Ook wat betreft de communicatie met externe partijen. Zoals in deze studie is beklemtoond, dient die normatieve oriëntatie, wil men recht doen aan de zorg als praktijk, vooral te worden gevonden in de verbinding van de organisatieprocessen met het zorgproces en de daarin besloten logica. Daarom kan men zeggen dat een logica van het democratisch organiseren begint met de aansluiting op de logica van het zorgen. Van daaruit dient zij verder te worden begrepen en uitgebreid.

Aan dat idee kunnen ongetwijfeld allerlei normatieve aanwijzingen worden ontleend voor wat betreft de opbouw van de organisatie. Het lijkt mij een uitdaging voor een ethiek die de praktijk ernstig neemt om het onderzoek naar dergelijke aanwijzingen niet meteen te koppelen aan de rijke traditie van het denken, maar om deze te exploreren in praktijkgebonden onderzoek, samen met hen die verantwoordelijkheid dragen voor de opbouw van de organisatie. Uiteraard vraagt dat niet alleen inzet van de ethici, maar ook van de practici, c.q. de managers van organisaties. Ook al worden er op dit gebied meer initiatieven genomen, valt er nog heel wat werk te verzetten.

Evaluatie: het belang om praktijken ernstig te nemen

Een praktijkgeoriënteerde ethiek concentreert zich niet alleen op het handelen van de professionals in de primaire zorg. Zij kijkt breder en oriënteert zich ook op de moraliteit die zich elders in de praktijken van de zorg voordoet. Een van de elementen die daarbij aandacht verdient is de opbouw van de zorgorganisatie en de wijze waarop de organisatie verweven is met haar maatschappelijke omgeving. Niet alleen in praktisch technische, maar ook in praktisch morele zin. De aandacht verplaatst zich van de beroepsethiek van de zorgverleners naar de ethiek van het management.

Het is een beweging die de vraag oproept hoe ver een praktijkgeoriënteerde ethiek dient te gaan. Waar liggen haar grenzen? Wie professioneel zorgen voor de gezondheid van een ander begrijpt als een praktijk, zal beginnend bij de kern die is gelegen in de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger, soms niet goed weten waar te eindigen. Het netwerk van betrokken actoren verplaatst zich, verandert, dijt uit, krimpt in al naargelang de accenten die worden gelegd. In de zorg zoals die wordt gedaan, resoneren voortdurend allerlei normatieve geluiden die elders in het netwerk hun oorsprong hebben: politieke besluiten, verzekeringsregels, familiebetrekkingen, wetenschappelijke mores, kwaliteitsindicatoren et cetera. Ze bepalen mede de mogelijkheden en de verantwoordelijkheden zoals die zich in het hart van de zorg, in de relatie tussen zorgverleners en zorgvragers manifesteren. Voor de ethicus is het aanlokkelijk om zich als een neutrale, objectieve waarnemer op te stellen ten opzichte van al die processen die zich in dat onbegrensde veld tussen de diverse actoren afspelen. Overal zijn aanknopingspunten te vinden voor een filosofische reflectie over de wijzen waarop de verschillende actoren zich in het complexe veld van de gezondheidszorg ten opzichte van elkaar verhouden en over de interessante waardeconflicten die zich daarbij voor-

doen. Hoe aantrekkelijk en waardevol de gedistantieerde blik ook moge zijn, om mensen in praktijken verder te helpen is het niet voldoende. In een pluralistische samenleving waarin het bijzondere van de ene praktijk nog maar amper kan worden gevolgd in een andere, tenzij in een vervreemdende taal, heeft een gebonden perspectief meer betekenis: dat zet niet de reflectie van de ethicus maar de reflectie van de practici in hun context centraal. In vergelijking met de vorming van algemene theorieën garandeert dat niet alleen een adequatere toegang tot de bijzondere wijze waarop mensen hun praktijk beleven, maar ook tot het handelen zelf. Tevens krijgt de vage figuur van de actor die in de meeste ethische theorieën figureert, een menselijk gezicht. Dat is niet ongunstig: als het gaat om het verbeteren van praktijken, dient men vast te stellen dat dat geen zaak is van actoren. Dat doen mensen.

10.3 Ten slotte

Wat, zo zou men kunnen vragen, heeft deze hele exercitie nu opgeleverd? Het antwoord gaat in twee richtingen. Om te beginnen is er het verhaal van een praktijkgeoriënteerde ethicus die zich verantwoordt met betrekking tot de manier waarop hij in zijn werk staat. Daarbij tracht hij de verschillende discoursen die daarin spelen - over zorgen, over organiseren en over ethiek bedrijven - zo met elkaar te verbinden dat recht wordt gedaan aan de door hem van binnenuit ervaren praktijk van het zorgen. Vervolgens is er een theoretische studie die in grote lijnen aangeeft hoe een ethiekbeleid dat professionals in de zorg ondersteunt om hun handelen beter te begrijpen en vorm te geven, er uit zou kunnen zien. Daarbij houdt die studie hoog dat de ontwikkeling van een adequaat ethiekbeleid voor zorgorganisaties vooral lokale praktijkprocessen vraagt waarin ethici en practici, i.c. beroepsbeoefenaren en managers, samen exploreren hoe de zorgpraktijk en de reflectie op die praktijk het beste kunnen worden vormgegeven. Dat verhaal en die studie zijn twee zijden van dezelfde medaille. Terwijl de zijde van de theoretische studie het meeste aan het licht komt, is in de schaduw ervan voortdurend dat verhaal actief van die ethicus die met het oog op het ervaren belang van zorg, zijn positie tracht te verhelderen. Tegenover zichzelf en tegenover anderen.

Wat als conclusie van zowel die studie als het onderliggend verhaal mag gelden, is het volgende: wie een ethiekbeleid voor zorgorganisaties wil vormgeven, dient zich er voortdurend rekenschap van te geven dat definities van ethiek, van zorgen en van organiseren elkaar diepgaand beïnvloeden. Bepaalde associaties met ethiek - over vrijheid en verantwoordelijkheid bijvoorbeeld - werken onderhuids door in het denken over zorgen en over organiseren. Ook in morele zin. Beelden van zorgen, van organiseren en van ethiek als reflectie op praktijken, dienen dan ook niet te worden losgekoppeld maar in hun onderlinge verbondenheid gethematiseerd: wat betekent de definiëring van ethiek als een vorm van reflectie die start in praktijken, voor het begrip van die praktijk en van de organisatie? Op welke manier

werken definiëringen van zorgen en organiseren door in de visie op een ethiekbeleid? Welke ingang daarbij wordt genomen, maakt niet uit. Evenmin het perspectief dat voor de ethicus voorop staat, bedrijfsethisch of gezondheidsethisch.

Wat er wel toe doet, is het volgende: omdat praktijken bezet terrein zijn, kan nooit worden uitgesloten dat benaderingen vanuit de ethiek conflicteren met de connotaties die in een zorgorganisatie vigeren. En andersom. Zo stelde ik dat bepaalde opvattingen over de inrichting van organisaties gemakkelijk conflicteren met ideeën over zorg als een proces dat steeds opnieuw vorm krijgt in het handelen tussen mensen. Dat dat soort conflicten zich voordoen is niet erg. Integendeel. Conflicten en tegenspraak doen er met betrekking tot de moraal van die praktijken zeer toe. Wat in lijn van deze studie en haar onderwerp - het ontwerp van een handelingsgericht ethiekbeleid - echter niet past is om dergelijke conflicten alleen te thematiseren in termen van technische of epistemische vraagstukken. Daarmee verdwijnen de morele onrust en de schurende dimensies van praktijken uit het zicht. Voorstellingen van ethiek, van zorgen en van organiseren dienen wat dat betreft niet voor neutraal of amoreel te worden versleten. Ze hebben, ook wanneer ze anders ogen, morele én politieke zeggingskracht. Juist door hun presentatie als amoreel, of neutraal of wetenschappelijk, krijgen ze effecten voor de aanspreking van patiënten, van managers, van zorgverleners en in bredere zin van burgers en de samenleving. Dat vraagt om een adequate problematisering.

Om scheefgroei tegen te gaan in de ontwikkeling van praktijken - met kwalijke effecten voor patiënten maar ook voor zorgverleners en managers - dient dan ook niet alleen vertrouwd te worden op een 'wetenschappelijk' c.q. doelrationeel doorzien van die praktijken. Ook niet vanuit een toegepaste ethiek. Evenmin kan men ter correctie van dergelijke rationalistische waarnemingen volstaan met een beroep op intuïtie of esthetica. Hoewel deze complementaire benaderingen hun waarde hebben voor het begrip van praktijken, ook in morele zin, schieten ze tekort om de betekenis te doorgronden die de praktijken in kwestie hebben voor betrokkenen en breder voor de samenleving. Bijgevolg schieten ze ook tekort om de praktijken te verbeteren vanuit de waarden en betekenissen die ze concreet voor de meest betrokkenen hebben. Zo induceren ze op zijn minst een zekere onverschilligheid voor wie mensen in praktijken, in dit geval van de zorg, willen zijn.

Daarom pleit deze studie voor een benadering waarin, ronduit gezegd, niet moeilijk wordt gedaan over de inzet maar klip en klaar wordt gekozen voor een beklemtoning van de morele en sociaal-politieke betekenissen van de praktijk die aan de orde is. In dit geval van de gezondheidszorg. Ideeën die samenhangen met complexe verschijnselen als bureaucratisering en professionalisering, en die professionele zorgverleners, managers (en ethici) steeds meer presenteren als neutrale kennisexperts, dienen in dat kader te worden gecorrigeerd: hun handelen is helemaal niet moreel indifferent. Dat geldt niet alleen voor de zorgverleners, ook het doen en laten van managers en van ethici krijgt, zodra het praktisch wordt een

morele lading. Om te voorkomen dat hun doen en laten toch weer louter technocratisch wordt ingevuld, in termen van werk en van doelen die moeten worden gehaald, dient het steeds opnieuw te worden gebonden aan de moraal van de werkzaamheden die centraal staan. In dit geval van professioneel zorgen voor iemands gezondheid. En dus ook aan de mensen die daarbij (net als zij) betrokken zijn. In die binding wordt hun werk handelen, krijgt het letterlijk sociaal-politieke betekenis. In die binding aan concrete praktijken worden ook de theoretische voorstellingen en de daaraan gekoppelde normatieve regels die managers maar ook ethici gebruiken, op hun betekenis getoetst. Daarom eindigt deze studie noodzakelijk toch weer met een verwijzing naar de praktijk en wordt de paradox toegelicht waarmee ik deze slotparagraaf begon: van een theoretische studie die tegelijk stelt dat het allemaal om lokale praktijkprocessen gaat. Ook voor dit boek geldt dat het schrijven ervan pas echt iets van handelen krijgt en dus iets van praktijkbetekenis, als het lezers vindt die het meenemen naar hun werksituatie. Naar hun praktijk. Dat is afwachten. Daaraan voorafgaand is een dergelijk boek schrijven gewoon werken. En vaker nog: arbeiden.

Literatuur

- Aalderen, H. van (1985) *Hebben patiënten iets te zeggen? Aspecten van mondigheid*. Delft Meinema.
- Abma, T., Goldsteen, M., en Widdershoven, G. (2005) Care als zorgethische gespreksmethode. In: Verkerk, M., Widdershoven, G. (red) *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?* NWO Den Haag, 12 - 34.
- Abma, T., Oeseburg, B., Widdershoven, G., Goldsteen, M., Verkerk, M. (2005) Two woman with Multiple Sclerosis and their caregivers; conflicting normative expectations. In: *Nursing Ethics* 12 (5) 479 - 492.
- Achterhuis, H. (1981) *De markt van welzijn en geluk. Een kritiek van de andragogie*. Baarn Ambo.
- Achterhuis, H. (1988) *Het rijk van de schaarste van Thomas Hobbes tot Michel Foucault*. Baarn Ambo.
- Achterhuis, H. (1998) *De erfenis van de utopie*. Baarn Ambo.
- Achterhuis, H. (1990) Schaarste en historische vooroordelen. In: *TVZ vakblad voor verpleegkundigen*. 100 (19) 619 - 621.
- Achterhuis, H. (red) (1993) *Deugt de ethiek? Medische, milieu- en bedrijfsethiek tussen trend en traditie*. Baarn Gooi en Sticht.
- Achterhuis, H. (2006) *De utopie*. Rotterdam Lemniscaat.
- Achterhuis, H. (2007) Denken in onderscheidingen. In: Schutter, D. de (red) *De opdracht van de politiek. Hannah Arendt over totalitarisme en bureaucratie*. Budel Damon, 34 - 51.
- Achterhuis, H. (2008) *Met alle geweld. Een filosofische zoektocht*. Rotterdam Lemniscaat.
- Achterhuis, H. (2010) *De utopie van de vrije markt*. Rotterdam Lemniscaat.
- Achterhuis, H. (2011) Alle reden tot zorg. Essay. Een mens is geen kattenbrokje. In: *De groene Amsterdammer*, nr. 2. (12-01-2011).
- Alvesson, A., Willmott, H. (2002) Identity regulation as organizational control: producing the appropriate individual. In: *Journal of Management Studies* 39 (5) 619 - 644.
- Alvesson, M., Sveningsson, S. (2003) The great disappearing act: difficulties in doing 'leadership'. In: *The Leadership Quarterly* 14: 359 - 381.
- Alvesson M., Deetz, S. (2005) Critical Theory and Postmodernism: Approaches to Organizational Studies. In: Grey, C., Willmott, H. (ed) *Critical Management Studies - a Reader*. Oxford Oxford University Press, 60 -106.
- Arendt, H. (1976) *The origins of totalitarianism*. San Diego Harcourt.
- Arendt, H. (1992) *Eichmann in Jerusalem: a report on the banality of evil*. London Penguin Books.
- Arendt, H. (1994) *Vita activa. De mens bestaan en bestemming*. Amsterdam Boom.
- Arendt, H. (1995) *Qu'est-ce que la politique?* Paris Editions du Seuil.

- Arendt, H. (1998) *The human condition*. Second edition. Chicago The University of Chicago Press.
- Arendt, H. (2004) *Verantwoordelijkheid en oordeel*. Rotterdam Lemniscaat.
- Arendt, H. (2009) *Over geweld*. Amsterdam Amstel Uitgevers.
- Argyris, C. (1999) *On organizational learning*. Second edition. Oxford Blackwell Publishers.
- Aristoteles (1999) *Ethica Nicomachea* (vert. C. Pannier en J. Verhaeghe) Groningen Historische Uitgeverij.
- Aristoteles (2005) *Ethica Nicomacheia* (vert. C. Hupperts en B. Poortman) Budel Damon.
- Arnett, R., Harden Fritz, J. (2003) Sustaining institutional Ethos and Integrity: Management in a Postmodern Moment. In: Smith Iltis, A. (ed.) *Institutional Integrity in Healthcare*. Dordrecht Kluwer Academic Publishers, 41 - 72.
- Asperen, T. van (1989) Redelijkheid en ethiek. In: Parret, H. (red) *In alle redelijkheid. Standpunten over het denken, spreken en handelen van de redelijke mens*. Meppel Boom, 132 - 153.
- Augustinus (1930) *Enchiridion Handboekje voor geloof, hoop en liefde* (vert. A. Bloemen). Roermond Romen en Zonen.
- Aukes, L. (2008) *Personal Reflection in Medical Education*. Academisch proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen.
- Baatenburg de Jong, R. (2006) *Communicatie en genot*. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam 2006.
- Bauman, Z. (1993) *Postmodern Ethics*. Oxford Blackwell Publishers.
- Bauduin, D., Kanne, M. (2009) *Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en rehabilitatie*. Amsterdam SWP.
- Beadle, R. (2001) *Management and Goodness Stream. MacIntyre and the amorality of management*. Paper presented to the Second International Conference of Critical Management Studies. 11 - 13 July 2001.
- Beadle, R. (2008) Why Business Cannot Be a Practice. In: *Analyse & Kritik* 30: 229 - 241.
- Beaufort, I. de, Hilhorst, M., Vandamme, S. de. (red) (2008) *De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg*. Den Haag Lemma.
- Becker, H. (2004) *Levenskunst op leeftijd. Geluk bevorderende zorg in een vergrijzende wereld*. Delft Eburon.
- Becker, H. (2006) *De ja-cultuur als instrument voor humanisering van de zorg*. Oratie Universiteit voor Humanistiek. Amsterdam Humanistics University Press.
- Becker, M. (2007) *Bestuurlijke ethiek: een inleiding*. Assen Van Gorcum.
- Beemer, Th., Wachter, M. de (1980) Vragen uit de ethiek inzake experimenten met mensen. In: Wolters, W. (red). *Medische experimenten met mensen. Mogelijkheden en grenzen*. Utrecht Bohn Scheltema & Holkema: 243 - 266.
- Berg, J.H. van den (1969) *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk Callenbach.
- Berg, J.H. van den (1959) *Het menselijk lichaam: een metabletisch onderzoek. Deel 1: Het geopende lichaam*. Nijkerk Callenbach.
- Blagg, D. (2007) *Ethics at Harvard 1987-2007*. Harvard College for Ethics Harvard University.
- Boog, B., Slagter, M. e.a. (red) (2005) *Focus op Action Research. De professional als handlingsonderzoeker*. Assen Van Gorcum.
- Boonstra, J. (2004) De dynamiek van veranderen en leerprocessen binnen organisaties. Kritische beschouwingen en nieuwe gezichtspunten. In: *Filosofie In Bedrijf* 16 (2/3) 93 - 107.
- Borren, M. (2009) *Amor mundi. Hannah Arendts political phenomenology of World*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam F&N Eigen beheer.
- Borry, P., Schotsmans, P., Dierickx, K. (2004) De spanning tussen empirische en normatieve benaderingen. De opkomst van de empirische wending in de bio-ethiek. In: *Ethische perspectieven*, 14 (1) 6 - 14.

- Bos, R. ten (2002) *Modes in management. Een filosofische analyse van populaire organisatie-theorieën*. Amsterdam Boom.
- Bos, R. ten (2003) *Rationele engelen. Moraliteit en management*. Amsterdam Boom.
- Bos, R. ten, Jones, C., Parker, M. (2006) *Het einde van de bedrijfsethiek. Een filosofische inleiding*. Zaltbommel Thema.
- Bos, R. ten, Wilmott, H. (2001) Towards a Post-Dualistic business ethics: Interweaving reason and emotion in working life. In: *Journal of Management Studies*, 38(6): 769 - 739.
- Boutellier, H. (2011) *De improvisatiemaatschappij. Over de sociale ordening van een onbegrensde wereld*. Den Haag Boom/Lemna.
- Braddock, C., Magnus, D. (2010) Empirical Methods in Bioethics: A Cautionary Tale. In: *Annals of Internal Medicine*. Vol. 152 (6) 396 - 397.
- Brauw, M. de (2001) *De wachtlijst en andere gezondheidszorgen. Een pamflet*. Amsterdam G.A. van Oorschot.
- Brewer, K. (1997) Management as a practice: a response to Alasdair MacIntyre. In: *Journal of Business Ethics* 16: 825 - 833.
- Brink, G. van den, Jansen, T., Pessers, D. (red) (2005) *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Christen Democratische Verkenningen. Amsterdam Boom.
- Brink, G. van den (2007) *Moderniteit als opgave. Een antwoord aan relativisme en conservatisme*. Amsterdam SUN.
- Brink, G. van den, Jansen, T., Kole, J. (2009) *Beroepstrots*. Amsterdam Boom SUN.
- Brink, J. van den, Putters, K. (2000) Zakelijkheid bedreigt autonomie. De invloed van economisering op het werk van artsen. In: *Medisch Contact* (55) 950 - 952.
- Burg, W. van der (2009) De regulering van professionals: twee botsende perspectieven. In: Brink, G. van den, Jansen, T., Kole, J. (red) *Beroepstrots. Een omgekeerde kracht*, Amsterdam Boom, 168 - 181.
- Burg, W. van der (2003) Dynamic ethics. In: *The Journal of Value Enquiry* 37: 13 - 34.
- Canovan, M. (1997) Hannah Arendt as a Conservative Thinker. In: May, L., Kohn, J. (red) *Hannah Arendt. Twenty Years Later*. London The MIT Press, 11 - 32.
- Chia, R. (1995) From modern to postmodern organizational analysis. In: *Organization Studies* 16 (4) 579 - 604.
- Chia R. (1996) *Organizational Analysis as Deconstructive Practice*. Berlin-New York De Gruyter.
- Chia, R., Tsoukas H. (2002) On organizational becoming. In: *Organizational Science* 13 (5) 567 - 582.
- College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ) (1993) *Mogelijkheden voor moral management*. Utrecht CELAZ/NZf.
- College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ) (1998) *Van Ethische Commissie naar Stuurgroep Ethiek? Over de implementatie van moreel beraad in het kwaliteitsbeleid van instellingen voor gezondheidszorg*. Discussienota nr. 6. Utrecht CELAZ/NZf.
- College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ) (1999) *Employability en empowerment. De betekenis van moderne managementstrategieën voor personeelsproblemen in de zorg*. Discussienota nr. 7. Utrecht CELAZ/NZf.
- Code, L. (2002) Narratives of Responsibility and Agency: Reading Margaret Walker's Moral Understandings. In: *Hypatia*. 17 (1) 156 -173.
- Commissie Ethiek Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2007) *Verantwoordelijkheid en schaarste in de zorg*. Utrecht V&VN.
- Commissie Ethiek Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2008) *Hoe ga je om met schaarste?* Utrecht V&VN.
- Commissie Ethiek Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2011) *De*

- morele lading van individuele professionaliteit*, Utrecht V&VN.
- Covrig, D. (2003) Institutional Integrity through Periods of Significant Change. In: Smith Iltis, A. (ed), *Institutional Integrity in Health Care*. Dordrecht Kluwer, 139 - 174.
- Cozijnsen, A., Vrakking, W. (2003) *Handboek verandermanagement. Theorieën en strategieën voor organisatieverandering*. Deventer Kluwer.
- Van der Dam, S., Abma, T., Molewijk, B. (2008) Doen, denken en delibereren in het verzorgingshuis. In: *Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek*, 18 (2) 41 - 44.
- Dartel, H. van (1996) Laat zorgverlening geen dropfabricage worden: Denken over managementconcepten voor de zorg. In: *Zorgvisie*, 26 (11) 26 - 29.
- Dartel, H. van (1998) Ethiek in de organisatiestructuur. In: Timmer S. (red) *Tijd voor ethiek. Handreikingen voor ethische vragen in de praktijk van maatschappelijk werkers*. Bussum Coutinho, 72 - 90.
- Dartel, H. van (1999) *Manager, waar staat u? Empowerment en employability: strategieën voor het oplossen van personeelsproblemen in de zorg*. Utrecht CELAZ
- Dartel, H. van (2003) Ethiek als integraal onderdeel van het instellingsbeleid. In: Pijnenburg, M., Nuy, M. (red) *Het ziekenhuis als morele gemeenschap*. Budel Damon, 35 - 51.
- Dartel, H. van (2003 b) Casuistry: leren van gemeenschappelijke ervaringen. In: *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Manschot, H., Dartel, H. van (red). Amsterdam Boom, 115 - 133.
- Dartel, H. van (2006) De evolutie van ethische commissie naar stuurgroep ethiek- ervaringen uit Nederland. In: Roelandt, M., Stiennon, J.A., Schotsmans, P. (red.), *Lokale commissies voor ethiek en medische praktijk*, Heverlee-Leuven Lannoo Campus 2006, 47 - 61.
- Dartel, H. van (2008) Moreel beraad in de context van de zorgorganisatie: een kwestie van passende logica's. In: *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 18 nr. 2: 62 - 66.
- Dartel, H. van (2009) Onder de korenmaat vandaan? Over de morele idealen van verplegen en verzorgen (essay), in: Struijs, A., Vathorst, S van der, *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden, Signalering ethiek en gezondheid* 2009, Den Haag Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 73 - 102.
- Dartel, H. van, Cools, H. (2008) Samenwerken bij complexe problemen, maar met wie? In: Engberts, D.P. (red) *Het domein van de dokter: grenzen aan medische verantwoordelijkheid*, Leiden, Leids Universitair Medisch Centrum, 61 - 101.
- Dartel, H. van, Jacobs, M. (2000) *Van zorgvisie naar protocol; handreiking voor ethische richtlijnontwikkeling in instellingen voor gezondheidszorg*, Utrecht CELAZ.
- Dartel, H. van, Jacobs, M., Jeurissen, R. (2001) *Sociale en ethische verantwoording in de gezondheidszorg*. Utrecht CELAZ.
- Dartel, H. van, Jacobs, M., Jeurissen, R. (2002) *Ethiek bedrijven in de zorg: een zaak van het management*. Assen Van Gorcum.
- Dartel, H. van, Jeurissen, R. (2008) Professionaliteit als normatief organisatiekenmerk. In: Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (red) *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*, Amsterdam SWP, 252 - 266.
- Dartel, H. van, Mheen, A. van der (2002) *De ethiek van het management. Een onderzoek naar de plaats van waarden en normen in de beleidspraktijk van het topmanagement van de zorg*, Utrecht CELAZ.
- Dawson D., Bartholomew, C. (2003) Virtues. Managers and Business People: Finding a Place for MacIntyre in a Business Context. In: *Journal of Business Ethics* 48: 127 - 138.

- Dauwerse, L., Abma, T., Molewijk, B., Widdershoven, G. (2011) Need for ethics support in healthcare institutions: views of Dutch board members and ethics support staff. In: *Journal of Medical Ethics* 37(8): 456 - 60.
- Dedijn, H. (2003) *Taboes, monsters en loterijen. Ethiek in de laat-moderne tijd*. Kampen Klement, Kapellen Pelckmans.
- Delden, H. van, Thiel, G. van (1998) Reflective Equilibrium as a Normative Empirical Mode in Bio-ethics. In: Burg, W. van der, Willigenburg, Th. (red) *Reflective Equilibrium: Essays in Honour of Robert Heeger*, Dordrecht Kluwer, 251 - 261.
- Delden, H. van, Scheer, L. van der, Thiel, G. van, Widdershoven, G. (2005) *Ethiek en empirie. Theorie en methodologie van empirisch ethisch onderzoek*. Maastricht NWO Caphri.
- Delnoij, J., Laurier, J., Geraedts, F. (red) (2006) *Morele oordeelsvorming en de integere organisatie*. Budel Damon.
- Devisch, I., Verschraegen, G. (2003) *De verleiding van de ethiek. Over de plaats van morele argumenten in de huidige maatschappij*. Amsterdam Boom.
- Devos R. (2004) *Macht en verzet. Het subject in het denken van Michel Foucault*. Kapellen Pelckmans.
- Diest, H. van (1997) *Zinnig ondernemen, het reflexieve handelen als grondslag voor de continuïteit van ondernemingen*, Van Gorcum, Assen.
- Dijk, G. van (2005) Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen. In: Raad voor Volksgezondheid en zorg. *Signalering Ethiek en Gezondheid*, Zoetermeer RVZ, 113 - 136.
- Doel, H. van den (1996) *De maakbaarheid van zorg. Geslaagde en mislukte vernieuwingspogingen*. Culemborg Giordano Bruno.
- Dohmen, J. (2007a) *Tegen de onverschilligheid. Pleidooi voor een moderne levenskunst*. Amsterdam Ambo.
- Dohmen J. (2007 b) Moderne lessen in zelfbeheer. Over de noodzaak van opvoeding tot persoonlijke autonomie. In: Wit, E., et al (red). *De autonome mens. Nieuwe visies op gemeenschappelijkheid*. Amsterdam SUN, 65 - 83.
- Dubet, F. (2002) *Le déclin de l'institution*, Paris Editions du Seuil.
- Dubbink, W., Liedekerke, L. van (2010) Bedrijfsethiek in Nederland. Dialectiek van de marginalisering. In: Musschenga, B. (red) *Ethiek in Nederland. Van 1900 tot 1970 en daarna*. Budel Damon, 206 - 226.
- Dupuis, H. (1976) *Medische ethiek in perspectief. Een onderzoek naar normen en argumentaties in de (medische) ethiek*. Academisch proefschrift Universiteit Leiden.
- Dupuis, H. (1994) *Wel of niet behandelen? Baat het niet dan schaadt het wel*. Baarn Ambo.
- Dupuis, H. (1994 b) *Heeft de eed van Hippocrates nog betekenis voor de 21e eeuw? Voordracht in Het Kader Van De Alexander Hegiuslezing*. Raalte Langhout & De Vries.
- Dupuis, H. (1998) *Over moraal*. Amsterdam Nieuwezijds.
- Dupuis, H. (1999) *Wat is goed voor een mens. Macht en onmacht van moraal*. Amsterdam Muntinga.
- Dupuis, H. (2001) Ethische aspecten van experimenten met mensen. Van moreel pathos naar bureaucratisch keurslijf (1947 - 2001), in: F.A. de Wolff (red) *Geneeskunde en ethiek in harmonie, Liber amicorum voor prof. dr.E.L. Noach bij diens 80 ste verjaardag*, Leiden Leids Universitair Medisch Centrum, 155 -163.
- Dupuis, H., Kerkhoff, A., Thung, P. (1992) *Voordelen van de twijfel. Een inleiding tot de gezondheidsethiek*. Houten. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dupuis, H. e.a. (red) (1994) *Wat zou u doen? Medisch-ethische casuïstiek met commentaren*. Houten Bohn Stafleu Van Loghum.

- Dwarswaard, J., Hillhorst, M., Trappenburg, M. (2007) Is er een dokter in de zaal? Over de bron van medische professionele ethiek. In: *Filosofie & Praktijk*, 28 (5) 6 - 18.
- Edelstein, L., Temkin O., and Temkin C.L. (1967) *Ancient medicine; selected papers of Ludwig Edelstein*. Baltimore Johns Hopkins Press.
- Eijk, Ph. van der (1999) Helpen of niet schaden. Enkele uitgangspunten en methoden van therapeutisch handelen in de klassieke Griekse geneeskunde. In: *Hermeneus, tijdschrift voor antieke cultuur*, 71 (2) 66 - 71.
- Eijk, Ph. van der (2004) Divination, prognosis, prophylaxis: the Hippocratic work "On Dreams" (De victu 4) and its Near Eastern background, in: Horstmanshoff, H.F.J., Stol, M. (eds.), *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman Medicine*, Leiden Brill, 187 - 218.
- Eijk, Ph. van der (2004b) 'Introduction', in: Horstmanshoff, H.F.J., Stol, M. (eds.), *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman Medicine*, Leiden Brill, 1 - 10.
- Eijk, Ph. van der (2005) *Medicine and Philosophy in Classical Antiquity. Doctors and Philosophers on Nature, Soul, Health and Disease*, Cambridge Cambridge University Press.
- Engberts, D. (1997) *Met permissie. Morele argumentaties inzake het toestemmingsbegin-sel bij de totstandkoming van de Wet Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst*. Alphen a/d Rijn Kluwer.
- Engberts, D. (2001) Het verhaal achter het schandaal. Medische proeven met verstandelijk gehandicapten in een Noord-Brabantse inrichting in de jaren zestig en zeventig. In: F.A. de Wolff (red) *Geneeskunde en ethiek in harmonie, Liber amicorum voor prof.dr.E.L. Noach bij diens 80 ste verjaardag*, Leiden Leids Universitair Medisch Centrum, 125 - 153.
- Engberts, D., Kalkman- Bogerd L. (2009) *Gezondheidsrecht*. Houten Bohn Stafleu en Van Loghum.
- Etzkowitz, H., Leydesdorff, L. (2000) The dynamics of innovation: from National Systems and 'Mode 2' to a Triple Helix of university-industry-government relations. In: *Research Policy*, 29, 109 - 123.
- Everdingen, J., Horstmanshoff, H. (2005) De nieuwe Nederlandse artseneed. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149: 1062 - 1067.
- Flashar, H. (1997) Ethik und Medizin. Moderne Probleme und alten Wurzeln. In: Flashar, H. et al., 1997, *Medecine et morale dans l'antiquite'. Dix exposes suivis de discussions, Entretiens sur l'Antiquite Classique*, vol. 43, Geneva, Fondation Hardt, 1 - 19.
- Flohr, R., Kamsma, D. (2004) De waardengeori-enteerde professional - om een leven lang te leren wie je bent. In: Slagter, M., Meijering, F. e.a. (red), *De gepassioneerde professional*, Assen Van Gorcum, 158 - 166.
- Fornet-Betancourt R., Becker, H., Gomez-Müller, A. (1995) De ethiek van de zorg voor zichzelf als vrijheidspraktijk. Een interview met Michel Foucault. In: Foucault, M., *Breekbare vrijheid. De politieke ethiek van de zorg voor zichzelf*. Amsterdam Krisis/Parrèsia, 85 - 106.
- Foucault, M. (1984) *Het gebruik van de lust. Geschiedenis van de seksualiteit 2*. Nijmegen SUN.
- Foucault, M. (1994) *Dits en Ecrits*. Édition établie sous la direction de Daniel Defert et Francois Ewald, Paris Gallimard, Vol II (1970 - 1975), nr 151.720.
- Foucault, M. (1995) *Breekbare vrijheid. De politieke ethiek van de zorg voor zichzelf*. Amsterdam Krisis/Parrèsia.
- Foucault, M. (2007) *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*. Groningen Historische Uitgeverij.

- Freidson, E. (2001) *Professionalism: The third logic: on the practice of knowledge*. Cambridge Polity Press.
- Ganzevoort, J. (1999) *Organiseren als menselijk leven. Contouren van een nieuw paradigma*, Oratie Universiteit van Amsterdam. Amsterdam Vossiuspers UAP.
- Gastmans, C. (2002) Een ode aan het alledaagse. Maaltijdzorg als ethische casus. In: Gastmans C., Dierickx K., *Ethiek in witte jas. Zorgzaam omgaan met het leven*. Leuven Davidsfonds, 141 - 164.
- Gerwen, J. van, Verstraeten, J., Liedekerke, L. van (2002). *Business en ethiek. Spelregels voor ethisch ondernemen*. Tielt Lannoo.
- Gerwen, J. van (1996) Three Methods in Applied Ethics. A Critical Review. In: *Ethische perspectieven*, 3 (3)184 - 193.
- Geus, M. de (1989) *Organisatietheorie in de Politieke Filosofie*. Academisch proefschrift Universiteit Leiden, Delft Eburon.
- Geus, M. de (1990) Het Platoonse, Aristotelische en Bakuniaanse principe. Nadenken over organisatorische rechtvaardigheid vanuit de politieke filosofie. In: *M & O: Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid*, 44 (5) 440 - 458.
- Giard, R. (2009) Klagen over bureaucratie in de zorg? Tijd voor een proactieve medische professie. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154. A1357.
- Giddens, A. (2008) *The constitution of society*. Cambridge Polity Press.
- Godin, B. (1998) Writing performative history. The new Atlantis? In: *Social Studies of Science*, 28, 465 - 483.
- Godderis, J. (2005) *Eed van Hippokrates: historische beschouwingen inzake de opdracht en de begrenzingen van het medisch handelen*. Antwerpen Garant.
- Goodpaster, K. (2007) *Conscience and corporate culture*. Malden MA Blackwell Publishing.
- Graste, J. (1999) Socrates en het therapeutisch gesprek in: *Hermeneus. Tijdschrift voor antieke cultuur*, 71, 78 - 84.
- Grayling, A.C. (2000) *Wittgenstein*. Rotterdam Lemniscaat.
- Griffioen, S. (2003) *Moed tot cultuur. Een actuele filosofie*. Amsterdam Buijten en Schipperheijn.
- Grit, K. (2000) *Economisering als probleem. Een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit*. Assen Van Gorcum.
- Grit, K., Meurs, P. (2005) *Verschuivende verantwoordelijkheden. Dilemma's van zorgbestuurders*. Assen Van Gorcum.
- Grypdonck, M. (1988) Integreerend Verpleegkunde. Een situatiescheppende theorie. In: Bruggen, H. van der (red) *De delta van de Nederlandse verpleging*. Lochem De Tijdstroom, 118 - 137.
- Grypdonck, M. (2005) *Tussen verpleegkunde en verplegingswetenschap*. Afscheidscollege Universiteit Utrecht. Utrecht Universitair Medisch Centrum Utrecht.
- Gunsteren, H. van (2006) *Vertrouwen in democratie. Over de principes van zelforganisatie*. Amsterdam Van Gennep.
- Habermas, J. (1987) *Theorie des Kommunikativen Handelns Band I. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung*. Frankfurt am Main Suhrkamp.
- Habermas, J. (1995) *Theorie des Kommunikativen Handelns Band II. Zur kritik der funktionalistischen Vernunft*. Frankfurt am Main Suhrkamp.
- Hadot, P. (2004) *What is ancient philosophy?* Cambridge/London Harvard University Press.
- Hadot, P. (2007) *Filosofie als een manier van leven*. Amsterdam Ambo Anthos.
- Handy, Ch. (1978) *Gods of management*. London Souvenir Press.

- Have, H. ten, Meulen, R. ter, Leeuwen, E. van (2009) *Medische Ethiek*. Houten Bohn Stafleu Van Loghem.
- Heijst, A. van (2005) *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen Klement.
- Heijst, A. van (2008) *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen Klement.
- Heijst, A. van (2009) Professional loving care and the bearable heaviness of being. In: Lindemann H., Verkerk, M., Walker, M. (ed) *Naturalized Bioethics. Toward Responsible Knowing and Practice*, Cambridge Cambridge University Press, 199 - 217.
- Heijst, A. van, Vosman, F. (2010) Managen van menslievende zorg: herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient. In: Pijnenburg M., Leget C., Berden, B. (red) *Menslievende zorg, management en kwaliteit*. Budel Damon, 11 - 39.
- Hellinga J., Dartel, H. van (1998), Ethiek, stiefkind van de manager. In: *Markant* 3 (9) 28 - 29.
- Hendriks A. (2009) Beroepenwetgeving en kwaliteitsbeleid, in: Engberts, D., Kalkman-Bogerd L. (2009) *Gezondheidsrecht*. Houten Bohn Stafleu en Van Loghem, 225 - 249.
- Hilhorst, M. (2004) *Goeddoen met winst maken. Naar een economisering van zorg en beroepsethiek?* Den Haag Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Hilhorst, M. (2010) Klimaatverandering in de medische ethiek. In: Musschenga e.a. (red) *Ethiek in Nederland van 1900 tot 1970 en daarna*. Budel Damon, 181 - 205.
- Hippokrates (1994) *Ausgewählte Schriften*. Stuttgart Reclam.
- Hirsch, E. (2004) *Le devoir de non-abandon. Pour une éthique hospitalière et du soin*. Paris Cerf.
- Hirsch, E. (2006) De ethische ruimte. Openbare Bijstand ziekenhuizen van Parijs. In: Roelandt, M., Stiennon, J.A., Schotsmans, P. (red.) *Lokale commissies voor ethiek en medische praktijk*, Heverlee-Leuven Lannoo Campus, 35 - 46.
- Hoek, M. (2008) *Ontheemd ouderschap. Betekenissen van zorg en verantwoordelijkheid in beleidsteksten opvoedingsondersteuning 1979 - 2002*. Academisch proefschrift UU Utrecht.
- Hoof, J. van, Ruysseveldt, J. van (2004) *Sociologie en de moderne samenleving. Maatschappelijke veranderingen van de industriële omwenteling tot in de 21-ste eeuw*. Den Haag Boom.
- Holmes, L (2010) *The Dominance of Management. A Participatory Critique*, Farnham Ashgate Publishing.
- Horstmanshoff, H. (2006) *Patiënten zien. Patiënten in de antieke geneeskunde*. Oratie Leiden Universiteit Leiden.
- Horstmanshoff, H. (1987) *De antieke arts: ambachtsman of man van wetenschap?* In: *Lampas* 20: 340 - 355.
- Hout, E. van, Scheer, W. van der, Putters, K. (2007) Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelikheden en hybridisering. In: *Bestuurskunde* (4) 16 - 24.
- Hout, E. van, Putters, K. (2004) De waarde van de norm. In: Centrum Ethiek en Gezondheid. *Economisering van zorg en beroepsethiek*. Zoetermeer Raad voor Volksgezondheid en Zorg CEG, 113 - 162.
- Houten, D. van (2006) Professionalisering en arbeidsdeling. In: *Sociale Interventie* (2) 17 - 25.
- Houten, D. van (2008) Professionalisering: een verkenning. In: Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (red) *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam SWP, 16 - 35.
- Houtepen, R., Kater, L. (2001) Artsen, juristen, ethici en euthanasie in de vroege jaren zeventig. De wieg van de huidige medische ethiek. In: *Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek* 11 (1) 9 - 14.
- Houtlosser, M. (2010) *In goede handen. Verpleegkundige beroepsuitoefening in ethisch*

- perspectief*. Academisch proefschrift Universiteit Leiden. Leiden University Press.
- Houtlosser, M. (2011) *Verpleegkundige beroeps-ethiek*. Den Haag Boom/Lemma.
- Hoven, M. van den, Scheer L. van der, Willems, D. (red) (2010) *Ethiek in discussie. Praktijkvoorbeelden van ethische expertise*. Van Gorcum Assen.
- Hoven R. (ed) *Opera omnia Desiderii Erasmi, Adagiorum chiliarum quarta (pars prior)*. Amsterdam Elsevier 1999.
- Illich I. e.a. (red) (1978) *De deskundige: vriend of vijand?* Baarn Het wereldvenster.
- Illich, I. (1981) *Shadow work*, Boston Marion Boyars.
- Jacobs, G. (2008) De professional in de knel? Het debat en de zoektocht naar een nieuwe professional. In: Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde H., Zomer, Y. (red.) *Goed werk; verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam SWP, 36 - 50.
- Jacobs, G. (2010) *Professionele waarden in kritische dialoog. Omgaan met onzekerheid in educatieve praktijken*. Lectorale rede Tilburg Fontys Hogeschool.
- Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (red.) (2008) *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam SWP.
- Jeurissen, R., Dartel, H. van (2006) Professionaliteit in de zorg: naar nieuwe definiëringen van oude rollen. In: *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 16 (2) 61 - 65.
- Jochimsen, H. (2003) *Ethiek van de zorg tussen technische beheersing en professionele hulpverlening*. Lectorale rede. Ede Christelijke Hogeschool Ede.
- Jochimsen, H., Glas, G. (1997) *Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke medische ethiek*. Amsterdam Buijten en Schipperheijn.
- Jonsen, A., Toulmin, S. (1988) *The abuse of casuistry: a history of moral reasoning*, Berkeley University of California Press.
- Juffermans, P. (1982) *Staat en gezondheidszorg in Nederland, Met een historische beschouwing over het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg in de periode 1945-1970*. Nijmegen Socialistische Uitgeverij Nijmegen.
- Kant, I. (2005a) *Werke in sechs Bänden, herausgegeben von Wilhelm Weischedel, Band IV*. Darmstadt Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kant, I. (2005b) *Werke in sechs Bänden, herausgegeben von Wilhelm Weischedel, Band V*. Darmstadt Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kant, I. (2006) *Kritiek van de praktische rede*. Amsterdam Boom.
- Kant, I. (2009) *Kritiek van het oordeelsvermogen*. Amsterdam Boom.
- Kanter, R.M. (1985) Het veranderen van de bedrijfscultuur. In: *Permanente Educatie Manager (PEM)*, (1) 17 - 37.
- Kanter, R.M. (1991) Managing the human side of change. In: Kolb D., Rubin I., Osland J. (red) *The organizational behavior reader*. Englewood Cliffs N.J. Prentice-Hall, 674 - 682.
- Karssing, E. (2006) Integriteit in de beroepspraktijk. Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Assen Van Gorcum.
- Kaulingfreks, R., Bos, R. ten, Letiche, H. (2004) Critical Management Studies in Nederland. In: *Filosofie in bedrijf. Tijdschrift voor cultuur, management en organisatie*. 16, 2004, nr. 2.
- Kessels, J. (1997) *Socrates op de markt. Filosofie in bedrijf*. Meppel Boom.
- Kittay, E. (1999) *Love's Labor, Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York Routledge.
- Klamer, A. (2005) *In hemelsnaam. Over de economie van overvloed en onbehagen*. Kampen Ten Have.
- Kloot Meijburg, H. van der (1992) De ethiekcommissie in het verpleeghuis. In: *Vox Hospitii* (4) 10 - 14.

- Kloot Meijburg, H. van der (1995) Landelijke ontwikkelingen rondom ethische commissies in verpleeghuizen. In: CELAZ, *Ethiek in het verpleeghuis. Een werkdocument*, Utrecht CELAZ/NZf, 15 -26.
- Kloot Meijburg, H. van der (1996) De ethische commissie: het voortraject. In: *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 6 (1) 18 - 22.
- Kloot Meijburg, H. van der, Meulen, R. ter (2001) Developing standards for institutional ethics committees: lessons from the Netherlands. In: *Journal of Medical Ethics*, 27: suppl. I, 136 - 140.
- Knibbe, M., Verkerk, M. (2009) Economies of Hope in a Period of Transition: Parents in the Time Leading up to Their Child's Liver Transplantation. In: Lindemann, H., Verkerk, M., Walker, M. (red) *Naturalized Bioethics. Toward Responsible Knowing and Practice*, Cambridge Cambridge University Press, 162 - 181.
- Koene, G., Grypdonck, M., Rodenbach, M., Windey, T. (1980) *Integrerende verpleegkunde: wetenschap in praktijk*. Lochem De Tijdstroom.
- Kole, J. (2007) Professionals in crisis en context. Pleidooi voor een brede professionele ethiek. In: *Filosofie & Praktijk* 28 (5) 19 - 32.
- Kole, J., Ruyter, D. de (red.) (2007) *Werkzame idealen. Ethische reflecties op professionaliteit*. Assen Van Gorcum.
- Kole, J., Schermer, M. (2010) Toekomstmuziek van de ethiek in Nederland. In: Musschenga (red). *Ethiek in Nederland van 1900 tot 1970 en daarna*. Budel Damon, 335 - 362.
- Komter, A. (1990) *De macht van de dubbele moraal. Verschil en gelijkheid in de verhouding tussen de seksen*. Amsterdam Van Gennep 1990.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG) (2007) *KNMG-Manifest: Medische Professionaliteit*. Utrecht KNMG.
- Koolschijn, G. (2005) *Plato. De aanval op de democratie*. Amsterdam Athenaeum Van Gennep.
- Krogt, T. van der (1981) *Professionalisering en collectieve macht*. 's-Gravenhage VUGA.
- Kunneman, H. (1996) *Van theemutscultuur naar walkman-ego. Contouren van postmoderne individualiteit*, Amsterdam/Meppel Boom.
- Kunneman, H. (1998) *Postmoderne moraliteit*. Amsterdam Boom
- Kunneman, H. (2007) Sociaal werk als laboratorium voor normatieve professionalisering. In: *Ethische Perspectieven*, (2) 92 - 107.
- Kunneman, H., Elteren, A. van, Rozing, M. (2006) *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*. Utrecht Universiteit voor Humanistiek.
- Kunneman, H. (2007) Dikke autonomie en diepe autonomie. Een kritisch-ethisch perspectief. In: E. Wit e.a. (red) *De autonome mens. Nieuwe visies op gemeenschappelijkheid*, Amsterdam SUN, 31 - 64.
- Lange, F. de (2011) *In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg*. Zoetermeer Meinema.
- Langenberg, S. (2008) *Kritiek als des-organisatie. Bedrijfsethiek en waarheidspreken*. Antwerpen-Apeldoorn Garant.
- Lans, J. van der (2008) *Ontregelen. De herovering van de werkvloer*. Amsterdam Augustus.
- Lebeer, G. (2006) De lokale commissies voor ethiek. Verbanden tussen ethiek, wetenschap en samenleving. In: Roelandt, M., Stiennon, J.A., Schotsmans, P. (red.) *Lokale commissies voor ethiek en medische praktijk*, Heverlee-Leuven Lannoo Campus, 13 - 30.
- Leeuwen, A. van (1984) *De nacht van het kapitaal. Door het oerwoud van de economie naar de bronnen van de burgerlijke religie*. Nijmegen SUN.
- Leget, C., Borry, P., Vries, R. de (2009) 'Nobody tosses a dwarf!' The relation between the

- empirical and the normative re-examined. In: *Bioethics*, 23 (4) 226 - 235.
- Leget, C., Olthuis, G. (2007) Professioneel zorgverleners, ideaal of deugd? In: Kole J., Ruyter, D. de (red) *De werkzame idealen. Ethische reflecties op professionaliteit*, Assen Van Gorcum, 24 - 36.
- Liégeois, A. (2005) Een personalistisch model voor ethiek in de zorg. In: *Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek*, 15 (3) 75 - 79.
- Liégeois, A. (2009) *Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg*. Leuven Lannoo Campus.
- Lindemann, H., Verkerk, M., Walker, M. (eds) (2009) *Naturalized Bioethics. Toward responsible knowing and practice*, Cambridge Cambridge University Press.
- Lint, J.G. de (1936) Hippocrates van Cos. In: *De Gids*, 100. Vol. II, 221 - 237.
- Lipsky, M. (1983) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York Russel Sage Foundation.
- Logue G., Wear, S. (2003) The Health Care institution/Patient Relationship. In: Smith Iltis, A. (red.) *Institutional Integrity in Healthcare*. Dordrecht Kluwer, 99 - 110.
- Luijk, H. van (1996) Stapvoets door een dilemma. Opzet en achtergronden van een bewerkingsmodel. In: *Filosofie in bedrijf*. 22, 33 - 40.
- Luijk, H. van (1991) Management- en bedrijfsethiek voor de non-profit-organisaties. In: Boon, L. (red). *Managementethiek in de gezondheidszorg*. Amstelveen Sympos, 9 - 13.
- Luijk, H. van (2007) Een droom met een deadline. Professionals en idealen in het bedrijfsleven. In: Kole, J., Ruyter, D. de, *Werkzame idealen. Ethische reflecties op professionaliteit*. Assen Van Gorcum, 252 - 164.
- MacIntyre, A. (1984/2007) *After virtue. A study in moral theory*. London Duckworth.
- MacIntyre, A. (1988) *Whose Justice? Which Rationality?* University of Notre Dame Press.
- Mackor, A. (2006) *Zorgplichten, zelfregulering en prestatie-indicatoren*. Voordracht op het minisymposium vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag, 23 juni 2006.
- Mackor A. (2010) *Grenzen aan professionele autonomie*. Oratie Rijksuniversiteit Groningen
- Macoulin, B. (2009) *Untersuchungen zur Hippokratischen Schrift "Über die alte Heilkunst"*. Berlin De Gruyter.
- Mak, G. (2004) *De mercator sapiens anno 2004. Over moed, eenzaamheid en vertrouwen*. Raiffeissenlezing. Z.p.
- Manschot, H. (1997) 'De zwijgende directie': het aandeel van de instellingsdirectie in het publieke debat over de zorg. In: *CELAZ Congressbundel 4 juni 1997*. Utrecht CELAZ/NZf, 45 - 47.
- Manschot, H. (2007) Vriendschap. In: Wit, E. e.a. (red) *De autonome mens. Nieuwe visies op gemeenschappelijkheid*, Amsterdam SUN, 48 - 64.
- Manschot, H., Dartel H. van (2003) Wegwijzers voor het spreken over goede zorg. In: Manschot, H., Dartel, H. van (red.) *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam Boom, 7 - 36.
- McGee, G. et al (2001) A National Study of Ethics Committees. In: *The American Journal of Bioethics*. Vol 1 (4) 60 - 64.
- Mensink, H. (2005) *Zelfmanagement in lerende organisaties: ontwikkelingsgericht HRM is de sleutel*. Alphen aan den Rijn Kluwer.
- Meulen, R. ter (2003) Gemeenschappelijke waarden en rationalisering. In: Nuy, M., Pijnenburg, M. (red) *Het ziekenhuis als morele gemeenschap*. Budel Damon, 21 - 35.
- Meulen, R. ter (1994) *Verschraalde zorg? Over autonomie, identiteit en zingeving in de zorg voor hulpbehoevende ouderen*. Oratie. Maastricht Rijks Universiteit Limburg.
- Meulenbergs, T., Vermylen, P., Schotmans, P. (2005) The current state of clinical ethics

- and healthcare ethics committees in Belgium. In: *Journal of Medical Ethics* 31, 318 - 321.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (2001) *Agenda Ethiek en Gezondheid. Bijlage bij brief van Minister Borst aan de Tweede Kamer*, Den Haag Ministerie VWS 14 september 2001, 2.
- Middelaar, L. van (2011) *Politicide. De moord op de politiek in de Franse filosofie*. Groningen Historische Uitgeverij.
- Mintzberg H. (1983) *Structures in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs NJ Prentice Hall.
- Mol, A. (2006) *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam Van Gennep.
- Molewijk, B. (2009) Aan ethiek doen. Ethiek laten werken en ethiek organiseren (essay) In: Struijs, A., Vathorst, S. van der, *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden, Signalering ethiek en gezondheid* 2009. Den Haag Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 103 - 138.
- Molewijk, B., Zadelhoff, E. van, e.a. (2008) Implementing moral case deliberation in Dutch health care; improving moral competency of professionals and the quality of care. In: *Bioethica Forum* vol 1. (1) 57 - 64.
- Molewijk, B., Widdershoven, G. (2006) Moreel beraad en goede zorg voor ouderen veronderstellen en versterken elkaar. In: *Tijdschrift voor Geneeskunde* 62 (23) 1693 - 1701.
- Molewijk, B., Stiggelbout, A. e.a. (2004) Empirical data and moral theory: A plea for integrated empirical ethics. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* (7) 55 - 69.
- Molewijk, B., Muijen, H., Abma, T., Widdershoven, G. (2008) Moreel beraad in de kliniek. Van waaruit, waarom en waartoe? In: *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en ethiek*, 18 (2) 35 - 40.
- Molewijk, B., Widdershoven, G. (2008) Moreel beraad. In: Beaufort I. de, Hilhorst, M., Vandamme, S., Vathorst, S. van der (red) *De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg*, 81 - 90.
- Morgan, G. (1986) *Images of organizations*, Beverly Hills SAGE Publications.
- Mouffe, C. (2008) Over het politieke. Kampen Klement.
- Mul, J. de (2003) Informatietechnologie als morele mediator. Over het verdwijnen en verschijnen van de ethiek in de informatie- en communicatietechnologie. In: Devisch, I., Verschraegen, G. (2003) *De verleiding van de ethiek. Over de plaats van morele argumenten in de huidige maatschappij*. Amsterdam Boom, 121-137.
- Munk, M. (2005) *Ethiek in zorginstellingen en opleidingen. Achtergrondstudie*. Rapport in het kader van het Centrum Ethiek en Gezondheid. Zoetermeer CEG.
- Musschenga B. (2010) De Nederlandse ethiek na 1970. De wending naar de praktijk, het beleid en het internationale forum. In: Musschenga, B. e.a. (red) *Ethiek in Nederland. Van 1900 tot 1970 en daarna*. Budel Damon, 143 - 180.
- Musschenga, B. (2004) Empirische ethiek: contextsensitiviteit of contextualiteit? In: *Ethische perspectieven* 14 (1) 27 - 41.
- Nistelrooij, I. van (2008) *Basisboek zorgethiek, Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. Heeswijk Uitgeverij Abdij van Berne.
- Nowotny, H. Scott, P., Gibbons, M. (2001) *Rethinking Science. Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*. Cambridge Polity Press.
- Nussbaum, M. (2001) *Upheavals of Thought. The intelligence of emotions*. Cambridge Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. (2001) *Oplevingen van het denken. Over de menselijke emoties*. Amsterdam Ambo.

- Peet, R. van der (1990) Integreernde Verpleegkunde. In: Bergh-Braam, A. van den, Kooij, C. van der, Pasch, A. van de (red) *Honderd jaar verplegen. Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen.* Lochem De Tijdstroom, 237 - 252.
- Peursen, C van (1996) *Het nieuwe management. Ontwikkelingen binnen een veranderende cultuur.* Kampen Kok Agora.
- Plato (2005) De ideale staat. Politeia (vertaald door Gerard Koolschijn). Amsterdam Athenaeum-Polak & Van Gennep.
- Plato, (2000) Het bestel (Politeia) in de vertaling van H. Warren en M. Molegraaf, Verzameld werk deel IX, Amsterdam, Bert Bakker.
- Pols, J. (2004) *Good care. Enacting a complex ideal in long-term psychiatry.* Academisch proefschrift Universiteit Twente. Utrecht Trimbos Instituut.
- Putters K., Frissen, P., Foekema, H. (2006) *Zorg om vernieuwing.* Tilburg Universiteit van Tilburg.
- Putters, K. (2002) *Professie, profijt en solidariteit.* Achtergrondstudie. Zoetermeer Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).
- Putters, K. (2001) *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg.* Assen Van Gorcum.
- Putters, K. (2009) *Besturen met duivelselastiek.* Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Procee, H. (2006 a) Reflecteren in het onderwijs. Probleemoplossers, bevrijders en ontdekkingsreizigers. In: *Filosofie & Praktijk* 27 (6) 29 - 42.
- Procee, H. (2006 b) Reflection in education: a Kantian epistemology. In: *Educational Theory*, 56, 237 -253.
- Pröpper, I. (1998) *Inleiding in de organisatiethorie.* Den Haag Elsevier.
- Pijnenburg, M. (red) (1994) *De achterkant van de organisatie. Management, cultuur en ethiek in de gezondheidszorg.* Assen Van Gorcum.
- Pijnenburg, M. (2010) *Sources of care. Catholic healthcare in modern culture. An ethical study,* Academisch proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.
- Pijnenburg M., Leget, C., Berden, B. (red). (2010) *Menslievende zorg, management en kwaliteit.* Budel Damon.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (1999) *Ethiek met beleid. Advies over beleid bij ethische vraagstukken in de gezondheidszorg.* Zoetermeer Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Reiser, S. (2003) Creating an Institutional Ethical Identity. In: A. Smith Iltis (ed), *Institutional Integrity in Health Care.* Dordrecht Kluwer 2003, 111 - 120.
- Remans, J. (2005) *De boom van goed en kwaad: over bio-ethiek, biotechniek, biopolitiek.* Leuven Acco.
- Reijen, M. van (1992) *Filosofie en hulpverlening 2, Mensopvattingen,* Baarn Nelissen.
- Ricoeur, P. (1992) *Oneself as Another.* Chicago The University of Chicago Press.
- Roovers, M. (2004) *Mensbeelden en moreel handelen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Een empirisch ethisch onderzoek.* Nijmegen Valkhof Pers.
- Roozendaal, M. (2008) *Contextueel Leiderschap. Diagnose en ontwikkeling met behulp van de Referentiemethode.* Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Rijk, L. de (2004) *De rol van de taal in het empirisme van Aristoteles (384-322 v. Chr.)* Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, Mededelingen van de afdeling letterkunde. Nieuwe Reeks deel 67. no.1. Amsterdam KNAW.
- Rütten, T. (1993) *Hippokrates im Gespräch,* Ausstellung des Instituts für Theorie und Geschichte der Medizin und der Universitäts- und Landesbibliothek Münster

- anlässlich der Eröffnung der Zweigbibliothek Medizin. Münster. Universitäts- und Landesbibliothek.
- Rütten, T. (1997) Medizinethische Themen in den deontologischen Schriften des Corpus Hippocraticum. In: Flashar H, e.a., *Médecine et morale dans l'antiquité*. Fondation Hardt, Genève Vandoeuvres, 65 -120.
- Sargisson, L. (2000) *Utopian bodies and the politics of transgression*. London New York Routledge
- Scheepers, P., Jansen, J. (2001) Informele aspecten van sociaal kapitaal, Ontwikkelingen in Nederland 1970 - 1998. In: *Mens en Maatschappij*, 76 (3) 183 - 201.
- Scheer, L. van der, Widdershoven, G. (2004) Geïntegreerde empirische ethiek: het einde van de normatieve ethiek? In: *Ethische perspectieven*, 14 (1) 42 - 53.
- Scheer L. van der (2003) Hermeneutische benadering: op zoek naar verborgen betekenissen. In: Manschot, H., Dartel, H. van (red). *In gesprek over goede zorg, Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam Boom, 153 - 173.
- Scheer, L. van der (1999) *Ongeregelde moraal. Dewey's ervaringsbegrip als basis voor een nieuwe gezondheidsethiek*. Nijmegen Valkhof Pers.
- Schmid. W. (2004) *Handboek voor de levenskunst*. Amsterdam Ambo.
- Schön, D. (1983) *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York Basic Books.
- Schotsmans, P. (2008) De bioethiek als probleem of als uitdaging tot dialoog. In: *Ethische perspectieven*, 18 (3) 416 - 425.
- Schuyt, K. (2006) *Steunberen van de samenleving. Sociologische essays*. Amsterdam Amsterdam University Press.
- Sennett, R. (2008) *The craftsman*. London Penguin books.
- Sevenhuijsen, S. (2000) Caring in the third way: the relation between obligation, responsibility and care in Third Way discourse. In: *Critical Social Policy*. 20 (1) 5 - 37.
- Slowther, A., Hope, A. (2000) Clinical Ethics Committees: They can change clinical practice but need evaluation. In: *British Medical Journal* 321, 649 - 650.
- Slowther, A. (2004) Development of clinical ethics committees. Support for dealing with ethical issues in clinical practice should be an integral part of patient care. In: *British Medical Journal* vol. 328, 950 - 952.
- Slowther, A., T. Hope, R. Ashcroft (2001) Clinical Ethics Committees: a worldwide development. In: *Journal of Medical Ethics* 27, suppl. 1, 9 - 17.
- Smith Iltis, A. (2003) Institutional Integrity in Health Care: Essential for Organizational Ethics. In: Iltis, A. *Institutional Ethics in Health Care*, Alphen aan den Rijn Kluwer, 1 - 6.
- Smith Iltis, A. (red) (2003) *Institutional Integrity in Health Care*. Alphen aan den Rijn Kluwer.
- Spencer, E., Mills, A., Rorty, M., Werhane, P. (2000) *Organization Ethics in Health Care*, New York Oxford University Press.
- Springer Loewy, R. (2008) The "Ethics" of Organizational/Institutional ethics in a Pluralistic Setting: Conflicts of Interests, Values and Goals. In: *Mc George Law Review* Vol. 39, 703 - 718.
- Steinkamp, N., Uertz J. (2002) De Nijmeegse methode voor moreel beraad op de werkvloer. In: Pijnenburg M. Nuy M. (red). *Abstineren. Morele overwegingen bij het staken van levensverlengend handelen*. Budel Damon, 17 - 23.
- Stolper M., Molewijk B., Widdershoven G. (2008) Het trainen van (gezondheids) zorgprofessionals tot gespreksleiders moreel beraad. In: *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*. 18 (2) 57 - 61.
- Stoopendaal, A. (2009) Afstand tussen werkvloer en bestuur. In: *Wetenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie* (2) 14 -18.

- Strikwerda, H. (2003) Postmodernisme, postmoderne organisaties en implicaties voor management control. In: *MAB* 5, 242 - 250.
- Struijs, A., Vathorst, S. van der (2009) *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden. Signalering ethiek en gezondheid*. Den Haag Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Swierstra T., Tonkens, E. (2002) Klakkeloze keuzevrijheid, in: *Filosofie & Praktijk*, 23 (4) 3 -15.
- Swierstra, T. (2002) Ethiek op zijn plaats zetten. Normatieve ethiek als empirische filosofie. In: *Krisis* (3) 18 - 38.
- Swierstra, T. (2003) De wisselwerking tussen ethiek en technologie. Naar een moderne technologie-ethiek. In: Devisch, I., Verschraegen, G. (2003) *De verleiding van de ethiek. Over de plaats van morele argumenten in de huidige maatschappij*. Amsterdam Boom, 154-174.
- Taels, J. (1994) Een vergetelheid. Grenzen van de professionele ethiek. In: *Ethische perspectieven* 4 (3) 111 - 117.
- Terpstra, M. (2002) *Omstreden besluiten. Filosofische aspecten van het besturen*. Amsterdam SUN.
- Tiemstra, M., Huibers, A. (1994) Ondernemerschap vereist reflectie op gangbare visie, Visieontwikkeling is geen luxe. In: *Het ziekenhuis* 17 (9) 688 - 690.
- Tongeren, P. van (1988) Politiek en moraal vanuit aristotelisch perspectief. In: Musschenga, A., Jacobs, F. *De liberale moraal en haar grenzen*, Kampen Kok, 49 - 71.
- Tonkens, E. (2003) *Mondige burgers, getemde professionals: Marktwerking, vraagsturing, en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht NIZW Uitgeverij.
- Tonkens, E. (2008) *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*, Amsterdam Van Gennep.
- Tönnies, F. (1972) *Gemeinschaft und Gesellschaft. Grundbegriffen der reinen Soziologie*. Darmstadt Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Touwen, D.P. (2008) *Voor een ander. Beslissingsverantwoordelijkheden in de verpleeghuisgeneeskunde*. Academisch proefschrift Universiteit Leiden, Amsterdam Aksant.
- Trappenburg, M. (2007) *Geen woorden maar waarden. Den Uyllezing. De ethiek van de publieke sector*. In: Vrij Nederland 24 februari 2007, 84 - 91.
- Trappenbrug, M. (2005) *Gezondheidszorg en democratie*. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Trappenburg, M. (2008) *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie*. Amsterdam University Press Amsterdam.
- Tronto, J. (2001) Does managing professionals affect professional ethics? Competence, Autonomy and Care. In: DesAutels, P., Waugh, J. *Feminists doing ethics*, 187 - 202.
- Tronto, J. (1993) *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York Routledge.
- Tronto, J. (1995) *Caring for Democracy: A Feminist Vision. Zorg voor democratie. Een feministische visie*, Utrecht Universiteit voor Humanistiek.
- Tronto, J. (1996) The political concept of care. In: Hirschmann N, Di Stefano C. (red) *Revisioning the political feminist reconstructions of traditional concepts in western political theory*. Oxford Westview Press, 139 -156.
- Tronto, J. (2009) Consent as a Grant of Authority; A Care Ethics Reading of Informed Consent. In: Lindemann, H., Verkerk, M., Walker, M. (red) *Naturalized Bioethics. Toward responsible knowing and practice*. Cambridge University Press Cambridge, 182 - 197.
- Turner, L. (2009) Bioethics and Social Studies of medicine: overlapping concerns. In:

- Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 18, 36 - 42.
- Unen, C. van (2003) *De professionals. Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing*. Delft Eburon.
- Vanlaere, L. Gastmans, C. (2008 a) Zorg en normativiteit. Een kijk vanuit het Leuvense personalisme. In: *International Journal in Philosophy and Theology* 69 (4), 433 - 469.
- VanLaere, L. Gastmans, C (2008 b) Een gesprek voor een zo goed mogelijke zorg. Een zorgethische en personalistische overlegmethode. In: *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 18 (2) 45 - 52.
- Ven, N. van der (2001) Bauman, Levinas en de bedrijfsethiek. In: *Filosofie in Bedrijf* 13 (4) 26 - 37.
- Ven, N. van der (2006) *Schaamte en verandering. Denken over organisatieverandering in het licht van de filosofie van Emmanuel Levinas*. Kampen Klement 2006.
- Verhagen, S. (2005) *Zorglogica's uit balans. Het onbehagen in de thuiszorg nader verklaard*, Academisch Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Verkerk, M. (1994) Zorg of contract: een andere ethiek. In: Manschot, H., Verkerk, M. (red) *Ethiek van de zorg. Een discussie*. Amsterdam/ Meppel Boom, 53 - 73.
- Verkerk, M. (2000) De organisatie als praktijk van verantwoordelijkheid. In: Graste, J., Bauduin, D. (red) *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen Van Gorcum, 112 - 129.
- Verkerk, M. (2008) Zorgethiek en professionaliteit. In: *Verpleegkunde (Nederlands - Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen)*, 23 (1) 72 - 73.
- Verkerk, M., Ethiek en kwaliteitsbeleid, in: Slagter, M., Meijering, F. e.a. (red) *De gepassioneerde professional*. Assen Van Gorcum, 9 - 15.
- Verkerk, M. (2003) Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden. In: Manschot, H., Dartel, H. van (red.) *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam Boom, 177 - 190.
- Verkerk, M., Bree, M. de, Jaspers, F. (2004) Visies op professioneel gedrag. Meer nadruk leggen op reflectie en verantwoording. In: *Medisch Contact* 59 (51) 2035 - 2037.
- Verkerk, M., Lindemann, H., Maeckelberghe, E., e.a. (2005) Het ReflectieVierkant: een nieuwe methodiek voor moreel bekwaame professionals, in: Verkerk, M., Widdershoven, G. (red). *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?* Den Haag NWO, 75 - 93.
- Verkerk, M., Witte, J. de, Dartel, H. van (2009) *Sturen op waarden. Handelingsonderzoek als instrument van ethiekbeleid*, Groningen Expertisecentrum Ethiek in de Zorg UMCG.
- Verkerk, M. (2006). Zorg moet niet nuttig zijn, zorg moet ethisch zijn. In: *NRC Bijlage Opinie & debat*, 8 juli 2006, 15.
- Verkerk, M., Lindemann, H. (2009) Epilogue. Naturalized Bioethics in Practice, In: Lindemann, H., Verkerk, M., Walker, M. *Naturalized Bioethics. Toward Responsible Knowing and Practice*. Cambridge Cambridge University Press, 238 - 247.
- Verkerk, M., Dartel, H. van (2005) Ethiek en action research. Op weg naar een reflectieve zorgorganisatie. In: Boog, B., Slagter, M. e.a. (red.) *Focus op action research. De professional als handelingsonderzoeker*, Assen Van Gorcum, 37 - 48.
- Verkerk, M., Widdershoven G. (red) (2005) *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?* Den Haag NWO.
- Verkerk, M., Widdershoven, G., Abma, T. (2005) Terugblik, conclusies en aanbevelingen. In: Verkerk, M., Widdershoven, G. (red). *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?* Den Haag NWO, 115 - 122.
- Verstraeten, J. (1992) Ethics at Harvard. Een inspirerend voorbeeld. In: *Ethische perspectieven* 2 (3) 1 - 2.

- Verstraeten, J. (1995) The Tension Between 'Gesinnungsethik' and 'Verantwortungsethik'. A Critical Interpretation of the Position of Max Weber in 'Politik als Beruf'. In: *Ethical Perspectives* 2 (3) 180 - 187.
- Verstraeten, J. (2003) *Leiderschap met hart en ziel. Spiritualiteit als weg naar oorspronkelijkheid*. Tielt Lannoo.
- Vollmann, J. (2008) Klinische Ethiekcommittees und Ethiekberating in Deutschland: Bisherige Entwicklung und zukünftige Perspektiven. In: *Bioethica Forum* 1 (1) 33 - 39.
- Vorstenbosch, J. (2005) *Zorg: een filosofische analyse*, Amsterdam Nieuwezijds.
- Vorstenbosch, J. (2010) De ethische expert in een democratische context. In: Hoven, M. van den, Scheer, L. van der, Willems, D. (red). *Ethiek in discussie. Praktijkvoorbeelden van ethische expertise*. Assen Van Gorcum, 47 - 55.
- Vries, G. de (1991) Hoe te leven in een technologische cultuur? In: *Krisis* (45) 34 - 46.
- Vries, G. de (1993) *Gerede twijfel. Over de rol van de medische ethiek in Nederland*. Amsterdam: De Balie.
- Wal, K. van der (2008) *Wat is er met de ethiek gebeurd? Over ethisch denken onder laatmoderne omstandigheden*. Kampen Klement.
- Walker, M. (1998) *Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics*. New York (NY/USA) Routledge.
- Walker, M. (2002) Morality in Practice: A Response to Claudia Card and Lorraine Code. In: *Hypatia* 17 (1) 174 - 182.
- Walker, M. (2003) *Moral contexts*. Lanham (MD/USA) Rowman & Littlefield Publishers.
- Walker, M. (2005) Het creëren van reflectieve ruimte. Een nieuwe visie op moreel beraad, In: Verkerk, M., Widdershoven G. (red). *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?* Den Haag, 12 - 34.
- Walker, M. (2009) *Introduction. Groningen Naturalism in Bioethics*. In: Lindemann, H., Verkerk, M., Walker, M. (red) *Naturalized Bioethics. Toward Responsible Knowing and Practice*. Cambridge Cambridge University Press, 1 - 20.
- Walzer, M. (1983) *Spheres of justice: A defense of pluralism and equality*, New York Basic Books.
- Wanrooy, M. (2001) *Leidinggeven tussen professionals*. Schiedam Scriptum.
- Wanrooy, M. (2008 a) *Het spel en de knikers. Besturing van professionele organisaties*. Schiedam Scriptum.
- Wanrooy, M. (2008 b) Professionele organisaties 'bestaan niet'. In: *Holland Management Review*, 119, 26 - 34.
- Weber, M. (1922/1968) *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, Tübingen Mohr (Siebeck).
- Weber, M. (2005) *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Frankfurt am Main Zweitausendeins.
- Weber, M. (2006 a) *Religion und Gesellschaft. Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie*. Frankfurt am Main Zweitausendeins.
- Weber, M. (2006 b) *Politik und Gesellschaft*. Frankfurt am Main Zweitausendeins.
- Weggeman, M. (2003) *Provocatief organiseren. Organisaties mooier maken*. Schiedam Scriptum.
- Weggeman, M. (2002) Pragmatisch kennismangement: als het werkt is het goed. In: Baallen, P. van, Weggeman, M., Witteveen, A. (red) *Kennis en management*. Schiedam Scriptum, 397 - 414.
- Wellmer, A. (1997) Hannah Arendt on Judgement: The Unwritten Doctrine of Reason. In: May, L., Kohn, J. (red) *Hannah Arendt Twenty Years Later*. London The MIT Press, 33 - 52.
- Whitehead, J., McNiff, J. (2006) *Action research. Living theory*. London Sage publications.
- Whitehead, J. (1989). Creating a living educational theory from questions of the kind,

- “How do I improve my practice?”. In: *Cambridge Journal of Education*, 19 (1) 41 - 52.
- Whitehead, J. (2009), Generating living theory and understanding in action research studies. In: *Action Research* 7 (1) 85 - 99.
- Widdershoven G. (2000) *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheids-ethiek*, Amsterdam Boom.
- Wilde, R. de (1989) De relativiteit van sociaal-wetenschappelijke kennis. In: Korthals, M. (red) *Wetenschapsleer: filosofisch en maatschappelijk perspectief op natuur- en sociaal culturele wetenschappen*. Amsterdam Boom, 112 - 134.
- Wildes, K. (2003) Institutional Integrity in Health Care: Tony Soprano and Family Values. In: Smith Iltis, A. (red) *Institutional Integrity in Health Care*. Dordrecht Kluwer, 29 - 40.
- Willems, D., Vos, R., e.a. (2007) *Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid*. Signalering Ethiek en Gezondheid. Den Haag Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG).
- Willigenburg T. van, e.a. (1991) *Ethiek, levensbeschouwing en het management*. Utrecht NZi 1991.
- Willmott, H. (2005) Organization theory as critical science? Forms of analysis and ‘new organizational forms’, in: Tsoukas, H., Knudsen, C. (red) *The Oxford Handbook of Organization Theory*, Oxford Oxford University Press 2005, 88 - 112.
- Young-Bruehl, E. (2007) *Het belang van Hannah Arendt*. Amsterdam Atlas.
- Young-Bruehl, E. (1997) Hannah Arendt among Feminists In: May, L., Kohn, J. (red) *Hannah Arendt Twenty Years Later*. London The MIT Press, 307 - 324.
- Zuurmond, A. (1994) *De Infocratie: een theoretische en empirische heroriëntatie op Weber's ideaaltype in het informatietijdperk*. Den Haag Phaedrus.
- Zwart, H. (1993) *Ethische consensus in een pluralistische samenleving. De gezondheids-ethiek als casus*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam Thesis Publishers.
- Zwart, H. (1995) *Weg met de ethiek? Filosofische beschouwingen over geneeskunde en ethiek*. Amsterdam Thesis Publishers.
- Zwart, H (1998) Beelden en woorden: het eerste hoofdstuk van de ‘nieuwe’ medische ethiek. In: *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*. 8 (1) 8 -13.
- Zwart, H. (2002) Een ethische revolutie. In: *Filosofie & Praktijk*. 23 (2) 34 - 52.
- Zwart, H. (2003) De spreekbevoegdheid van ethici. In: Devisch, I., Verschraegen, G. (red). *De verleiding van de ethiek. Over de plaats van morele argumentatie in de huidige maatschappij*. Amsterdam Boom, 43 - 64.

Lijst van figuren

Fig. 1.	voorstelling van een handelingsgericht ethiekbeleid	11
Fig. 2.	beelden van professionaliteit (Wanrooij 2008)	45
Fig. 3.	beelden van professionaliteit (naar Ten Bos 2002)	46
Fig. 4.	verschillende doelen ethiekbeleid gekoppeld aan specifieke werkvormen (van Dartel en Jacobs 2008)	66
Fig. 5.	een Kantiaanse epistemologie van reflectie (Procee 2006)	78
Fig. 6.	hiërarchie van menselijke activiteiten	112
Fig. 7.	de Aristotelische condition humaine	117
Fig. 8.	de vita activa tegenover de vita contemplativa	119
Fig. 9.	verschillen tussen 'economie' en 'polis'	124
Fig. 10.	geneeskunde als vorm van politiek handelen	131
Fig. 11.	twee typen contemplatie	134
Fig. 12.	de verhouding van arbeiden, werken en handelen in de context van de geneeskunde	157
Fig. 13.	kenmerken Platoons rationeel organisatiemod (de Geus 1989)	199
Fig. 14.	kenmerken Aristotelisch integrerend organisatiemodel (de Geus 1989)	203

Towards action oriented ethics policies for Health Care Organizations.

A normative exploration.

Summary

In Dutch healthcare ethics is automatically associated with professional care. Initially healthcare ethics is especially understood as medical ethics. Thereafter other dimensions of morality have been introduced, for example in relation with the transformation of Health Care Organizations (HCO's) into business models. In the Netherlands this evolution of healthcare ethics has been interrelated with the intention to support professionals to make their own choices and to reflect critically on the values of their practice. This development towards a more practice oriented ethics is interesting, certainly when it is associated with actual processes of deprofessionalization. Leading question of this study therefore is how ethics policy in healthcare organizations should be defined. It asks for a normative investigation of practice, with the intention to define a meaningful concept of ethics policy for HCO's. This normative investigation has three directions. The first focuses on the condition of this policy as *ethics* policy. The second and most important, pays attention to the character of activity, central in the professional practice: individual health *care*. The third investigates the *organizational context* of this practice.

Ethics – the first specific dimension of this policy - is studied through three different points of view. The term 'discomfort' characterizes the first. On one hand it reflects the feelings of uneasiness uttered by ethicists and philosophers about the use and meaning of applied ethics. On the other hand it refers to an actual evaluation of developments in health care which influence the professional character of this practice. Beginning with critical observations of two Dutch philosophers, Zwart and Ten Bos, some pitfalls are identified, threatening the critical function applied ethics ideally has. Applied ethics tends for example to become too instrumental, although this narrow scope will be welcomed by some practitioners and managers, in this way ethics loses its critical function. Applied ethics therefore needs to respect its philosophical origin. At the same time it is necessary that ethics stays close to practical experiences and the associated discomfort. This experience of discomfort or embarrassment is an important base for applied ethics. Regarding modern developments in health care, embarrassment is related with two aspects. First attention is given to the experiences in medicine that formed the cause for the development of modern bioethics itself. The observation made by

medical doctors and others – that health care practice is interwoven with the counterproductive exercise of power is of great interest. It asks consciousness of the limitations and risks of professional healthcare. Professionals should therefore be aware that the meaning of their professional care never can be estimated by the professional view alone. Patients also have to be in the lead. The result of this movement is a more dialogic practice.

However, a plea for a more dialogic, professional practice can no longer be sufficient. The influence of system features that inflicted healthcare has created another ambivalence of modern healthcare practice: this time it is no longer the power of the professional but rather the opposite that endangers the quality of care. Instead of too much power it is a lack of professional power that has originated uneasiness and discomfort amongst the professionals. In Dutch it is called 'beroepszeer' (professional sore). It is a multisided phenomenon: not only industrial and bureaucratic rationality has caused anomalies in healthcare practice, intraprofessional processes of practice rationalization formed another cause. It is difficult to give these features sufficient attention in ethical reflection. Nevertheless it's necessary, the more because of the changing definitions of professional care they support. Instead of the traditional moral inclination of professional occupations, professionalism is more and more defined in connection with amoral attributions of expertise. So, deprofessionalization becomes a challenge for practice oriented ethics.

The second point of view for an investigation of ethics is formed by current possibilities for development as seen in ethics as well in healthcare practice. The first perspective - of ethics – pays attention to general views on applied ethics, but also to opinions of ethicists about the process of deprofessionalization as an interesting subject for reflection. Some ethicists, acknowledging that it takes place, do not regard this process as an item in need of a theoretical response. Others take the opposite position, though the ways they react differ. Their reactions, however, show an increasing involvement of the professionals. First there is a proposal for a new theory of professional care. The second solution proposes to make explicit the logic of care, embedded in practice. The third solution emphasizes the necessity to support the professionals in investigating the moral dimensions of their own practice.

In the metaphilosophical discussion on applied ethics these theoretical positions on deprofessionalization are reflected. Some ethicists stress the material expertise of the ethicist regarding healthcare matters, others acknowledge an own expertise of professionals in the ethical identification of the moral dimensions of their practice. The arguments for this recognition are different. Some ethicists reason from a hermeneutic perspective, others from a more political philosophical view. The first group emphasizes that the view from inside cannot be missed for an adequate ethical evaluation of practice. The second group says that a just form of ethical theory naturally prefers a participatory view of practice above the distant view of the observer. Applied ethics therefore should be contextual and

practice oriented. According to some of these ethicists ethics should naturalize. It is not surprising that representatives in the Netherlands of the last mentioned perspectives are also involved in implementing professional oriented ethics policies in healthcare institutions. This way of ethics not only concerns theorizing practices of care but also changing them.

A practice oriented ethics policy seems very dependent of these theoretical positions: especially the political philosophical, because more than the hermeneutic perspective it gives attention to the reflective aspects of professional practice itself: ethics does not start this view with the theorizing activities of ethicists, but with the reflection of the practitioners in performing the practice itself.

Although the direction of a practice oriented ethics, inspired by hermeneutic and political philosophical interpretations, is clear, much has to be closer specified. For instance the themes and subjects of such practice oriented ethics. Chapter 4 tries to formulate some answers to these questions from a perspective that connects 'professionalism' to 'reflection' and 'responsibility'. That is the third point of view for exploring ethics as a basic element of ethics policy in HCO's. Starting with the Kantian idea of practical judgment, 'professionalism' is connected with a specific interpretation of action oriented 'reflection'. In action the practitioner moves between the experience of the situation and the practical and ethical knowledge he has in mind regarding this specific situation. At first to consider what is going on, what can and has to be done and secondly to give better form to his capabilities of practical judgment in reflecting former practical experiences. So ethics is connected with critical professionalism. Inspired by Hannah Arendt two important topics for this kind of critical reflection are identified. In the first place professional caretakers should reflect on experiences, that inflict their personal ideals about professional care. Next to this focus on personal loss of identity as starting point for self referential critics, they should reflect their professional routines: in order to improve them corresponding with their ideals of good practice. This perspective - making professional routines subject of ethical reflection - can be connected with a Socratic approach of practice, while the first interpretation, focusing on loss of personal identity, is inspired by Kantian ideas of autonomy and morality.

Next to this sketch of material content, there is a sketch of sources to give shape to this kind of ethics in a more practical way, for instance the forms of moral deliberation nowadays used in clinical settings. More specific forms are suggested: first there is a proposal to borrow some qualitative methods from social sciences, especially 'action research' and more specific 'living theory.' Also a plea is done for a classic method known from the history of ethics, casuistry, because this method supports an active role of the practitioner in ethics. However, a practice oriented ethics has to pay attention to more dimensions of practice than the reflections and choices of individual professionals alone. According to ethicists as Walker and Verkerk attention in reflection should also be given to patterns of responsibility in healthcare.

With this sketch of practice oriented ethics, taking self referential action critics as starting point, the exploration of the first subject, ethics, comes to an end. Nevertheless in relation to this sketch, there are serious questions to answer: how risky is choosing for self referential critics as starting point for ethics policies in HCO's? Can we really trust that professionals have a capability of self-regulating reflection? Is an external limitation of values and norms not more adequate? It is suggested that these questions can be met with a reference to the nature of care. Understanding the nature of care, we can prevent that a form of ethics, starting with self referential critics, becomes inadequate. This theoretical position about the nature of care needs a solid basis: what form of action is professional care for someone's health anyway? That becomes the leading question for chapter 5 and 6. Chapter 5 investigates how care can be defined. Therefore we use a typology of action of Hannah Arendt, derived from classic Greek philosophers especially Aristoteles. This typology gives attention to qualitative differences between human activities and to the historical development in evaluating these activities. According to this typology care can be understood as: labour, work and action. While the definition of care as labour stresses the day by day activities that need to be done to keep life going on, the definition of care in terms of work pays attention to purpose oriented, linear processes with a beginning and an end. Thought of as work, the outcome of the process can be set apart from the process itself. Of old, medical acts are most associated with work as a linear activity, but not totally: from ancient times medicine is also understood as action: an activity that takes place between people; that confirms people as they are, part of society. In that way medicine is also important for the construction of society. Not in a modern economic sense, but in a sense of meaningfulness. According to this classic interpretation medicine can be understood in a political and therefore ethical way: it takes place in the 'polis' and helps it to survive. Therefore medicine asks personal qualities belonging to political action, especially 'fronesis': prudence. Pointing at medicine as a form of social-political action, it also gives direction at the morality of medical care. Labour and work do not have these strong moral meanings: thanks to their situation in the sphere of the private household, they precede the political realm. Thereby and by its instrumental character labour lacks full moral meaning.

Chapter 6 gives a nearer explanation of care as a form of action. It starts with the recapture of Arendt's typology in actual debates on care to underline the potential meaning of this typology. Especially attention is given to the way two Dutch philosophers use the typology to make clear that care cannot be reduced to the realm of the marketplace. On the one hand Achterhuis who deduces the special character of care from the relational sphere of the household ('oikos'). On the other hand Van Heijst who stresses that care is special because of its character of action. Although both views can be used to stipulate the special character of care and to set care free from the marketplace, I prefer the vision of Van Heijst. In my opinion Achterhuis neglects the feature that modern professional care does not fit the special relational dimensions of the private household. Moreover he overestimates

the classic boundary between private and public. By doing so, day by day care is devalued to an irrelevant form of social-political work. A definition of care as action as given by Van Heijst, guarantees a qualification that gives more justice to the special and social character of professional healthcare. This interpretation also fits a vision of professional care best as taking personal responsibility for action. But it does not give an answer to the question, what exactly makes care, even when it looks like labour, into a form of action.

There are various arguments to underline the action character of professional, day by day caring activities. The circumstance that from old nursing activities are acknowledged as medical activities is rather a weak argument. Other arguments are stronger. In the first place the argument that day by day care is given to strangers as well. Therefore there are no certain patterns of care, the professional can trust on. Secondly there is the argument that day by day patterns of care lose their stable character when illness and handicaps occur. In that case day by day knowledge is not sufficient anymore. Instead there is need of special knowledge and expertise. This kind of argumentation is already used in the *Corpus Hippocraticum*. Both aspects implicate that caring for the health of another citizen can be estimated as action, even when it looks like labour. The next argument accentuates the circumstance that professional care takes place between people. It is an argument that Van Heijst brings forward in her recapture of the typology of Arendt. She stresses the interactive character of care as step to a dialogical interpretation that makes not only the caregiver but also the recipient an active co-designer of the process. Van Heijst pronounces this interpretation referring to the theories of Tronto on care as a relational process between people that cannot be completely reduced till the initiative or the actions of the caregiver.

However, will care be confirmed as a social practice of acting people, such confirmation demands special *organizational* arrangements. That is the third dimension of ethics policy. Just considering the process of socializing healthcare, it is a dimension that needs attention: the way healthcare is organized in our society has increasing meaning for the definition of care itself. Chapter 7 illustrates this process on the basis of two Dutch studies on healthcare developments: a study of Becker on developments in care for the elderly and a study of Pols on developments in the same sector and also in psychiatric care. Becker's study is taken as example for a vision on the organization as a *construct*, while Pols' study is used as an example for an interpretation that views the organization as spinoff of a social *process* starting in caring practice itself. A central point in the view of Becker is the way the culture of organization, fixed by management and expressed in corporate stories, is steering the partial processes that take place in the organization. A crucial point of the vision of Pols is that care - independent the way care is expressed - is made true in practice and nowhere else. This position implicates a confirmation of professional activities as action. In the interpretation of Becker professional care is reduced into a performance of organizational arrangements, whereof

the rationality is no longer a case of the professionals. Strictly spoken the professional occupation in this concept is defined as labour.

To explicate these two different visions at the HCO, there has been made use of a typology of De Geus, borrowed from the philosophical tradition. The image of an HCO as indicated by Becker, is linked with a Platonic interpretation of organizations. Pols' view of an HCO approaches a more Aristotelian concept. Instead of emphasizing the totality of organization, just as it happens in a Platonic interpretation, the Aristotelian concept emphasizes the meaning of the relationships between the participating individuals: every individual actor is held responsible for his actions. When we want to confirm professional care in terms of a practical affirmation of the uniqueness and morality of patient as well as caretaker, adoption of a more Aristotelian view is inevitable.

Of course, such a representation of the organization has implications for thinking about management as a relevant organizational activity. In chapter 8 and 9 this perspective is elaborated in line with the former presentations of the two mentioned opposite organizational models. Next to an interpretation of management in terms of constructing and 'making', comes an interpretation of management in terms of process: management then is understood as action. Chapter 8 describes the difficulties to perceive managing as a form of (inter)action. The influence of modern social science has given managing a technical rational appearance. Change management therefore is dominated by an utopistic approach with little room for normative reflection. Organizational changes are represented in a way that makes change invisible as change. It transforms the manager into an impartial observer of the developments and also leaves space for putting forward indisputable, factual rules. That background gives reason to the view of MacIntyre of the manager as an amoral character. Although continuously serious attempts are made to escape from the totalitarian claims of technocratic management forms, most attempts seem to fail. What could possibly help is a radical break involving scientific paradigms as well. Therefore, some authors propose a change to a more esthetic and intuitive management style. Instead of technical rationality intuition and esthetics should guide managerial moves. While such a turn towards more intuitive management could compensate shortcomings in practical knowledge and skills, it is the question if it is sufficient to affirm the central activities of HCO's as action, as a moral and political practice of its own.

For why, as an affirmation of care as action, one would not choose for a more ethical definition of managing for constructing and leading HCO's? How would such a style of managing look anyway? Those questions are answered in chapter 9. Choosing for a management style, different from 'making', is a strange, but not impossible affair. It starts taking the caring practice in HCO's seriously. It is also necessary to ascertain that leading in a professional practice is not primarily a separated function but a part of professional practice itself: it starts as a way of professional self steering. Those ideas not only underline a definition of care as acti-

on, and views on professionalism in terms of critical self reflection. They are also confirmed in modern concepts of organization that are associated with democratic forms of management, for example networks. According to these perceptions management commences as embedded leadership, and is part of practice itself. Such a presentation fits the interpretation by Pols of caring practices well. But even when practice oriented management models fit such an Aristotelian management concept, the question is if vertical elements of steering can be missed in such kinds of organization. Because professional care stays human, its moral quality cannot be guaranteed completely. This circumstance makes, even in an Aristotelian organization, vertical steering elements necessary. Moral quality of acting in care cannot be sufficient guaranteed with a reference to its professional character. Steering is necessary. But what kind of steering should be used?

Management can be performed in very different ways. Using a distinction, made by Arendt, between utility and meaningfulness, explicated further with the famous distinction of Weber between 'value' and 'goal rationality', a management description is elaborated that could be supportive for action oriented developments in healthcare. Next to a goal rational orientation, focusing on questions of utility, there is room for the meaning of care as experienced by them who are practically involved in the caring process itself. Such attention focused on meaning and value, makes the estimation of processes of rationalization not only dependent of utility or productivity but also of the intrinsic logic of care itself. In relation to organizational developments it is therefore necessary to make a difference between the HCO and other kinds of organization respecting the crucial processes in practice.

Some critics will remark that the same processes of development and rationalization can be put through in any type of organization, without making a difference between them on the basis of crucial processes in practice. Nevertheless such an approach carries the risk that it does no justice to the meanings people give to their activities. And neither to the people self involved in those activities. Managers of professional healthcare institutions should, in their deliberations about formal processes of rationalization, be guided by the question what kind of reinforcement the proposed rationalization process promises, for the practice involved, conform the specific values and norms of that practice. Acting in such way transforms managing an HCO as with professional care, into an interactive and moral practice itself.

Chapter 10 transforms the results of the explorations on 'ethics', 'care' and 'organization' into a coherent normative concept for ethics policies of HCO's. In addition to an image of ethics beginning with the critical reflection of practitioners about the normative form of their practice, a number of terms is described, almost naturally belonging to that image. Next to the crucial concept that directs the way the other concepts have to be understood - 'action' - comes 'care', 'professionalism', 'ethics' and 'organization'. As far as this conceptualization has some original me-

aning, it is indicated that not the operational elaboration of ethics policy has this quality, but the broadening of the perspective in the direction of organization and management.

Subsequently the consequences of this concept for the concerned parties are described, not only for ethicists and practitioners, but also for patients and citizens. Practice oriented ethicists should display for example less expertise in material questions of care, but more in sustaining the faculty of practical judgment and in learning programs for the practitioners that enforce this faculty. This consequence demands adaptation. Another element that demands adaptation is that not only the practitioners but also ethicists and managers are addressed as persons involved in moral practice. According to an Aristotelian view of organizations the democratic design of HCO's is another matter that deserves attention: it asks explorations into the involvement of patients and citizens in policymaking processes.

Because the presented concept is theoretical, the described consequences are hypothetical. Decisions about the implementation of action oriented ethics policies, are therefore made in local care practices and nowhere else.

Samenvatting

De associatie van ethiek met professionele zorgverlening is in de Nederlandse gezondheidszorg tamelijk vanzelfsprekend. Aanvankelijk wordt ethiek vooral gerelateerd aan vragen over de medische behandeling. In de loop der jaren verbreedt het begrip zich. Andere dimensies van moraliteit zoals die van de zorgorganisatie als bedrijf, komen meer in de belangstelling. Deze verbreding van de aandacht raakt in Nederland verbonden met de inzet om door middel van ethiekbeleid beroepsbeoefenaren te ondersteunen om zelf hun keuzen te maken en de daarbij gehanteerde waarden kritisch te onderzoeken. Deze ontwikkeling van een beweging naar een meer contextuele en handelingsgerichte ethiek, is interessant. Zeker met het oog op processen van deprofessionalisering die zich gelijktijdig voordoen in de gezondheidszorg. De vraag die opkomt, is hoe een ethiekbeleid dat professionals ondersteunt in hun streven naar goede zorg, er idealiter uitziet. Het is de leidende vraag van deze studie. Zij stuurt aan op een normatieve verkenning van de ethiekpraktijk met de opzet uit te komen bij een betekenisvol concept van ethiekbeleid voor de zorgorganisatie. Deze normatieve verkenning gaat in drie richtingen. In de eerste plaats betreft het een conceptuele afbakening van het ethiekbeleid door in te gaan op de omstandigheid dat het om *ethiek* gaat. In de tweede plaats wordt aandacht besteed aan de aard van het handelen dat in dat ethiekbeleid centraal staat: professioneel *zorgen voor iemands gezondheid*. In de derde plaats wordt de *organisatorische context* waarin dat handelen plaatsvindt, onder de loep genomen. De zorg wordt daarbij als kern en uitgangspunt gehanteerd.

Het thema ethiek wordt via verschillende ingangen verkend. Het sleutelwoord voor de eerste ingang die centraal staat in hoofdstuk twee, is *onbehagen*. Aan de ene kant gaat het daarbij om onbehagen dat zichtbaar wordt in observaties van ethici en filosofen over de werkingen van de toegepaste ethiek. Aan de andere kant betreft het onbehagen over ontwikkelingen in de gezondheidszorg die de ethiek ter harte zouden moeten gaan. Om met die eerste vorm van onbehagen te beginnen: aan de hand van kritische observaties van de filosofen Zwart en Ten Bos worden enkele valkuilen in beeld gebracht die de ideële functie van een praktijkbetrokken ethiek bedreigen. Zo blijkt de toegepaste ethiek in de praktijk de neiging te vertonen om te smal te worden en te instrumenteel. Hoewel dat dienstig lijkt voor practici en managers loopt de ethiek zo het risico om haar kritische functie te verliezen. Ook een toegepaste ethiek dient trouw te blijven aan haar originele filosofische karakter. Tegelijk dient ervoor te worden gewaakt dat de ethiek niet te veel wegdrijft van de praktische ervaring en het onbehagen dat zich

daarin manifesteert. Dat onbehagen vormt immers een belangrijk aandachtspunt voor de praktische ethiek.

Wat betreft de ontwikkelingen in de gezondheidszorg worden vervolgens twee belangrijke bronnen van onbehagen onderscheiden. De eerste bron wordt gevormd door de ervaringen die de directe aanleiding zijn geweest voor de ontwikkeling van de moderne gezondheidsethiek. Centraal daarbij staan de waarnemingen van artsen - en van anderen - dat de zorgpraktijk steeds meer verbonden is geraakt met vormen van machtsuitoefening die risico's impliceren voor kwetsbare patiënten. Dat vraagt om een kritisch besef bij de beroepsbeoefenaars van hun beperkingen; van de omstandigheid dat de waarde van de professionele beroepsuitoefening nooit meer alleen kan worden beoordeeld aan de hand van louter interne criteria. Daarom dienen beroepsbeoefenaars zich voortaan ook te laten leiden door het oordeel van hun patiënten.

Met een pleidooi voor een dialogische beroepsethiek kan echter niet worden volstaan.

Onder invloed van systeemontwikkelingen is de ambivalentie van de zorgpraktijk niet alleen meer gegeven met de risico's van een toegenomen macht van de zorgverlening. Er is ook een ander type onbehagen ontstaan. In plaats van aan een teveel aan macht is dat onbehagen gekoppeld aan ervaringen van professionele onmacht. Die worden wel aangeduid als 'beroepszeer'. Het is een veelkoppig verschijnsel: naast de meer bedrijfsmatige opbouw van de zorg zijn er ook intraprofessionele ontwikkelingen van bureaucrativering debet aan. De systeemeffecten die hier een rol spelen, lijken maar met moeite te kunnen worden verdisconteerd in de ethische reflectie. Toch verdienen ze aandacht. Ook vanwege de verschuivingen in de definiëring van professionaliteit die ermee samenhangen. In plaats van een door moraal gekenmerkte beroepsoriëntatie die traditioneel als vanzelfsprekend werd ervaren, komen andere roldefinities te staan die kennis als belangrijkste onderscheidend element poneren en niet de moraal. Mede met het oog op deze betekenisverschuivingen wordt deprofessionalisering een uitdaging voor een praktische ethiek.

De tweede ingang voor de verkenning van het thema ethiek vormen de concrete *aanknopingspunten* voor de ontwikkeling van een praktische ethiek in zorgorganisaties. In hoofdstuk drie worden ze in beeld gebracht. Omdat ethiek zowel een *denkdiscipline* is als een *praktijkdiscipline*, verloopt de verkenning van deze aanknopingspunten in meerdere richtingen. Er wordt zowel gekeken naar de opvattingen van ethici over de mogelijkheden en wenselijkheden van een praktijkgerichte ethiek, als naar de ontwikkelingen in de zorginstellingen zelf. Bij het beschrijven van de opvattingen van ethici wordt niet alleen ingegaan op algemene opvattingen over een toegepaste ethiek voor de gezondheidszorg maar ook op de meningen die ethici hebben over de deprofessionalisering, zoals die zich ondermeer in de gezondheidszorg voordoet. Terwijl sommigen het verdwijnen van de traditionele professional voor kennisgeving aannemen, problematiseren anderen deprofessionalisering als een ethisch vraagstuk dat om een reactie vraagt vanuit de ethiek. De

manieren waarop dat wordt ingevuld, verschillen overigens. Bij de drie te onderscheiden varianten van reageren lijkt er sprake te zijn van een toenemende betrokkenheid van de professionals bij de ethische reflectie: terwijl in de eerste variant de oplossing wordt gezocht in het formuleren van een nieuwe inhoudelijke zorgtheorie door de ethicus, legt de tweede de nadruk op de rol van de ethicus om zorglogica's te expliciteren die in de praktijk worden 'gedaan'. De derde beklemtoont dat het vooral zaak is van de ethiek om de beroepsbeoefenaren te ondersteunen om zelf de moraliteit van hun praktijk te onderzoeken en onder woorden te brengen.

Deze variatie waarbij de een de rol van de ethicus definieert als inhoudelijk expert en een ander benadrukt dat de ethicus mensen vooral dient te ondersteunen om hun eigen moraal beter te expliciteren, komt men ook tegen in de meta-ethische reflecties van ethici over hun vak. Naast ethici die beklemtonen dat de ethische expertise op een bepaald gebied voorbehouden dient te blijven aan de ethicus, laten anderen meer ruimte voor de opinies van de practici. De achtergronden van deze erkenning van een spreekbevoegdheid voor practici lopen uiteen: hermeneutisch geïnspireerde ethici waarderen de zienswijze van de practici omdat die een eigen licht geeft op de praktijk waaraan niet goed kan worden voorbijgegaan. De blik van binnenuit kan vanuit hun visie methodologisch niet worden gemist. Daarnaast zijn er ethici die op politiek-filosofische gronden tot een erkenning komen van de morele kennis die mensen zelf hebben van hun praktijken. Min of meer expliciet benadrukken zij dat een ethiek, die recht wil doen aan de eigenheid van een morele praktijk en aan de opvattingen van hen die daarbij zijn betrokken, dient uit te gaan van een deelnemersperspectief in plaats van een waarnemersperspectief. Toegepaste ethiek is in deze oriëntatie dan ook pas echt ethiek wanneer ze een contextueel karakter krijgt en praktisch wordt. Ethiek dient daarom, zo wordt wel gezegd, te *naturaliseren*. Als men kijkt naar praktische ontwikkelingen in Nederlandse zorginstellingen zal het niet verbazen dat juist vertegenwoordigers van de laatste twee stromingen - ethici als Widdershoven respectievelijk Verkerk - betrokken zijn bij ethiekprojecten in instellingen die aansturen op een actieve rol van professionals in het kritisch-ethisch vormgeven van hun eigen praktijk. Ethiek, zo begrepen, is niet alleen meer uit op kennis van de praktijk maar ook op verandering.

Een ethiekbeleid dat professionals ondersteunt in hun handelen, lijkt gebonden aan de laatstgenoemde varianten van een toegepaste ethiek. Vooral de politiek-filosofisch geïnspireerde variant van een naturaliserende ethiek gooit hoge ogen omdat zij meer nog dan de hermeneutische aandacht heeft voor de reflectieve aspecten van de beroepspraktijk zelf. Ethiek begint volgens deze visie immers niet pas bij de ethici, maar bij het denken van de practici zelf. Hoewel daarmee globaal is aangegeven in welke richting moet worden gedacht, is nog veel onduidelijk: wat zijn de onderwerpen van een dergelijke handelingsgerichte ethiek? Waarop dient zij zich te richten? Hoofdstuk vier tracht antwoorden te formuleren op deze vragen. En wel vanuit een perspectief dat professionaliteit in de zorg koppelt aan

‘reflectie’ en aan ‘verantwoordelijkheid’. Dat vormt de derde ingang voor de verkenning van het thema ethiek. Om te beginnen wordt gerefereerd aan de Kantiaanse notie van het praktisch oordeelsvermogen. Die koppelt professionaliteit aan een specifiek beeld van een handelingsgerichte reflectie: al doende beweegt de actor zich voortdurend van de ervaren handelingssituatie naar de beschikbare technische en morele kennis en weerom. In eerste instantie om vast te stellen wat er aan de hand is en na te gaan hoe dient te worden gehandeld. Vervolgens om aan de hand van secundaire reflecties ten aanzien van de doorge maakte ervaringen het praktisch oordeelsvermogen verder vorm te geven. Ethiek wordt zo verbonden aan een vorm van professionele handelingskritiek.

In aansluiting op het denken van Hannah Arendt worden daarvoor twee belangrijke ijkpunten onderscheiden: in ieder geval zouden beroepsbeoefenaars zich moeten bezinnen op klemmende praktijkervaringen waarbij de ideaalbeelden welke zij voor zichzelf als zorgverlener hanteren, hun betekenis lijken te verliezen. Naast de oproep om zich te bezinnen op dergelijke verlieservaringen wordt aandacht gevraagd voor de opbouw door de professionals van routines die het ideaalbeeld dat zij van zichzelf als zorgverlener hebben, op een meer positieve wijze nabijbrengen. Die insteek, ook weer ontleend aan Arendt, wordt door haar in verband gebracht met het denken van Socrates. Het is een insteek die de positieve opbouw van professionele routines tot aandachtsgebied maakt van ethische reflectie in de beroepspraktijk. Zij sluit aan bij klassieke ideeën over zelfdisciplineren in termen van praktijkleren en levenskunst.

Voor de praktische vormgeving van een dergelijke zelfreferentiële handelingskritiek zijn diverse bronnen voorhanden. Naast meer of minder ingeburgerde vormen van moreel beraad wordt voorgesteld gebruik te maken van kwalitatieve onderzoeksmethodes uit de sociale wetenschappen zoals ‘action research’ en meer specifiek ‘living theory’. Daarnaast wordt teruggesproken op een in de filosofische traditie vaak versmade vorm van ethische reflectie, namelijk ‘casuistry’. Het is een methode die, omdat zij niet twijfelt aan de spreekbevoegdheid van practici, ruimte schept voor een ethiek die aanvangt in de praktijk zelf.

Overigens dient conform de ideeën van pleitbezorgers voor een zich naturaliserende ethiek zoals Verkerk en Walker, te worden vermeden dat de aandacht alleen maar uitgaat naar de individuele professionals: de sociale context waarin zij werkzaam zijn, met hun eigen patronen van verantwoordelijkheidstoedeling, dient evenzeer een plaats te krijgen in de reflectie.

Met deze schets van de basis van een ethiekbeleid, waarbij een zelfreferentiële handelingskritiek als uitgangspunt wordt genomen, worden de verkenningen van het thema ‘ethiek’ afgesloten. Ze roept meteen indringende vragen op: is kiezen voor een zelfreferentiële handelingskritiek als ankerpunt voor een professionals ondersteunend ethiekbeleid niet de goden verzoeken? In welke mate mag men uitgaan van een zelfreinigend vermogen van professionals? Dient er niet te worden gestreefd naar een meer externe begrenzing van de waarden en normen van de beroepspraktijk?

Het zijn begrijpelijke vragen. Ze worden in aanzet beantwoord met een verwijzing naar de aard van zorg. Een goed begrip van de betekenis van zorgen voorkomt dat een ethiekbeleid dat uitgaat van het zelfkritische vermogen van de beroepsbeoefenaars uit het lood komt te staan. Een dergelijke stelling vergt onderbouwing: wat voor manier van doen is professioneel zorgen voor iemands gezondheid eigenlijk? Dat wordt een leidende vraag van de hoofdstukken vijf en zes en daarenboven van heel het boek. In hoofdstuk vijf wordt nagegaan hoe zorgen kan worden gedefinieerd. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van een activiteitentypologie van Hannah Arendt die zij ontleent aan de klassieke Griekse filosofie, voornamelijk aan Aristoteles. Het is een activiteitentypologie die attent maakt op kwalitatieve verschillen tussen menselijke activiteiten en op ontwikkelingen die zich in de waardering van deze activiteiten hebben voorgedaan. Zorgen blijkt dan op uiteenlopende wijzen te kunnen worden begrepen: als *arbeiden*, *werken* en *handelen*. Legt een definiëring van zorgen als *arbeiden* de nadruk op de alledaagse, cyclische activiteiten die moeten worden verricht om het leven in zijn naakte vorm te behouden, bij een definiëring als *werken* verschuift de aandacht naar doelgerichte lineaire processen met een begin en een einde. Ook hebben ze een uitkomst die kan worden losgedacht van het proces zelf. Geneeskundige activiteiten blijken vanouds het meest te worden geassocieerd met deze lineaire activiteit, dus met *werken*, maar niet alleen: geneeskunde wordt vanouds ook begrepen als *handelen*, dat wil zeggen als *een activiteit die tussen mensen plaatsvindt*, die mensen bevestigt in wie ze zijn als deel van de samenleving en in die hoedanigheid betekenis heeft voor de opbouw van de samenleving. Dus niet in een moderne economische zin, maar als proces van betekenisgeving. In klassieke termen betekent dit dat aan genezen als vorm van zorg een politieke en daarmee ook ethische lading wordt toegekend: het vindt plaats in de politieke gemeenschap, de polis, en helpt deze te onderhouden. Het vergt daarom kwaliteiten die passen bij handelwijzen met politieke betekenis. In het bijzonder: *'fronèsis'* of *'prudentia'*. Met deze positionering van genezen als politieke activiteit wordt ook richting gegeven aan de moraliteit van het geneeskundig handelen. Aan *arbeiden* en *werken* kan volgens deze benadering amper een dergelijke betekenis worden gehecht. Het zijn activiteiten die ideaaltypisch voorafgaan aan het politieke en aan het ethische en worden gesitueerd in de private sfeer van de huishouding. De kwaliteiten die met *arbeiden* samenhangen hebben vooral een instrumenteel karakter. Daarenboven stompt *arbeiden* af, het depolitiseert doordat het als activiteit amper van zichzelf loskomt.

In hoofdstuk zes wordt het beeld van zorgen als een vorm van handelen nader uitgewerkt. Om te beginnen wordt een blik geworpen op de receptie van Arendts activiteitentypologie in moderne debatten over de zorg. Zo wordt aannemelijk gemaakt dat het spreken over zorg in termen van die typologie wel degelijk betekenis heeft voor de karakterisering van de moderne gezondheidszorg. In het bijzonder wordt ingegaan op de manier waarop twee Nederlandse auteurs Arendts visie op menselijke activiteiten aangrijpen om te beklemtonen dat gezondheidszorg niet zomaar kan worden herleid tot de sfeer van de markt en de economische ruil.

Aan de ene kant staat Achterhuis die het bijzondere van zorg afleidt uit de relationele sfeer van het huishouden (de 'oikos'). Aan de andere kant staat Van Heijst die beklemtoont dat zorgen zijn bijzonder karakter ontleent aan de omstandigheid dat het handelen betreft. Hoewel beide standpunten kunnen worden aangegrepen om het bijzondere van zorgen te benadrukken en zorg zo te vrijwaren van de markt, gaat mijn voorkeur uit naar de visie van Van Heijst. Achterhuis gaat te zeer voorbij aan het gegeven dat professionele gezondheidszorg helemaal niet past bij de bijzondere relationele sfeer van de 'oikos'. Daarnaast houdt hij teveel vast aan de klassieke scheidslijn tussen het private en het publieke, waardoor (alledaagse) zorg bijna vanzelfsprekend wordt afgewaardeerd tot een irrelevante vorm van politiek-maatschappelijk arbeid. Zorgen definiëren als handelen, zoals van Heijst doet, biedt meer garanties voor een kwalificatie die recht doet aan de eigenheid en het maatschappelijk karakter van professionele zorg. Ook sluit een dergelijke definitie het beste aan bij een visie op de beroepsbeoefenaar als iemand die persoonlijk verantwoordelijkheid draagt.

Maar wanneer en waardoor wordt zorgen voor iemands gezondheid, ook wanneer het qua vorm op arbeid lijkt, nu handelen? Voor het handelingskarakter van beroepsmatige, alledaagse zorgactiviteiten kunnen verschillende argumenten worden aangedragen. Een betrekkelijk zwak argument verwijst naar de omstandigheid dat verplegende en verzorgende activiteiten van oudsher gerekend worden tot de sfeer van de geneeskunde. Andere argumenten zijn sterker. In de eerste plaats kan het handelingskarakter van alledaagse zorg in de sfeer van de verpleging worden beargumenteerd door te wijzen op de omstandigheid dat ook deze zorg in principe wordt gegeven aan onbekenden. In die zin kan er niet worden gesproken van patronen, waarmee de beroepsbeoefenaar vanzelf is vertrouwd. In de tweede plaats kan erop worden gewezen dat alledaagse, cyclische activiteiten van karakter veranderen wanneer er ziekte of handicaps in het spel zijn. Dan kan niet meer worden volstaan met kennis van het alledaagse maar dient gebruik te worden gemaakt van bijzondere kennis en ervaring. Het is een type argumentatie dat ook al kan worden teruggevonden in het Corpus Hippocraticum. Beide aspecten impliceren dat aan de zorg voor de gezondheid van een andere burger handelingsbetekenis kan worden toegedicht ook wanneer zij naar haar vorm op arbeid lijkt. Een volgend argument kan worden ontleend aan de omstandigheid dat zorgen tussen mensen plaatsvindt. Het is een argument dat vooral Van Heijst in haar receptie van Arendt naar voren brengt. Zij beklemtoont het interactieve karakter van zorgen als opstap naar een dialogische interpretatie die niet alleen de zorgverlener maar ook de ontvanger tot medeontwerper van het proces maakt. Zij doet dat mede onder verwijzing naar de opvattingen van Tronto over zorgen als een relationeel proces dat zich tussen mensen afspeelt en niet louter kan worden herleid tot het initiatief, doen en laten van de zorgverlener.

Wil zorgen worden bevestigd als handelen, als een sociaal-politieke handelingspraktijk, dan vergt dat bijzondere organisatorische arrangementen. Met de vraag

naar de organisatorische context van de zorg komt de derde dimensie van het ethiekbeleid in beeld. Het is een dimensie die gelet op de toegenomen vermaatschappelijking van de zorg aandacht verdient: de manier waarop de zorgorganisatie wordt vormgegeven heeft betekenis voor de definiëring van de zorg zelf. In hoofdstuk zeven wordt dat toegelicht aan de hand van twee Nederlandse studies over de ontwikkeling van goede zorg, een studie van Becker over de ouderenzorg en een studie van Pols over ontwikkelingen in de psychiatrie en de ouderenzorg. De studie van Becker wordt gepresenteerd als voorbeeld van een visie op de zorgorganisatie als een construct of 'managementding'. In de studie van Pols verschijnt de organisatie veelmeer als uitkomst van een 'sociaal proces' dat een aanvang neemt in de zorgpraktijk zelf. Het springend punt in de visie van Becker is de manier waarop de organisatiecultuur, eenmaal gevestigd door het management en tot uitdrukking gebracht in centrale narratieven ('corporate stories'), sturing geeft aan de deelprocessen in de organisatie. Bij Pols is het springende punt dat de zorg - hoe er verder ook over wordt gesproken - wordt waargemaakt in de praktijk zelf en nergens anders. Dat impliceert een bevestiging van de beroepsbeoefening als 'handelen'. Bij Becker wordt de beroepsuitoefening veeleer herleid tot het tot uitvoering brengen van organisatorische arrangementen waarvan de rationaliteit niet langer op het niveau van de beroepsbeoefenaar zelf kan worden bepaald. Strikt genomen dient de beroepsuitoefening in dit organisatieconcept te worden gekwalificeerd als 'arbeid'.

Om deze verschillende visies op de zorgorganisatie te verduidelijken, wordt verwezen naar een typologie van De Geus ontleend aan de filosofische traditie. Het beeld van de zorgorganisatie zoals Becker die voorstelt past binnen deze typologie het beste bij de Platoonse organisatie. Pols interpretatie van de zorgorganisatie komt dichterbij een Aristotelische visie. In plaats van een benadrukking van de organisatie als totaliteit, zoals dat in een Platoons georiënteerde organisatie gebeurt, verschuift de aandacht in een Aristotelisch concept naar de verhoudingen tussen de individuen: in een Aristotelische organisatie worden alle deelnemers aan de organisatie aangesproken als verantwoordelijke actoren. Wanneer men professionaliteit wil bevestigen in termen van een praktisch tegemoetkomen aan de uniciteit en moraliteit van de zorgvrager en zorgverlener, is aansluiting bij een Aristotelische visie op de organisatie vanzelfsprekend.

Uiteraard heeft een dergelijke voorstelling van de organisatie ook implicaties voor het denken over managen als relevante activiteit in organisaties. In de hoofdstukken acht en negen wordt dit nader uitgewerkt. Het contrast dat daarbij wordt gehanteerd blijft in het spoor van de voorstellingen van de organisatie uit hoofdstuk zeven: tegenover een visie op management die past bij een interpretatie van de organisatie als een 'managementding' en bijgevolg managen benadert in termen van 'maken', staat een visie die meer aansluit bij procesbenaderingen en managen bijgevolg net als zorgen zelf, definieert als 'handelen'. Dat het niet eenvoudig is om managen te interpreteren als handelen, wordt beschreven in hoofdstuk acht. Mede onder invloed van de gebruikelijke benadering van de werkelijkheid in de

sociale wetenschappen, heeft managen als activiteit een technisch rationeel aanzien gekregen. Ook leggen managers in het omgaan met veranderingen gemakkelijk een vorm van utopistisch denken aan de dag die weinig ruimte openlaat voor een normatieve afweging. Organisatieveranderingen blijken gemakkelijk te worden voorgesteld op een wijze die de verandering juist als verandering onzichtbaar maakt. Dat geeft de manager niet alleen het imago van een onpartijdige waarnemer van de ontwikkelingen maar leidt tegelijk tot het stellen van regels die nogal onbetwistbaar ogen vanwege hun 'feitelijk' karakter. Tegen die achtergrond wekt het geen verbazing dat een filosoof als MacIntyre de manager opvoert als voorbeeld van een amoreel personage.

Hoewel er steeds opnieuw pogingen worden ondernomen om te ontsnappen aan de totalitaire aanspraken van deze technocratische managementvormen, lijken de meeste pogingen te stranden. Wat zou kunnen helpen is een radicale breuk, waarbij ook de achterliggende wetenschappelijke kaders op de schop worden genomen. Een aantal auteurs bepleit daarom een omslag naar een meer esthetisch en intuïtief management. Niet technische rationaliteit zou voortaan de gids moeten zijn van de manager maar intuïtie en esthetica. Terwijl een dergelijke koerswijziging naar een meer esthetische managementstijl eventuele tekorten in de kennis en besluitvaardigheden van managers zou kunnen compenseren, is het nog maar de vraag of ze ook voldoende is om de kernactiviteit van zorgorganisaties te bevestigen als handelen, als een eigenstandige morele en politieke activiteit.

Daarom wordt in hoofdstuk negen een andere koers ingeslagen. Want waarom zou men ter bevestiging van zorgen als vorm van handelen, voor de opbouw en sturing van de zorgorganisatie niet kiezen voor een meer ethische definiëring van managen? En hoe ziet een dergelijke vorm van managen er dan vervolgens uit? Die vragen staan centraal in dat hoofdstuk. Kiezen voor een andere managementbenadering dan in termen van 'maken' is een dwarse onderneming. Maar niet ondoenlijk. Ze begint met het ernstig nemen van de praktijken in organisaties en met de idee dat leiding geven in professionele organisaties niet primair hoeft te worden begrepen als een aparte functie maar als een vorm van professionele zelfsturing. Het zijn ideeën die niet alleen aansluiten bij een definiëring van zorg als *handelen* en bij opvattingen over professionaliteit in termen van *zelfkritische reflectie* maar die ook worden bekrachtigd door opvattingen over moderne organisatievormen. Zo vragen netwerkorganisaties om democratische besturingsvormen. Die beginnen idealiter met een ingebed leiderschap in de uitvoeringspraktijken zelf. Het is een voorstelling die aansluit op de interpretatie van Pols van de zorgpraktijk en bijgevolg bij een meer Aristotelisch organisatie-model. Dat wil niet zeggen dat men geheel zonder verticale sturingselementen zou kunnen. Ook in de Aristotelische zorgorganisatie is een verticale managementfunctie onontbeerlijk: professionele zorgverlening is en blijft mensenwerk waarbij de morele kwaliteit niet zomaar kan worden gegarandeerd met een verwijzing naar haar professio-

nele karakter. Er kan ook op dit vlak sturing nodig zijn. Maar wat voor sturing zou dat dan moeten zijn?

Managementfuncties kunnen op verschillende manieren worden ingericht. Aan de hand van een onderscheid van Arendt tussen nut en betekenis, verder toegelicht met een verwijzing naar het bekende verschil dat Max Weber maakt tussen waarde- en doelrationaliteit, wordt uitwerking gegeven aan een managementrol die ondersteunend zou kunnen zijn voor een handelingsgerichte ontwikkeling van de zorg. Naast een doelrationele benadering waarbij vooral wordt gefocust op het nut van de zorgverlening blijft er aandacht voor de betekenissen die tijdens het zorgproces zelf aan de zorg worden gegeven door hen die er praktisch bij zijn betrokken. Bij een dergelijke op waarde en betekenis gefocuste oriëntatie worden rationaliseringsprocessen in de organisatie niet alleen afgemeten aan hun doelrationele opbrengsten maar ook aan de versterking van de eigen logica van de zorg. Daarom dient bij de opbouw van de zorgorganisatie verschil te worden gemaakt ten opzichte van andere organisaties waarin andere kernprocessen aan de orde zijn. Sommige critici zullen opmerken dat in elk type organisatie vergelijkbare rationaliseringsprocessen kunnen worden doorgevoerd om de rationaliteit van de organisatie te verhogen. Tegen dit pleidooi wordt ingebracht dat een dergelijke benadering het risico met zich meebrengt dat daarmee geen recht wordt gedaan aan de betekenissen die mensen in de praktijk aan hun activiteiten geven. En dus ook niet aan die mensen zelf. Managers van professionele zorginstellingen zouden zich daarom bij hun afwegingen ten aanzien van formele rationaliseringsvormen dienen te laten leiden door de vraag of de voorgestelde vorm van rationalisering een positieve bekrachtiging inhoudt van de betreffende praktijk conform haar eigen waarden en normen. Dat zet managen in hetzelfde kader als zorgen voor iemands gezondheid en maakt het net als zorgen tot een interactieve en morele praktijk.

In hoofdstuk tien worden de deelverkenningen naar 'ethiek', 'zorgen' en 'organisatie' herleid tot een samenhangend normatief concept voor een handelingsgericht ethiekbeleid voor zorgorganisaties. Naast een *beeld* van een ethiek die begint bij de kritische reflectie van de practici over de normatieve vormgeving van hun praktijk, wordt een aantal *termen* beschreven dat welhaast vanzelfsprekend bij dat beeld hoort. Naast 'handelen', dat het kernbegrip vormt en daarmee de richting bepaalt van de wijze waarop de andere termen dienen te worden begrepen, betreft het 'zorgen', 'professionaliteit', 'ethiek' en 'organisatie.' Aangegeven wordt dat het oorspronkelijke karakter van het concept niet zozeer schuilt in de uitwerking van het ethiekbeleid in strikte zin, maar vooral in de verbreding richting organisatie en management.

Vervolgens wordt ingegaan op de consequenties van een dergelijk concept voor de meest betrokkenen, niet alleen ethici en practici maar ook patiënten en burgers. Praktijkbetrokken ethici bijvoorbeeld zullen zich minder als inhoudelijke zorgexperts dienen te manifesteren maar vooral als deskundigen op het gebied van het praktisch oordeelsvermogen van de beroepsbeoefenaars. En van de leer-

processen die dat oordeelsvermogen helpen vormen en versterken. Dat vraagt aanpassing. Daarnaast worden niet alleen de beroepsbeoefenaars maar ook de ethici en managers aangesproken als betrokkenen in een morele handelingspraktijk. Dat vraagt ook aanpassing. Van een andere orde is de democratisering van de zorgorganisatie als uitvloeisel van een meer Aristotelische interpretatie: die vraagt om onderzoek naar de betrokkenheid van burgers en patiënten bij de beleidsvorming. Uiteraard gaat het bij deze beschrijving om veronderstelde consequenties. Want ook al is het concept geschreven in aansluiting op bewegingen in het veld, het blijft theorie. Over de ruimte voor een handelingsgericht ethiekbeleid wordt geheel in lijn van deze studie uiteindelijk beslist in lokale zorgpraktijken. En nergens anders.

Nawoord

Sinds ik me tijdens mijn studie in de jaren zeventig ben gaan verbazen over het abstracte karakter van de gehanteerde begrippen in zowel de theologie als de filosofie, heb ik de noodzaak ervaren om als ethicus verbindingen te leggen met praktijken. Niet als een onderzoeker die op afstand waarneemt, maar meer van binnenuit, als iemand die ook praktisch verantwoordelijkheid draagt en van daaruit inzicht verwerft. Theorievorming vanuit de ervaren praktijk leek me wezenlijk voor een waardevolle ethiek. Uit verschillende mogelijkheden koos ik de gezondheidszorg als te beleven en doorgronden praktijk: wat betekent zorgen? Wat maakt zorgen tot goed zorgen? Wie 'laag' insteekt - en dat deed ik als leerling-verpleegkundige in een inservice-opleiding - heeft al snel door hoezeer de persoonlijke aspecten van zorgen voor een ander worden doorsneden door de invloed van organisatorische systemen en structuren. Die zijn in de regel ook uitdrukking van zorg maar verhouden zich spanningsvol tot de belevingsdimensies van relationele zorg. Hoe zorg in dit web van personen, systemen en gebeurtenissen betekenisvol kan blijven, ook in morele zin, is een vraag die me bezighoudt tot de dag van vandaag.

In deze puzzel markeert het onderzoek dat nu voorligt de uitkomst van een reflectieve zoektocht waarin ik, gevoed door praktijkervaringen, aangeef hoe ik mijn rol als ethicus ben gaan begrijpen. Bij die zoektocht heb ik in de verschillende sferen waarin een mens kan verblijven, steun ervaren. In de sfeer van de 'oikos', de wereld van familie en vrienden werd de zoektocht en de uitkomst ervan - 'het ding' - een running gag, die niet alleen voor vrolijkheid zorgde maar ook tijd, aanpassing en veel geduld vergde. Lieve mensen, Hedwig bovenal, dank daarvoor.

In de sfeer van het werkzaam leven was 'het ding' en de weg erheen gedurende jaren een gespreksonderwerp dat niet alleen mijn agenda beïnvloedde maar ook die van anderen. Dat begon al vroeg - in Utrecht bij het Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg - en zette zich door tijdens mijn werkzaamheden bij de sectie Ethiek en Recht van de Gezondheidszorg van het Leids Universitair Medisch Centrum. Gesprekken met velen vormden bronnen van inspiratie en bemoediging. Uit de Utrechtse tijd blijven me vooral de gesprekken bij die ik voerde met Henk Manschot, Ronald Jeurissen en in het bijzonder Marian Verkerk, die mede richting heeft gegeven aan de lijn waarin mijn gedachten zich hebben ontwikkeld. In Leiden gaven de gesprekken met mijn collega's Mirjam Houtlosser en Dorothea Touwen en uiteraard met Dick Engberts veel houvast. Onverwachte steun was er van relatieve buitenstaanders. Van hen noem ik Aart Pool en Joke de Witte. Op het juiste moment gaven ze een belangrijke slinger aan het uurwerk.

Talrijk waren de gespreksgenoten die ik ontmoette in de praktijk, tijdens onderzoek of bij trainingen en commissiewerk: professionele zorgverleners, geestelijk verzorgers, kwaliteitsfunctionarissen, managers en bestuurders. Zij gaven me inzicht in de complexiteit van de zorgpraktijk, de waarden die ze hooghielden, de zorgen die ze hadden. Na toetsing van 'het ding' in de academie, mede dankzij de inzet van de leden van de promotie- en oppositiecommissie, kan het gesprek over de zorg en een daarbij passend betekenisvol ethiekbeleid weer worden voortgezet in de rommelige context van de instellingspraktijk zelf. Met mensen die daar verantwoordelijkheid dragen. Daar verheug ik me op.

Curriculum Vitae

Hans van Dartel (Oss, 4 april 1951) is ethicus en verpleegkundige. Na het behalen van het diploma Gymnasium α in St. Michielsgestel, studeerde hij theologie, met als hoofdvak ethiek, aan de Radboud Universiteit in Nijmegen met als bijvak Ziekenhuiswetenschappen aan de Universiteit Utrecht. In het St. Annaziekenhuis te Oss volgde hij een inservice-opleiding tot verpleegkundige A. Daarna volgde hij in Nijmegen ook een Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg. Hij werkte achtereenvolgens als praktijkbegeleidend verpleegkundige, docent en staffunctionaris kwaliteit in het St. Annaziekenhuis te Oss en het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Van 1989 tot 1994 was hij als docent en trainer verbonden aan de Voortgezette Opleidingen van de Faculteit Gezondheidszorg van de Hogeschool van Utrecht. Van 1994 tot 2006 was hij als senior beleidsmedewerker ethiek werkzaam bij het Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Daar hield hij zich in opdracht van werkgeversorganisaties in de zorg bezig met de ontwikkeling van ethiekbeleid van zorgorganisaties. Sinds 2006 werkt hij als universitair docent en onderzoeker medische ethiek bij het Leids Universitair Medisch Centrum. In dat kader verrichtte hij in samenwerking met het Expertisecentrum Ethiek in de Zorg van het Universitair Medisch Centrum Groningen onderzoek naar de implementatie van ethiek in diverse typen zorgorganisaties. Hij is mede-initiatiefnemer van een landelijk platform Moreel Beraad dat ontwikkelingen op dit gebied in de zorg stimuleert. Tevens is hij voorzitter van de Commissie Ethiek van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Hans van Dartel publiceerde o.a. over ethiekbeleid van zorgorganisaties, moreel beraad en gespreksmethoden voor ethiek, handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek, maatschappelijk ondernemerschap in de zorg en over professionaliteit. Hans van Dartel is getrouwd en vader van twee kinderen.

